
**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Renforcer la démarche de
personnalisation de
l'accompagnement en EHPAD**

Barbara COMBES

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Michel BARBE, Directeur de l'EHPAD Les Jardins du Castel au sein duquel j'ai pu effectuer mon stage de professionnalisation. Ces 8 mois de stage n'ont fait qu'augmenter mon appétence pour le métier, et j'ai eu le privilège d'être au plus près d'un Directeur et d'équipes dont le professionnalisme et le sens de l'Humanité sont exemplaires.

À cet égard, je remercie tous les professionnels rencontrés durant ce stage pour leur accueil et pour leur bienveillance.

Je tiens à remercier les résidents de l'EHPAD Les Jardins du Castel, sans qui ce travail aurait été incomplet et sans ancrage dans la réalité. J'ai partagé des moments exceptionnels auprès d'eux, dont je garderai un tendre souvenir.

Enfin, je tiens à remercier les enseignants de l'EHESP qui m'ont orientée pour ce travail, en particulier Nicole BOHIC pour ses précieuses remarques et son suivi bienveillant, ainsi que Gael CORON pour sa disponibilité et ses conseils.

Sommaire

Introduction	1
1 La personnalisation de l'accompagnement dans un cadre de vie en collectivité, un défi pour les EHPAD.	7
1.1 L'objectif de personnalisation de l'accompagnement dans la dynamique de la reconnaissance et le respect des droits des usagers, au cœur des préoccupations depuis 15 ans.	7
1.1.1 Mission des EHPAD : un accompagnement global dans un lieu de vie	7
1.1.2 La prise en compte des attentes des résidents : vers le modèle du « client-résident ».	8
1.1.3 Un objectif de personnalisation de l'accompagnement encadré par la loi	9
1.1.4 Un objectif au cœur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, nécessitant une étroite implication des acteurs	10
1.2 L'objectif de personnalisation de l'accompagnement confronté à la réalité du terrain : limites et marges de manœuvre.....	12
1.2.1 Les limites liées à la vie en institution.....	12
1.2.2 La personnalisation confrontée aux limites organisationnelles	15
1.2.3 Le travail dans un lieu de vie : un changement de culture pour certains soignants.....	20
1.2.4 Un lieu de vie de plus en plus médicalisé	22
2 L'EHPAD « Les Jardins du Castel » : un établissement déjà bien engagé dans la dynamique de personnalisation de l'accompagnement mais dont des axes de progression sont envisageables.....	25
2.1 Présentation générale de l'établissement	25
2.2 L'accompagnement personnalisé au cœur du projet d'établissement et des pratiques professionnelles	27
2.2.1 Un établissement avancé dans la personnalisation des soins	28
2.2.2 La personnalisation de l'accompagnement sur le volet « vie sociale » : un niveau de satisfaction élevé des résidents mais des améliorations restent possibles	31
3 Des axes d'amélioration envisageables pour renforcer la dynamique de personnalisation de l'accompagnement aux Jardins du Castel.....	43
3.1 Communiquer davantage sur l'Espace de Réflexion Ethique pour rendre le questionnement éthique attractif et participer à l'évolution des pratiques professionnelles.....	43

3.2	Repenser et lisser l'organisation du travail dans un service pour améliorer la qualité de l'accompagnement et la qualité de vie au travail.....	46
3.2.1	Réparer le cercle de la qualité de vie au travail et de la qualité de l'accompagnement	46
3.2.2	Repenser l'organisation du travail pour plus de stabilité dans l'accompagnement du résident et travail pour plus d'équité entre les secteurs	48
3.2.3	Réfléchir à la perspective future d'une ouverture du service pour mieux accompagner le résident et pour améliorer la qualité de vie au travail des agents....	49
3.3	Renforcer la pluridisciplinarité dans l'accompagnement en faisant graviter plus de professionnels autour du résident dans l'objectif de mieux répondre à ses attentes	51
3.3.1	Intégrer davantage les ASH chargées de l'entretien des locaux dans l'accompagnement des résidents	51
3.3.2	Repenser le système de référence des soignants	53
	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide médico-psychologique

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

AS : Aide-soignante

ASH : Agente de service hospitalier

ASV : (loi) Adaptation de la Société au Vieillissement

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CTE : Comité technique d'établissement

CVS : Conseil de la vie sociale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ERE : Espace de réflexion éthique

ESMS : Etablissement social et médico-social

ETP : Equivalent temps plein

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IFAS : Institut de formation d'aide-soignante

IME : Institut médicoéducatif

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogie

MAS : Maison d'accueil spécialisée

PAP : Projet d'accompagnement personnalisé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PMR : Personne à mobilité réduite

RBPP : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Introduction

La loi du 2 janvier 2002¹ redéfinit le cadre de l'action sociale tel qu'il avait été fondé par la loi du 30 juin 1975, et marque une progression sur trois points essentiels : les droits des personnes dans l'organisation des prestations et la diversité et la qualité de l'offre des structures d'accueil. L'affirmation des droits des usagers s'inscrit dans la lignée des droits de l'Homme énoncés dans la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789, et ce sont des phrases de plus en plus précises qui proclament les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme, qui conduisent au respect « *de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité, tous ces mots qui ont besoin d'être pesés, réfléchis, repensés pour qu'ils ne soient pas seulement déclarations de principe, mais une réalité vécue* »².

Cette réalité vécue, c'est celle des usagers des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Or, il n'est pas toujours simple de saisir leur perception sur leur qualité de vie en institution, définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993) et sur le respect de leurs droits. Leurs avis sont parfois recueillis par des enquêtes de satisfactions qui leurs sont adressées, mais sont-elles vraiment le reflet de ce qu'ils ressentent ? Sont-ils toujours en mesure de s'exprimer librement et de façon éclairée, ou bien existe-t-il une sorte de « soumission » à l'institution ? Pour les professionnels et les directeurs de ces établissements, la satisfaction de l'utilisateur est une donnée fondamentale pour apprécier la qualité de l'accompagnement, et la personnalisation de l'accompagnement est partie intégrante de la qualité de l'accompagnement. Mais comment répondre aux attentes des usagers ? Par quels moyens (humains, organisationnels, culturels) un établissement peut-il offrir un accompagnement se rapprochant le plus des attentes de chacun des usagers ?

Cette question est au cœur des préoccupations dans les ESMS depuis la loi du 2 janvier 2002. En effet, si la loi du 30 juin 1975 passait rapidement sur les droits des usagers, ceux-ci sont au centre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La qualité du rapport aux personnes accompagnées devient un critère central dans l'évaluation des établissements, tout comme l'est le thème qui nous intéresse ici, à savoir la personnalisation de l'accompagnement.

¹ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 2 du 3 janvier 2002

² LADSOU J., 2006, « L'utilisateur au centre du travail social. Représentation et participation des usagers », *Empan*, n° 64, pp. 36-45

La personnalisation impose l'élaboration et l'application d'un projet personnalisé pour chaque résident, et la possibilité d'exercer ses droits et libertés individuels³. Selon la définition de l'ANESM, la personnalisation a pour objectif « *l'accompagnement au développement personnel, à l'autonomie, selon la personnalité, les limitations d'activités ou la situation de fragilité de chaque individu* »⁴.

La personnalisation de l'accompagnement est donc un droit pour les usagers, et il est un objectif pour les établissements et services médico-sociaux, car la personnalisation est la pierre angulaire de la qualité de l'accompagnement.

Or, la qualité ne s'auto-proclame pas, et ne peut être appréciée que par la capacité d'une entreprise ou d'une entité à satisfaire les besoins exprimés et implicites de ses clients. Mais de quels besoins parlons-nous ? L'appréciation de la qualité doit-elle s'effectuer sur la satisfaction des besoins primaires ? Des besoins existentiels d'épanouissement ? Nous pensons que la qualité de l'accompagnement en EHPAD s'évalue en fonction de la satisfaction de tous les besoins (exprimés ou non) des usagers, et au-delà de leurs besoins présents, la qualité de l'accompagnement se mesure à la capacité à répondre à leurs attentes, davantage projetées vers l'avenir.

L'objectif de la personnalisation de l'accompagnement peut être atteint par plusieurs moyens qui se complètent : les moyens humains, l'organisation du travail, les valeurs d'accompagnement de l'établissement. Or, les conditions permettant de les mobiliser ne permettent pas toujours de tendre vers cet objectif. L'actualité nous rappelle que tous les EHPAD ne sont pas au même degré d'avancement en termes de qualité de vie pour les résidents, et que la personnalisation de l'accompagnement n'est envisageable que si l'ensemble des prestations et au premier chef les prestations « de base » peuvent être réalisées dans de bonnes conditions pour les professionnels.⁵

Notre étude se focalisera sur la personnalisation de l'accompagnement en EHPAD, bien que cette thématique puisse se généraliser à tout établissement médico-social accueillant des personnes sur le moyen et long terme tels que des foyers de l'enfance, IME, ITEP, MAS, FAM, etc.

La question de la personnalisation de l'accompagnement ne sera pas ici abordée uniquement au travers des projets personnalisés, bien qu'ils en soient un élément fondamental, mais plus largement par tout ce qui est mis en œuvre par l'établissement et

³ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles,

⁴ ANESM, 2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement, 52p

⁵ Le Monde, article du 18 juillet 2017 « *On ne les met pas au lit, on les jette : enquête sur le quotidien d'une maison de retraite* » Disponible en ligne : http://www.lemonde.fr/societe/article/2017/07/18/dans-le-jura-la-greve-la-plus-longue-de-france_5162040_3224.html

son personnel : les projets, les postures et les pratiques professionnelles, la philosophie d'accueil, les valeurs de l'établissement, l'organisation du travail, pour que l'accompagnement de la personne soit au plus proche de ce qu'elle attend et donc le moins standardisé possible.

L'ensemble des acteurs de l'établissement, au premier rang desquels le Directeur, doivent apporter une approche personnalisée, et ce, tout en tenant compte des contraintes collectives et financières existantes. Le Directeur d'établissement est donc à la tête du pilotage de la démarche qualité, qui est l'amélioration permanente de l'ensemble de services mis à disposition des usagers et des professionnels⁶, et la personnalisation est l'un des objectifs vers lequel cette démarche tente de se rapprocher. Bien qu'il soit davantage en position de superviseur et de cadre symbolique et non en position directe d'exécuteur, le Directeur est le garant de la qualité de l'accompagnement des personnes, et nous partons de l'hypothèse que celle-ci passe notamment par la personnalisation de l'accompagnement. Ainsi, il devra saisir les attentes des usagers mais aussi comprendre les contraintes rencontrées par les professionnels pour pouvoir mobiliser les leviers managériaux en lien avec la personnalisation de l'accompagnement. Ainsi, nous nous demanderons :

Quels sont les leviers managériaux et organisationnels mobilisables pour se rapprocher de l'objectif de personnalisation de l'accompagnement ?

Cette problématique est associée à notre question de départ, qui est : Comment personnaliser l'accompagnement dans un cadre collectif ? Nous avons formulé ainsi plusieurs hypothèses, à savoir :

1. L'organisation du travail a un impact sur l'objectif de personnalisation de l'accompagnement.
2. Les attentes des résidents et leur niveau d'exigence s'accroissent au fil des années avec l'apparition du « client-résident ».
3. Personnalisation de l'accompagnement et cadre collectif ne sont pas nécessairement incompatibles, mais doivent s'articuler finement.

Notre étude se centrera sur ce qui est mis en place dans l'EHPAD où nous avons effectué notre stage de professionnalisation, à savoir l'EHPAD des Jardins du Castel à Chateaugiron (35). Cet EHPAD accueille 121 résidents en hébergement permanent et 6 résidents en accueil de jour.

Au sein de ce lieu de stage, nous avons constaté une satisfaction très élevée des résidents de l'EHPAD Les Jardins du Castel, par les résultats sur plusieurs années de

⁶ AMYOT J-J., 2013, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Editions Dunod, 256p

l'enquête annuelle de satisfaction et par nos observations et entretiens personnels auprès des résidents, ainsi qu'une satisfaction très élevée de la grande majorité des professionnels via l'enquête sur la qualité de vie au travail que nous avons réalisé durant notre stage (voir annexe 13). L'accompagnement proposé est reconnu comme étant de qualité par les résidents, les familles, les partenaires, les évaluateurs et les autorités de tarification. Toutefois, l'accent est mis sur la bonne ambiance collective qui règne au sein de l'établissement, visible en particulier via le site internet, très alimenté en photographies prises pendant des moments conviviaux. Nous souhaitons nous intéresser à une partie moins visible, moins exposée mais tout aussi importante qu'est l'accompagnement personnalisé des résidents.

Méthodologie :

Pour cette étude, nous avons utilisé différents matériaux dans l'objectif d'identifier les contraintes et les ressources que peut mobiliser un manager pour la personnalisation de l'accompagnement.

Nous nous sommes basés sur les définitions de la personnalisation de l'accompagnement issus des textes réglementaires (loi 2002-2, charte des droits de la personne accueillie) et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM.

Suite à ce premier travail de définition et de délimitation du sujet, nous avons exploré les problématiques qui en découlaient par des recherches documentaires, en particulier avec des rapports sur les conditions de travail dans les EHPAD (DREES) et des ouvrages et articles d'ordre sociologique (principalement les travaux d'I.MALLON, G. RIMBERT, et M. DEVIGNE). Nous avons largement exploité les documents internes, tels que le projet d'établissement, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, la convention tripartite et le rapport d'évaluation externe de 2014. Nous avons aussi exploité les résultats des enquêtes de satisfaction des résidents de 2017, et ceux de l'enquête sur la qualité de vie au travail destinée aux professionnels, que nous avons réalisée durant le stage (disponible en annexe 13).

Notre réflexion s'est enrichie par des entretiens semi directifs en individuel réalisés avec les professionnels de la structure du stage : 2 AS (1 seul entretien retranscrit), 1 AMP, 1 ASH, 2 Cadres de santé, 1 IDE, 1 anonyme. Nous avons fait le choix de ne pas enregistrer les entretiens pour que les professionnels se sentent plus à l'aise. Des notes ont été prises par ordinateur durant ces entretiens et une retranscription de chaque entretien a été faite. Cependant, pour davantage de clarté et de concision, nous avons sélectionné les extraits les plus pertinents dans le cadre de ce mémoire. Tous ces extraits sont disponibles en annexe. Les fragments d'entretiens utilisés dans le corps du mémoire

sont en gras dans les retranscriptions se trouvant en annexe, pour faciliter au lecteur le repérage des informations.

Ensuite, sans avoir procédé à des entretiens formels mais plutôt à des discussions informelles en sortie de réunion ou pendant les périodes d'observation, nous avons repris des propos énoncés par certains professionnels, avec leur accord, lors d'échanges spontanés durant le stage.

L'étude de la personnalisation de l'accompagnement aurait été incomplète sans l'avis des résidents. Ainsi, nous avons pu aborder cette thématique avec 3 résidents de l'EHPAD des Jardins du Castel.

Nous avons procédé à des observations auprès des professionnels sur plusieurs roulements (un matin, un soir et 2 nuits), à une procédure d'admission, et à un entretien individuel avec la psychologue pour l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Ces observations nous ont permis de saisir les contraintes et les marges de manœuvre des professionnels de terrain sur cette thématique. Pour compléter notre vision globale, nous avons visité un autre établissement de taille similaire mais proposant une organisation du travail différente.

Enfin, nous avons participé à la 4^{ème} journée thématique annuelle organisée par l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne intitulée « Culture sanitaire en EHPAD : paradoxe ou/et figure imposée ? », le 16 mai 2017 à Rennes. Des éléments de débat ont permis d'enrichir notre réflexion dans le cadre de cette étude.

Nous l'avons vu, la personnalisation de l'accompagnement est un objectif vers lequel les EHPAD tendent. Cependant, bien que cette notion soit définie dans les textes et que sa mise en œuvre soit détaillée dans les RBPP, son application sur le terrain n'est pas chose aisée.

Nous verrons quelles sont les contraintes qui s'opposent à la personnalisation de l'accompagnement en EHPAD et les leviers managériaux et organisationnels pour atteindre du mieux possible cet objectif (I). Nous étudierons ensuite la situation particulière de l'EHPAD Les Jardins du Castel à Chateaugiron (35) sur le plan de la personnalisation de l'accompagnement. Nous constaterons les points forts de cet établissement, et nous chercherons à en comprendre les conditions de réussite, tout élaborant une réflexion sur les points de progrès possibles (II). Enfin, après avoir cerné les limites et les marges de manœuvre auxquels font face les EHPAD et comment ces derniers peuvent concrètement mettre en œuvre l'accompagnement personnalisé, nous élaborerons des préconisations qui permettraient de renforcer la démarche de

personnalisation aux Jardins du Castel, mais qui restent transposables à d'autres EHPAD cherchant à engager une réflexion sur cette thématique. (III)

1 La personnalisation de l'accompagnement dans un cadre de vie en collectivité, un défi pour les EHPAD.

1.1 L'objectif de personnalisation de l'accompagnement dans la dynamique de la reconnaissance et le respect des droits des usagers, au cœur des préoccupations depuis 15 ans.

1.1.1 Mission des EHPAD : un accompagnement global dans un lieu de vie

Le rôle premier des EHPAD est d'accueillir et d'accompagner les personnes âgées dépendantes dans un lieu de vie collectif, en apportant une réponse la plus individualisée possible à chacun. L'accompagnement est global : il couvre à la fois la dimension sociale, physique et psychique de la personne. La mission des professionnels des EHPAD est donc d'accompagner le résident dans toutes les sphères de sa vie et dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne, en vue de maintenir ou restaurer le plus possible son autonomie. Au-delà des actes techniques d'aide, le travail des soignants en EHPAD consiste notamment à accompagner le résident dans son nouveau lieu de vie et de l'aider à s'intégrer au sein de celui-ci, dans l'objectif que le résident se l'approprie et puisse s'y épanouir. Il s'agit d'aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation et à exprimer ses attentes pour construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés. En effet, comme le souligne I. MALLON, « *les maisons de retraite ne sont plus ces « institutions totales » dont la fonction d'orthopédie sociale et de moralisation de la classe ouvrière justifiait l'enfermement et le traitement collectiviste des populations ouvrières abandonnées à leurs soins.* »⁷.

Cet hébergement se valorise en tentant de se rapprocher de la vie au domicile, par le mode d'accompagnement, par la variété des modalités d'hébergements : foyers logements, résidences autonomie, petites unités de vie, accueil de jour, accueil familial, etc.

Le développement d'une culture axée sur le « domicile du résident » demande ainsi une ouverture d'esprit sur le changement des pratiques. Pour les professionnels ayant travaillé auparavant dans le milieu hospitalier, cela représente un changement de culture et une nouvelle modalité complexe à prendre en compte qui n'est pas sans chambouler leur pratique professionnelle. Il faut pouvoir répondre aux attentes et aux besoins individuels de chacun des résidents, tout en tenant compte de l'organisation de la vie en collectivité.

⁷ MALLON I., 2007, « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, n° 121, p 254

Cette démarche demande donc de la souplesse, de l'observation dans la profession, et une culture particulière qui est celle du lieu de vie. Bien que cette mission d'accompagnement global du résident dans un lieu de vie soit commune aux EHPAD, tous les établissements n'ont pas avancé au même rythme ni de la même manière concernant la culture du lieu de vie. Certains établissements, du fait de leur statut, de leur histoire ou du profil du public accueilli, proposent un accompagnement davantage axé sur le soin et restent très médicalisés, ce qui nécessite davantage d'impulsion et de créativité de la part des professionnels pour y créer une ambiance qui se rapproche du lieu de vie.

1.1.2 La prise en compte des attentes des résidents : vers le modèle du « client-résident ».

Au cours des deux dernières décennies, l'accent a été mis sur la prise en compte des attentes des usagers. Désormais, la qualité de vie en EHPAD suppose un accompagnement personnalisé : prise en compte des besoins et des attentes du résident, formalisation d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et individualisation de la réponse apportée. En outre, une évolution plus récente est à prendre en considération : le niveau d'exigence des résidents au niveau de la qualité des prestations. Cette attitude plus consumériste du « je paie donc j'ai droit », décrite par J.J AMYOT se retrouve de plus en plus fréquemment chez certains résidents et certaines familles⁸. Cette attitude légitime est cependant difficile à vivre pour les professionnels des EHPAD, qui sont amenés à se comporter comme des prestataires contraints d'adapter leur offre de service à une demande plus exigeante. D'un autre côté, il faut notamment prendre en considération l'encadrement plus strict des autorités de tarification qui exigent en contrepartie de la contribution financière une amélioration objective de la qualité du service par le respect des normes dictées (réglementation, recommandations, évaluations internes et externes).

« De bénéficiaires sans droit, les résidents sont maintenant assimilés à des clients dont la satisfaction doit représenter la motivation essentielle non seulement de l'organisme gestionnaire, mais aussi de l'ensemble de ses agents »⁹.

Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre les professionnels parler de « client » lorsqu'ils évoquent les résidents : *« moi j'ai pas peur de dire qu'on a des clients. On met l'accent sur l'aspect hôtelier, ils sont servis comme au restaurant, alors nous en cuisine on estime qu'on a des clients, et qu'ils ont le droit d'être exigeants »¹⁰*. Les mots « client » ou « client résident » se retrouvent d'ailleurs parfois dans certains documents internes tels que le

⁸AMYOT J-J.,2013, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Editions Dunod, 256p

⁹ Ibid.,p7

¹⁰ Propos issus d'une discussion informelle avec le Chef Cuisinier de l'EHPAD du lieu de stage, recueillis avec son accord, le 23 juin 2017.

contrat de séjour ou le projet d'établissement, comme nous avons pu le remarquer dans un EHPAD voisin.

1.1.3 Un objectif de personnalisation de l'accompagnement encadré par la loi

Or, la personnalisation de l'accompagnement n'a pas toujours été la priorité ni la mission des EHPAD. Avant 1945, les politiques publiques ne s'intéressaient pas à la question de la prise en charge de la vieillesse. Les personnes âgées étaient alors hébergées dans des hospices, dans lesquelles les conditions de vie relevaient de l'institution totalitaire au sens de Goffman : rigidité des règles, non-respect de la liberté d'aller et venir, perte d'intimité (pas de chambres privatives)¹¹.

En 1962, le rapport Laroque marque un tournant des politiques du vieillissement. Il met en avant l'importance d'intégrer les personnes âgées à la société et prône la fin de l'institutionnalisations systématique.

La loi du 30 juin 1975, en fondant le secteur social et médico-social, marque la prise en compte législative des personnes âgées. Elle instaure une scission avec le secteur sanitaire, bien que les établissements en aient longtemps gardé les marques. Cependant, dans cette loi, les droits et les devoirs des personnes âgées ne sont pas explicitement abordés.

La prise en compte politique de l'accompagnement des personnes âgées se prolonge avec la loi du 24 janvier 1997 sur la réforme de la tarification : la convention tripartite vaut alors engagement dans une véritable démarche d'assurance qualité. Elle garantit aux personnes âgées les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins possibles. La qualité sera appréciée au regard de la satisfaction des résidents et de leur famille, et des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

C'est en 2002 que les droits des usagers sont pris en compte par la législation, à travers la loi 2002-2¹² renouvelant l'action sociale. Elle met l'utilisateur au centre des réflexions, en particulier sur les modalités de son expression et de sa participation au projet de l'établissement. Elle énonce clairement les droits et les libertés des personnes accompagnées par le secteur social et médico-social, soient les populations les plus vulnérables.

S'adapter à la personne, c'est avoir une approche personnalisée de l'accompagnement. Le sujet qui nous intéresse ici, à savoir la personnalisation de l'accompagnement, en opposition à une approche standardisée, revêt une importance particulière dans la loi

¹¹ GOFFMAN E., 1968, Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Minuit, 452p.

¹² LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 2 du 3 janvier 2002

2002-2 car elle devient un droit de la personne accueillie, parmi les 7 droits que la loi énonce à l'article 7. Elle est formulée de la manière suivante : L'utilisateur a droit à « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché* »¹³. L'article 7 de cette même loi instaure notamment le droit à la participation directe de la personne ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et l'accompagnement qui la concerne. Le consentement de la personne doit être recherché concernant l'accompagnement qui lui est proposé. La notion de participation est importante, car la démarche de personnalisation de l'accompagnement n'est pas produite unilatéralement par les professionnels, mais bien en accord et en co-construction avec la personne bénéficiaire.

Cette loi marque un tournant, car elle rend les usagers acteurs du projet d'accompagnement qui les concerne, et il s'agit pour les professionnels de l'institution de travailler en collaboration avec eux et non plus uniquement pour eux. Cette vision reste d'actualité avec la loi ASV publiée le 28 décembre 2015¹⁴.

De la notion d'utilisateur ayant des besoins, on passe à la notion de personne ayant des besoins et des attentes, et qui devient actrice de son mode d'accompagnement.

Ce droit à un accompagnement individualisé et adapté est rappelé dans la charte des droits et des libertés de la personne accueillie à l'article 2 : « *La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement individualisé, le plus adapté possible à ses besoins dans la continuité des interventions* »¹⁵, tout comme y est rappelé le droit à la participation.

La personne âgée devient alors un sujet de droit, situé au cœur des dispositifs qui l'accompagnent.

1.1.4 Un objectif au cœur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, nécessitant une étroite implication des acteurs

Pour guider les professionnels sur la mise en œuvre de l'accompagnement personnalisé, l'ANESM publie des recommandations qui peuvent servir d'outil méthodologique aux directeurs d'établissements. Depuis 2010, la formalisation de la démarche des projets de vie personnalisés, qui a pour objet principal de permettre à chaque résident de s'épanouir

¹³ Ibid.,

¹⁴ LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°301 du 29 décembre 2015

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles,

et de redéfinir son propre projet de vie, fait l'objet de plusieurs recommandations dans le cadre plus large de la qualité de vie en établissement. Nous nous sommes basés sur les recommandations suivantes : « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* »¹⁶, « *Qualité de vie en EHPAD – Volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* »¹⁷, « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement* »¹⁸. Ces recommandations, particulièrement éclairantes sur la définition et le processus de construction de la démarche de personnalisation de l'accompagnement, permettent aux professionnels des EHPAD de réfléchir à leurs actions et de donner des références pour une meilleure pratique possible.

Cependant, aussi éclairantes qu'elles soient, les recommandations de l'ANESM ne suffisent pas pour assurer sur le terrain un accompagnement personnalisé de qualité. Pour que cette démarche soit réellement partagée et qu'elle suscite l'intérêt des professionnels, le Directeur doit veiller à faire le lien entre des recommandations à portée générale et le projet de l'établissement qu'il dirige. « *Les recommandations, quelles que soient leur pertinence et leur importance, ne peuvent se satisfaire d'avoir seulement été énoncées et transmises. S'il n'existe pas des dispositifs (formation, accompagnement pédagogique, évaluation, etc.) elles deviennent des référentiels incompris et de ce fait mal appliqués et parfois même persécuteurs.* »¹⁹.

Enfin, il va de soi que l'appréciation et l'amélioration de la qualité ne peuvent fonctionner de façon strictement exogène et normative, car rien ne peut se faire sans l'étroite implication des acteurs.

Mettre en place les outils requis et afficher la charte des droits de la personne accueillie n'a pas de sens si cette démarche n'est pas régulièrement interrogée et améliorée. Il revient au Directeur non seulement d'être le garant du respect des droits des usagers et de la qualité de l'accompagnement, mais aussi de veiller à faire vivre la démarche et à susciter l'intérêt, l'implication et la remise en question des pratiques de l'ensemble des professionnels.

La personnalisation de l'accompagnement, tout comme la qualité de celui-ci, ne se décrète pas. Pour qu'elle soit effective, la personnalisation doit reposer sur une évaluation continue des besoins et des attentes comme l'énonce l'article 2 de la loi 2002-2. Cette évaluation continue des besoins et des attentes des personnes est fondamentale, car elle permet l'ajustement et le questionnement sur la pertinence de certains aspects du projet

¹⁶ ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Paris, ANESM, 52p.

¹⁷ ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, 64p.

¹⁸ ANESM, 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement*, 52p.

¹⁹ ESPACE NATIONAL DE REFLEXION ETHIQUE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER, 2012, « Alzheimer, éthique et société », ERES, 698p.

personnalisé alors que la situation, la santé, les besoins ou les attentes de la personne ont évolué.

1.2 L'objectif de personnalisation de l'accompagnement confronté à la réalité du terrain : limites et marges de manœuvre

Se pose alors le défi pour les professionnels de l'établissement d'assurer un accompagnement personnalisé qui reconnaisse l'usager comme un individu à part entière, évoluant dans un cadre de vie collectif dans lequel existent de nombreuses contraintes.

Les limites à la personnalisation de l'accompagnement en EHPAD relèvent de plusieurs ordres. Nous les énumérerons de la manière qui suit :

- Les limites liées à la vie en institution
- Les limites organisationnelles
- Les contraintes individuelles d'adaptation à la culture du lieu de vie de la part des professionnels
- La médicalisation des EHPAD

1.2.1 Les limites liées à la vie en institution

A) La nécessité de respecter les règles imposées par le règlement de fonctionnement

En France, le cadre réglementaire soutient la dynamique des établissements d'hébergement pour personnes âgées à se rapprocher de milieux de vie ordinaire, à favoriser une continuité entre la vie à domicile et la vie en institution. Ainsi, les résidents sont invités à s'approprier les lieux, notamment en emportant meubles et bibelots personnels s'ils le désirent, et les familles sont associées à la vie de l'établissement. « *Ce sont bien de véritables chez-soi que les institutions proposent aux résidents de créer dans leurs murs.* »²⁰. Or, la notion de « chez soi » est complexe et relative, et peut évoluer dans le temps. Malgré un désir affiché de promouvoir une approche d'une structure qui s'adapte au résident et non d'un résident qui s'adapte à la structure, la réalité sur le terrain est plus complexe.

En plus des émotions complexes que représente l'entrée en EHPAD (déracinement, désorientation, rupture, deuil, etc.) la vie en collectivité génère des contraintes de plusieurs ordres que les résidents s'engagent à respecter par leur signature du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement. Par exemple, pour des questions d'espace et de sécurité, il pourra être inscrit que le nouveau résident ne peut pas apporter de meubles trop encombrants. Beaucoup de personnes âgées doivent se défaire de leur lit personnel

²⁰ MALLON I., 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, PUR. 288p

pour bénéficier d'un lit médicalisé, qui est parfois plus adapté à leur situation, mais qui surtout facilite les manutentions et l'entretien par les professionnels. D'autres règles de sécurité, notamment de sécurité incendie, limitent le type d'appareils électriques que les résidents peuvent apporter, et réglementent le type de tissu pour les rideaux, couvertures, plaids dans le respect des normes incendie. Mais comme nous explique le responsable de la maintenance « *on ne va pas rentrer dans les chambres de tout le monde et leur prendre leurs plaids, on doit pas oublier qu'ici c'est chez eux* »²¹. En outre, si les recommandations de sécurité incendie étaient suivies à la lettre, les portes des chambres devraient rester fermées en journée pour limiter la propagation des flammes et de la fumée en cas de départ d'incendie. Mais cette règle est-elle vraiment compatible avec un lieu de vie ?

Vivre en collectivité, c'est aussi devoir respecter des règles très clairement inscrites dans le règlement de fonctionnement, notamment en matière d'hygiène, ce qui peut aller à l'encontre de l'esprit du lieu de vie : « *moi je trouve que c'est dommage de jeter les yaourts, les crèmes et entremets à la poubelle...certes, ils la mettent dans le frigo commun mais on a 24h pour les consommer, et parfois on a pas envie de les manger tout de suite. Chez nous on se pose pas la question, un yaourt est bon, même 3 semaines après la date de péremption ! Ici, c'est 24h alors qu'il n'est même pas périmé, ça me fait mal au cœur ce gaspillage...* »²²

Ces contraintes institutionnelles en matière de sécurité-incendie et d'hygiène doivent impérativement être respectées au sein des établissements. Pour le personnel, il s'agira donc d'appliquer et faire appliquer la réglementation avec bon sens et humanité, mais aussi d'engager une réflexion sur les modalités d'organisation et de fonctionnement qui pourraient évoluer au regard des contraintes. Le rappel régulier des règles et une explication adaptée à la personne de l'intérêt de celles-ci sont nécessaires afin que chacun puisse avoir les clés de compréhension des contraintes qu'engendre la vie dans un cadre collectif.

B) La vie en collectivité : une nouveauté dans la vie de la personne accueillie.

La vie en collectivité, au-delà des règles strictes en matière de sécurité-incendie et d'hygiène, a pour caractéristique d'héberger des personnes issues de milieux sociaux et culturels différents, ayant des envies et des attentes différentes et des personnalités différentes. Chacun a donc sa façon bien particulière de vivre sa vie à l'EHPAD.

L'appréciation de la qualité du cadre de vie est obligatoirement subjective, car elle est liée en partie à la perception que les personnes concernées ont des choses. Cette perception,

²¹ Propos recueillis lors d'une discussion informelle auprès du Responsable de la Maintenance et de la sécurité incendie du lieu de stage, avec son accord, le 19 avril 2017

²² Propos recueillis lors d'un entretien avec une résidente Mme P le 28 juin 2017 (voir annexe 11)

fondée sur des impressions et des ressentis, n'est pas figée dans le temps et évolue en fonction de différents facteurs.

Les professionnels doivent donc composer avec l'histoire, les habitudes et les attentes de chacun, et connaître suffisamment les résidents pour proposer un accompagnement le plus personnalisé possible.

Les travaux d'Isabelle MALLON sur les maisons de retraite permettent de mieux comprendre l'hétérogénéité des publics accueillis en EHPAD. L'auteure identifie trois types de manières de vivre en maison de retraite et par conséquent trois manières d'appréhender le cadre de vie ²³:

- les résidents parmi les moins âgés souvent issus de catégories populaires voient dans l'institution l'opportunité de mettre fin à une situation d'incertitude, parfois de précarité. Ils sont investis dans l'organisation de l'établissement, s'approprient les différents lieux et entretiennent des contacts fréquents avec les autres résidents.
- les résidents les mieux dotés en capitaux économiques, culturels et sociaux, les plus entourés par leur famille, mènent une vie personnelle dans la continuité de leur existence au domicile. Ils utilisent de manière limitée les impératifs de la vie collective, ils sortent régulièrement en dehors de l'établissement et maintiennent leurs réseaux sociaux extérieurs.
- Enfin, une grande partie des résidents ne parvient pas à intégrer les contraintes institutionnelles en raison de la difficulté à se faire à l'obligation d'entrer dans l'établissement.

Ainsi, pour que la vie en collectivité soit agréable et paisible pour tous, il revient aux professionnels travaillant en EHPAD d'apprendre à connaître le résident, de comprendre ses attentes et de tout mettre en œuvre pour qu'il puisse se sentir bien dans son nouveau lieu de vie. Le déroulé de la journée de la personne doit être réfléchi pour respecter les habitudes de vie et les attentes de la personne. Ainsi, l'attribution d'une place à table devrait passer par une réflexion préalable sur la personne, sur sa personnalité, ses affinités. Or, dans la pratique, la place attribuée au nouveau résident est souvent la place d'un résident décédé, comme nous l'explique l'IDE. L'idéal serait d'associer les résidents ayant des intérêts en commun, ou ayant exercé le même métier, ou bien des personnes qui se connaissaient de près ou de loin avant leur entrée en établissement. *« Après, on essaye de faire au mieux avec les demandes des uns et des autres. Faut pas non plus trop modifier leurs habitudes. Si on leur laissait le choix de s'asseoir où ils voulaient, je suis pas sûre qu'ils changeraient de place ! »*²⁴

²³ MALLON I. 2008, Les manières de vivre en maison de retraite, *Sciences Humaines*, vol 193, n° 5, pp. 17-17

²⁴ Propos recueillis lors de l'entretien avec IDE le 27 juin 2017 – voir annexe 8

*« Même si la personne nous disait « je veux être à côté de monsieur X parce que je le connais », c'est pas toujours possible parce que ça veut dire qu'il faut qu'on déplace une personne de cette table pour la mettre ailleurs et ça c'est pas juste pour elle, surtout qu'elle a rien demandé et qu'elle a pris ses habitudes. En plus ça peut perturber les autres résidents ».*²⁵

Pour surmonter ces contraintes liées à la vie en collectivité, tout l'enjeu est d'adapter le plus possible l'environnement architectural, matériel, et relationnel à la personne. Nous expliquerons plus en détail des outils de personnalisation dans notre seconde partie sur l'étude du lieu de stage.

1.2.2 La personnalisation confrontée aux limites organisationnelles

Comme dans toute entreprise, des contraintes organisationnelles existent en EHPAD : il y a un ratio minimal de professionnels qui doivent assurer au minimum un accompagnement de base aux résidents chaque jour. Il y a des plannings, des roulements, la réalisation des tâches est encadrée par des horaires, eux-mêmes encadrés par des réglementations du temps de travail. Dans une démarche de qualité, les établissements mettent tout en œuvre pour que l'accompagnement soit le plus individualisé possible, malgré des moyens limités. Ainsi, pour comprendre la difficulté de l'adaptation du cadre organisationnel aux projets personnalisés et des rythmes singuliers des personnes accueillies, il faut expliquer quelles sont ces contraintes qui pèsent sur l'organisation, qui finissent par peser sur la qualité de vie au travail du personnel et qui n'est donc pas sans conséquence sur la qualité de l'accompagnement des résidents.

A) La question des effectifs : importante mais pas toujours déterminante

Mettre en place un accompagnement personnalisé dans un cadre collectif relève parfois du chemin de croix. L'une des conditions de la personnalisation de l'accompagnement en EHPAD est que les professionnels travaillant directement auprès des personnes âgées soient en nombre suffisant. Il est cependant difficile de situer un ratio idéal. Les soignants doivent être en nombre suffisant pour réaliser les principales tâches dans une cadence qui ne soit pas trop précipitée pour les résidents (toilettes, repas) mais aussi pour offrir des moments davantage centrés sur des temps d'animations, des temps individuels, la lecture du journal, un massage, etc. Nous avons comparé les données nationales issues de l'étude KPMG – Observatoire des EHPAD²⁶ de 2014 en reprenant la moyenne de 100 résidents que nous avons rapporté à 120 résidents pour pouvoir comparer avec notre lieu de stage, avec les effectifs de l'établissement en question :

²⁵ Propos recueillis lors d'un entretien non enregistré et non retranscrit le 12 avril 2017 avec une AS

²⁶ KPMG, 2014, Observatoire des EHPAD, 84p

	ETP moyenne nationale pour EHPAD de 120 places.	ETP à l'EHPAD des Jardins du Castel (120 places)
Médecin coordonnateur	0.54	0.60
IDE	7.2	4.80
AS AMP	28.908	36
ASH	24,324	22
Animation sociale	3.456	1.40

Les ratios n'ont que peu de sens car ils parlent peu sur le travail qu'effectuent réellement les personnes. Cependant, comparer une moyenne nationale aux ratios de l'établissement permet de comprendre les logiques d'accompagnement. On voit ici qu'aux Jardins du Castel, les soignants sont plus nombreux qu'en moyenne, mais que les professionnels en charge de l'animation sociale sont très en dessous, ce qui peut expliquer certaines fragilités au niveau des animations collectives comme nous l'analyserons en deuxième partie. Toutefois, en décortiquant ces ratios nous pouvons nous faire une idée du temps passé auprès des résidents en fonction des services, en multipliant le temps du roulement (7h24) avec le nombre de professionnels travaillant dans le service, divisé par le nombre de résidents du service. Aux Jardins du Castel, les AS AMP consacrent en moyenne 20 minutes par roulement à chacun des résidents du service des Oiseaux (les plus autonomes) alors qu'elles peuvent consacrer en moyenne 1h30 à chaque résident au service des Floralies (service de la grande dépendance physique et maladie d'Alzheimer au stade sévère). Or, nous verrons que ce n'est pas le temps que peuvent consacrer les soignants à chacun des résidents qui compte réellement, mais le contenu du travail qu'elles doivent effectuer auprès de ceux-ci et l'état de santé de ces résidents. Ainsi, nous verrons que des difficultés d'accompagnement et de qualité de vie au travail sont ressenties dans le service des Floralies, qui a pourtant le ratio de professionnels le plus important par rapport au nombre de résidents accompagnés. Tout dépend de l'organisation du travail, du contenu des tâches à réaliser et du profil des résidents accueillis.

L'effectif important d'AS AMP se justifie notamment par l'existence d'une unité Alzheimer, nécessitant plus de personnel, en particulier les AMP. Aux Jardins du Castel, les AS AMP disposent de temps individuels, à savoir 1h15 par jour, ce qui permet de compenser le manque de personnel en animation (1,40 ETP, qui est très faible pour 120 résidents). En revanche, les ETP IDE sont inférieurs à la moyenne, ce qui explique les cadences de travail importantes des IDE, comme nous le confirme une IDE lors d'un entretien :

« Les AS terminent toujours à l'heure, et les IDE jamais ! J'étais AS ici avant donc je sais de quoi je parle. En tant qu'IDE, je suis débordée mais je peux pas non plus laisser trop

de chose à mon collègue d'après-midi, c'est pas possible. Donc je déborde toujours sur mes horaires. Puis vous imaginez bien...faire de la personnalisation pour 120 résidents quand on est 5, c'est pas évident du tout ! »²⁷

B) La question du contenu et du rythme du travail

Au-delà des effectifs, l'organisation du travail est un élément à prendre en compte. Les soins sont programmés dans des plages horaires définies dans les fiches de tâches, en particulier les soins du matin, et ne laissent pas ou peu de marges de manœuvre au personnel soignant pour réaliser des tâches pouvant relever de l'accompagnement relationnel. De ce fait, le rythme de travail est très cadencé et ne permet que peu d'écart avec l'organisation du travail prévue. M. RAVEYRE et P. UGHETTO décrivent bien les exigences du travail contemporain et l'intensification du travail à l'hôpital, qui peut aisément se transposer aux EHPAD²⁸. Selon eux, l'intensification de la charge de travail est en partie due à la multiplication des protocoles et des tâches administratives des soignants, mais aussi à la pression des familles, et à l'état de santé de plus en plus fragile des personnes accueillies. Ils reprennent l'idée que les tâches de mise en cohérence d'objectifs et de procédures disparates, de coordination et de communication dans les équipes, dont la quantité va croissante, sont fréquemment considérées comme périphériques, parasites relativement au cœur du « vrai » métier. Cette intensification du travail nécessite alors d'improviser des ajustements, notamment pour faire face à l'urgence, sachant que déterminer ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas est une source de stress au travail.

Le temps apparaît comme la ressource cruciale et ce faisant, l'organisation du travail doit être étudiée à l'aune de sa capacité à produire ce temps disponible utilisable par les personnels pour accompagner les personnes âgées. Un accompagnement de qualité, personnalisé et bientraitant, est donc en partie la résultante d'une organisation du travail dans laquelle les personnels trouvent les conditions et le sentiment d'un travail bien mené.

L'organisation du travail revêt donc une importance fondamentale, et il convient de ne pas systématiquement opposer une organisation qui serait davantage dans le contrôle, et une organisation davantage dans la promotion de l'autonomie car cela n'induit aucune conclusion définitive sur les conditions de travail des salariés (une organisation prônant l'autonomie peut être vécue comme une dégradation des conditions de travail par les

²⁷ Propos recueillis lors de l'entretien avec IDE le 27 juin 2017 – voir annexe 8

²⁸ RAVEYRE M. et UGHETTO P., On est toujours dans l'urgence : surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail ? Colloque « Organisation, intensité du travail, qualité du travail » Centre d'études de l'emploi, CEPREMAP et LATTIS

salariés). En effet, tout dépend de la façon dont l'organisation soutient ou contraint l'activité, et dans quelle mesure l'organisation « organise ».

C) Une contradiction temporelle au cœur des EHPAD

L'intensification du travail se caractérise notamment par la sensation de manquer de temps. Il n'est pas rare d'entendre les professionnels des EHPAD dire « *on aimerait bien mais on a pas le temps !* ». D'un côté, les soignants travaillent dans une cadence élevée, et de l'autre, les résidents ont besoin de temps, d'attention, et d'aller à leur rythme. Cette contradiction temporelle est au cœur des EHPAD. Les temps des personnes âgées et les temps des professionnels sont distincts, et ils finissent généralement par trouver un point d'entente au fil du séjour, lorsque les résidents ont compris que certains actes de la journée doivent s'effectuer dans des laps de temps prédéfinis (en particulier les repas en salle de restaurant), et que les professionnels ont compris et pris le plus possible en compte les attentes des personnes âgées et leur rythme de vie. Il y a une sorte d'adaptation mutuelle des uns et des autres, car les deux connaissent les contraintes de chacun : le personnel sait que l'organisation du travail peut peser sur les résidents et les résidents savent que dans le cadre de la collectivité ils ne peuvent pas toujours bénéficier d'un accompagnement individuel. Les règles de vie deviennent un cadre jouant le rôle de tiers, et permettent à chacun d'adapter ses attentes. « *Parce que l'organisation du temps des résidents fait partie intégrante des missions d'une maison de retraite, les relations entre le temps des retraités et celui des salarié(e)s sont à la fois une contrainte et une tâche à maîtriser en tant que telle. Le travail du personnel gériatrique consiste alors à contrôler le rythme des personnes âgées sans les brusquer. Et le « travail » des résidents revient à préserver la singularité de leur rythme de vie, dans une sorte de concurrence objective avec les agents de l'institution.* »²⁹.

Lorsque l'organisation du travail leur laisse une certaine marge de manœuvre, les professionnels peuvent s'adapter en fonction des attentes des résidents. Et lorsque le résident intègre les règles de vie collectives, il finit par s'adapter à l'organisation de l'établissement. Les marges de manœuvre que peuvent mobiliser les professionnels se traduisent sur le terrain par des attitudes et gestes variés : laisser dormir Mme X plus longtemps car elle apprécie les réveils plus tardifs, et en attendant, s'organiser pour aider Mr Y, qui aime se réveiller tôt, à faire sa toilette avant le petit déjeuner. Cela peut consister en des reports de soins, lorsque la personne manifeste une opposition à ce moment-là.

²⁹ RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite ». *Lien social et Politiques*, p 94

D) Flexibilité et reconnaissance : Encourager la dynamique de personnalisation de l'accompagnement malgré les limites organisationnelles

« Pour mieux remplir sa mission première, une institution doit parfois avoir un minimum de faiblesses dans le maillage de son organisation »³⁰. Si RIMBERT parle de « faiblesse », nous préférons utiliser le mot « souplesse », car les marges de manœuvre sont d'autant plus mobilisables que l'organisation du travail est flexible et permet le report de soins. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, apparaît une tension entre la « *nécessité pratique d'un temps rationalisé (véritable paradigme dans l'industrie) symbolisé par le chronomètre, et la valorisation officielle d'un temps domestique, symbolisé par le carillon* »³¹. Lorsque les attentes des usagers et ce que peut offrir l'établissement en termes d'accompagnement individualisé ne convergent pas, cela peut créer des tensions et de la souffrance tant pour le résident concerné, mais aussi pour les professionnels les plus impliqués, qui sentent qu'ils n'ont pas les moyens de réaliser un travail à la hauteur de ce qu'ils souhaiteraient apporter, car l'organisation du travail (plannings, ratios, autonomie) ne le permet pas. Le sentiment de ne pas pouvoir bien faire son travail n'est pas anodin, et peut engendrer une frustration qui peut devenir une véritable source de mal être au travail si elle n'est pas décelée et prise en considération par la hiérarchie.

Il faut cependant veiller à ce que cette capacité d'ajustement des professionnels ne soit pas non plus source de souffrance au travail. Il convient qu'elle soit reconnue comme partie intégrante de l'activité et qu'elle soit valorisée par l'encadrement. « *Non explicité, ce travail d'organisation demeure largement « impensé », non seulement par la hiérarchie mais par les agents eux-mêmes. Or, ces activités de coordination en étant « déniées » engendrent des « sentiments de culpabilité et une fatigue plus grande.* »³²

Les résidents, quant à eux, n'ont que très peu de ressources pour développer une capacité d'ajustement, dans le sens où il leur est difficile de s'opposer aux cadences du temps de travail et se faire entendre. Leur résistance est principalement verbale, mais n'a d'effet que si le résident est en capacité de s'exprimer clairement. Une autre forme de résistance serait un repli sur soi pour échapper à une intégration forcée au tempo collectif en s'isolant dans sa chambre par exemple. Dans cette situation, l'intervention de la psychologue en lien avec les équipes est nécessaire.

³⁰ RIMBERT G., 2008, « Concilier soin et réparation : le soutien humaniste aux personnes âgées dépendantes », *Sociologie du travail*, n°50-4, p 535

³¹ RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite ». *Lien social et Politiques*, p 95

³² RAVEYRE M. et UGHETTO P., On est toujours dans l'urgence : surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail ? Colloque « Organisation, intensité du travail, qualité du travail » Centre d'études de l'emploi, CEPREMAP et LATTs, p 6

Ainsi, les relâchements dans la pression organisationnelle s'expliquent davantage par les pratiques des professionnels que par celles des résidents. Lorsqu'ils se produisent en dehors des temps relationnels, ces relâchements, provoqués par le personnel, peuvent s'expliquer soit en raison d'une résistance au temps « industriel » pour souffler un peu, soit dans un impératif d'humanité. Quoi qu'il en soit, cela permet de produire des temps davantage domestiques, qui sont essentiels pour faire vivre un véritable lieu de vie. Et bien que l'accompagnement comprenne des actes techniques, ces actes ne sont jamais uniquement techniques car ils se réalisent sur une personne humaine. Il y a donc toujours une part de relationnel qui crée des liens avec les résidents. Ainsi, il est important que puissent avoir lieu des temps relationnels, prévus ou improvisés, car ce sont ces instants qui permettent de corriger les atteintes à l'accompagnement individualisé causées par l'institution en raison du régime de vie collectif.

Or, la culture du lieu de vie n'est pas toujours acquise par tous les professionnels, ce qui peut représenter un frein à la personnalisation de l'accompagnement.

1.2.3 Le travail dans un lieu de vie : un changement de culture pour certains soignants

Un autre frein à la dynamique de la personnalisation de l'accompagnement est d'ordre culturel. Pour les soignants sortant de formation ou sortant du milieu hospitalier, la culture du domicile du résident représente un changement considérable de perspective. Désormais, c'est le résident qui décide pour lui, et il a le droit de bénéficier de soins personnalisés. *« La personnalisation, c'est une culture pour dire pour qui on est là, et le soignant accepte de ne pas être le maître. Ça va à l'encontre de ce qu'ils apprennent en formation, où on leur demande d'être organisés, et de faire passer l'hygiène en priorité. C'est une culture de l'individualisation du prendre soin donc c'est un changement de culture complet, c'est le résident qui décide pour le soignant et pas l'inverse. Ça nécessite une réflexion sur le sens et sur sa posture professionnelle. C'est une négociation avec le résident et avec soi-même. »*³³.

En EHPAD, l'un des besoins fondamentaux que peuvent éprouver les personnes âgées est de créer des liens sociaux normaux avec les personnes qui les entourent, À savoir résidents, professionnels et bénévoles. Or, dans une institution où les rythmes de travail sont soutenus et/ou au sein duquel le personnel change fréquemment, il peut paraître difficile de nouer des relations s'apparentant à des relations « normales ». La meilleure ressource dont puissent disposer les professionnels pour offrir du temps domestique sont des temps où l'aspect relationnel prime. Faire du relationnel, c'est tout simplement prendre le temps de discuter avec le résident, de réaliser une activité avec lui, de l'aider dans un projet particulier, de l'aider à aménager son espace, à ranger ses affaires, mais

³³ Propos recueillis lors d'un entretien avec la Cadre de Santé « 2 » du lieu de stage, le 12 avril 2017 – voir annexe 2

aussi tout simplement, discuter avec lui lors de la toilette. A ce sujet, une AS des Jardins du Castel nous rapporte que lors de la toilette dans le service de grande dépendance physique, les soignants sont en binôme, et l'un d'eux est « furtif », c'est-à-dire qu'il discute avec le résident pour le mettre à l'aise et dévier son attention, tandis que l'autre est « actif » et se charge des gestes techniques liés à la toilette.

Ce sont ces moments relationnels qui font vivre un lieu de vie, et qui donnent du sens à un accompagnement personnalisé. Ces temps sont parfois inscrits dans l'organisation du travail (par exemple une heure par jour pour une soignante dans un service), ou bien ils peuvent être « arrangés » par certains professionnels, grâce à des adaptations quotidiennes. Bien qu'ils soient parfois faiblement corrélés à la spécificité de chaque résident, ces temps ont au moins le mérite de faire tenir les deux impératifs du temps rationalisé et du temps domestique.

Ainsi, faire du relationnel, laisser la place à un temps domestique, et permettre l'apparition de postures réparatrices sont des aspects fondamentaux dans la personnalisation de l'accompagnement. En opposition à ce que RIMBERT appelle « l'entretien » ou encore le « gardiennage des corps » qui correspondent à une simple surveillance des personnes et à la préservation de leurs fonctions vitales, la « réparation » se définit par l'ensemble des activités qui améliorent la vie quotidienne, voire l'état des personnes âgées dépendantes : redonner l'appétit, calmer les angoisses, faire remarquer, rendre le sourire, etc.³⁴.

Le travail en EHPAD allie nécessairement soins techniques et un « prendre soin » davantage axé sur le relationnel car il s'effectue sur une personne humaine.

« Ce contact avec les pratiques intimes du malade, cette intrusion nécessaire dans un univers habituellement secret, sont aussi la clé du rapport spécifique que les aides-soignantes entretiennent avec les malades, dont elles sont d'une certaine façon plus proche. Résumer les relations entre aides-soignantes et malades comme une entreprise de mise au pas du malade serait insuffisant. L'objectif premier des aides-soignantes n'est pas d'assurer la normalisation des pratiques d'hygiène, le « redressement du corps » des malades. L'aide-soignante se défait d'ailleurs volontiers de ces tâches-là lorsque la famille est présente autour du malade ou bien lorsque celui-ci devient plus autonome »³⁵.

Les centres de formation mettaient davantage l'accent sur la codification des gestes techniques. Aujourd'hui, l'aspect relationnel et la prise en compte de la parole du « soigné » sont davantage enseignés dans les IFAS comme nous l'explique une aide-soignante tout juste sortie de formation lors d'un entretien :

« À l'école on voit la théorie, et ici c'est la pratique. Le souci c'est qu'on voit des choses à l'école qu'on ne peut pas appliquer ici...du genre rester longtemps avec le résident...ici

³⁴ RIMBERT G., 2008, « Concilier soin et réparation : le soutien humaniste aux personnes âgées dépendantes », *Sociologie du travail*, n°50-4, p 535

³⁵ ARBORIO A-M., 1996 « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, n° 22, p 102

on est 3 le matin pour 22 résidents. La formation nous apprend à être là [lève sa main en hauteur] mais nous on est nécessairement là [baisse sa main]. On nous apprend ce qu'est un lieu de vie, et comment il faut s'adapter à la personne. »³⁶.

Nous l'avons vu, adopter la culture du domicile du résident et adopter une posture réparatrice ne sont pas systématiques pour les soignants, ce qui peut représenter un frein pour la personnalisation de l'accompagnement.

Néanmoins, pour favoriser ce changement culturel propre aux EHPAD, l'organisation peut tout de même rendre possible l'apparition de ces postures qui sont bénéfiques pour les résidents. Pour cela, nous l'avons vu, le tempo de l'organisation du travail ne doit pas être trop serré et le ratio d'encadrement doit être suffisamment équilibré.

Or, la tendance actuelle est à l'augmentation du niveau de dépendance des résidents accueillis, qui entrent de plus en plus tard et dont la durée de séjour diminue. Cette tendance représente un défi pour la personnalisation de l'accompagnement auquel les établissements doivent d'ores et déjà se préparer.

1.2.4 Un lieu de vie de plus en plus médicalisé

Comme cela est connu, les personnes âgées qui vivent à l'EHPAD y sont rarement entrées de leur propre volonté et de manière anticipée. Bien souvent, cette entrée est provoquée par une dégradation de l'état de santé et/ou une situation d'isolement ne rendant pas la vie au domicile suffisamment sûre. Les personnes accueillies sont fragiles, sur le plan physique et/ou psychique et/ou social. Les politiques publiques actuelles, envers les personnes âgées tendent de plus en plus à privilégier le maintien à domicile de la personne, ce que confirme la loi ASV. L'entrée à l'EHPAD peut donc être perçue comme un « dernier recours ». La tendance actuelle est donc à l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes, présentant un état de santé de plus en plus fragile. De maisons de retraite, l'appellation est désormais « EHPAD », et la présence d'un médecin coordonnateur au sein des établissements atteste de la médicalisation de ces structures, du fait du profil des personnes accueillies. Malgré une volonté affichée de certains établissements de ne pas ressembler à un hôpital (petites unités de vie, tenues civiles professionnelles pour les soignants, chambres individuelles, etc.) la médicalisation des EHPAD croît en lien avec le profil du public accueilli, et il peut alors sembler plus difficile de créer un lieu qui s'apparente à un lieu de vie et qui fonctionne comme une grande « maison ». La présence permanente de professionnels de la santé, les soins et les règles d'hygiène qui en découlent, les rendez-vous médicaux, les lits médicalisés, la cohabitation avec des personnes dont l'état de santé est très fragile sont autant d'éléments qui rappellent la médicalisation de ces lieux de vie. Lors des entretiens avec

³⁶ Propos recueillis lors d'un entretien avec AS, 28 avril 2017 – voir annexe 3

des résidents du secteur où la dépendance est pourtant la plus faible de l'établissement, nous avons pu entendre :

« Voir tous ces gens malades...les pauvres, ils n'y peuvent rien mais bon... Moi quand je suis arrivée il y a 10 ans il n'y avait pas de fauteuils roulants aux Oiseaux. »³⁷.

« Si un jour je perdais mon indépendance pour faire ma toilette, manger et tout ça, et bien je peux vous dire que je préfère me jeter par la fenêtre ! »³⁸.

L'accueil de personnes de moins en moins autonomes a pour conséquence la focalisation en premier lieu sur les soins et non sur l'accompagnement à la vie quotidienne et à la vie sociale. Sont alors privilégiés les gestes techniques codifiés et laissant peu de place à la spontanéité et à l'improvisation.

Après avoir défini le concept de personnalisation et son évolution au fil du temps, nous avons identifié que sa mise en place n'est pas sans difficulté. Celles-ci sont liées tant à ce qu'engendre la vie en collectivité, à l'organisation du travail (effectifs, cadence, autonomie des équipes, management) qu'à des freins d'ordre « culturels » ou à une tendance à la médicalisation des EHPAD. Nous avons pu identifier des leviers, des ajustements formels ou informels que peut permettre l'organisation du travail et que peuvent mobiliser les professionnels. Nous allons désormais nous intéresser au fonctionnement d'un établissement en particulier, et analyser les moyens déployés pour mettre en place un accompagnement personnalisé en identifiant et analysant les points de progrès, mais surtout en expliquant les conditions des réussites en termes de personnalisation de l'accompagnement.

³⁷ Propos recueillis lors d'un entretien avec une résidente Mme P, le 28 juin 2017 – voir annexe 11

³⁸ Propos recueillis lors d'un entretien avec une résidente Mme L, le 17 mai 2017 – voir annexe 9

2 L'EHPAD « Les Jardins du Castel » : un établissement déjà bien engagé dans la dynamique de personnalisation de l'accompagnement mais dont des axes de progression sont envisageables

2.1 Présentation générale de l'établissement

L'EHPAD « Les Jardins du Castel » est un établissement public accueillant des personnes âgées dépendantes, situé dans la ville de Chateaugiron (35) à moins d'une vingtaine de kilomètres de Rennes. L'établissement a une capacité de 121 places d'hébergement permanent et 6 places d'accueil de jour Alzheimer. Toutes les chambres de l'établissement sont individuelles.

Par simplicité pour le lecteur, nous nous référerons aux deux « pôles » le composant, à savoir le « Pôle Maison de Retraite » accueillant des personnes d'un degré de dépendance physique plus ou moins importante, et le « Pôle Alzheimer » accueillant des personnes atteintes de maladies neurodégénératives à des stades plus ou moins avancés. Chacun de ces deux pôles est composé de deux « secteurs ».

A) Le Pôle Maison de Retraite :

Le Pôle Maison de de Retraite accueille à ce jour 85 résidents, et il se compose de deux « secteurs » ou deux bâtiments, que sont les « Oiseaux » et le « Verger ».

Les Oiseaux accueillent 42 résidents relativement autonomes et ne présentant pas de troubles des fonctions supérieures. Ce bâtiment ne peut accueillir que des personnes peu dépendantes car la configuration des lieux n'est pas adaptée et parce que les normes PMR ne sont pas toutes respectées. Un nouveau bâtiment est en cours de construction depuis Novembre 2016, et les 42 résidents des Oiseaux y emménageront en février 2018.

Le Verger accueille 43 résidents sur deux étages. Ce bâtiment, dont la construction est plus récente, accueille principalement des personnes dépendantes, voire très dépendantes physiquement.

Le pôle locomoteur : Bien qu'il ne soit pas un secteur à part entière, le Pôle Locomoteur se situe géographiquement au niveau du Pôle Maison de Retraite. Il est coordonné par le Médecin Coordonnateur, regroupe une jeune équipe constituée d'un ergothérapeute à 70%, d'une kinésithérapeute salariée à temps plein et d'un éducateur sportif, et intervient sur tout l'établissement, au sein du pôle ou directement dans les services. L'accompagnement rééducatif proposé par cette équipe pluridisciplinaire, qui complète le travail des soignants et des infirmiers, est très apprécié des résidents et de l'ensemble du personnel comme cela est souligné à chaque CVS et lors des questionnaires de

satisfactions annuels des résidents. Les suivis ergothérapeutiques et kinésithérapeutiques peuvent aussi bien être individuels que collectifs.

B) Le Pôle Alzheimer

Le Pôle Alzheimer accueille à ce jour 36 résidents, et se compose de deux secteurs sécurisés que sont les « Alizés » et les « Floralties ». Ces secteurs sont conçus pour accueillir des personnes ayant un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Les Alizés accueillent 22 Résidents au stade 1 et 2 (léger à modéré) de la maladie d'Alzheimer. Certains résidents proviennent principalement de l'Accueil de Jour de l'établissement, dont l'un des objectifs est de préparer en douceur l'entrée en hébergement permanent aux Alizés, sous réserve de place, car ce secteur connaît une liste d'attente importante. Tous les efforts sont tournés vers le maintien, le plus longtemps possible, de l'autonomie.

Un PASA interne, ouvert 5 jours sur 7 du lundi au vendredi, accueille 14 résidents en hébergement permanent dans l'établissement ayant une maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement modérés.

Les Floralties accueillent 14 résidents au stade avancé de la maladie d'Alzheimer et présentant une grande dépendance physique. Tous les efforts sont réalisés pour maintenir une communication non verbale attentive et empathique par des soins de confort et d'écoute.

L'accueil de jour Alzheimer accueille du lundi au vendredi 6 personnes parmi la vingtaine qui le fréquente chaque année, dans des locaux à proximité de l'EHPAD. Le taux d'occupation est proche de 98%.

C) Les professionnels des Jardins du Castel : la pluridisciplinarité comme point fort

L'établissement compte 101 agents soit 82,5 ETP en 2016 pour 121 résidents en hébergement permanent et 6 en accueil de jour.

L'équipe administrative se compose d'un directeur, d'une adjointe des cadres et de deux adjointes administratives. L'établissement compte deux cadres de santé, dont une à temps plein et une à 80%.

L'équipe soignante se compose de 36 ETP AS/AMP, de 22 ETP d'ASH, de 4,8 ETP d'IDE.

Un médecin coordonnateur intervient dans l'établissement à hauteur de 0,60%.

Les Jardins du Castel présentent une équipe paramédicale très pluridisciplinaire : un kinésithérapeute salarié à 0.60%, un ergothérapeute à 0.80%, un art thérapeute à 0.20%, et une psychologue à 0.60%.

Une animatrice coordinatrice à temps plein et une animatrice sur le pôle Alzheimer à mi-temps interviennent dans l'établissement du lundi au vendredi.

Enfin, concernant les services techniques et généraux, l'équipe se constitue de 4 cuisiniers et d'un chef de cuisine, de deux agents de maintenance, et d'un qualicien à mi-temps.

Pour compléter l'accompagnement proposé aux résidents, une zootherapeute, un éducateur sportif, une diététicienne et une infirmière hygiéniste interviennent dans l'établissement, ainsi que de nombreux et réguliers bénévoles.

Les prestations hôtelières sont réalisées en interne, aussi bien le ménage, le traitement du linge des résidents que la cuisine.

2.2 L'accompagnement personnalisé au cœur du projet d'établissement et des pratiques professionnelles

La personnalisation de l'accompagnement est une des valeurs phares du projet d'établissement, qui érige en valeur principale le respect et le bien-être du résident. Le projet d'établissement reprend les 3 missions des Jardins du Castel, à savoir :

- Accueillir des personnes âgées dépendantes de plus de 60 dans le respect de leurs droits et de leurs libertés et dans la promotion de la bientraitance.
- Prendre soin en garantissant le bien-être de la personne et en assurant sa protection et sa sécurité.
- **Accompagner les personnes âgées tout au long de leur vie dans l'établissement en prenant en compte leur singularité et en proposant un accompagnement personnalisé.**

Cette préoccupation pour le bien être du résident est soulignée par le rapport d'évaluation externe de 2014, qui identifie comme « but des dirigeants » la primauté de l'intérêt de l'usager, et cite directement les propos du Directeur : « *les résidents sont des clients à qui l'on doit des prestations et satisfaction* ». Ce rapport souligne que l'établissement tend à atteindre l'objectif de primauté de l'intérêt de l'usager par la promotion de leurs droits, de la bientraitance, de la satisfaction de leurs attentes, par la garantie de leur sécurité et de leur bien-être, et par la démarche qualité.

Dans cette partie, nous analyserons ce qui est fait aux Jardins du Castel sur la personnalisation de l'accompagnement, en étudiant principalement deux volets, que nous nommerons le volet « soins » et le volet « animation et vie sociale ». Notre analyse identifiera les points forts concernant l'accompagnement personnalisé, les conditions de ces réussites, ainsi que les points d'amélioration et les causes pouvant les expliquer.

2.2.1 Un établissement avancé dans la personnalisation des soins

Au niveau du soin, les Jardins du Castel sont particulièrement avancés dans la personnalisation. Les soins sont réalisés en fonction des capacités de chaque résident par le biais des toilettes évaluatives, et ne sont effectués que lorsque celui-ci ne s'y oppose pas, par la pratique du report de soins.

A) La mise en place des toilettes évaluatives pour tous les résidents : une pratique bien ancrée chez les IDE et respectée par les professionnels de soins

Depuis une dizaine d'années, les toilettes évaluatives sont effectuées par l'IDE référent à l'arrivée du résident dans l'établissement afin d'évaluer le degré d'autonomie de la personne pour la toilette, et ainsi définir la nature de l'accompagnement qui sera à effectuer par la suite par les soignants (toilette debout au lavabo, toilette avec verticalisateur, toilette au lit, aide à la toilette...). Elle est effectuée auprès de tous les résidents de l'établissement, et est réactualisée environ tous les 4 mois, ou lors d'un changement dans l'état de santé du résident. La toilette évaluée est ensuite tracée par écrit sur le logiciel de soins afin que chaque soignant ait connaissance de la procédure à suivre avec chacun des résidents. La toilette prescrite doit être respectée par tous, y compris par les stagiaires. Les toilettes évaluatives permettent donc une personnalisation de l'accompagnement dans le sens où l'aide à la toilette s'effectue en fonction des capacités propres à chaque résident.

Cette approche « sur mesure » est certes plus chronophage pour le soignant mais elle a le mérite de mobiliser au maximum les capacités restantes de la personne. Les toilettes prescrites sont respectées par la grande majorité des professionnels, qui « signent » la toilette réalisée sur le logiciel de soins en accord avec la toilette prescrite. Si le soin est effectué différemment (parce que l'état de santé de résident ne le permettait pas, par exemple), cela doit être tracé et justifié dans les transmissions écrites.

La mise en place des toilettes évaluatives pour les 120 résidents est un vrai avantage dans la personnalisation des soins. Cette pratique nécessite beaucoup de temps IDE et des réévaluations fréquentes. Bien que le ratio IDE soit inférieur à la moyenne aux Jardins du Castel (4.80 ETP pour une moyenne de 7.2 pour les EHPAD publics de 120 places environ), les IDE adhèrent totalement aux toilettes évaluatives, qui sont désormais ancrées dans les pratiques de l'établissement. Lors de nos entretiens, nous avons constaté que les soignants et les IDE ne rattachaient pas nécessairement cette pratique à l'Humanitude mise en place depuis une dizaine d'années, et y voyaient avant tout du bon sens et une qualité dans le soin.

Toujours en lien avec les soins personnalisés, l'établissement pratique depuis 2010 le report de soins.

B) Report de soins : une pratique récente et rendue possible sous certaines conditions

Le report de soins est une pratique plus récente dans l'établissement, et les professionnels la mettent en lien avec la philosophie de l'Humanitude appliquée depuis une dizaine d'années. Le report de soins, comme son nom d'indique, permet de reporter un soin (toilette, rasage, douche, voire alimentation) lorsque le résident s'y oppose à l'instant où le soin est proposé, ou bien que son état ne permette pas un soin dans les meilleures conditions pour le résident et/ou pour le soignant, ou encore lorsque le résident n'est pas disponible pour le soin (lorsqu'il dort par exemple). Ainsi, la nuit, les résidents ne sont pas réveillés pour effectuer les changes. Les équipes du soir ou de nuit font en sorte de changer le résident juste avant que celui-ci se couche, et ne le réveillent pas la nuit pour effectuer un change. Si le résident se réveille de lui-même, le change peut alors être effectué. Ce changement de pratique n'a pas été évident ni simple. Les formations Humanitude, suivies par tous les soignants, ont aidé dans la mise en place et l'acceptation des reports de soins. Cette pratique est désormais bien ancrée chez les soignants aux Jardins du Castel, bien que leur mise en œuvre ne soit pas sans conséquence sur l'organisation et le déroulement des tâches quotidiennes d'un service. *« Il faut tenir compte de ce qu'ils veulent, de leurs habitudes, de leurs goûts et de leur être. Ils guident le soignant, et le soignant ne doit rien imposer »*³⁹.

Cette adaptation au résident nécessite une communication claire et bienveillante sur les contraintes de la vie en collectivité. L'adaptation est en fait mutuelle : les soignants tentent de s'adapter le plus finement possible aux rythmes de vie et aux attentes des résidents, et les résidents s'adaptent à la disponibilité des soignants, car la plupart d'entre eux comprennent les contraintes organisationnelles qui pèsent sur le collectif. Ainsi, la communication est un axe important dans la personnalisation de l'accompagnement, afin que le résident ait toutes les clés de compréhension concernant son accompagnement, les contraintes et les ouvertures qu'il comporte. La communication sur les soins est satisfaisante, car l'enquête de satisfaction des résidents de 2017 indique que 86% des résidents comprennent les soins qui leur sont prodigués grâce aux explications des professionnels.

En outre, la pratique du report de soins est plus aisée lorsqu'il existe une bonne entente entre les équipes. *« Il faut un esprit d'équipe, sinon le report de soins ça ne marche pas. Par exemple, il ne faut pas avoir peur de laisser l'équipe d'après faire une toilette parce que à l'instant t c'était pas possible avec nous. Et l'équipe qui prend le relais doit accepter ça, parce que ça fait aussi partie de leur travail, et surtout c'est mieux pour le résident »*⁴⁰.

³⁹ Propos issus d'un entretien non retranscrit avec AS le 23 mai 2017

⁴⁰ Propos issus d'un entretien non retranscrit avec AS le 23 mai 2017

Le report de soins n'est pas qu'un report dans le temps, d'une équipe à l'autre. C'est aussi la capacité d'un soignant de passer le relais à un collègue lorsque le soin ne se passe pas dans les meilleures conditions. Dans le secteur du Verger par exemple, les soins sont effectués en fonction des affinités des résidents. Mais dans les autres services, les soignants n'hésitent pas à solliciter le relais d'un collègue. Les résultats de l'enquête sur la qualité de vie au travail de 2017 montrent que 95% des professionnels disent pouvoir bénéficier de l'aide de collègues pour réaliser leurs tâches, et 90% se sentent soutenus dans les moments difficiles.

La bonne entente de la majorité des équipes aux Jardins du Castel facilite donc des reports de soins aisés, mais c'est surtout le partage de valeurs telles que l'intérêt du résident et le respect de son rythme de vie qui permet un report naturel des soins. Les valeurs de l'établissement, incarnées par le Directeur et l'encadrement, ont été préalablement coconstruites et synthétisées lors de la rédaction collective du projet d'établissement. Elles sont rappelées quotidiennement par les Cadres de santé, et sont portées par la grande majorité des soignants. La diffusion des valeurs s'effectue tant verticalement (de la direction vers les équipes, par des formations) qu'horizontalement (entre les équipes, d'un soignant à un stagiaire ou à un nouvel agent).

La pratique du report de soins fait partie de la personnalisation de l'accompagnement car elle permet de s'adapter au mieux au rythme et aux envies du résident. Ainsi, l'équipe du soir accompagne au coucher les résidents qui souhaitent dormir avant 21h, et pour les résidents qui ont l'habitude de se coucher plus tard, l'équipe de nuit prend aisément le relais. En outre, l'équipe de nuit composée de 3 agents propose des activités nocturnes, réalisées dans le pôle Alzheimer mais ouvertes à tous les résidents souhaitant y participer.

Enfin, l'adaptation des soins au rythme de vie des résidents n'est possible que si les effectifs sont suffisants. L'enquête sur le bien-être au travail que nous avons réalisée en 2017 à destination de tous les professionnels révèle des différences de perception sur les conditions de travail selon les services. Les résultats ont montré que des difficultés sur l'accompagnement des résidents étaient ressenties dans le secteur des Floralties, qui accompagne 14 résidents au stade sévère de la maladie d'Alzheimer. Ces résidents présentent en outre une grande dépendance physique. Les réponses aux questions posées dans le questionnaire sur la sensation du travail bien fait, sur la qualité de l'accompagnement, sur la sensation d'avoir le temps de bien faire le travail requis sont plus négatives dans ce secteur de l'établissement que dans les autres. Dans ces conditions, le report de soins et plus généralement l'accompagnement personnalisé sont plus compliqués à mettre en œuvre, car les soignants manquent de temps. Ces difficultés d'accompagnement génèrent un stress au sein de cette équipe, et lors de l'enquête sur la qualité de vie au travail, il est nettement ressorti que des tensions en lien avec le travail

existaient dans cette équipe. Nous voyons donc clairement que qualité de l'accompagnement et qualité de vie au travail sont fortement liés.

C) La personnalisation de l'accompagnement jusqu'à la fin de vie

Enfin, l'accompagnement personnalisé dans les soins, c'est aussi accompagner la personne selon ses souhaits jusqu'à la fin de sa vie. Les Jardins du Castel ont établi une convention avec l'unité de soins palliatifs et l'équipe mobile du Pôle Gériatrique Rennais de Chantepie. Cette équipe n'intervient pas dans toutes les situations de fin de vie car en règle générale, ce sont les soignants et les IDE de l'établissement, tous formés à la fin de vie, qui interviennent auprès du résident dans cette situation. Les souhaits des résidents concernant la fin de vie sont relevés par un formulaire remis au résident mais qu'il ne doit pas obligatoirement retourner, et durant le séjour avec la psychologue s'il souhaite aborder cette thématique.

Les soignants sont parfois confrontés à des situations de fin de vie difficiles (refus éclairé de s'alimenter, de s'hydrater, fortes douleurs...). *« Évidemment, les situations de refus de soins nous marquent et nous interpellent. Mais respecter les souhaits de la personne en fin de vie, c'est respecter son projet et c'est personnaliser son accompagnement. On recherche toujours un consentement éclairé du résident, mais s'il refuse, c'est son droit. Mais nous on a le devoir de lui expliquer les conséquences. Ce n'est pas facile pour les soignants parce qu'ils sentent qu'ils sont là pour soigner et pour guérir. Il faut apprendre à respecter les souhaits de chacun...pour certains, la douleur peut être rédemptrice... on ne peut pas juger. Respecter une prescription c'est un devoir, et écouter le patient aussi en est un. »*

Ainsi, il est important que le recueil des attentes se fasse en respectant le point de vue du résident, même et surtout lorsqu'il n'est pas en accord avec les représentations et les opinions des professionnels.

2.2.2 La personnalisation de l'accompagnement sur le volet « vie sociale » : un niveau de satisfaction élevé des résidents mais des améliorations restent possibles

A) L'arrivée dans le nouveau lieu de vie : de l'entrée à l'installation dans le nouveau « chez soi »

La prise en compte des attentes de la personne dès l'entrée :

La personnalisation de l'accompagnement s'effectue dès la visite de préadmission qui permet de mieux cerner les attentes du futur nouveau résident. Dès l'entrée, les professionnels cherchent à connaître l'histoire de vie et les attentes du nouveau résident. Toutefois, cette recherche d'information et de clés de compréhension se fait au fur et à mesure, pour ne pas assaillir le nouveau résident de questions et lui laisser le temps de

s'installer et s'habituer à son nouveau lieu et mode de vie. Lors de l'entretien de préadmission, une visite de l'EHPAD est organisée avec la Cadre de santé et le médecin coordonnateur en fonction de ses disponibilités. Cette visite de préadmission est l'occasion pour les professionnels et le futur résident de se rencontrer et de recueillir le consentement du résident. Lorsque le futur résident ne peut pas se déplacer, la Cadre de santé et le médecin coordonnateur peuvent se rendre au domicile ou à l'hôpital pour rencontrer le résident et évaluer ses capacités, essayer de comprendre ses attentes et ses besoins, et recueillir son consentement pour une éventuelle admission.

L'entrée en EHPAD est un moment difficile, souvent douloureux pour la personne âgée, qui quitte son domicile et parfois sa famille pour entrer dans un nouveau lieu de résidence collective. Les motifs d'entrée varient selon le parcours de vie de la personne : certaines personnes y entrent volontairement, d'autres y entrent à cause d'une situation de précarité sociale et/ou difficultés sur le plan médical, d'autres encore y entrent dans l'urgence suite à des accidents biographiques. L'entrée est parfois faiblement consentie et rarement souhaitée, et l'initiative de rentrer en maison de retraite revient souvent à l'entourage proche, qui s'inquiète de la perte d'autonomie de la personne. La question du consentement est d'autant plus complexe lorsque les personnes sont atteintes de troubles cognitifs. Quel que soit le degré de consentement, l'entrée en EHPAD constitue une rupture dans la vie de la personne âgée : *« L'entrée en institution est toujours un choc pour les nouveaux résidents, quelles qu'en soient l'intensité, la durée et la manière dont il s'exprime. (...) Aux tensions du déménagement s'ajoute la confrontation avec un univers peuplé de personnes très âgées : l'inclusion dans la maison de retraite fait en effet passer de manière très rapide d'une vie solitaire à une vie collective, du cadre intime du domicile au cadre plus impersonnel d'une institution conçue de plus en plus comme un service d'accompagnement aux personnes dépendantes, construit selon des normes hôtelières et hospitalières. »*⁴¹. A cela s'ajoute une autre difficulté selon Isabelle MALLON, car entrer en maison de retraite, c'est entrer dans son dernier lieu de vie. Le choc de l'entrée est ainsi fondé sur des bouleversements à la fois symboliques, matériels, pratiques et identitaires.

Pour aider à surmonter le choc, les EHPAD tentent d'établir dans leur organisation des continuités matérielles, relationnelles et symboliques entre le domicile et l'institution pour réduire l'écart entre ces deux univers : *« la présence dans ce type d'institution totale se justifie par la difficulté à vivre en dehors et non par la nécessité de vivre dedans. C'est précisément cette spécificité qui explique que les maisons de retraite doivent se*

⁴¹ MALLON I., 2007, « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, n° 121, p. 252

conformer pleinement aux prescriptions humanistes ayant cours à l'extérieur de l'établissement ». ⁴²

Ainsi, tout commence avec la procédure d'admission dans laquelle tout est fait pour que la personne effectue son entrée en douceur, malgré une situation parfois urgente, dans un lieu chaleureux et sécurisant. Aux Jardins du Castel, le recueil des habitudes de vie, des projets, des désirs s'effectue dans la foulée de l'entrée du nouveau résident et permet d'enrichir le projet personnalisé, qui servira de guide à tout le personnel, et qui sera actualisé selon les souhaits et selon l'évolution du résident dans son nouveau lieu de vie.

Une procédure d'admission qui gagnerait à être simplifiée :

La communication sur la vie à l'EHPAD et les droits et devoirs qui en découlent n'atteint cependant pas toujours sa cible, en particulier au moment de l'entrée en institution. L'admission étant un moment chargé d'émotions, il n'est pas rare que le résident et les personnes qui l'accompagnent n'assimilent pas la masse d'informations qui leur est fournie lors de l'entretien d'admission.

Aux Jardins du Castel, l'entretien d'admission peut durer jusqu'à 2h30, le temps que l'agent administratif explique tous les documents administratifs au résident et/ou à sa famille et que le résident les signe lui-même. A cet égard, les résultats des questionnaires de satisfaction des résidents 2017 indiquent que l'explication des documents administratifs est claire pour 69% des nouveaux résidents, et en conséquence ne l'est pas suffisamment pour 31%, ce qui représente un pourcentage non négligeable. Les documents administratifs ont été mis à jour et remodelés au cours de l'année 2017 dans un objectif d'allègement et de clarification, mais notons tout de même que le contrat de séjour fait 30 pages et que le règlement de fonctionnement fait 32 pages.

Nous pourrions envisager une procédure d'admission certes formalisée, mais allégée. Les outils de la loi 2002-2 sont obligatoires, mais nous pourrions envisager une explication synthétique, claire et plus brève des documents. Une explication « morcelée » avec différents interlocuteurs à différents moments pourrait permettre une meilleure assimilation des informations : la secrétaire se chargerait des informations administratives fondamentales, la cadre de santé pourrait s'entretenir dans les jours qui suivent avec la famille et le résident pour des explications plus « médicales » (changement de médecin traitant, convention de télémedecine, convention avec le centre bucco-dentaire). Enfin, la psychologue pourrait intervenir un mois après auprès du résident et de sa famille pour faire un point du premier mois, et aborder en douceur la question des souhaits de fin de vie (dont la feuille est remise actuellement le jour de l'admission).

⁴² RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite ». *Lien social et Politiques*, n°54, p 94

On pourrait envisager de proposer un délai d'un mois pour la remise des documents signés, pour ne pas les demander systématiquement le jour de l'arrivée.

Ainsi, pour une meilleure compréhension de ce qu'implique la vie en EHPAD et pour une arrivée plus douce, la procédure d'admission pourrait être allégée.

Malgré toute la difficulté sur le plan émotionnel que peut représenter le jour de l'entrée en EHPAD, les résultats de l'enquête de satisfaction des résidents 2017 montrent que pour la totalité des résidents interrogés, l'installation s'est bien passée, 94% se sont sentis bien accueillis, et 73% des résidents disent avoir reçu une présentation de l'ensemble des professionnels. Ils disent être 87% à ne pas avoir été présentés par les professionnels aux autres résidents (voisins de table et voisins de chambre), ce qui est un point très important et facilement améliorable.

Enfin, concernant la communication au moment de l'entrée en établissement, il est important de réexpliquer au nouveau résident et à sa famille que l'EHPAD est un lieu de vie, au sein duquel les personnes sont libres et que leur intimité et leur logement seront respectés. Les propos d'une résidente sur l'aménagement de sa chambre et son angoisse le jour de son arrivée montrent bien l'importance de la communication avant l'entrée en établissement. Lors d'un entretien, cette résidente nous a fait visiter sa chambre et a déploré ne pas avoir amené sa bibliothèque, qui lui était si chère : *« mais moi je savais pas que je pouvais prendre mes affaires...alors vous imaginez, c'était tellement la panique, moi j'étais tellement perturbée que j'ai donné tous mes livres avant de venir...oh si j'avais su... Quel gâchis...Mes livres d'histoire, de géographie, j'ai plus rien maintenant. C'est vraiment dommage ! »*⁴³. Ainsi, lors de la visite de préadmission, ou lors des premiers contacts avec le futur résident, il est important d'insister sur le fait que l'EHPAD est un lieu de vie, que la chambre est un espace privé personnalisable, et que le futur résident peut donc amener ses livres, ses bibelots, ses cadres, ses plantes, et son animal de compagnie s'il est capable de s'en occuper et si le règlement de fonctionnement l'autorise, comme c'est le cas aux Jardins du Castel : une résidente, vivant à l'EHPAD depuis 10 ans a adopté un chat il y a 3 ans, et une autre a été accueillie au Pôle Alzheimer en Juillet 2017 avec son chien.

La construction du chez soi : une notion qui reste fragile mais pleinement investie par les acteurs :

D'après RIMBERT, les EHPAD fonctionnent comme une seconde famille dans le sens où l'institution est délégataire de la parenté, et que les personnes accueillies ne sont pas des clients de passage, mais sont des résidents qui vont faire de la maison de retraite un

⁴³ Propos recueillis lors d'un entretien avec une résidente Mme L, le 17 mai 2017- voir annexe 9

nouveau « chez soi »⁴⁴. Mais bien que l'EHPAD soit un lieu de vie, et que la chambre soit assimilée au domicile du résident, le résident ne le considère pas de premier abord comme tel, et bien qu'il puisse finir par s'y sentir « chez lui », ce ne sera pas avec la même intensité qu'auparavant. Une personne peut avoir plusieurs « chez soi » : sa région, son pays, sa maison, sa chambre, et ces chez soi ne sont pas forcément hiérarchisés. De plus, ce n'est pas parce que l'on ne vit plus dans un espace que l'on considérerait comme chez soi qu'il perd sa qualité de « chez soi ». C'est une notion qui survit au temps à aux espaces, mais qui est évolutive : une personne qui ne se sentait pas bien dans son nouveau lieu de vie peut, avec le temps, s'y trouver à l'aise, et inversement. *« L'investissement du lieu pour en faire un chez-soi en suppose aussi la pratique quotidienne. Le sentiment et la sensation d'être « chez soi » reposent sur l'appropriation liée à la vie quotidienne, sur la pratique d'un lieu particulier, enchâssé de manière unique dans d'autres lieux, et non d'un lieu comme un exemplaire parmi d'autres catégorie de lieux. (...) »*⁴⁵

Tout l'enjeu pour une maison de retraite, c'est de faire en sorte que le résident s'y sente chez lui, car l'appropriation des lieux est fondamentale pour la qualité de vie en EHPAD : *« Le chez-soi en maison de retraite se définit ainsi de deux manières : c'est un espace privé, qui puise éventuellement dans des lieux publics et collectifs, auxquels il s'articule de façon singulière. Mais plus qu'un simple espace de repli hors du champ de la visibilité sociale, ou de liberté hors des contraintes collectivement réglées de la vie en commun, c'est un lieu investi subjectivement par la personne, qui lui permet de se reconnaître et qui garantit son identité. »*⁴⁶

Dès le premier jour d'admission, l'établissement cherche à donner tous les moyens existants au nouveau résident pour qu'il puisse investir les lieux et construire son « chez soi » au sein de la structure, et en particulier dans son espace privatif qu'est sa chambre. L'investissement de ce nouveau lieu de vie s'opère par la possibilité de la décorer et de l'aménager selon les souhaits du résident avec ses effets personnels qui revêtent le symbole de toute une vie et qui servent de repère. En 2017, aux Jardins du Castel, 91% des résidents disent se sentir chez eux dans leur chambre, ce qui est un taux très satisfaisant.

Lors de l'arrivée du nouveau résident dans sa chambre, celui-ci peut être aidé par sa famille, qui est invitée à participer au processus d'entrée, et/ou par le personnel qui se montre disponible et aidant dans l'aménagement de la chambre. Aux Jardins du Castel, le caractère privatif de la chambre est respecté par tout le personnel, et est régulièrement travaillé en lien avec les formations « Humanitude » et « bientraitance » : toutes les

⁴⁴ RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite ». *Lien social et Politiques*, n°54, pp.93-104

⁴⁵ MALLON I., 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, PUR. 288p

⁴⁶ Ibid.,

chambres sont individuelles, le personnel frappe à la porte et attend la réponse du résident avant d'entrer, le résident possède la clé de son logement et peut la fermer à clé quand il le souhaite. Le personnel du ménage doit systématiquement demander au résident si le ménage peut être effectué dans sa chambre, la disposition des objets et les habitudes des résidents sont respectées. Enfin, le résident est libre de recevoir qui il veut dans sa chambre à tout moment de la journée car il n'y a pas d'horaires d'ouverture restreints pour les visites.

Cependant l'EHPAD étant à la fois un lieu de vie et un lieu de soins, la chambre du résident oscille perpétuellement entre plusieurs statuts contradictoires. Comme nous l'avons vu, la chambre est en premier lieu un équivalent-logement. Elle est aussi un espace semi-professionnel au sein duquel le personnel est amené à pénétrer régulièrement pour réaliser les actes de soins et pour y faire le ménage. A cet égard, la chambre doit aussi assurer le bien-être des soignants lors de la réalisation des soins, permettre un nettoyage aisé, et permettre une mobilisation des résidents en perte d'autonomie à l'aide de matériels mobiles (lève personne, verticalisateurs) ou fixes (rails de transfert). Enfin, la chambre revêt un statut d'extension de l'espace institutionnel qui y imprime sa marque de diverses manières : choix des couleurs et des revêtements, liste plus ou moins longue d'interdictions diverses (risque incendie, hygiène), intrusion des responsables et des professionnels en l'absence de la personne qui l'occupe, etc.

Ensuite, pour accentuer l'esprit « lieu de vie », l'établissement a mis en place les tenues civiles professionnelles, ce qui atténue l'aspect médical. Une réflexion est en cours avec le personnel de nuit concernant le port de pyjama, en particulier au pôle Alzheimer, ce qui aiderait les résidents à mieux se repérer dans le temps, et contribuerait à la création d'une ambiance chaleureuse de grande maison.

Enfin, la construction d'un chez soi est facilitée par l'architecture de l'établissement en général, et non uniquement de l'aménagement de la chambre. Les EHPAD qui se construisent ou se reconstruisent aujourd'hui cherchent à se défaire d'une architecture et d'une ambiance rappelant l'hôpital. Ainsi, on privilégie à ce jour les petites unités de vie pour rendre le cadre des établissements plus familiers, et pour privilégier une approche plus individualisée. L'architecture du nouveau bâtiment a pris en compte cette dimension, et il y aura désormais 2 unités de vie sur deux niveaux, avec 2 salles de restaurant (au lieu d'une unité de vie sur 3 niveaux et une salle de restauration actuellement). Le choix des couleurs et la décoration a été fait avec une artiste peintre, associée de longue date à la décoration de l'établissement et connue des résidents par ses projets artistiques auxquels elle les associe régulièrement.

B) Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) : un guide pour les professionnels dont l'objet reste lointain pour les résidents

Les habitudes de vie du nouveau résident sont relevées lors de l'entretien de préadmission et sont transmises aux équipes avant l'entrée du résident. Ces habitudes de vie, mais aussi les besoins et les attentes sont inscrites dans le PAP. Cette démarche a pour objet principal de permettre à chaque résident de s'épanouir et de redéfinir son propre projet de vie. Depuis 2010, la formalisation de ces projets fait l'objet de plusieurs recommandations de l'ANESM dans le cadre plus large de la qualité de vie en établissement.

Aux Jardins du Castel, l'élaboration et l'évaluation du PAP est le résultat d'un travail d'équipe pluridisciplinaire.

Pour les résidents des secteurs Oiseaux et Verger (Pôle Maison de Retraite), la psychologue de l'établissement, qui travaille à 60%, passe 6 mois après l'admission pour faire un point sur l'adaptation du résident et recueillir des éléments pour l'élaboration du PAP. Lors de cet entretien avec le résident, elle est accompagnée d'un soignant du secteur dans lequel vit le résident, et la famille peut être présente si le résident le souhaite. À l'issue de ce premier entretien, la psychologue rédige une synthèse sur le logiciel de soins dans l'espace réservé aux PAP, et informe l'IDE référent par intranet que la synthèse est disponible. Ensuite, l'IDE référent prépare le projet en remplissant le tableau « synthèse du PAP initial »⁴⁷ et présente le projet lors des transmissions ciblées. Jusqu'à début 2017, le résident pouvait être présent à cette réunion d'échange autour du projet s'il le souhaitait. Dans le cas contraire, l'IDE référent adressait le projet validé par l'équipe à la psychologue qui le faisait signer au résident après validation. Depuis 2017, cette procédure a évolué : la psychologue effectue toujours un premier entretien avec le résident avant la réunion du PAP mais celui-ci ne participe à cette réunion (qui n'était en aucun cas obligatoire). La psychologue revient vers lui plus tard, dans sa chambre, pour que son projet soit validé à posteriori. En effet, convier le résident dans les 6 premiers mois de son arrivée à une réunion regroupant de nombreux professionnels pouvait perturber le résident *« quand on a vu que certains résidents commençaient à parler de choses tellement intimes qu'ils se mettaient à pleurer devant tout le monde, on s'est dit que ce n'était pas bénéfique pour eux et que ce n'était pas le lieu. Il vaut mieux faire les choses au calme, dans sa chambre, juste avec moi »*. Aux Jardins du Castel, les résidents ayant participé à la réunion d'élaboration du PAP avec l'équipe pluridisciplinaire en gardent le souvenir d'une réunion intimidante : *« on m'a demandé d'aller en bas », « il y avait plein de monde », « on m'a demandé ce que j'aimais faire », « j'étais très impressionnée », « il y avait même le directeur »* (alors que le directeur ne participe pas à cette réunion mais cela démontre un souvenir d'une réunion formelle et impressionnante).

⁴⁷ Voir annexe 12

En effet, bien qu'il soit un guide précieux pour les soignants, le PAP est en réalité un concept inconnu des résidents, car trop éloigné de leur quotidien. Les résidents interrogés ne savent en majorité pas ce qu'est le PAP ni son utilité. Une résidente a même questionné le mot « projet » : *« pourquoi on nous parle de projet de vie ? Vivre à mon âge c'est déjà bien assez, non ? Pas besoin de projet ! »*.

Pour que le PAP reflète au mieux les attentes du résident et soit un outil d'appui pour le travail des équipes, l'écoute lors du premier entretien réalisé par la psychologue et l'alimentation du PAP au fil du séjour du résident est fondamentale. Il est donc particulièrement important que chaque professionnel adopte une posture empathique auprès de chacun des résidents, et que la formalisation de ces projets ne les conduise pas à imaginer leurs souhaits et leurs attentes à la lumière de leurs propres références. En effet, l'essentiel de cette démarche réside dans la manière d'interroger, d'écouter et d'entendre chaque résident, sans se contenter de lister ce qui semble être ses besoins selon les professionnels ou en se fondant principalement sur les attentes des familles.

*« Se projeter c'est penser futur, alors eux ils pensent pas à ça en arrivant ici. (...) La personnalisation ce sont les choses du quotidien ! (...) Parfois c'est plus important pour elle que j'aie pas oublié de lui retirer le bouchon de la bouteille d'eau qu'elle ne pourra pas ouvrir sur toute une journée, c'est beaucoup plus important que de lui faire le projet de partir en séjour relationnel je sais pas où dans un mois. »*⁴⁸

Pour les résidents du Pôle Alzheimer (Alizés, Floraliés) un entretien initial de recueil d'information est réalisé par le soignant référent, ou par la Cadre de santé responsable du pôle lorsque le résident est accueilli en accueil de jour.

Une programmation automatique est installée sur le logiciel de soins pour que le PAP soit réévalué tous les ans, mais en réalité, le PAP est enrichi et modifié en fonction de l'évolution des besoins et des attentes du résident. Ainsi, au quotidien, il s'agira pour l'établissement de *« repérer les possibilités effectives de choix du résident par rapport au déroulement de sa vie quotidienne, sa possibilité d'exprimer des souhaits, celle de refuser et d'être entendu dans son refus »*⁴⁹. Bien entendu il ne s'agira pas d'en déduire que chaque résident a toute latitude et liberté absolue concernant son mode de vie ou ses actes vis-à-vis d'autrui. Il s'agira en revanche de travailler sur les espaces d'autonomie possibles pour chaque résident dans un lieu de vie qui comporte des espaces privés et publics et dans la gestion de sa vie quotidienne tant sur le plan des capacités physiques que cognitives.

⁴⁸ Propos recueillis lors d'un entretien avec AMP, le 09 mai 2017 – voir annexe 4

⁴⁹ AMYOT J.-J., 2013, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Editions Dunod, p55

C) Des animations collectives et individuelles riches, mais qui gagneraient à faire participer davantage les résidents

Enfin, la personnalisation de l'accompagnement passe par des temps d'animation et des temps plus « domestiques ».

Le rapport d'évaluation externe de 2014 souligne la qualité de l'animation et l'ouverture vers l'extérieur aux Jardins du Castel.

Les animations collectives :

Au sein du Pôle Maison de Retraite (Oiseaux, Verger), la présence à temps plein d'une animatrice coordinatrice et d'un animateur en contrat-aidé rend possible la proposition d'un riche panel d'animations collectives en interne (loto, art floral, chant, épluchage de légumes, etc.) mais aussi à l'extérieur, du fait des nombreux partenariats avec la municipalité (médiathèque, ludothèque, piscine, cinéma, etc.). La coordination des animations avec les bénévoles permet de réaliser des sorties nécessitant plus d'accompagnateurs. Les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents en 2017 montrent que les animations sont adaptées et variées selon 83% des résidents.

Au Pôle Alzheimer, une animatrice intervient à mi-temps pour proposer des ateliers thérapeutiques, ainsi qu'une art thérapeute. En outre, diverses modalités d'accompagnement sont en place : l'établissement dispose d'une salle Snoezelen, de 3 chariots Snoezelen, de l'intervention d'une association de zoothérapie tous les jeudis, Enfin, l'équipe du soir propose des ateliers massage en début de nuit, et l'équipe de nuit, composée de 2 AS et 1 ASH propose toutes les nuits des activités nocturnes collectives et ludiques au pôle Alzheimer.

Malgré la variété des animations proposées en interne, celles-ci ne peuvent naturellement jamais convenir complètement à tous les résidents. Certains ne participent pas aux activités par manque d'intérêt, ou parce que ces personnes parviennent à s'occuper autrement (seules ou avec un petit groupe de résidents). D'autres ne participent pas aux activités du fait de leur état de santé. Comme cela est régulièrement rapporté au CVS par sa Présidente (qui est une résidente), certains résidents ne comprennent pas toujours les activités qui leur sont proposées : l'intitulé écrit sur le planning des animations est peu clair, le rappel quotidien effectué oralement par l'animateur et les soignants n'est pas assez détaillé et n'explique pas suffisamment en quoi consiste l'activité. Enfin, d'autres résidents, en particulier ceux au capital culturel plus élevé et les plus autonomes, ne participent pas aux activités car elles ne correspondent pas à leurs attentes. Certains qualifient les activités comme « infantilisantes », comme nous avons pu le relever lors de trois entretiens avec des résidentes au capital culturel élevé. Ainsi, une résidente a proposé d'elle-même une animation qu'elle organise seule le weekend, axée autour de questions de culture générale. Elle prend note manuellement des questions posées et de

leur corrigé lors de ses sorties avec le Club de l'Amitié, ce qui représente une centaine de questions par mois), et demande au secrétariat d'en faire des photocopies. Elle organise ensuite des sessions en petit groupe les weekends, qui sont moins animés que les jours de semaine. Lors d'un entretien, une résidente nous a fait part du plaisir que lui procurait cette nouvelle animation : « *je n'attendais que ça* ».

L'inadéquation des animations proposées par rapport aux attentes du public est aussi valable dans l'autre sens : certains résidents s'excluent de certaines animations car ils sentent qu'ils ne sont pas capables d'intégrer telle ou telle activité. Il revient à l'animateur d'élaborer des activités qui procurent du plaisir et « mettent l'ambiance » tout en créant l'envie chez les personnes âgées. Une bonne connaissance des capacités et des attentes de chacun est donc un préalable nécessaire pour la réussite d'une activité. Il faut donc vérifier, ou en tout cas anticiper les aptitudes des résidents, pour ne pas mettre la personne âgée devant ses incapacités. Par ailleurs, comme le souligne RIMBERT, « *les animateurs ne doivent pas oublier que les personnes âgées d'aujourd'hui ont connu un apprentissage tardif du plaisir et des loisirs, du droit à l'oisiveté : les activités comme les dessins ou un spectacle de marionnettes peuvent être perçues comme réservées aux enfants, et donc mal reçues par les personnes âgées. (...) Une fois en poste, (les animateurs) ne devront pas juger la qualité des prestations des résidents, par exemple une peinture. En bref, il fallait comprendre que « le produit fini, c'est le plaisir de la personne âgée, pas l'idée de l'objet final anticipée par l'animateur »*⁵⁰. Suite au CVS d'avril 2017 où les résidents ont rapporté que les activités n'étaient pas satisfaisantes, l'animatrice, la cadre de santé et les résidents siégeant au CVS ont mis en place un questionnaire proposant de nouvelles animations. Les résidents siégeant au CVS se chargeront de les distribuer prochainement aux autres résidents afin de recenser leurs goûts et leurs attentes vis-à-vis des animations. A aussi émergé l'idée que chaque lundi, une petite réunion aurait lieu pour discuter avec les résidents du planning des animations de la semaine, les expliquer dans le détail, mais pour leur donner la possibilité de modifier, déprogrammer, ou proposer des animations. Les résidents sont donc davantage sollicités sur les activités, et les résidents siégeant au CVS peuvent ainsi pleinement jouer leur rôle de représentants, ce qui va totalement dans le sens de la participation, point fondamental de la loi 2002-2.

Naturellement, les animations ne pourront jamais satisfaire 100% des résidents. Toutefois, il est important que l'équipe qui propose ces animations soit facilement identifiable, et stable. L'année 2017 a été une année mouvementée pour l'équipe d'animation du fait que l'animatrice coordinatrice a été en formation CAFERUIS et n'était présente que 4 jours par mois pendant 8 mois. L'animateur, qui est en contrat aidé

⁵⁰ RIMBERT G., 2008, « Concilier soin et réparation : le soutien humaniste aux personnes âgées dépendantes », *Sociologie du travail*, n°50-4, p 532

jusqu'à juillet 2017, se retrouve seul pour les 85 résidents du Pôle Maison de Retraite. Deux personnes en service civique sont intervenues 6 mois, puis sont reparties. Enfin, une soignante en reclassement intervenait sur l'animation, mais pour des raisons de santé ne peut plus le faire. Ainsi, l'instabilité de l'équipe d'animation en 2017 n'a pas permis un travail de fond sur la variété des animations et sur leur mise en œuvre en lien avec les attentes des résidents exprimées durant les CVS et les commissions animations qui se réunissent trimestriellement. Lorsque la situation aura retrouvé une certaine stabilité, il conviendra de travailler sur la communication autour des animations, et d'améliorer les activités individualisées, comme le suggérait déjà le rapport d'évaluation externe de 2014. C'est d'ailleurs un des objectifs inscrits dans la convention tripartite. Comme l'exprimait la cadre de santé lors d'un entretien, les résidents les plus cultivés sont les plus oubliés car ils sont autonomes et plus indépendants. Ces résidents ont moins besoin d'être encadrés, mais il conviendrait de leur donner les moyens pour impulser une activité culturelle qu'ils pourraient organiser eux même en leur achetant par exemple des quizz de culture générale, des recueils de nouvelles relativement courts pour permettre ensuite des échanges sur les impressions de chacun sur chacune des histoires, mettre à disposition du matériel de couture pour confectionner de petits jouets ou objets à destination des enfants venant tous les vendredis avec les assistantes maternelles, etc.

Les animations individuelles par la mise en place d'un temps relationnel tous les après-midis par les soignants référents : une pratique à consolider

Les soignants participent elles aussi à des temps d'animation. Depuis 2012, sur les secteurs Verger et Oiseaux du Pôle Maison de Retraite, un aide-soignant par secteur dispose tous les jours d'un temps de 15h à 16h15 pour accompagner individuellement les résidents dont il est le référent (chaque soignant est référent de 4 ou 5 résidents). Lors de ces temps, le soignant propose un temps privilégié pour réaliser une activité individuelle que le résident souhaite faire comme par exemple réaliser une manucure, aller au cimetière, faire une balade autour de l'étang, ranger le placard et trier les vêtements, etc. Ce temps, inscrit dans le planning, est précieux pour améliorer la personnalisation de l'accompagnement. Toutefois, en cas d'imprévu comme l'absence d'une collègue, d'une situation tendue ou d'une réunion, ce temps est écourté, voire supprimé. La mise en place de ces temps, inscrits dans les plannings, est un réel « plus » pour la qualité de l'accompagnement. L'appropriation de ces temps par les soignants n'a pas été évident tout de suite car les soignants ont l'habitude des cadences de travail rapides, et prendre une heure pour réaliser des activités individuelles n'est pas toujours facile car le réflexe de vouloir aider sa collègue qui est seule sur cette heure est fort. C'est ce que nous a expliqué une AS du secteur Oiseaux lors d'un CHSCT, qui a ressenti une gêne en se promenant avec un résident dans le secteur des Florales (où nous l'avons vu, les

conditions de travail et d'accompagnement sont difficiles) pour aller voir la fresque récemment peinte sur le mur : *« les filles ont halluciné en me voyant avec la résidente en train d'admirer la fresque, en prenant mon temps. Elles, elles n'ont même pas le temps de la regarder. Je me suis sentie mal à l'aise, alors j'en ai profité pour leur donner un coup de main sur une toilette parce qu'elles étaient débordées »*⁵¹.

Certaines soignantes ont encore du mal à se détacher du soin pur, et ne perçoivent pas toujours le soin dans des activités individuelles telles qu'une discussion au calme avec un résident dans sa chambre. C'est ce que nous confirme la cadre de santé lors de notre entretien : *« Les AS sont peu à l'aise avec ce temps, elles n'ont pas l'habitude de faire autre chose que du soin, il faut encore parfois que j'intervienne pour les autoriser... C'est dur pour elles parce qu'elles sont toujours à fond, c'est toujours la course, et là on leur donne l'occasion de faire autre chose, elles ont le droit. Je dois leur rappeler que ces temps-là, même si cela n'en a pas l'air, c'est aussi du soin. »*⁵². Il convient donc de communiquer sur les vertus de ces temps relationnels, qui font partie du « prendre soin » en EHPAD. Cela représente un changement de culture pour certaines soignantes, en particulier celles provenant du milieu hospitalier, qu'il convient d'accompagner par des formations adaptées, et par une organisation du travail qui permet et encourage ce type de soin.

Ainsi, dans ce diagnostic, nous avons souligné les canaux par lesquels se diffuse l'accompagnement personnalisé : par le soin, et par l'animation et la vie sociale. En outre, nous avons vu que la participation des résidents est bien engagée, et qu'il est le plus possible « acteur » de sa vie à l'EHPAD. Bien que l'établissement soit très avancé sur la personnalisation dans ces deux volets, des améliorations sont encore possibles, en particulier dans le volet « vie sociale ». Nous verrons quels leviers peut mobiliser l'établissement pour se rapprocher encore plus de l'objectif de personnalisation de l'accompagnement. Les préconisations qui seront formulées à l'égard des Jardins du Castel restent valables pour d'autres structures, car elles ont une portée générale, bien que les conditions d'application soient particulières.

⁵¹ Propos recueillis lors du CHSCT du 2 juin 2017

⁵² Propos recueillis lors de l'entretien avec Cadre de Santé « 2 » le 12 avril 2017 – voir annexe 2

3 Des axes d'amélioration envisageables pour renforcer la dynamique de personnalisation de l'accompagnement aux Jardins du Castel

3.1 Communiquer davantage sur l'Espace de Réflexion Ethique pour rendre le questionnement éthique attractif et participer à l'évolution des pratiques professionnelles

La réflexion éthique est fondamentale lorsque le travail effectué se réalise auprès de personnes fragiles, parfois vulnérables, et ne pouvant pas toujours s'exprimer. Ainsi, sous l'impulsion du Directeur et mis en œuvre par la précédente élève Directrice, un Espace de Réflexion Ethique a été constitué en 2016. Ce type d'espace permet la réflexion et des échanges sur les pratiques professionnelles dans des situations d'accompagnement complexes. Débattre sur des pratiques, échanger les regards n'apporte pas toujours de réponse concrète, mais permet de créer le doute, de lancer la réflexion et en bout de chaîne, d'améliorer les pratiques professionnelles en leur donnant un sens. C'est en cela que la réflexion éthique est un des outils qui permet de se rapprocher de l'objectif de personnalisation de l'accompagnement.

Nous avons identifié durant le stage des questionnements et parfois une méconnaissance du rôle de ce groupe de réflexion. La communication sur ce type de projet est ici un enjeu de taille, car elle peut permettre de faire évoluer, en bout de chaîne, les pratiques des professionnels.

L'Espace de Réflexion Ethique (ERE) des Jardins du Castel se réunit trimestriellement et compte 15 membres et n'inclut volontairement pas le Directeur. Il compte à ce jour 6 AS, le médecin coordonnateur, l'ergothérapeute, 1 ASH, les cadres de santé, la psychologue, 1 représentante des usagers, 1 IDE et une personne extérieure qui est actuellement un professeur à la faculté de droit de Rennes. L'objectif est d'être un lieu-ressource face aux situations qui posent question au quotidien dans l'accompagnement des résidents : contention, liberté d'aller et venir, consentement du résident, intimité...

La réflexion éthique permet d'épuiser la chaîne des « pourquoi » et non des « comment » car elle interroge des gestes, des attitudes, des pratiques routinières, et n'a pas pour objectif d'apporter de solutions concrètes.

« L'éthique, c'est le deuxième regard. Le premier regard est un regard spontané, irréfléchi, c'est un préjugé dans le sens où il s'effectue avant la réflexion. Le deuxième

*regard, c'est un regard volontaire et réfléchi pour aller au-delà de la première impression. C'est ça l'éthique. C'est réfléchir sur la situation, sur nos gestes et nos impressions. »*⁵³.

L'ERE permet en effet une prise de recul sur certaines pratiques, et n'apporte pas de réponses toutes faites mais des éclairages face à l'objectif complexe d'un meilleur accompagnement possible du résident. La réunion de l'ERE permet notamment de résoudre des problématiques liées aux valeurs professionnelles. Lors de notre enquête sur la qualité de vie au travail, 23.5% des professionnels ont répondu affirmativement à la question « *Dans mon travail, je constate des décisions et/ou des pratiques allant à l'encontre de mes valeurs professionnelles* » sans que nous puissions identifier quelles étaient ces décisions. Ce genre de problématique peut tout à fait rentrer dans le cadre d'une réunion du groupe Ethique. Toutefois, pour que la réflexion éthique ait lieu, il faut que la parole puisse circuler librement pour venir créer le doute, et que l'équipe « fasse équipe », ce qui est le cas aux Jardins du Castel puisque notre enquête révèle que 90% des professionnels affirment pouvoir exprimer librement une opinion.

Lors de nos entretiens avec les professionnels, il nous est apparu que cette instance restait assez méconnue pour eux, malgré le travail de communication qui avait été fait lors de sa mise en place. La création de l'ERE est encore très récente (2016) et ne permet pas de faire un bilan avec suffisamment de recul. Nous avons cependant repéré un manque de connaissance et de compréhension de cet espace au cours de nos entretiens avec les professionnels : « *à quoi ça sert de discuter de choses dont on a pas la réponse ? Nous si on a un problème concret on veut une réponse concrète !* ».

Il conviendrait donc de communiquer davantage sur l'intérêt de ce type d'Espace :

- Donner des informations aux représentants du personnel durant les instances et les réunions qualité sur l'ERE : la composition, les prochaines réunions, le type de question qui peut y être traité en donnant des exemples de questions débattues dans ce cadre.
- Dédier une partie spécifique dans le rapport d'activité pour que l'ERE ait plus de visibilité en y inscrivant sa composition, le nombre de réunions effectuées, le nombre de questions traitées en une année.
- Demander aux membres de l'ERE d'aller dans les services une semaine avant la réunion pour les informer de la tenue de la réunion et du type de questionnement pouvant y être traité.
- Prévoir une modalité de renouvellement des membres pour permettre à un nombre plus important de professionnels d'y participer. Le choix a été fait de ne pas inclure le Directeur dans cet Espace. Cependant, étant donné le bon climat social et la bonne

⁵³ A. ZIELINSKI, maître de conférences en philosophie à la faculté de médecine de Rennes dans son intervention « *prendre soin en EHPAD : aspect philosophiques et enjeux éthiques* » dans le cadre de la 4ème journée thématique annuelle du groupe ETYCOZ rattaché à l'EREB « *culture sanitaire en EHPAD : paradoxe ou/et figure imposée ?* » du mardi 16 mai 2017.

communication entre le Directeur et les équipes, son inclusion pourrait être pensée. Il est important que le Directeur fasse partie de la réflexion éthique, mais nous recommandons qu'il n'anime pas cette réunion pour laisser davantage la parole aux professionnels.

- Afin que cette réunion se démarque des autres réunions de groupes projet (l'établissement compte plusieurs réunions de ce type : groupe ressource, groupe bientraitance, réunions Humanitude...), qui réunissent en général les mêmes professionnels, nous pourrions envisager qu'elle soit animée par un animateur extérieur (comme cela est le cas dans le nouveau comité éthique du Centre Départemental de l'enfance du département). Un formateur consultant pourrait animer cette réunion, et la démarquer des autres groupes projet. En effet, la multiplication des groupes de travail reflète une dynamique et une richesse dans la réflexion mais peut aussi créer des confusions. Ils sont nombreux aux Jardins du Castel, et certains professionnels s'y perdent.
- Diffuser les avis dans les services tout en garantissant l'anonymat. Il s'agira de décrire la ou les questions traitées et les échanges qui ont eu lieu sur celles-ci. Le compte rendu pourrait être effectué par la psychologue de l'établissement.
- Enfin, une fois que l'ERE sera bien identifié par l'ensemble des professionnels et dans l'objectif de créer une réflexion éthique dynamique qui se démarque des autres groupes de travail, nous pouvons envisager un groupe de réflexion éthique à l'échelle inter-établissement. Les réunions s'organiseraient alternativement dans les établissements. Ces regroupements inter-établissements permettraient aux professionnels de « sortir » de l'entre soi, de réfléchir et de débattre collectivement avec des regards extérieurs sur certaines thématiques. La réflexion sur des thématiques courantes, ou peu courantes, qui posent des questions essentielles sur la façon dont sont accompagnées les personnes âgées en EHPAD, gagnerait en richesse si elle était le fruit de professionnels issus d'établissements différents. On pourrait même envisager que cet espace de réflexion éthique inter-établissement, qui regrouperait des professionnels de 2 ou 3 établissements d'un même territoire, soit composé d'établissements médico-sociaux divers et non uniquement des EHPAD. En effet, les réflexions éthiques sont sans doute similaires dans un EHPAD, dans une MAS, ou dans un FAM : report de soins, dignité de la personne, respect de l'intimité, prise en charge de la douleur, contention, droit au risque, droit à une sexualité, etc. Toutefois, avant d'ouvrir la réflexion éthique à une plus grande échelle, il convient d'abord de communiquer sur son intérêt en l'interne, et que chacun ait connaissance de l'ERE en place.

3.2 Repenser et lisser l'organisation du travail dans un service pour améliorer la qualité de l'accompagnement et la qualité de vie au travail

3.2.1 Réparer le cercle de la qualité de vie au travail et de la qualité de l'accompagnement

La personnalisation de l'accompagnement, nous l'avons vu en première partie, nécessite des conditions organisationnelles et culturelles pour sa réussite. En effet, l'accompagnement est difficilement personnalisable dans un établissement dans lequel le rythme de travail est trop soutenu, où les soignants n'ont pas le temps de s'écarter des tâches de soins pur, et dans lequel la culture du domicile du résident et du projet personnalisé ne sont pas collectivement portés.

Une récente étude de la DREES sur les conditions de travail en EHPAD souligne que l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, évoqué comme explication du mal-être des professionnels, est souvent au contraire investi par les professionnels de l'établissement comme une mission à densité humaine riche et profonde et est source de valorisation du travail⁵⁴. La proximité avec la mort est vue comme normale et acceptable. Ce qui est anormal c'est de ne pas pouvoir les accompagner dignement dans les derniers moments.

Dans ses travaux sur les liens entre l'organisation du travail et la bientraitance en EHPAD, M. DEVIGNE explique que sans exclure la pénibilité morale qu'engendre le travail d'accompagnement des personnes âgées dépendantes (proximité avec la mort, les pathologies, la question de l'accompagnement en fin de vie), le mal être qui peut être ressenti par les professionnels des EHPAD ne provient pas de la nature des activités, mais des conditions dans lesquelles elles sont exercées : les effectifs ne sont pas assez nombreux. Ainsi, les professionnels se sentent en situation d'empêchement, constatent qu'ils n'ont pas les moyens de bien faire leur travail, et manquent de temps à consacrer aux personnes âgées au-delà de la seule exécution des tâches⁵⁵.

Selon DEVIGNE, le poids de l'organisation du travail sur la production de la bientraitance n'est pas anodin. En effet, dans une certaine mesure, l'organisation du travail influe sur les capacités des professionnels à être bien traitants vis-à-vis des populations vulnérables. Sont exclus ici tout comportement maltraitant de nature individuelle. La question du temps que l'organisation du travail permet de générer pour les personnels afin qu'ils se mettent à la disposition des personnes âgées est fondamentale. Le temps

⁵⁴ DREES, 2016, *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des professionnels très engagés*, 32p,

⁵⁵ DEVIGNE M, 2010, « Produire la bientraitance », *Gérontologie et société*, n°133, pp. 145-157

est la ressource centrale au sein de l'EHPAD, celle après laquelle on court, celle dont on manque.

Lors de notre diagnostic, nous avons évoqué les difficultés d'accompagner les résidents selon leur rythme de vie, ressenties dans un secteur, à savoir celui des Floralties. Ce secteur accueille 14 résidents au stade sévère de la maladie d'Alzheimer, et présentent une grande dépendance physique.

Notre questionnaire sur la qualité de vie au travail fait ressortir plusieurs éléments⁵⁶ :

- Les personnes du service des Floralties ont répondu en majorité « non » à la question « *la quantité de travail qui m'est demandée est adaptée* » alors que 77,5% des personnes des autres services ont répondu « oui ».
- A la question « *dans mon travail j'ai des activités variées* », les personnes ayant répondu négativement proviennent toutes du service des Floralties.
- 61% des personnes pensent que leur travail est pénible moralement. Aux Floralties, ce taux s'élève à 100%.

Dans les commentaires écrits, les thématiques du manque de temps, de sensation de travail bâclé, et du manque de personnel sont récurrentes chez les professionnels de ce service.

Dans ce service de dépendance lourde, les professionnels passent beaucoup de temps sur des gestes techniques qui nécessitent d'importantes manutentions (les toilettes pour 14 résidents durent jusqu'à 13h). Les temps relationnels sont courts et difficiles, du fait que les résidents ne parviennent plus à s'exprimer verbalement. Contrairement aux autres secteurs de l'EHPAD, les professionnels des Floralties n'ont pas ou peu de « feedback » de la part des résidents qu'ils accompagnent. Les conditions de travail sont donc difficiles, et à une pénibilité physique s'ajoute une pénibilité morale, qui est essentiellement due au sentiment exprimé de manque de reconnaissance de l'encadrement et de certaines familles essentiellement.

La qualité de vie au travail n'étant pas satisfaisante dans ce service - ce qui contraste beaucoup avec les autres services et ne fait qu'amplifier la mise à l'écart de ce service- la qualité de l'accompagnement en est impactée. Cette dégradation de la qualité de l'accompagnement est reconnue et décrite par l'ensemble des professionnels des Floralties. Pour améliorer l'accompagnement, une réorganisation du travail doit être pensée.

⁵⁶ Voir annexe 13

3.2.2 Repenser l'organisation du travail pour plus de stabilité dans l'accompagnement du résident et travail pour plus d'équité entre les secteurs

Actuellement, pour 14 résidents, les professionnels des Floralies sont 2 le matin à temps plein de 07h00 à 14h54 avec une pause de 13h15 à 13h45, et 2 l'après-midi à temps plein de 13h à 20h24.

A ces temps pleins s'ajoutent deux mi-temps, un le matin de 9h00 jusqu'à 13h et un l'après-midi de 12h38 à 17h du lundi au vendredi uniquement.

En semaine, pour les toilettes et le repas du midi, il y a donc 3 agents pour 14 résidents. Pour le repas du soir et les couchers, ils ne sont plus que 2.

Le weekend est un moment critique aux Floralies, car les professionnels n'ont pas la « sensation du travail bien fait » pour reprendre l'expression utilisée dans les commentaires des questionnaires. Un soignant écrit dans les commentaires libres du questionnaire « *2 le matin et 2 l'après-midi le weekend, c'est trop juste pour accompagner correctement les résidents et les familles* »⁵⁷.

Les souhaits exprimés durant la démarche d'enquête sur la qualité de vie au travail étaient qu'il y ait une personne supplémentaire pour le temps du repas le soir car actuellement, n'étant que deux professionnels, les repas sont donnés en chambre et non en salle de restaurant comme cela est le cas le midi. En effet, le midi, les 3 agents peuvent aider les 14 résidents en salle à manger. Ce moment collectif semble apaiser les résidents et leur procurer du bien-être. Le soir, en revanche, les repas sont donnés en chambre, et sont « vite expédiés » pour reprendre l'expression d'un professionnel, car les deux agents présents doivent aider 14 résidents au repas, un par un.

L'autre souhait exprimé pour améliorer la qualité de vie au travail et l'accompagnement des résidents était que le fonctionnement soit le même la semaine et le weekend, pour que l'accompagnement des résidents soit plus stable. Notons que les Floralies est le seul secteur de l'établissement à fonctionner différemment la semaine et le weekend, ce qui est perçu comme une injustice par les professionnels qui y travaillent.

Ainsi, dans l'optique d'améliorer les conditions de travail et d'impacter positivement la qualité de l'accompagnement, une réorganisation du travail doit être envisagée.

Si nous résumons les besoins du service, à moyen constants :

- 3 agents le matin du lundi au dimanche
- 3 agents l'après-midi du lundi au dimanche

Une des solutions possibles serait d'introduire un horaire coupé sur le poste de l'après-midi. Un des deux postes de l'après-midi ferait donc approximativement 8h30-13h30 et 18h-20h30. Notons qu'un accord existe aux Jardins du Castel concernant l'amplitude horaire des horaires coupés, qui a été votée au CTE, permettant de travailler sur 12

⁵⁷ Voir annexe 13

heures maximum (et non 10h30). L'introduction de cette coupe permettrait d'avoir du lundi au dimanche 3 agents le matin (2 agents 07h-14h54 + la coupe de 08h30 à 13h30) et 3 agents l'après-midi (1 agent 13h30 -21h, la coupe de 18h à 20h30, et un mi-temps en alternance toutes les après-midis du lundi au dimanche). Rappelons qu'à ce jour, il y a deux mi-temps du lundi au vendredi (un le matin, un l'après-midi). Pour cette nouvelle organisation, les mi-temps devront être d'après-midi, et alterner les jours du lundi au dimanche pour couvrir les weekends.

Enfin, notons qu'il existe des horaires coupés dans les autres secteurs, excepté aux Floralties. Il ne serait donc pas injuste de proposer une coupe dans ce secteur. Les coupes ne sont pas toujours les solutions idéales pour les professionnels, mais dans cette situation particulière, l'organisation du travail impacte la qualité de l'accompagnement des résidents et cela fait un effet boule de neige sur la qualité de vie au travail.

Cette nouvelle organisation permettrait donc un lissage dans l'accompagnement des résidents, dont les besoins sont identiques en semaine que le weekend. Cela permettrait notamment de servir quelques repas en salle de restaurant le soir, ce qui est un moment agréable pour les résidents. Le temps du repas serait moins précipité et les résidents seraient couchés en accord avec leur rythme de sommeil.

Pour la mise en place de cette organisation, il conviendrait de consulter au préalable les professionnels de ce secteur. Une phase de test pourrait être effectuée pour janvier 2018. Cela permettrait d'observer l'impact sur la qualité de l'accompagnement des résidents. Bien que ces derniers ne soient pas en mesure de s'exprimer aux Floralties, des observations fines des troubles du comportement permettrait de déceler une évolution du bien-être des résidents. Cette réorganisation aurait pour double objectif de répondre aux besoins du service exprimés par les professionnels à travers l'enquête, mais aussi de personnaliser l'accompagnement (pouvoir proposer des repas en salle à manger le soir, mieux s'adapter au rythme des résidents, pouvoir pratiquer le report de soins...). Si la phase de test est concluante, cette nouvelle organisation devra être validée par le CTE.

3.2.3 Réfléchir à la perspective future d'une ouverture du service pour mieux accompagner le résident et pour améliorer la qualité de vie au travail des agents

Si nous adoptons une vision sur du plus long terme, la réorganisation du service les Floralties en lien avec la qualité de l'accompagnement pourrait être de plus grande envergure.

Comme nous l'avons vu, les 14 résidents des Floralties présentent une grande dépendance physique (GIR 1 et 2) et sont atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. L'accompagnement de ces résidents, contrairement à ceux des Alizés (maladie d'Alzheimer stade modéré, personnes déambulantes), s'apparente grandement à

l'accompagnement des résidents du Verger (grande dépendance physique mais personnes communicantes, participant à des activités...) dans le sens où beaucoup de manutention est nécessaire pour les toilettes, et l'aide au repas est importante voire totale.

Les difficultés exprimées par les professionnels des Floralias via l'enquête sur la qualité de vie au travail ne se retrouvent pas au Verger, alors que le type d'accompagnement est similaire.

Nous pourrions envisager d'ouvrir le service des Floralias et de ne plus le cantonner au Pôle Alzheimer. Les résidents des Floralias intégreraient petit à petit le secteur du Verger, et seraient mélangés à des résidents ayant une dépendance physique importante, mais ne présentant pas de maladies neurodégénératives. Les résidents des Alizés resteraient quant à eux aux Alizés, car ces résidents ont besoin d'espaces sécurisés de déambulation.

Cette réflexion sur la sectorisation des résidents en fonction de leur degré de dépendance n'est pas sans lien avec notre sujet, car les changements de secteur lorsque l'état de santé d'un résident se dégrade mettent à mal la notion de chez soi, et entraînent systématiquement des réticences du résident, qui se retrouve dans un secteur avec une nouvelle équipe et des résidents qu'il ne connaît pas.

En outre, ce transfert des résidents des Floralias vers le Verger permettrait à l'équipe des Floralias de s'ouvrir. Les conditions de travail seraient améliorées, dans le sens où l'accompagnement serait plus varié, car nous l'avons vu, dans l'enquête sur la qualité de vie au travail, les professionnels des Floralias sont les seuls à avoir répondu ne pas avoir l'impression d'avoir un travail varié. Cette idée d'ouverture du service est toujours en projet, et semble être partagée par l'encadrement :

« Ça serait bénéfique pour eux. C'est très dur de travailler avec des résidents qui ne peuvent pas vous faire de retour. Ils savent que c'est comme ça, ils l'acceptent, mais c'est très dur au quotidien je pense. En travaillant avec des profils variés, avec aussi des résidents qui sont certes dépendants physiquement mais peuvent s'exprimer, je pense que ça leur ferait un bol d'air. Ils pourraient puiser de l'énergie auprès de certains résidents, et mieux accompagner les résidents avec le profil Floralias »⁵⁸.

Réorganiser le travail pour améliorer la qualité de l'accompagnement et la qualité de vie au travail des professionnels implique une observation fine des conditions de travail de la part de l'encadrement. L'enquête sur la qualité de vie au travail a permis de libérer la parole et de mettre une lumière sur des difficultés qui étaient connues auparavant mais jamais aussi clairement exposées. De manière plus générale, il revient à l'encadrement d'accorder une attention approfondie aux conditions concrètes dans lesquelles se déroule

⁵⁸ Voir annexe 2, Retranscription de l'entretien Cadre de santé « 2 » du 12 avril 2017

le travail des professionnels et donc le quotidien des personnes âgées. Il convient d'analyser la multiplicité des contraintes dans lesquelles ce travail et ces soins se déploient et donc la multiplicité des tensions que rencontrent les professionnels dans la réalisation de leur travail pour ajuster au mieux les propositions pour une nouvelle organisation du travail. Obtenir une telle organisation suppose un échange permanent sur les conditions concrètes de réalisation du travail et des choix sans cesse renouvelés concernant la meilleure façon de s'assurer de la production de la bientraitance auprès des personnes âgées.

3.3 Renforcer la pluridisciplinarité dans l'accompagnement en faisant graviter plus de professionnels autour du résident dans l'objectif de mieux répondre à ses attentes

3.3.1 Intégrer davantage les ASH chargées de l'entretien des locaux dans l'accompagnement des résidents

Afin que la connaissance du résident et l'accompagnement qui en découle soient les plus fins possibles et les plus proches de ses attentes, on pourrait envisager d'inclure des professionnels peu sollicités sur ce terrain jusqu'à présent.

Lors de notre enquête sur la qualité de vie au travail et en particulier au moment des entretiens individuels volontaires avec une ASH ménage et une ASH poste hôtelier, nous avons pu relever le besoin d'être davantage intégrées aux équipes et auprès des résidents.

En effet, aux Jardins du Castel, les ASH « ménage » et les ASH « poste hôtelier » ne participent pas aux transmissions orales qu'effectuent les équipes à chaque changement (matin, midi, soir). Le poste de ménage commence à 7h30 et termine à 15h24, et le poste hôtelier est en coupe (7h30-13h, 17h30-19h30). Leurs horaires ne permettent pas de participer aux transmissions du matin (7h00), ni à celles du midi (14h) ni à celles du soir (20h50), soit parce que les personnes concernées ne sont pas en poste à ce moment, soit parce qu'elles sont occupées.

Lors d'un entretien avec une ASH ménage, cette dernière nous a fait part de son intérêt à participer aux transmissions inter équipes, en évoquant plusieurs motifs :

- Le souhait de se sentir faire partie d'une équipe et se sentir moins isolée
- Le souhait d'avoir davantage d'informations pour mieux connaître les résidents
- Le souhait d'apporter des informations sur les résidents qui pourraient éclairer les équipes.

Ces motifs nous paraissent justifiés, en particulier l'échange d'information concernant les résidents, qui pourraient améliorer la personnalisation de l'accompagnement. En effet, les personnes chargées de l'entretien des locaux et des chambres entretiennent des relations

singulières avec les résidents, car ces derniers n'ont pas le même rapport et ne confient pas les mêmes choses aux professionnels qui interviennent à des moments différents et pour des actes différents (médecin, kinésithérapeute, AS, IDE, ergothérapeute...). C'est ce que confirme l'ASH que nous avons interrogé « *En plus les résidents se confient pas pareil à nous et aux AS. A moi ils me confient beaucoup de choses personnelles. Ils sont dans la confiance, au début pas trop mais après ils nous voient comme des gens qui s'occupent de leur maison, on est pas associées à quelque chose de médical. Je sais comment discuter avec telle ou telle personne parce qu'on est sur leur lieu de vie, on est chez eux donc c'est plus facile de comprendre la personne et là c'est la confiance !* »⁵⁹. Les ASH peuvent ainsi être perçues comme des personnes venant prendre soin du domicile du résident, et ne sont pas identifiées au domaine du soin. Les moments de ménage de la chambre (2 fois par semaine) sont des occasions de discuter avec le résident de thématiques plus en lien avec les habitudes de la personne lorsqu'elle vivait à son domicile, et d'échanger sur la famille, sur l'organisation et le rangement des affaires, etc. Ayant un angle d'approche différent du résident, les personnes chargées du ménage pourraient, lors des transmissions, apporter des informations pertinentes sur les résidents, et cet échange d'information pourrait faciliter la connaissance globale des attentes du résident et ainsi contribuer à améliorer son accompagnement en le personnalisant davantage.

On pourrait envisager de modifier les horaires des ASH ménage, et appliquer ce qui se fait dans un autre EHPAD que nous avons visité : commencer le matin à 6h55 pour pouvoir participer aux transmissions du matin et terminer à 14h20, pour pouvoir participer aux transmissions du midi. Pour le poste hôtelier qui est en horaire coupé, assister aux transmissions quotidiennes est beaucoup plus compliqué car leurs horaires doivent être alignés sur les prises de repas.

Si les horaires des ASH ménage sont modifiables pour leur permettre de passer un temps aux transmissions inter équipe, le principal frein est le manque de temps pour y assister : les ASH ménage doivent nettoyer 22 chambres par jour, du lundi au vendredi. Cette charge de travail étant déjà très importante, il leur serait difficile d'assister à des transmissions quotidiennes.

Ainsi, nous pourrions envisager une solution intermédiaire et à défaut de participer aux transmissions quotidiennes (trop chronophage et pas forcément pertinent tous les jours), les ASH ménage pourraient participer aux transmissions ciblées une fois par semaine. Ces transmissions sont l'occasion d'évoquer la situation de certains résidents de manière plus précise et de manière pluridisciplinaire (présence de l'IDE, de la psychologue, de la cadre, du médecin coordonnateur lorsqu'elle est présente, ergothérapeute et kinésithérapeute). Ces transmissions, moins fréquentes, mais plus longues (45 minutes)

⁵⁹ Extrait de l'entretien réalisé avec ASH le 9 mai 2017 (voir annexe 5)

pourraient être l'occasion d'apporter un autre regard, une autre approche. Les situations qui seront traitées lors des transmissions ciblées étant connues à l'avance, on pourrait envisager que l'ASH ménage prenne connaissance au préalable des noms des résidents concernés et en fonction d'un manque ou d'un apport d'information, elle pourrait choisir d'y participer entièrement, partiellement ou pas du tout.

Enfin, toujours dans l'objectif d'enrichir et d'affiner l'accompagnement de chacun des résidents, il serait intéressant que les ASH ménage et les ASH poste hôtelier puissent se saisir des PAP. En effet, cette catégorie de professionnels reste peu sollicitée dans l'élaboration des PAP. Pourtant ces derniers côtoient le résident au moment des repas et lors des temps de convivialité, particulièrement propices aux échanges. Les ASH ont donc connaissances d'informations utiles à l'amélioration de la personnalisation de l'accompagnement, et il conviendrait donc de les solliciter davantage. Peut-être la situation actuelle révèle-t-elle une vision trop soignante de l'accompagnement ?

Elles ne sont pas incluses dans le processus d'élaboration, et ne semblent pas toujours connaître cet outil qui sert de guide pour les pratiques des soignantes. La lecture de chacun des PAP serait trop chronophage, mais pour les prochaines entrées, on pourrait envisager que l'une d'elle soit présente et représente ses collègues au moment de l'élaboration du PAP avec l'IDE et les soignantes. La personne au poste hôtelier pourrait aussi être sollicitée au moment de l'élaboration du PAP, en particulier sur des thématiques relevant du repas : les goûts et dégoûts alimentaires, les habitudes à table, le placement à table, etc.

3.3.2 Repenser le système de référence des soignants

Le projet d'établissement présente le référent soignant comme un acteur important dans la vie du résident car c'est l'interlocuteur privilégié, un confident, et c'est l'interlocuteur des familles. Comme nous l'avons vu, chaque soignant référent dispose d'un temps relationnel une fois par semaine d'une heure et quart l'après-midi pour proposer des activités individualisées aux 4 ou 5 résidents dont il est le référent. Ce temps de référence a lieu tous les après-midis dans le Pôle Maison de Retraite. Nous ne remettons pas en question ce temps de référence, qui est un vrai « plus » pour la personnalisation de l'accompagnement, en particulier dans l'aspect relationnel, mais nous pouvons toutefois nous questionner sur la façon dont est attribuée la référence.

Laisser le choix au résident concernant son soignant référent est une modalité à envisager, en particulier au sein du Pôle Maison de Retraite, en particulier aux Oiseaux où les résidents sont les plus autonomes et les plus indépendants. Cette nouvelle modalité ne devra pas être systématique, et dépendra de la volonté du résident. Dans le cas où celui-ci n'aurait pas de préférence, ou dans le cas où il aurait des difficultés à s'exprimer ou qu'il serait mal à l'aise face un choix qu'il pourrait éventuellement estimer

indélicat, alors le soignant de son secteur qui a la possibilité de prendre de nouveaux résidents en référence pourra l'accompagner. Nous pensons qu'il est important que le résident ait le choix, et qu'il soit accepté qu'il ait davantage d'affinité avec tel ou tel soignant, comme cela est le cas dans la vie quotidienne avec les personnes qui nous entourent. Le fait que le résident ne choisisse pas son soignant référent peut expliquer le fait que d'après les résultats de l'enquête de satisfaction des résidents 2017, seulement 44% disait savoir qui était son soignant référent. Ce taux est un peu plus élevé pour les familles (63 % pour le pôle Maison de Retraite et 92% pour le Pôle Alzheimer) mais en réalité, les familles utilisent peu ce système de référence et s'adressent au soignant présent au moment où elles ont une demande, qu'il soit référent du parent ou non. Le système d'attribution des références pourrait donc être pensé différemment, dans l'objectif de rendre le résident acteur de ses choix.

Conclusion

La personnalisation de l'accompagnement est une dimension fondamentale de la qualité de vie en établissement. Nous l'avons vu, celle-ci ne passe pas uniquement par des outils tels que les projets personnalisés, mais plus globalement par un projet de l'établissement sur la philosophie d'accompagnement, dont le Directeur est garant. L'organisation du travail, c'est-à-dire l'autonomie donnée aux équipes, la flexibilité dans l'organisation des tâches, les effectifs et le travail en pluridisciplinarité, mais aussi les valeurs de l'accompagnement et le questionnement dans les pratiques qui en découlent sont des leviers complémentaires que le manager peut mobiliser pour se rapprocher de l'objectif de la personnalisation de l'accompagnement, pierre angulaire de la qualité de vie en EHPAD.

Nos préconisations, valables pour l'EHPAD étudié mais suffisamment générales pour être appliquées à d'autres établissements, ont pour objet d'améliorer la qualité de l'accompagnement en affinant la connaissance des résidents et de leurs attentes, et en donnant aux professionnels davantage d'outils et de moyens pour proposer un accompagnement le plus personnalisé possible. Elles sont applicables à moyens constants, et quelques-unes ont fait l'objet de débat et de réflexion collective lors de la parution des résultats sur l'enquête de la qualité de vie au travail. Car nous l'avons compris, la qualité de vie au travail et la qualité de l'accompagnement sont étroitement liées, et forment un cercle vertueux⁶⁰.

L'objectif de personnalisation passe donc par une écoute, une posture empathique des professionnels, mais aussi par toute la culture de l'établissement, portée et incarnée par tous, du Directeur, aux soignants, en passant par les services généraux et les bénévoles.

Nous l'avons vu, l'organisation du travail revêt une importance fondamentale dans la possibilité qu'ont les professionnels de mobiliser des ressources pour proposer un accompagnement personnalisé. Il revient aux futurs managers de prendre cette dimension en compte pour pouvoir se rapprocher de l'objectif de personnalisation.

⁶⁰ BRUNELLE Y., 2009, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. Pratiques et organisation des soins, n° 40, pp. 39-48

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n° 2 du 3 janvier 2002. Consultée le 03 mars 2017, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, Consulté le 02 avril 2017, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248>

LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°301 du 29 décembre 2015. Consultée le 03 mars 2017, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/2015-1776/jo/texte>

Ouvrages

AMYOT J-J., 2013, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Editions Dunod, 256p

ENLART S., 2010 « Motivation, satisfaction et implication » in AUBERT N., GRUERE J-P., JABES J., et al., Management, aspects humains et organisationnels, 9ème édition, PUF Fondamental, pp. 173-203

ESPACE NATIONAL DE REFLEXION ETHIQUE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER, 2012, « Alzheimer, éthique et société », ERES, 698p.

GOFFMAN E., 1968, Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Minuit, 452p.

MALLON I., 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, PUR. 288p

RIMBERT G., 2011, *Vieillards sous bonne garde : réparer l'irréparable en maison de retraite*, Éditions du Croquant, 260p.

UGHETTO P., 2007, *Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions de travail et management*, Paris : Editions de l'ANACT, 164p.

Articles de périodiques

ARBORIO A-M., 1996 « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière ». *Genèses* [en ligne], n° 22, pp. 87-106 [visité le 28 mars 2017], Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1996_num_22_1_1371

BRUNELLE Y., 2009, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins* [en ligne] n° 40, pp. 39-48 [visité le 20 juin 2017] Disponible sur Internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/POS/2009/1/39.pdf>

DEVIGNE M, 2010, « Produire la bientraitance », *Gérontologie et société* [en ligne], n°133, pp. 145-157 [visité le 13 février 2017] Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-2-page-145.htm>

LADSOUS J., 2006, « L'usager au centre du travail social. Représentation et participation des usagers », *Empan* [en ligne], n° 64, pp. 36-45 [visité le 03 avril 2017], Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-empan-2006-4-page-36.htm>

LOUBART J-R., 2003, Personnaliser les prestations dans les établissements, *Lien Social* [en ligne] n° 649, [visité le 14 mars 2017], Disponible sur Internet : <http://www.lien-social.com/Personnaliser-les-prestations-dans-les-etablissements>

MALLON I., 2007, « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société* [en ligne], n° 121, pp. 251-264 [visité le 04 février 2017], Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-251.htm>

MALLON I., 2007, « Le « travail de vieillissement » en maison de retraite », *Retraite et société*, [en ligne], n°52, pp. 39-61 [visité le 04 février 2017], Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2007-3-page-39.htm>

MALLON I. 2008, Les manières de vivre en maison de retraite, *Sciences Humaines*, vol 193, n° 5, pp. 17-17

PLANSON N., 2000, « La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels » *Sociétés contemporaines* [en ligne], n °40, pp. 77-97 [visité le 04 février 2017], Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/socco_1150-1944_2000_num_40_1_1814

RIMBERT G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite ». *Lien social et Politiques* [en ligne], n°54, pp.93-104 [visité le 02 mars 2017] Disponible sur Internet : <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2005-n54-lsp1053/012862ar/>

RIMBERT G., 2008, « Concilier soin et réparation : le soutien humaniste aux personnes âgées dépendantes », *Sociologie du travail* [en ligne], n°50-4, pp 521-536, [visité le 02 mars 2017] Disponible sur Internet : <http://gerard.rimbert.free.fr/?p=56>

ROY D., 2000, « Deux formes de freinage dans un atelier de mécanique : respecter les quotas et tirer au flanc », *Sociétés contemporaines* [en ligne], n°40, pp. 29-56 [visité le 17 février 2017] Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/socco_1150-1944_2000_num_40_1_1812

WASER A-M., 2008, « Pascal Ughetto, Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions du travail et management », *Travail et Emploi* [en ligne], n° 114, pp 87-88 [visité le 04 avril 2017], Disponible sur Internet : <https://travailemploi.revues.org/2001>

Colloques (publications)

GHEORGHUI M.-D. & MOATTY F., La dimension collective du travail et sa mesure : approches monographique et statistique » Communication aux XIIIème journées de Sociologie du travail (JIST) [en ligne], Bruxelles, 25-27 janvier 2012, 11p.[visité le 01 juin 2017] Disponible sur Internet : <http://metices.ulb.ac.be/IMG/pdf/GHEORGHUI-MOATTY.pdf>

RAVEYRE M. et UGHETTO P., On est toujours dans l'urgence : surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail ? Colloque « Organisation, intensité du travail, qualité du travail » Centre d'études de l'emploi, CEPREMAP et LATTS, [en ligne] Paris, 21-23 novembre 2006, 7p. [visité le 15 avril 2017], Disponible sur Internet : http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2007/sentiment_intensification_travail_ires_ughetto_raveyre_chsct.pdf

Rapport

DREES, 2016, *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des professionnels très engagés*, [en ligne] 32p, [visité le 30 janvier 2017], Disponible sur Internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

GHEORGHUI M.-D. & MOATTY F., 2005, « Les conditions de travail en équipe. Post-enquête Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Document de travail n° 43, DREES/Centre d'Etude et de l'Emploi [en ligne] 293p. [visité le 04 avril 2017], Disponible sur Internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud49.pdf>

KPMG, 2014, Observatoire des EHPAD, [en ligne] 84p. [visité le 24 juin 2017], Disponible sur Internet : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

SANTE ET SERVICES SOCIAUX QUEBEC, 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, orientations ministérielles, [en ligne] Québec, 174p. [visité le 05 février 2017], Disponible sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000808/>

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

ANESM, 2008, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Paris, ANESM, 52p.

ANESM, 2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement, 52p.

ANESM, 2011 Analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en EHPAD, 59p.

ANESM, 2011, Analyse documentaire relative à la Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, 59p.

ANESM, 2011, Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, 64p.

Conférences

« Culture sanitaire en EHPAD : paradoxe ou/et figure imposée ? » 4eme journée thématique annuelle du groupe ETYCOZ rattaché à l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB) du mardi 16 mai 2017 à Rennes.

Liste des annexes

Annexe 1 : Schéma de la structure organisationnelle de l'EHPAD Les Jardins du Castel

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien Cadre de santé « 2 » du 12 avril 2017

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien AS du 28 avril 2017

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien AMP du 09 mai 2017

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien ASH du 09 mai 2017

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien Cadre de santé « 1 » du 01 juin 2017

Annexe 7 : Retranscription de l'entretien avec professionnel « anonyme » du 22 juin 2017

Annexe 8 : Retranscription de l'entretien IDE du 27 juin 2017

Annexe 9 : Notes sur l'entretien avec Résidente Mme L du 17 mai 2017 et retranscription partielle

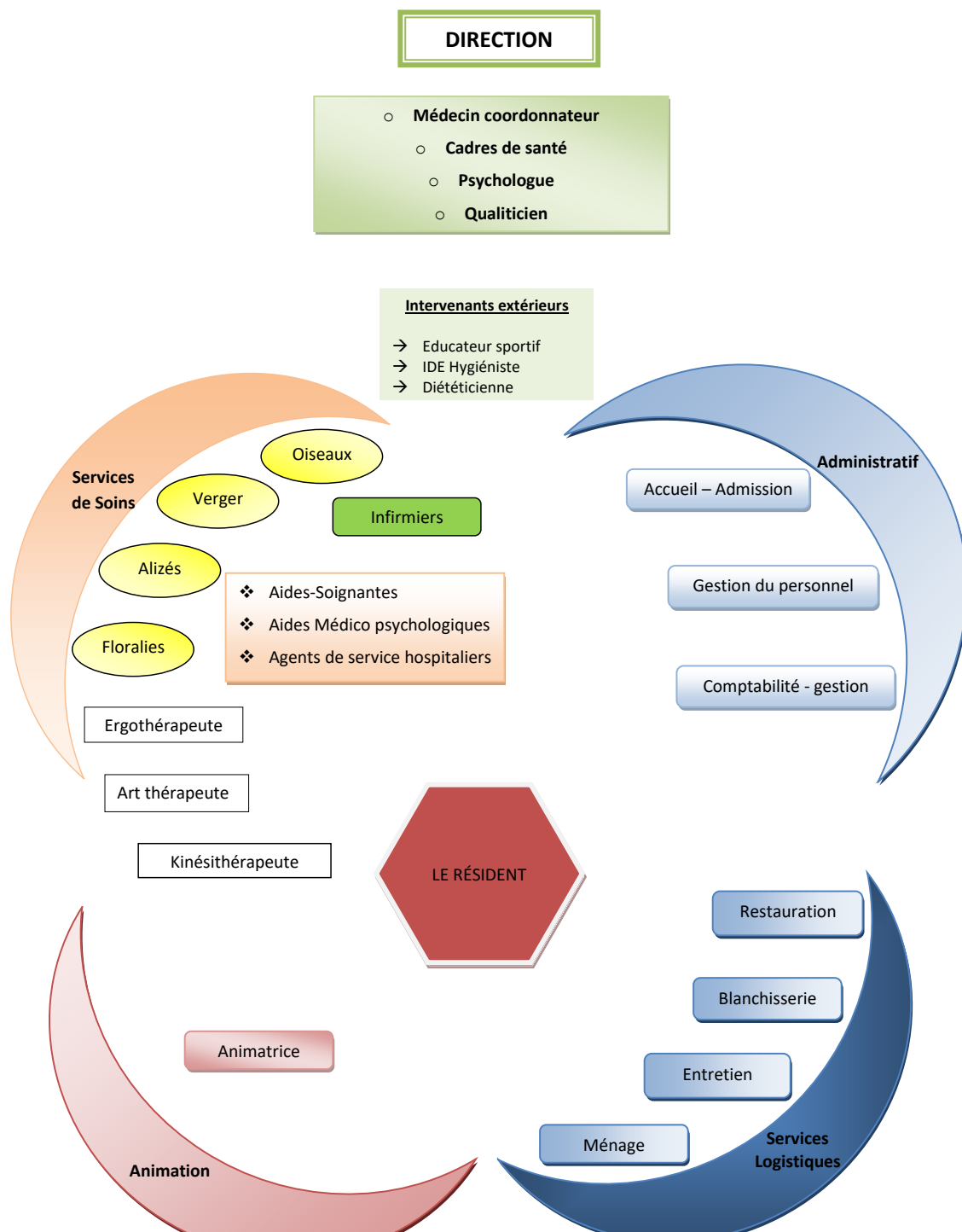
Annexe 10 : Notes sur l'entretien avec Résidente Mme M du 17 mai 2017 et retranscription partielle

Annexe 11 : Notes sur l'entretien avec Résidente Mme P du 28 juin 2017 et retranscription partielle

Annexe 12 : Tableau de synthèse du PAP aux Jardins du Castel

Annexe 13 : Extraits des résultats de l'enquête QVT 2017 issus de la restitution du 03 mai 2017

ORGANIGRAMME EHPAD LES JARDINS DU CASTEL



Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire d'individualisation de l'accompagnement en ehpad ?

L'individualisation, c'est respecter vraiment les demandes du résident. Et s'il n'a pas de demandes, c'est à nous de lui proposer l'ensemble des possibles. Certaines personnes ont un discours du type « foutez-moi la paix », mais il faut parfois aller au-delà et creuser, tout en laissant la personne tranquille. Par exemple, Mme L demande toujours qu'on lui « foute la paix », mais l'autre jour elle était vexée de ne pas avoir été prévenue de la visite à l'aquarium... il faut toujours aller au-delà de ce que disent les gens.

Quelles sont selon vous les principales contraintes à la mise en place de la personnalisation de l'accompagnement ?

Il y a d'abord les normes sanitaires sécuritaires. On ne peut pas se permettre de laisser faire certaines choses, parce qu'il y a des visites des services vétérinaires. Des choses que vous feriez chez vous sans vous poser trop de question, comme garder un yaourt en dehors du frigo pendant une heure par exemple, ici ce n'est pas possible. Et puis il faut aussi rappeler que les professionnels ont reçu pour beaucoup des formations centrées sur l'hygiène de l'hôpital. Il y a aussi des contraintes organisationnelles « pas le temps, pas assez nombreux » mais ici on s'en sort plutôt bien alors qu'on n'est pas plus nombreux qu'ailleurs. Et enfin, au-delà des contraintes organisationnelles, il y a les freins culturels de la part des soignants. Certains soignants font passer l'hygiène avant le relationnel, ils font passer la sécurité avant la liberté du résident. C'est pas facile pour ceux qui viennent de l'hôpital, c'est un changement de culture.

Sur le plan organisationnel, qu'est ce qui est fait ?

Il y a des temps relationnels, mais l'individualisation c'est tout le temps, et pas uniquement sur du temps relationnel. Le temps relationnel c'est du temps privilégié. Tous les jours il y a une heure par secteur. Par exemple, hier, une soignante a passé une heure avec Mme M pour l'aider à ranger son placard. Mais c'est sûr que s'il y a un arrêt de travail, c'est ce temps qui saute, et pareil s'il y a des réunions programmées sur ce créneau. **Les AS sont peu à l'aise avec ce temps, elles n'ont pas l'habitude de faire autre chose que du soin, il faut encore parfois que j'intervienne pour les autoriser... C'est dur pour elles parce qu'elles sont toujours à fond, c'est toujours la course, et là on leur donne l'occasion de faire autre chose ; elles ont le droit. Je dois leur rappeler que ces temps là, même si cela n'en a pas l'air, c'est aussi du soin.**

Que pensez-vous du système de référent ?

Le référent c'est théorique mais en vrai c'est plus flexible. Le référent est le référent du résident mais aussi de la famille. Alors si le résident n'identifie pas son référent, ce qui arrive souvent, la famille sait le faire.

Par quels moyens la personnalisation passe ?

Ça passe par exemple par le PAP, mais ce n'est qu'un outil. Mais pour moi, le PAP c'est avant tout un guide pour les soignants, pour avoir une pratique commune. Il n'y a pas d'obligation de résultats. La personnalisation, c'est déjà plus large que le PAP. **La personnalisation, c'est une culture pour dire pour qui on est là, et le soignant accepte de ne pas être le maître. Ça va à l'encontre de ce qu'ils apprennent en formation, où on leur demande d'être organisés, et de faire passer l'hygiène en priorité. C'est une culture de l'individualisation du prendre soin donc c'est un changement de culture complet, c'est le résident qui décide pour le soignant et pas l'inverse. Ça nécessite une réflexion sur le sens et sur sa posture professionnelle. C'est une négociation avec le résident et avec soi-même.**

Pour la fin de vie, c'est toujours difficile... Évidemment, les situations de refus de soins nous marquent et nous interpellent. Mais respecter les souhaits de la personne en fin de vie, c'est respecter son projet et c'est personnaliser son accompagnement. On recherche toujours un consentement éclairé, mais s'il refuse, c'est son droit, mais nous on a le devoir de lui expliquer les conséquences. Ce n'est pas facile pour les soignants parce qu'ils sentent qu'ils sont là pour soigner et pour guérir. Il faut apprendre à respecter les souhaits de chacun...pour certains, la douleur peut être rédemptrice...on ne peut pas juger. Respecter une prescription c'est un devoir, et écouter le patient aussi en est un.

Comment un établissement peut afficher sa volonté de personnaliser l'accompagnement ?

Ça peut se faire dès l'admission du résident, mais pour moi ce n'est pas forcément le meilleur moment parce qu'à l'admission les gens sont chamboulés. Puis il y a quand même malgré tout une soumission des personnes à l'institution. Il faut donc leur montrer la culture de l'établissement pour qu'ils se sentent libres d'exprimer des souhaits. Il faut que ce soit une volonté affichée et de donner les possibles. C'est à la direction d'autoriser les soignants à sortir des normes et d'en assumer les responsabilités. L'établissement doit afficher cette volonté. Afficher les droits des résidents, ça ne suffit pas, parce qu'il y a une culture de la soumission à l'institution.

Mais le souci c'est qu'on a aussi des familles très demandeuses de sécurité. La femme de Mr B nous avait demandé de ne pas le laisser sortir parce qu'elle ne voulait pas que les gens de la ville le voient dans son état. Nous on lui a dit qu'on ne l'empêcherait pas de sortir s'il voulait sortir. Pareil pour Mme D, ça a été difficile d'expliquer à sa sœur qu'elle devait respecter son choix de fumer, car au début elle voulait lui interdire.

En quoi la question des valeurs est importante ?

C'est avant tout la question du sens. On est là pour le résident et on doit accepter de se désorganiser. C'est le rôle du cadre de soutenir les équipes qui sont dans la démarche. Pour un directeur, j'imagine que le risque c'est de tomber dans certains travers et que la priorité soit le respect des normes, des règles, du paraître pour les familles (votre père est nourri, propre et bien habillé). On doit toujours trouver un compromis entre règles imposées (sanitaires) et la personnalisation de l'accompagnement.

Par exemple, la question de l'accompagnement nocturne est intéressante. Dans beaucoup d'établissement, on réveille encore les gens la nuit pour vérifier les changes. Et aussi, parce qu'on pense à l'équipe (et ce qu'elle va penser du travail fait par l'équipe qui la précède) avant de penser au résident. Ici, on ne réveille pas la personne la nuit. Les résidents peuvent dormir en s'enfermant dans leur chambre. Les soignants ont peur que la personne décède pendant la nuit, mais il faut apprendre à vivre avec ce risque.

Et quel management ?

Il faut un management souple qui s'adapte en fonction de l'équipe en face. En tant que cadre, mon approche est d'accepter et de valoriser que les soignants ne fassent pas tous pareil. Je ne suis pas là pour leur dire ce qu'ils doivent faire, je leur fait confiance et je crois en l'intelligence collective. Je suis juste là pour questionner. Les individus sont toujours en capacité de progresser, et ça c'est fondamental avec les professionnels. Pour mes recrutements, je ne suis pas perfectionniste. Je pose des questions de bon sens pour voir comment la personne parle du résident, comme par exemple : vous trouvez un vase avec des fleurs fanées dans la chambre d'une résidente qui est en salle à manger, que faites-vous ? » et là je vois ce qu'elle me répond. Est-ce qu'elle les jette alors qu'il faut d'abord demander l'avis de la résidente ? Ou alors « est ce que vous mettez des gants pour laver le visage d'un résident ? Si elle me répond oui, et bien je lui expliquerai que le visage des résidents n'est pas sale et qu'il ne faut pas mettre de gants pour la toilette du visage.

Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en EHPAD ?

J'ai toujours voulu ça. Ma mère était aide-soignante et quand elle me racontait des choses sur son travail ça me donnait envie. Ensuite j'ai fait un BEP sanitaire et social. Oui, j'ai toujours voulu faire ça. J'avais aussi pensé être infirmière mais au niveau de la charge de travail...et surtout il y a trop d'administratif.

Pourquoi l'EHPAD et pas l'hôpital ?

Je dis pas non à l'hôpital, j'en ai un peu fait en stage, mais en EHPAD on a plus de proximité, on voit les gens tous les jours. J'aime discuter avec les personnes âgées, c'est hyper enrichissant parce qu'ils ont beaucoup de souvenirs. Puis on les voit tous les jours...à l'école on nous dit de ne pas s'attacher, mais on s'attache, c'est obligé.

Pouvez-vous en quelques mots me définir votre rôle en tant que AS à l'EHPAD ?

Mon rôle c'est avant tout de la bienveillance. Il ne faut pas être centrée sur soi-même. On est là pour écouter le résident, on discute, on échange, et il faut penser avant tout au résident. C'est aussi de la bientraitance.

Qu'est-ce que c'est pour vous la bientraitance ?

La bientraitance c'est respecter les rituels, les envies, les choses des résidents. Par exemple, Mme M, le soir, elle mange un petit déjeuner au lit : du lait, des céréales, des biscottes...et elle mange pas le dîner comme tout le monde. C'est ce qu'elle aime, alors on lui apporte ce qu'elle aime, c'est son habitude.

En quoi l'EHPAD est un lieu de vie ?

Ici c'est chez eux. C'est LEUR chambre, c'est LEURS meubles. Ok on est en collectivité donc c'est pas pareil que quand ils étaient chez eux...ils nous disent tous qu'ils étaient mieux chez eux, c'est compréhensif. Nous on écoute...si on voit que c'est trop sensible, que ça les rend triste, on essaye de dévier le sujet.

Qu'est-ce que ça implique la vie en collectivité ?

Ben il faut leur expliquer que on ne peut pas toujours être disponibles quand ils le veulent, on leur explique qu'on viendra les voir plus tard. Puis au niveau de leurs habitudes de vie, c'est pas toujours simple. Le matin pour le petit déjeuner un jour sur deux on alterne le service par lequel on commence comme ça, ça évite que telle ou telle personne soit toujours servie en premier.

Comment vous faites avec des résidents comme madame P qui vit très mal sa vie à l'EHPAD et qui ne participe à aucune activité parce que socialement, elle ne s'y retrouve pas ?

C'est compliqué avec Mme P... elle ne sort jamais de sa chambre sauf pour les repas. Elle discute avec ses voisines, et avec nous. Mais pour elle l'EHPAD c'est un sujet trop délicat. Elle refuse tout : traitements, animations... puis elle est très attentive à son image et à sa dignité, c'est normal. Par exemple, elle refuse qu'on utilise le lève-personne. On a beau lui expliquer que c'est pour que tout le monde évite de se faire mal, elle comme nous, mais elle ne veut pas entendre, parce que pour elle c'est une question de dignité. Tous les soins délicats, intimes, elle est toujours ultra réticente...puis elle finit par accepter mais ça la gêne...moi je comprends, je serais pareil je pense.

Pour vous qu'est-ce que ça veut dire personnaliser un accompagnement en EHPAD ?

Alors c'est un truc tout bête déjà mais il faut se rappeler de leur nom. Puis après faut se souvenir de ce qu'ils nous racontent, où ils habitaient, ce qu'ils faisaient avant, se rappeler les prénoms des gens de leur famille... C'est pas comme à l'hôpital où les gens sont de passage et où ils sont comme des numéros.

Quelles sont les contraintes pour la personnalisation ?

Réfléchit pas ne semble pas comprendre le sens de la question. Je reformule autrement.

Il y a-t-il quelque chose qui vous frustrant dans votre travail ?

Ah. Bah déjà le fait qu'il ne faille pas s'attacher aux résidents... Puis parfois on veut faire des trucs mais on peut pas parce qu'on est que deux pour tout un étage. Mais par exemple, hier, j'ai pu emmener madame B au marché parce qu'il y avait une stagiaire, donc moi ça m'a libéré sur un petit temps pour emmener madame B au marché. Elle était super contente, elle a acheté des crêpes qu'elle a gardé dans sa chambre. Quand il y a une stagiaire, moi ça me permet de me poser un peu et de lire le journal à un résident, ou de coiffer une résidente, de lui mettre du vernis à ongle... Sinon on a le temps relationnel de 15h à 16h15 tous les jours, et la référente utilise ce temps pour s'occuper de « ses » 4 ou 5 résidents. Mais en une heure et quart, ça donne juste le temps de s'occuper de 2 personnes si on veut faire les choses bien. On fait des jeux de société, une balade dehors, de l'aide à la marche, de la manucure...ou alors on discute, madame D adore ça !

Pour vous, ce temps relationnel, est-ce que c'est aussi du soin ?

C'est un soin dans notre travail. Mais ça ne doit pas être perçu comme ça par les résidents

Peut-on répondre à toutes les attentes ?

Non ! Mais on fait au mieux. Si Mme M veut aller dehors alors on se débrouille pour trouver un temps et on va dehors. Madame P, elle se couche toujours après minuit. Elle aime regarder la télé et elle aime prendre sa collation très tard, du coup, nous le soir on lui souhaite une bonne nuit et c'est l'équipe de nuit qui prend le relais. Nous ça nous change rien, et c'est son souhait.

Comment faire face aux exigences des résidents ? Quelle posture adopter ?

Ça dépend des résidents mais on essaye d'être impartial, on s'adapte. Puis quand ils nous disent – c'est rare mais ça arrive – « on a payé pour ça » ou « c'est votre travail » il ne faut pas se braquer...je leur explique gentiment que c'est vrai, que c'est mon travail et qu'ils ont payé, mais que le respect c'est dans les deux sens. Ça fait mal en tant que soignante... mais le résident n'est pas tout seul... Après je peux comprendre dans le fond mais pas dans la forme. C'est vrai qu'ils payent très cher.

Comment associer le résident à l'élaboration de son projet de vie ?

Pour leur projet de vie il y a un rdv avec la psychologue. Ici au Verger elle va dans la chambre, avec la famille et le résident. Et elle pose des questions sur les habitudes de vie. Mais c'est pas toujours facile, surtout quand le résident est négatif et qu'il dit qu'il attend la mort, que Jésus le prenne. A l'Ecole on nous a appris que quand un résident dit qu'il veut mourir, il ne faut pas essayer de le convaincre de rester. Il faut juste l'écouter.

Qu'apporte l'Humanitude à l'accompagnement ? que pensez-vous de l'entrée dans un label ?

Je suis nouvelle ici, c'est mon premier travail, et avant de venir ici je ne connaissais pas. En fait Humanitude c'est s'adapter à la personne, respecter ses attentes. A l'école on parle pas d'Humanitude. On parle de bientraitance. Mais pardon de le dire comme ça, mais pour moi, ce sont des grands mots pour dire des choses qui sont logiques ! évidemment qu'on va frapper à la porte avant d'entrer chez un résident ! Ça permet aussi que tout le monde fasse pareil. On vient parler de la même façon aux résidents, toujours le regard au même niveau, jamais en dessous jamais au-dessus.

Votre formation d'AS mettait l'accent sur quels aspects ? Hygiène ? Relationnel ? Sécurité ? Personnalisation ?

Notre formation est divisée en 8 modules : Accompagnement de la personne et habitudes de vie, hygiène, sécurité, ergonomie au travail... bref plein de modules différents. **A l'Ecole on voit la théorie, et ici c'est la pratique. Le souci c'est qu'on voit des choses à l'école qu'on ne peut pas appliquer ici... du genre rester longtemps avec le résident... ici on est 3 le matin pour 22 résidents. La formation nous apprend à être là (*lève sa main en hauteur*) mais nous on est nécessairement là (*baisse sa main*). On nous apprend ce qu'est un lieu de vie, et comment il faut s'adapter à la personne.** Ici au Verger pour la toilette on est deux. Il y a une soignante furtive et un soignant actif. L'actif fait la toilette pendant le que le furtif discute et dévie un peu l'attention pour que ce soit un moment agréable.

Vous avez travaillé dans plusieurs services. Notez-vous une différence dans l'accompagnement ?

Je trouve ça génial d'avoir fait tous les services, du coup je connais presque tous les résidents et tous les soignants. J'ai commencé aux Oiseaux (*service dans lequel les résidents sont les plus autonomes*) et c'était très dur parce qu'ils ont beaucoup mis l'accent sur l'aspect hôtelier et du coup les résidents sont très exigeants, surtout au niveau du repas, les menus, la présentation de l'assiette... Après je suis allée aux Alizés avec les gens qui ont Alzheimer, et c'était super au niveau du relationnel. Et au Verger, ce que j'aime c'est qu'on travaille à deux, et ça c'est super.

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien AMP du 09 mai 2017

Je lui explique mon sujet de mémoire et avant de poser mes questions, elle me parle librement de son métier :

« En formation on m'a appris à prendre du recul sur une réalité, qu'on est pas du un pour un, on nous l'a appris. Au début on veut toutes bien faire mais ce n'est pas possible. Il y a des façons de faire pour que l'accompagnant aussi se sente bien, c'est la condition pour bien accompagner. C'est du bon sens. Ok on est là pour laver Mr untel, c'est la base du soin, mais il faut prendre en compte la valeur, l'éthique, on se limite pas au soin. J'ai 22 personnes à m'occuper, si Mme untel a besoin de plus d'accompagnement alors je m'en occupe. Après, il y a des soignants qui font des choses curieuses... On lave les gens de la tête aux pieds comme si ils avaient fait du sport. En formation AS on leur dit pour être propre il faut faire une toilette à fond. Effectivement faut le faire, mais je pense aussi qu'il faut que chacune ait la connaissance du métier de l'autre. Moi je leur apporte un autre regard. J'essaie de leur dire que c'est pas la peine de les laver de la tête aux pieds, surtout si chez eux ils se douchaient pas tous les jours et que certains détestent ça. Ensuite, mon travail c'est de faire l'accompagnement au repas : c'est un des moments les plus importants surtout aux oiseaux parce que les résidents sont en capacité de se plaindre.

Vous pensez que l'accompagnement des soignants est trop axé sur le soin ?

Pour certains oui... Mais « trop » non ... Dans une équipe où il y a les deux, AS AMP, nous les AMP on sera moins axées sur le soin pur et dur toilette. Des fois avec ma collègue AS je lui dis « c'est bon les draps ont été changés ! » Mais du coup nous les AMP on rééquilibre le truc, on fait la balance avec nos collègues AS. Je pense que dans les équipes où il y a les deux c'est bien. Il y a toujours des soignants vieille école... avant on s'occupait pas du bien être psychique du résident, c'est récent comme préoccupation, donc... savoir prendre en compte ces critères là c'est important.

Comment on fait un accompagnement personnalisé en EHPAD ?

La base c'est de connaître les habitudes de vie. Certes il faut les noter mais le dialogue c'est encore plus important et ça permet de faire évoluer les choses. Faut connaître les habitudes, respecter les goûts de chacun mais il faut aussi veiller au bon fonctionnement, faut que la personne soit consciente qu'ici c'est la vie en collectivité. C'est bien de leur dire que c'est un lieu de vie mais il faut pas leur donner non plus l'impression qu'ils pourront faire ce qu'ils veulent parce que malheureusement il y a des contraintes.

Ici on a la chance de faire appel aux bénévoles. Moi je connais des structures qui sont contre les bénévoles, parce que les soignants n'aiment pas, ils trouvent que ça donne l'impression que n'importe qui peut faire ce qu'ils font... moi je vois pas ça comme ça.

En quoi votre travail d'AMP est différent de celui d'AS ?

Le travail en lui-même, à la base, dans un service ici, on fait la même chose ! Après, je vais avoir un regard différent, le bien être psychologique, le comportement va plus me toucher. Dans ma formation on a un gros module de psychologie. Je dis pas qu'un AS n'est pas capable d'avoir ce regard là, après elle l'a moins étudié. Chez certaines personnes c'est inné, pour certaines AS le bien être ça sera aussi important que le soin, tout comme chez certaines AMP l'hygiène sera aussi important que le bien-être. Il y a des AS qui m'ont appris des choses sur le soin. Mais je m'y intéresse aussi. Je pense à passer le concours d'AS pour avoir double compétence. C'est pas mal aussi. J'ai appris plein de choses au niveau soin, mais c'est parce que ça m'intéresse.

Qu'est-ce que c'est la personnalisation pour vous ?

La base c'est d'avoir un projet personnalisé au départ. Qu'il y ait un questionnement de l'équipe que les attentes du résident. Si on veut qu'elles se sentent bien, il faut personnaliser au mieux, parce qu'elles savent que c'est leur dernière maison. Donc on personnalise avec des projets.

En discutant avec des résidents, je me suis rendue compte qu'ils n'ont pas conscience du projet. Ils ne savent pas ce que c'est un projet personnalisé. Vous pensez que le vocabulaire est adapté ?

Se projeter c'est penser futur, alors eux ils pensent pas à ça en arrivant ici. Et puis le PAP c'est un document trop récent ! La personnalisation ce sont les choses du quotidien ! De toute façon arrivé à un certain âge et en fonction des capacités de la personne, c'est sur l'accompagnement de base qu'on se projette, c'est pas sur des projets grandioses. Parfois c'est plus important pour elle que j'ai pas oublié de lui retirer le bouchon de la bouteille d'eau qu'elle ne pourra pas ouvrir sur toute une journée, c'est beaucoup plus important que de lui faire le projet de partir en séjour relationnel je sais pas où dans un mois. Dans un bon projet les habitudes de vie sont notées dedans. Après, PAP, projet de vie, projet individualisé...franchement pour le petit agriculteur du coin, qui a passé sa vie à se faire à manger, s'occuper de ses patates de ses carottes et de ses vaches, qu'est ce qu'on vient lui parler de projet et de machins...la vraie question c'est « qu'est ce qui vous fait plaisir sur tous les jours » « quelles sont vos attentes » à la rigueur mais pas besoin d'utiliser du vocabulaire pas adéquat, ça sert à rien. Avec la loi de 2002, on nous demande un projet individualisé...même les soignants ont eu du mal à comprendre ce que c'était, alors que nous AMP pendant un an on a un module que sur ça ! Au départ on passe un temps fou à se demander « il faut un projet », « il faut un but » et on cherche des choses compliquées. Mais en fait ce sont des choses simples. Mais au moins le terme de projet, ça amène au moins à se questionner sur les attentes de la personne. Avant que ça existe, est ce qu'on se questionnait ? Avant on se limitait aux habitudes de vie. De toute façon, je vois les filles, les anciennes, c'est limite si elles donnaient à manger à une personne assise sur les toilettes ! J'aurais pas pu faire ce métier il y a 20 ans ! Ma grand-mère était dans une maison de retraite et elle avait le droit de rien faire, personne s'occupait d'elle, et pourtant c'était dans une grande ville, c'était pas la campagne comme ici. Du coup mon père a retiré ma grand-mère de la maison de retraite et à dit à l'infirmière « désolée madame moi je préfère mourir que laisser ma mère ici ». C'était dans les années 80. En plus mon père est espagnol, et dans sa culture, les enfants prennent soin des anciens... ma mère s'est occupée de ma grand-mère à la maison. Avant on s'occupait pas du bien être de la personne. Je ne blâme pas les soignants de l'époque, ils faisaient ce qu'ils faisaient, c'était comme ça... aujourd'hui on prend en compte le bien-être physique mais aussi le bien-être psychologique du résident, c'est très important. Ici à la campagne il se passait des choses dans les années 90-2000 qu'il se passait plus dans les grandes villes. C'est le côté campagne... après même certains anciens je pense que ça les gênait même pas ! Ça paraît énorme aujourd'hui, comme la contention, mais c'était la méconnaissance de certaines maladies qui faisait que la mise en danger, pas le choix on attachait et puis c'est tout.

En tant qu'ASH, quelles sont vos relations avec les résidents ?

Bah on les voit surtout quand on fait les chambres et quand on les croise dans le couloir. Ils nous reconnaissent. Certains nous disent « aidez-moi à ranger mes papiers », d'autres disent « ah non ne touchez pas mes meubles », ils ont tous des petites habitudes et maintenant on connaît toutes les habitudes alors on s'adapte en fonction du résident et de sa demande. Mme L, on sait que pas le droit de toucher à ses meubles ! Elle est autonome et veut garder son autonomie. Mme C, il faut lui enlever le bouchon de la bouteille et pas fermer son armoire à pharmacie parce qu'avec ses mains elle a du mal à attraper les objets et ouvrir son armoire à pharmacie donc on sait quel résident on peut faire des choses ou pas. Certains résidents nous disent « moi je fais mes poussières » mais quand on passe dans la chambre on voit que c'est pas fait correctement. On fait le maximum qu'on peut. Je déplace les affaires pour bien nettoyer dans les chambres encombrées mais on peut pas tout bouger non plus. Celles où il y a beaucoup de bibelots, je fais les choses bien et je passe plus de temps, et dans d'autres chambres ça ira plus vite. Le gain de temps sur des chambres rangées permet de s'occuper des chambres encombrées.

Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en EHPAD ?

Bah...franchement c'est parce que c'est à côté de chez moi ! Mais parce que je connais aussi, dans mon expérience. J'ai fait de l'EHPAD une fois ça m'avait plu. Je suis en contrat d'avenir et c'est intéressant, ça me permet d'évoluer. Avant j'ai travaillé à l'hôpital près de Rennes (6mois) et dans un hôpital psychiatrique dans le sud, clinique privée, dans un EHPAD rattaché à un hôpital public.

Par rapport à l'EHPAD rattaché à l'hôpital et ici, c'est quoi la différence ?

C'est complètement différent ! Ils avaient pas d'accompagnement. Ils avaient pas de référent. C'était celle qui était là qui accompagnait. Au niveau du résident...ici ils sont libres de faire ce qu'ils veulent, s'ils disent « non aujourd'hui je veux pas de ménage », ou « non je veux pas faire mon bain aujourd'hui » bon bah ça sera pas aujourd'hui mais là-bas ils avaient pas le choix. Fallait que ce soit fait. Pas de report de soins, c'est aujourd'hui et voilà sauf si le résident était trop énervé. Il n'y avait pas d'accompagnement personnalisé. C'était vraiment l'usine et l'hôpital. Le résident était là, même s'il était en fin de vie et qu'il avait envie d'être tranquille et qu'il voulait pas faire son bain, bah non, fallait faire son bain.

Qu'est-ce que c'est pour vous la bientraitance ?

Respecter les choix des résidents, les écouter. Beaucoup de résidents ont besoin de parler et même si notre charge de travail est conséquente il faut prendre le temps. Il faut savoir gérer ses tâches mais aussi prendre du temps pour le résident, le plus important c'est le résident. Les résidents le sentent quand on prend le temps. Ce matin Mr L voulait me montrer son album photo de mariage, bah je lui ai pas dit non ! Et après il voulait me remonter un autre album mais là je lui ai dit « désolée mais je verrai ça la prochaine fois ». Il faut prendre le temps. On est que de passage pour faire le ménage, certes, mais on crée aussi des liens parce qu'on rentre chez eux.

En quoi l'EHPAD est un lieu de vie ?

Déjà ici je trouve que c'est bien animé. Là où j'étais avant, à l'autre EHPAD, c'était une animation tous les 3 à 6 mois. C'était une ambiance plus que triste. J'ai vu une seule animation dans l'année et c'était parce que c'était l'anniversaire de l'EHPAD. Mais j'étais en service fin de vie, donc peut être que c'était pour ça... les gens étaient pas autonomes et les animations n'étaient pas adaptées.

Comment on fait des animations adaptées aux gens pas autonomes ?

Faut aménager, il y a des solutions. Déjà, si l'animateur passe de chambre en chambre pour discuter, c'est une animation. C'est pas grand-chose mais pour eux c'est beaucoup. Quand je fais le ménage je leur parle et ils sont super contents et on a du mal à sortir de la chambre tellement ils sont contents ; ils ont du mal à faire la séparation quand je leur dis « ça y est c'est terminé faut que je parte ». Je suis là pour faire le ménage mais je suis là pour faire du lien social, c'est le but aussi. C'est aussi riche pour moi que pour eux, j'apprends des choses. On parle de leurs animaux, de la famille...

Il y a-t-il des choses dans votre travail que vous aimeriez faire et que vous ne pouvez pas faire ?

Prendre plus de temps avec les résidents. Moi je pense que ce serait très enrichissant d'avoir un temps sur le temps de travail pour avoir plus de temps pour discuter avec le résident. Moi franchement je me sens exclue. On est présentes mais on est dans l'ombre par rapport aux liens qu'on a avec le résident, alors que moi j'ai un super lien avec les résidents et je vois qu'ils sont tout contents. L'autre fois ma fille était malade, j'étais absente une semaine et demie, quand je suis revenue ils m'ont tous demandé « ça va ?, vous allez bien ? On s'inquiétait. Votre fille va mieux ? » enfin...vraiment aux petits soins pour moi donc oui il y a un lien et c'est dommage de pas l'approfondir. Mme L, ça fait plusieurs jours que je la vois triste parce qu'elle a perdu son frère, elle en parle, elle a pas pleuré, mais la seule fois où elle a pleuré c'était avec moi pendant que je faisais sa chambre. On est obligé d'être présent, mais aussi on a un temps de travail très court. J'adorerai avoir ce temps relationnel. L'autre jour ça m'a touché, Mme D, l'animateur devait l'emmener voir les canards à l'étang et elle m'a demandé si j'allais venir, je lui ai dit que non à cause du ménage, et du coup elle a voulu rester dans sa chambre, parce que je venais pas. J'avais mon travail. Mr Q. m'a demandé si je voulais bien faire le loto avec lui, parce que la dernière fois il a gagné, il était tout fier, mais je lui ai dit « désolée je peux pas ». C'est frustrant de pas faire d'animation.

Il y a des endroits où les ASH font animation et soins. Ici certaines font du soin parce qu'elles sont en formation. Moi l'année prochaine je vais voir avec la cadre si je peux aller sur les soins vu que je suis engagée pour trois ans, et comme c'est mon projet et que je pense avoir les compétences...

Je reviens sur ce que vous avez dit avant, sur votre sentiment de frustration au travail. Vous pouvez m'en parler un peu plus ?

Je me sens exclue parce qu'on n'a pas...comment dire...par rapport aux résidents on a pas ces temps à leur accorder. On se sent exclues parce que les soignants ont plus de temps avec eux, ne serait-ce qu'une petite animation de jeux de société...nous on a pas ça. On fait notre ménage et ça reste comme ça. Et on est un peu seules nous les ASH parce qu'on est toutes seules par service. Donc du coup...à la journée on est seules. Mes principaux contacts ce sont les résidents. L'équipe je la croise des fois. Ça serait bien qu'on puisse travailler en binôme, on se sentirait moins seules.

Êtes-vous associées à l'élaboration du projet de vie ?

Ne sait pas de quoi je parle...

Le PAP ?

Ne sait pas de quoi je parle...

J'en ai pas entendu parler.

(Je lui explique ce que c'est)

Ah non nous on est pas associées. Déjà on est pas associées aux transmissions ! C'est dommage. On voit sur PSI mais si les filles soulèvent quelque chose dans la journée, c'est dommage qu'on soit pas là parce que nous aussi on peut soulever des choses. Des fois on se pose des questions « bah pourquoi Mme machin a changé de comportement du jour au lendemain ? » et si on pose pas la question ou si on regarde pas sur le carnet bah on est pas au courant. On peut donner notre point de vue aussi. Je le faisais avant, ici ça m'a changé. A l'autre EHPAD, même si beaucoup de choses n'étaient pas cohérentes, en tant qu'ASH on avait le droit d'être là pour les transmissions, dans tous les établissements où j'étais c'était comme ça. **En plus les résidents se confient pas pareil à nous et aux AS. A moi ils me confient beaucoup de choses personnelles. Ils sont dans la confiance, au début pas trop mais après ils nous voient comme des gens qui s'occupent de leur maison, on est pas associées à quelque chose de médical. Je sais comment discuter avec telle ou telle personne parce qu'on est sur leur lieu de vie, on est chez eux donc c'est plus facile de comprendre la personne et là bah c'est la confiance !**

Pouvez-vous me définir ce qu'est selon vous la personnalisation de l'accompagnement en EHPAD ?

Pas qu'en EHPAD, pour moi c'est la personnalisation tout court ! Ça fait 15 ans qu'on travaille avec des projets personnalisés. On n'a pas le choix. L'avantage avec les personnes désorientées c'est que ça permet de trouver une cohérence dans leur incohérence, et la cohérence c'est eux. On doit s'adapter à eux pour que ça marche. Il faut observer finement, faire des transmissions fines, on suit ce que leur corps dit. Noter autant ce qui ne va pas que ce qui va. Ça permet ensuite de voir dans les grandes lignes ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas. Voir ce qu'elle nous montre à défaut de nous le dire, mais sans trop interpréter.

Travailler auprès des personnes désorientées implique de s'appuyer sur les familles. Comment travaillez-vous avec elles ?

On les écoute moins que ce qu'on pensait. On les écoute pour les écouter mais ce qui compte, c'est la personne. On les écoute mais dans la réalité c'est infime sur ce qui nous sert au quotidien. Bien sûr ce sont des indicateurs mais ces gens ont des besoins différents) et ce n'est plus comme quand la personne allait bien. On les entend parce qu'elles ont besoin d'être entendues. Mais les goûts de la personne évoluent en fonction de l'environnement. Et comme elle ne communique pas toujours, il faut essayer, parce que la personne ne le demandera jamais. Il faut toujours essayer des choses. Les soignants doivent faire aussi un vrai travail sur eux-mêmes. L'outil de la relation c'est notre corps à nous. Il faut beaucoup de savoir être pour être apaisant malgré nos désordres intérieurs. Il faut faire des reports de soins si le résident est opposant. Et pour moi, la pratique du report de soins c'est le thermomètre l'équipe. S'ils se font aisément, c'est que l'équipe va bien. Il faut constamment évaluer ce qui donne du bien-être et ce qui donne du mal être.

Pour le travail avec les familles des résidents de l'accueil de jour, ça prend beaucoup de temps, c'est vraiment très chronophage. Ce qui est intéressant, c'est qu'à l'accueil de jour, les familles sont plus compliquées que les résidents. C'est compliqué parce que comme les résidents rentrent chez eux le soir et reviennent le lendemain matin, le travail est toujours à refaire parce que les troubles du comportement explosent à la maison et le lendemain les résidents ne reviennent pas bien. Alors qu'en hébergement permanent, ils sont mieux, plus apaisés.

Le travail avec les personnes désorientées, c'est ce que j'appelle le « tango relationnel » : le résident est l'homme et on doit le suivre avec une juste proximité et une bonne distance, il faut le frôler sans jamais le toucher.

Comment se passent les entrées au Pôle Alzheimer ?

Pour les Alizés et l'accueil de jour, la veille les équipes préparent un gâteau avec les résidents. Et on explique à la nouvelle personne que le gâteau a été fait par tout le monde. On propose à la personne si elle veut prendre le goûter avec les autres. Sinon, le jour de l'arrivée je vais voir la famille dans la chambre du résident.

Aux Floralties, c'est plus individuel. C'est juste avec la personne et sa famille dans la chambre.

Comment vous recrutez vos agents pour travailler au pôle Alzheimer ?

On n'a pas beaucoup de choix dans les remplaçants. Mais moi je demande toujours à la personne quelle conception de la relation à l'autre elle a. Je demande si elle a des connaissances de la maladie d'Alzheimer. Et j'observe sa posture, sa voix, si c'est quelqu'un qui est très émotionnel ou pas.

Comment vous intégrez les stagiaires ?

Les stagiaires doivent vivre ensemble une journée d'information sur la bientraitance ; la sécurité incendie, etc. Au début, la première semaine, je demande à ce que les stagiaires, viennent jamais le matin, parce que le matin avec les toilettes on est confronté à la nudité de l'autre. Et avant de voir ça, selon moi, il faut connaître la personne. Donc la première semaine je les mets d'après-midi, en observation.

Comment identifier les besoins des résidents du Pôle Alzheimer ?

Ici le premier besoin c'est communiquer, pas boire et manger. On peut rester longtemps sans boire et manger mais ici on peut mourir par manque de communication.

Que pensez-vous de l'idée d'ouvrir l'Espace de Réflexion Ethique à une plus grande échelle, type inter-établissement ?

Oui, moi je trouve que c'est très bien mais il faudrait que ça se traduise en actes. Le côté on se pose des questions et on apporte pas de réponse, c'est pas évident pour les soignants qui sont des gens de terrain, et pour eux c'est pas entendable de poser des questions sans réponse.

Pouvez-vous me définir ce qu'est la personnalisation de l'accompagnement en EHPAD, selon votre point de vue ?

C'est entendre la parole du résident, parce qu'il y a toujours un écart entre les projections qu'on se fait nous par rapport aux attentes de l'autre et sa parole à lui. Ce décalage, je le constate tous les jours quand les équipes m'interpellent, soit parce qu'il y a une souffrance des équipes ou de la personne. Le cœur de mon métier c'est de faire en sorte que les professionnels entendent la parole du résident qui n'est pas forcément ce qu'ils imaginent. Une fois que cette parole est entendue, c'est plus facile, c'est mieux pour entrer en relation avec lui. Moi je vois si la personne se sent bien par rapport à ses objectifs à elle. Parfois les intérêts de la personne n'ont rien à voir avec la vie à la maison de retraite. Les gens ne parlent pas toujours d'eux, c'est rare d'ailleurs. Mais quand ils parlent d'eux et que ce qu'ils disent est important ça permet de dire comment on va présenter les choses au résident.

Ensuite, la personnalisation elle se fait dans le sens où on ne fait pas le même soin à Mme untelle ou untelle.

Comment vous évoquez le PAP avec les résidents ?

Notre jargon est inadapté pour les résidents. Les mots « projets », « personnalisation », c'est un langage complètement techno. Ce n'est pas la même génération, ils ne sont pas habitués à ce qu'on leur pose des questions sur ce qu'ils aiment et ce qu'ils veulent. C'est vraiment une approche en douceur.

Comment co-construisez-vous le PAP en présence du résident ?

En fait depuis début 2017 le résident ne vient plus à la réunion du PAP avec l'IDE et les équipes. **Quand on a vu que certains résidents commençaient à parler de choses tellement intimes qu'ils se mettaient à pleurer devant tout le monde, on s'est dit que ce n'était pas bénéfique pour eux et que ce n'était pas le lieu. Il vaut mieux faire les choses au calme, dans sa chambre, juste avec moi.**

Pour vous, qu'est-ce que c'est la personnalisation de l'accompagnement ?

Pour moi, c'est déjà personnaliser les soins par le report de soins. Par exemple ce matin j'étais au pôle Alzheimer. Je devais faire une prise de sang à Mr M, mais impossible. Du coup je suis revenue plus tard, vers 10h et il a accepté sans aucun problème. Par contre je ne leur explique pas toujours ce que je fais...c'est contre-productif et ça les angoisse encore plus. Le report de soins, ça marche parce que dans l'équipe on se dit les choses : on se dit comment on a fait avec Mr X ou Mme Y pour que ça se passe bien. On écrit tout dans les transmissions de toute façon.

Après, la personnalisation, c'est aussi connaître les habitudes de chacun. Par exemple, Mme L, je sais que si les IDE ne viennent pas la voir pour lui demander comment ça va, elle dira rien à personne. Alors tous les jours on passe, on lui demande comment ça va et elle nous donne des informations importantes. Et elle nous l'a dit, qu'elle était moins angoissée si on venait la voir tous les jours 5-10 minutes.

Comment se passe une toilette évaluative ?

D'abord, quand un nouveau résident arrive, l'infirmier qui est là ce jour-là se présente, et regarde les ordonnances pour voir les traitements et tout ça. Et aussi on en profite pour voir comment est la personne. Ensuite, l'infirmier référent du secteur va voir la personne la semaine qui suit son arrivée pour faire la toilette évaluative. Des fois on est accompagné d'un soignant, ça dépend. On regarde les capacités de la personne, on regarde si elle a des appuis, si on doit mettre des moyens techniques...on la laisse faire au maximum et on évalue. Ensuite on prescrit la toilette dans PSI en fonction de ce qu'on a vu. Les soignantes qui font les toilettes après ça doivent regarder la toilette évaluative et la « signer » dans PSI à chaque toilette. Si elles ne la signent pas, il faut qu'elles expliquent pourquoi dans leurs transmissions, en disant par exemple qu'elles ont pas pu faire comme c'était prescrit parce qu'il y a eu un changement dans l'état de santé de la personne. Si c'est le cas, alors on effectue une nouvelle toilette évaluative.

Quel est votre rôle dans le PAP ?

Par rapport au PAP, j'essaye de mettre des actions en place en fonction de ce qu'aime le résident et ce qu'a pu relever la psychologue à l'entretien. Dans les actions j'essaye de mettre des choses en places. Je préfère mettre que 1 ou 2 actions réalisables plutôt que plein d'actions pas faisables. On remplit les objectifs ensemble, avec la cadre, les IDE et l'équipe soignante.

Et les ASH ménage et poste hôtelier ?

Ça serait top mais le problème c'est leurs horaires. Pourtant le poste hôtelier aurait des bonnes infos à nous passer parce qu'elle est là à tous les repas, elle connaît toutes les habitudes des résidents sur le plan alimentaire. Elles pourraient bien nous aider pour les placements à table.

Comment se passe le placement à table ?

Bah on se pose pas trop de question en fait...ils prennent la place de la personne décédée en général. Après on essaye de faire au mieux avec les demandes des uns et des autres. Faut pas non plus trop modifier leurs habitudes. **Si on leur laissait le choix de s'asseoir où ils voulaient, je suis pas sûre qu'ils changeraient de place !** Et puis ça serait pas juste pour ceux qui ne veulent pas changer, vu que toutes les tables sont pleines, ça veut dire qu'il y a un résident qui n'aurait plus sa place à sa table...

Selon vous, quelles sont les contraintes pour proposer un accompagnement personnalisé en EHPAD ?

Les premières contraintes selon moi ce sont les horaires des repas, qui dictent tout le reste, même si on est assez souples ici. Puis les gens s'adaptent bien : ils savent que petit dej est à 8h. Après c'est à nous de faire les soins dans le temps imparti. **Les AS terminent toujours à l'heure, et les IDE jamais ! J'étais AS ici avant donc je sais de quoi je parle. En tant qu'IDE, je suis débordée mais je peux pas non plus laisser trop de chose à mon collègue d'après-midi, c'est pas possible. Donc je déborde toujours sur mes horaires. Puis vous imaginez bien...faire de la personnalisation pour 120 résidents quand on est 5, c'est pas évident du tout !**

Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer pour que l'accompagnement soit le plus personnalisé possible ?

Franchement je pense que dans les soins personnalisés on est bien. Par contre on doit travailler mieux les PAP. Je suis pas sûre que le poste 5, celui qui a un temps de référence l'après-midi connaisse les PAP de ses résidents...

Que pensez-vous du système de soignant référent ?

Je pense que c'est bien parce que s'il n'y a pas de référent pour chaque résident, alors ce seront toujours les mêmes résidents, les plus « faciles », qui seront accompagnés sur le temps relationnel. Avec la référence, au moins si un résident n'est pas stimulé, on sait qui n'a pas fait son boulot !

Qu'apporte Humanitude selon vous pour l'accompagnement des résidents ?

Pour moi, Humanitude c'est un outil. C'est toute une dynamique de l'établissement et du personnel de vouloir le bien être du résident et de les voir comme un individu unique. On les traite comme des personnes, et on bosse pas dans l'ordre du couloir. C'est pour ça, moi je dis toujours que je ne travaillerai jamais dans un autre EHPAD. Je ne travaillerai pas dans un autre EHPAD. Ici on a la chance d'avoir beaucoup de formation, donc on est aussi ouvert sur l'extérieur. Et quand je dis que c'est une dynamique de l'établissement, ça veut aussi dire que si les familles se plaignent parce que on ne donne pas un bain tous les jours à leurs parents, la direction nous soutient parce qu'elle porte aussi la philosophie. C'est pas parce que on rentre en institution qu'on doit obliger ses parents à changer leurs habitudes de vie. J'explique aux familles qu'on fait le possible. Par contre, par rapport au Label, il y a des fois un peu de réticence parce que les filles ont peur que tout soit cantonné à Humanitude et qu'elles aient pas accès à autre chose. Humanitude nous apporte des bases mais faut pas se fermer aux autres formations.

Annexe 9 : Notes sur l'entretien avec Résidente Mme L du 17 mai 2017 et retranscription partielle

Mme L. connaissait l'établissement car sa mère y était dans les années 1970. Elle a beaucoup voyagé et vécu en Afrique du temps de la colonisation.

Apprécie l'accueil et l'ambiance. Les filles viennent la voir dans la chambre et s'assoient sur son lit pour discuter de la famille.

Elle est indépendante, elle entend mal mais fait tout toute seule. Elle dit que le jour où elle perdra son indépendance, qu'elle ne pourra plus marcher et faire sa toilette seule, elle préférera se « jeter par la fenêtre ». Elle vit mal le fait d'être entourée de gens invalides mais surtout avec qui elle ne peut pas avoir de conversation (troubles cognitifs, des gens qui parlent que de « poules et de cochon », « qui ne lisent pas »). Elle apprécie les jeux de culture générale organisés par Mme P. : « je n'attendais que ça ». Elle est passionnée par l'histoire de France, la géographie...

Ses enfants lui téléphonent tous les jours. Ses enfants sont soulagés qu'elle soit dans cette maison de retraite car ils adorent l'ambiance.

Pour elle, les horaires fixes sont parfaits. Elle est occupée tous les jours entre ses activités physiques, ses programmes télé, les appels à heure fixe de ses enfants... Elle déplore que les nouveaux arrivants soient de plus en plus dépendants.

Que pensez-vous de l'organisation de la journée à l'ehpad ?

« Moi je trouve tout très bien. Je n'ai aucune objection sur les horaires. La psychologue est venue me voir au début. Elle m'a dit venez avec moi, il y avait une réunion en bas, je ne m'attendais pas à ça. Il y avait les AS, le médecin et d'autres personnes et on m'a posé toutes ces questions. Je trouve que c'est bien qu'on s'occupe de ce qu'on pense de la maison... J'ai beaucoup étudié les personnes à table, et c'est très difficile, je garde mon indépendance. Je suis contente de l'activité de Mme P, j'attendais que ça. Parce que je ne trouve pas vraiment de personne à qui parler, vous voyez là nous on parle d'un tas de chose...il y en a...ma voisine dès qu'elle me voit, elle se cache, elle court pour pas prendre l'ascenseur en même temps que moi ! Je ne la connais pas ! Que voulez-vous parler à des gens comme ça ? Mais dans l'ensemble il faut être courageuse et se faire l'idée de ce qu'on a voulu. C'est dur de voir ces personnes-là comme ça...heureusement que quelques-unes sortent du rang sinon ça serait pas vivable. Pas vivable si vous n'avez personne à qui parler. »

Vous sentez vous écoutée ici ?

Ah oui ! le personnel, j'en ai 4 qui viennent souvent me voir me faire la causette, elles aiment bien. On parle de famille et tout ça...Elles sont très très bien. J'aurais pas pensé à point-là vous voyez. Je le voyais moins bien.

Vous imaginiez que ce serait différent en maison de retraite ?

Je n'avais jamais pensé à ça vous savez...Mais je connaissais ici parce que ma maman est morte ici en 1979. Mais moralement ma maman a beaucoup souffert, car elle était très moderne. Le samedi j'allais la voir et elle me disait...je voyais qu'elle n'avait pas le moral. Elle me disait « à table, tu sais ce que j'entends ? eh ben on parle de poule de cochon... » parce que c'était beaucoup des gens de la campagne à l'époque, et ma mère a souffert de ça.

C'est compliqué pour vous de vivre avec des personnes moins autonomes ?

Ah oui ! les voir tous les jours comme ça...je me dis que si ça m'arrive...heureusement il y en a d'autres des comme moi. Mais ça donne pas le moral de voir des personnes comme ça...s'il y avait que ça ? Vous vous rendez compte ? Je sais pas ce que j'aurai fait. J'ai vendu ma maison parce que mes enfants sont loin. C'est moi qui gère mes affaires. J'avais l'ADMR mais je m'entendais pas avec eux. Quelle horreur ! C'était jamais la même personne. Dans une journée ça pouvait être

trois personnes différentes ! Il faut tout redire à chaque fois, et certaines étaient osées ! et pas douées !

Annexe 10 : Notes sur l'entretien avec Résidente Mme M du 17 mai 2017 et retranscription partielle

Mme M. est arrivée à l'ehpad il y a 5 ans. Elle connaissait déjà la structure et le personnel car sa mère y était. Avant, elle habitait chez sa fille pendant 2 ans, mais ça ne se passait pas bien (*« je me suis rendue compte que mon gendre avait arrêté de travailler, qu'il vivait de l'AAH de ma fille et de ma pension »*). Elle était mal en arrivant (*« j'ai beaucoup pleuré, mais pas parce que j'entrais à l'ehpad, mais parce que mon gendre ne m'a même pas dit au revoir »*). En arrivant à l'EHPAD, elle s'est retrouvée dans le même service que sa mère *« du coup j'étais pas seule, et j'étais indépendante. » « Ça m'a facilité la tâche ». « J'ai bien pris la chose »*.

Elle a grandi à Paris, vécu longtemps à Rouen avec son fils et ensuite à Chateaugiron.

« Je savais qu'on s'occupait des gens plus ou moins valides, et qu'il y avait des heures fixes pour les repas »

En arrivant, les AS l'ont aidé à s'installer et ont profité de l'heure du repas pour commencer l'installation. Le personnel a pris le soin de se présenter et rendre l'accueil chaleureux.

Elle garde un souvenir angoissant de la réunion PAP *« plein de gens et moi je devais dire ce que j'aimais, il y avait beaucoup de gens, j'étais un peu impressionnée »*. Elle pense que le directeur était aussi présent (en réalité le directeur n'assiste jamais à ces réunions) ce qui confirme sa perception de la solennité et formalité du moment.

Elle aimerait faire du tricot, mais confectionner des petits objets utiles, comme des chaussons pour bébés ; des layettes qui pourraient se revendre...

Elle aimerait apprendre à faire du crochet avec une personne qui sache en faire et qui soit capable d'enseigner.

Manger à heure fixe lui convient tout à fait, car cela lui a donné un cadre et lui a permis de perdre 15 kilos (Mme M est toujours actuellement en surpoids). Elle grignote moins, elle mange plus sain, mais elle trouve que les portions sont trop généreuses. Elle n'aime pas manger de la viande le soir, et trouve cela aberrant. *« Mais la diététicienne dit que les PA ont besoin de viande le soir...bref, moi j'en mange pas »*

Selon elle, dîner à 18h30 c'est un peu tôt *« mais je comprends, pour le personnel...par rapport à leurs horaires...c'est normal, je ne critique pas. Mais l'été c'est dommage, à 19h on est dans notre chambre alors vous imaginez, la soirée est très longue »*.

Elle apprécie beaucoup la vie à l'ehpad. Elle trouve qu'il y a beaucoup de choses faites, et apprécie beaucoup le pôle locomoteur. Elle a un emploi du temps chargé avec toutes ses activités. Elle aime aller au cinéma une fois par mois, et apprécie l'activité de Mme P. Elle aimait bien l'art floral mais n'y va plus parce qu'il faut laisser la place aux autres. *« J'irai quand ça sera mon tour »*. Elle trouve les jeux de lettres infantilissants. Elle aimerait discuter de littératures, mais ne trouve pas beaucoup de personnes pour le faire.

Elle dit qu'à l'EHPAD, on est moins autonomes que chez soi *« on nous chouchoute, on nous fait les choses »* (on s'occupe de nos papiers, on gère nos rdv...).

Elle ne comprend pas ma question sur l'accompagnement personnalisé. Au départ, elle le comprend comme du 1 pour 1. Ensuite elle me dit qu'elle n'aimerait pas qu'on lui demande ce qu'elle veut faire, elle préfère qu'on lui propose quelque chose et qu'elle soit libre de dire oui ou non.

Annexe 11 : Notes sur l'entretien avec Résidente Mme P du 28 juin 2017 et retranscription partielle

Mme P est arrivée à l'EHPAD il y a 10 ans : « **quand je suis arrivée il y a 10 ans, il n'y avait pas de fauteuils roulants aux Oiseaux** ». Elle a beaucoup de mal à se faire à la cohabitation avec des personnes invalides et ayant des troubles cognitifs. Elle déplore l'ambiance lors des repas « personne ne se parle ». Elle est très autonome, elle a mis en place sa propre animation qu'elle organise tous les weekends. Elle va aux journées de questions de culture générale avec le club de l'amitié, où elle prend note manuellement d'une centaine de questions avec les corrigés. Elle demande ensuite des photocopies à la secrétaire de l'EHPAD et organise des quizz avec des résidentes amies, qui sont enchantées de cette nouvelle animation qui correspond à leurs attentes et qui a lieu durant les weekends, généralement plus creux.

Elle a adopté un chat il y a trois ans, qui vit dans sa chambre et dont elle s'occupe. Elle a totalement personnalisé sa chambre, et y passe la plupart du temps en compagnie de son chat. Elle sort aussi beaucoup à l'extérieur, seule.

Elle a beaucoup d'admiration pour le travail « des filles » : « *elles ont une patience...ce sont des anges, je ne sais pas comment elles font. Les gens sont de plus en plus exigeants, certains ne disent même pas merci ni s'il vous plaît à table...alors que c'est de la politesse de base. La politesse, c'est dans les deux sens, et parfois les gens sont impolis avec elles et elles répondent toujours gentiment. C'est pour ça que je dis que ce sont des anges* ».

Elle est très incommodée du fait du niveau d'exigence des autres résidents, qui selon elle, se plaignent trop et « *font tourner les filles en bourrique* ».

Elle est très investie dans la vie de l'établissement, et a une attitude protectrice et bienveillante envers les autres. Elle est très préoccupée par les questions liées au gaspillage alimentaire, qui est pourtant minime dans l'établissement :

« *moi je trouve que c'est dommage de jeter les yaourts, les crèmes et entremets à la poubelle...certes, ils la mettent dans le frigo commun mais on a 24h pour les consommer, et parfois on a pas envie de les manger tout de suite. Chez nous on se pose pas la question, un yaourt est bon, même 3 semaines après la date de péremption ! Ici, c'est 24h alors qu'il n'est même pas périmé, ça me fait mal au cœur ce gaspillage...* »

SYNTHESE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE N° de M. / Mme

Contexte et évènement impactant le projet de la personne :

Personnes ressources au sein et à l'extérieur de l'établissement :

Date :

Référent(e)s :

	Besoins / Capacités / Attentes	Objectifs opérationnels	Plan d'action	Critères d'évaluation	Evaluation
Autonomie et vie quotidienne					Atteint Partiellement Non atteint
Vie sociale et culturelle					Atteint Partiellement Non atteint
Vie relationnelle et bien-être					Atteint Partiellement Non atteint
Prévention des risques de santé					Atteint Partiellement Non atteint

Période d'évaluation :

Date de recueil des attentes

Date d'élaboration du projet

Date de présentation du PAP
au résident

Date de signature de l'avenant au
contrat de séjour

Annexe 13 : Extraits des résultats de l'enquête QVT 2017 issus de la restitution du 03 mai 2017
(sauf partie « Environnement Matériel de travail » et la partie « Formation »)

➔ ***Les données que nous avons mobilisés dans notre mémoire, en particulier pour les préconisations pour le secteur des Floralies sont en gras et en italique.***

Le taux de participation pour l'enquête réalisée en 2017 s'élève à **74%**. En 2012, ce taux était de 77%.

RESSENTI EN DEBUT DE JOURNEE

- Plus de 80% des personnes ont coché des cases positives : « motivé », « détendu », « enthousiaste ».
- Parmi les 9 personnes ayant coché la case « stressé », 7 l'ont associé avec la case « motivé ». Cela peut-il être interprété comme du stress positif ?

ORGANISATION DU TRAVAIL

- « Je suis satisfait(e) de mes horaires de travail » :

La totalité des personnes est satisfaite des horaires de travail, mais dans les commentaires, deux personnes mentionnent le fait qu'elles ne sont pas satisfaites de travailler en horaire coupé. Un agent fait part dans ses commentaires le fait de ne pas avoir de temps de pause au PASA l'après-midi.

- « Les rôles et les tâches sont clairement répartis entre les membres du personnel » :

Les rôles et les tâches sont clairement répartis entre les membres du personnel à **95.5%**, ce qui est une nette amélioration comparée aux résultats de 2012 (56%). Cette amélioration se doit principalement au travail qui a été effectué sur les fiches de postes suite à l'enquête de 2012.

- « Au regard du poste que j'occupe, je sais ce que l'on attend de moi » :

Au regard du poste occupé, **97%** des personnes savent ce qui est attendu d'elles. Cela reflète une clarté des fiches de postes et des fiches de tâches et dans leur application concrète.

- « Mes horaires de travail me permettent de concilier ma vie professionnelle et ma vie familiale » :

Les horaires permettent une conciliation entre vie professionnelle et vie familiale selon **90%** des personnes. Les 10% insatisfaits se répartissent de manière égale dans les secteurs, exceptés au Verger, où aucune personne n'a fait part d'insatisfaction à ce sujet.

INTENSITÉ ET CHARGE DE TRAVAIL

- « La qualité de travail qui m'est demandée est adaptée » :

77.5% des personnes pensent que la quantité de travail demandée est adaptée.

16 personnes ne sont plutôt pas d'accord avec cette affirmation.

La quantité demandée au service maintenance est estimée plutôt inadaptée.

La totalité des AS qui pensent que la quantité de travail n'est PAS ADAPTÉE travaille dans les secteurs :

- ***Floralies***
- Verger (étage et RDC).

- « Je dispose de temps nécessaire pour réaliser correctement mon travail » :

Près de **60%** des professionnels estiment avoir le temps pour réaliser leur travail correctement.

Les AS qui estiment ne pas avoir le temps travaillent dans les secteurs Floralties et Verger (étage et RDC).

Au sein des Alizés, ce sont les AMP qui estiment le plus souvent ne pas avoir de temps.

En 2012 : 36% disent ne pas avoir le temps nécessaire En 2017 : 41% disent ne pas avoir le temps nécessaire. Cette intensification du travail est-elle due à l'évolution des profils des résidents plus dépendants ?

- De manière plus générale, sur la question de la charge de travail, certains professionnels ont fait part des difficultés rencontrées en particulier les weekends dans leurs commentaires :
 - **« En manque de personnel le weekend : 2 le matin et 2 l'après midi c'est trop juste pour accompagner correctement les résidents et les familles » Floralties**
 - **« Arrêt prévu ou imprévu = horaires dégradés d'office pour le weekend et pas de remplaçants » Alizés**
 - **« Le weekend, je n'ai pas la sensation du travail bien fait » Floralties**

CONDITIONS DE TRAVAIL

- Ambiance de travail :

Une très bonne ambiance de travail aux Jardins du Castel. « Chaleureuse » « dynamique » et « sereine » sont des adjectifs qui se détachent le plus souvent. **Les expressions « Tendue » et « conflictuelle » sont davantage évoquées par les personnels des Floralties.**

- Échelle de stress au travail :

Les professionnels devaient se positionner sur une échelle allant de 0 (aucun stress) à 10 (9 et 10 = stress insoutenable, sachant que de 1 à 4 = stress stimulant, 5 = stress gérable, 6 à 8 = stress négatif).

La majorité des personnes se situe autour de 5 (« stress gérable ») et en dessous (« stress stimulant »).

La moyenne sur l'établissement est de **3.60**, ce qui est très satisfaisant.

En 2012, la moyenne était de **4.72**.

En 2012, le stress concernait davantage les ASH. Aujourd'hui, elles concernent plus particulièrement l'**administration**.

- Sensation d'exposition à de l'agressivité au travail :

L'agressivité, lorsqu'elle est ressentie, provient :

1. Des résidents : parfois due à leur pathologie. Davantage ressentie aux Alizés.
 2. Des familles : **davantage ressentie aux Floralties.**
 3. Des collègues/collaborateurs : **Davantage ressentie aux Alizés, Floralties, et Animation.**
- « Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien »

On observe que l'entraide est très présente aux Jardins du Castel, car **95%** disent bénéficier de l'aide de leurs collègues pour mener leurs tâches à bien.

- « Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les moments difficiles » :

90% des personnes se sentent soutenues dans les moments difficiles, ce qui est un résultat très satisfaisant. 8 personnes ne se sentent pas suffisamment soutenues.

« Pas de soutien suffisant dans les moments difficiles : cadre et psychologue pas assez présentes » Floralties.

« Manque de présence de la psychologue dans les moments difficiles » Floralties.

- Évolution du niveau de bien-être sur les 12 derniers mois :
 - ✓ S'est amélioré pour 20 personnes (29.4%) : en particulier AS Verger et Pôle locomoteur.
 - ✓ N'a pas changé pour 40 personnes (58.8%).
 - ✓ S'est dégradé pour 8 personnes soit 11.8% : Administration (1), Animation (1), Floralties (2), IDE (1), Oiseaux (1) et 2 anonymes

COMMUNICATION

- Les conflits avec les collègues

50% des personnes affirment avoir déjà eu un/des conflits avec un/des collègues.

Dans près de 94% des cas ce conflit a été résolu.

Un agent des Floralties signale que « en cas de conflits au sein de l'équipe, une intervention claire et constructive de la cadre serait judicieuse ».

- Les conflits avec la hiérarchie

Seule une personne affirme avoir eu un conflit non résolu avec sa hiérarchie (Floralties).

- « La qualité de la communication est bonne avec » :

Avec les collègues : Résultats très satisfaisants car **92%** des personnes affirment que la qualité de la communication est bonne.

On note une grande qualité de la communication ressentie au Verger, au pôle locomoteur, en cuisine et entre les IDE. 5 personnes estiment n'être plutôt pas d'accord avec cette affirmation.

Une attention est à porter aux Alizés et Floralties.

Avec l'encadrement : Grande qualité de communication ressentie. Seulement 2 personnes anonymes et 1 personne aux Floralties ne sont plutôt pas d'accord avec l'affirmation.

Avec la direction : Grande qualité de communication. Seules deux personnes (anonyme et Verger) ne sont plutôt pas d'accord avec cette affirmation. La direction est d'ailleurs jugée accessible par 67 personnes sur 68.

- Commentaires sur « Les temps d'échange entre le personnel sont de qualité et constructifs » :
 - ✓ « Avoir des temps ponctuels pour discuter des prises en soin qui posent souci aux équipes. Constituer une équipe pluridisciplinaire avec une écoute des ressentis de chacun et une mise en place de solutions si besoin ». IDE
 - ✓ « Les temps d'échange entre les équipes sont trop courts » AS Alizés
 - ✓ « Le retour d'une réunion de direction par mois, qui permettrait d'informer, d'être informé et de communiquer sur des situations entre les différents représentants des services (animation, cuisine, atelier, psychologue...) serait vraiment un plus, surtout dans les services où nous avons peu de collaborateurs ». Animation

- « Je peux exprimer librement une opinion ou une difficulté au sujet de mon travail » :

La parole circule librement au sein de l'établissement selon plus de **90%** des personnes.

6 personnes ne sont pas d'accord avec cette affirmation, et se répartissent dans tous les services de manière égale.

- « Mes supérieurs hiérarchiques se sentent concernés par le bien-être des agents » :

87% des personnes estiment que leur supérieur hiérarchique se sent concerné par le bien-être des agents.

13% ne sont plutôt pas d'accord avec cette affirmation. Ces personnes se répartissent également au sein des services (1 dans chaque service, **3 aux Floralties**). Toutes ces personnes travaillent dans le **soin**.

PERCEPTION ET RESENTI AU TRAVAIL

- Intérêt et variété des tâches :

Les tâches effectuées dans le cadre du travail sont jugées à 100% intéressantes. La grande majorité des répondants trouvent leurs tâches variées (**sauf 4 personnes aux Floralties**).

- « Je dispose d'une autonomie suffisante dans mon travail pour prendre des décisions » :

90% des personnes estiment avoir suffisamment d'autonomie dans leur travail pour prendre des décisions.

Ce pourcentage s'élevait à 82 % en 2012. On observe donc une **amélioration** du ressenti.

Les 7 personnes qui ne sont plutôt pas d'accord avec cette affirmation sont réparties de manière plus ou moins égale dans les services.

Ces chiffres peuvent être recoupés avec la question suivante « *J'ai une certaine marge de manœuvre que je peux mobiliser* ».

- « Dans mon travail, je constate des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de mes valeurs professionnelles » :

76.5% des personnes disent ne pas constater de pratiques allant à l'encontre de leurs valeurs professionnelles.

Les **16 personnes** qui estiment que certaines décisions ou pratiques vont **à l'encontre** de leurs valeurs professionnelles se répartissent de manière égale dans tous les corps de métier et services, avec cependant une attention particulière à porter au **Verger**.

- Échelle de la qualité de vie au travail :

La moyenne de situe à **7.63** (1 = mauvaise qualité de vie au travail et 10 = qualité de vie au travail idéale).

Un tiers des personnes situe la QVT à **8/10**.

La qualité de vie au travail est estimée **très bonne** au :

- ☐ Verger (étage particulièrement)
- ☐ Oiseaux
- ☐ Nuit
- ☐ Pôle locomoteur
- ☐ Cuisine
- ☐ Accueil de jour
- ☐ Directeur + cadre + médecin coordonnateur.

- Ressenti en fin de journée :

C'est la **satisfaction** qui prime!

Les professionnels ressentent une **fatigue**, plus physique qu'émotionnelle, qui en majorité n'empêche pas la sensation de satisfaction en fin de journée.

Les personnes ayant coché des cases connotées négativement telles que « démotivé », « stressé » et « sans ressenti particulier » ou de la fatigue uniquement, se répartissent dans tous les secteurs.

Une attention doit être portée sur l'**administration**.

EN RÉSUMÉ :

- Une enquête sur le bien-être au travail qui montre une satisfaction élevée des professionnels tant sur le contenu de leur travail que vis-à-vis de leur équipe et de leur établissement.
- Des professionnels motivés et intéressés par leur activité, malgré des conditions de travail difficiles (pénibilité physique et morale en augmentation).
- Quelques problèmes de communication et de cohésion au sein des équipes.
- Une amélioration sur de nombreux points par rapport à 2012, sauf pour la pénibilité du travail (morale particulièrement).
- Les équipes se sentent majoritairement soutenues, écoutées et prises en compte par leur encadrement et par la direction.
- Une charge de travail qui augmente.
- Des conditions matérielles très satisfaisantes aidant à la réalisation du travail.

COMBES	Barbara	Décembre 2017
DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL		
Renforcer la démarche de personnalisation de l'accompagnement en EHPAD		
EHESP - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique		
Résumé : La personnalisation de l'accompagnement en EHPAD est une dimension fondamentale de la qualité de vie en institution. Celle-ci englobe à la fois l'accompagnement au développement personnel, à l'autonomie, et ceci selon la personnalité, les limitations d'activités ou la situation de fragilité de chaque individu. La vie en collectivité n'est pas incompatible avec un accompagnement personnalisé, et de nombreux leviers managériaux et organisationnels sont mobilisables pour enclencher ou renforcer la dynamique de personnalisation de l'accompagnement. L'EHPAD Les Jardins du Castel montre un niveau avancé dans la personnalisation de l'accompagnement, en particulier au niveau des soins. Toutefois, une réflexion est envisageable sur des axes d'amélioration concernant la personnalisation de l'accompagnement sur le volet « vie sociale ». Notre étude proposera des pistes de réflexion pour renforcer la démarche de personnalisation de l'accompagnement dans cet EHPAD, et qui sont applicables à d'autres établissements.		
Mots clés : Personnalisation de l'accompagnement ; Lieu de vie ; Participation ; Qualité de vie en EHPAD ; Qualité de vie au travail ; Organisation du travail ; Valeurs ; Leviers managériaux ; Droits des usagers		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		