



EHESP

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

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**Promouvoir la démarche du projet
personnalisé d'accompagnement en EHPAD :
une stratégie managériale au service de la
qualité de vie des résidents**

Claude PERRIN

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement Madame Annick DEMONT, directrice de la maison de retraite L'Accueillante à Mouy, pour son soutien, pour la confiance qu'elle m'a accordée et pour m'avoir fait partager son expérience durant mes huit mois de stage.

Je remercie les usagers, les familles et l'ensemble du personnel de la maison de retraite pour leur accueil chaleureux et la qualité de nos échanges.

J'adresse également mes vifs remerciements, pour l'éclairage apporté, aux directeurs et cadres de santé des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) interrogés ainsi qu'à l'inspecteur et l'attachée territoriale, chargés des personnes âgées, respectivement à la Délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et au Conseil Général du département de l'Oise.

Sommaire

Introduction	1
1 Le projet personnalisé d'accompagnement du résident en EHPAD : un concept en pleine évolution.....	5
1.1 L'émergence de la notion de personnalisation de l'accompagnement à travers l'évolution de son environnement.....	5
1.1.1 La personnalisation en institution est le fruit d'une lente reconnaissance des droits individuels.....	5
1.1.2 La concrétisation du concept de personnalisation à travers la loi 2002-2.....	7
1.1.3 Le projet personnalisé d'accompagnement est au cœur d'une plus grande recherche de qualité dans le champ des EHPAD	10
1.2 Le concept de projet personnalisé d'accompagnement du résident en EHPAD.....	12
1.2.1 Enjeux de la démarche de projet dans le secteur social et médico-social.....	12
1.2.2 Essai de définition du projet personnalisé d'accompagnement	14
1.3 Le souhait de mettre en place le projet personnalisé d'accompagnement à la maison de retraite L'Accueillante	16
1.3.1 La maison de retraite L'Accueillante	16
1.3.2 La méthodologie utilisée	18
2 Les obstacles rencontrés pour mettre en place le projet personnalisé d'accompagnement du résident	21
2.1 La vieillesse : une image sociale défavorable impactant les acteurs	21
2.1.1 L'aspect dérangent de la vieillesse dans la société occidentale	21
2.1.2 Une vision négative de la vieillesse qui rejaillit aussi sur les résidents et leur famille.....	23
2.1.3 Des acteurs professionnels qui souffrent de cette représentation déficitaire ..	24
2.2 La délicate adaptation de l'institution aux besoins et attentes de la personne âgée.....	26
2.2.1 De la difficulté de se sentir « chez soi » dans un établissement.....	26

2.2.2	Les contraintes dues à l'organisation du travail au sein de l'institution	28
2.2.3	La difficile association des personnes âgées et de leur famille à la vie de la structure.....	31
2.3	Une culture et des pratiques professionnelles peu adaptées à l'accompagnement	33
2.3.1	Une culture professionnelle axée sur la prise en charge sanitaire	33
2.3.2	Des pratiques professionnelles centrées sur l'hygiène.....	35
3	Des pistes pour instaurer une dynamique dans la gestion des projets personnalisés d'accompagnement à la maison de retraite L'Accueillante.....	39
3.1	Accompagner le changement tout en mettant le résident au cœur du dispositif.....	39
3.1.1	Une stratégie managériale pour mobiliser le personnel autour du projet personnalisé d'accompagnement	39
3.1.2	Placer le résident au cœur du dispositif.....	42
3.2	Assouplir les contraintes institutionnelles	45
3.2.1	La construction du futur établissement	45
3.2.2	Impulser une culture de l'accompagnement	47
3.3	Ouvrir l'établissement à et sur l'extérieur	51
3.3.1	Restaurer les liens familiaux et sociaux.....	52
3.3.2	Interagir avec l'environnement proche.....	54
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Association Française de NORmalisation
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent des Services Hospitaliers
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAE	Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CH	Centre Hospitalier
CHI	Centre Hospitalier Interdépartemental
CLAN	Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
CNESM	Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés

PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée

Introduction

Au cours des vingt dernières années les EHPAD ont connu une véritable transformation liée en grande partie à l'évolution du public accueilli, de plus en plus dépendant et âgé. La proportion de personnes âgées très dépendantes (évaluées dans les GIR¹ 1 et 2) est passée de 47% en 2003 à 51% en 2007², l'âge moyen d'entrée avoisine désormais les 84 ans³ et la durée moyenne de séjour des nouveaux entrants (en constante diminution) est d'à peine trois ans⁴. La mutation profonde du profil des personnes accueillies et de leur motif d'entrée a confronté les établissements au besoin de faire évoluer leur projet vers un accompagnement plus personnalisé garantissant un niveau d'aide et de soins optimum.

Parallèlement, des évolutions sociétales ont vu le jour avec une demande forte de prise en compte des personnes dans le respect de leur singularité. Cette mutation vers l'émergence de l'individuel s'est traduite dans l'action des politiques qui ont imposé petit à petit un plus grand respect des droits des usagers. La réforme de la tarification des EHPAD, introduite par la loi du 24 janvier 1997⁵, a fait reposer la nouvelle donne tarifaire sur des conventions pluriannuelles tripartites d'objectifs et de moyens visant à développer des services de meilleure qualité. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁶ a fait le pari de renforcer et de garantir le droit des personnes au cœur des procédures d'autorisation et de contrôle qualité des structures, en donnant toute une série d'outils pour y parvenir.

Dans ce contexte législatif, le directeur d'EHPAD va devoir davantage tenir compte dans sa stratégie de l'évolution de la demande et des attentes individuelles du public ainsi que d'une image de marque des maisons de retraite impactée par l'augmentation de la médiatisation de faits de négligence, voire de maltraitance. Les résidents et leur famille sont de plus en plus appréhendés comme des citoyens à part entière ayant un regard légitime sur la qualité des services rendus. Les personnes âgées deviennent progressivement des consommateurs exigeants de par la contribution apportée au financement des prestations et leur accession à un statut de client, renforcé par l'émergence d'un secteur privé lucratif. Cette tendance risque de s'accroître avec le vieillissement des premières générations de baby-boomers nées juste après 1945 qui

¹ GIR : Groupe Iso-Ressource.

² Etudes et résultats, 2009, n°689, *L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, p.1.

³ Etudes et résultats, 2009, n°699, *Les résidents des établissements pour personnes âgées en 2007*, p. 4.

⁴ *Ibid.*, p. 1.

⁵ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

auront des exigences accrues en termes non seulement de coût résiduel mais aussi de qualité du projet d'établissement, où l'implication des équipes et le maintien de la vie sociale deviendront des critères de choix prépondérants.

Si l'on a parlé d'humanisation des maisons de retraite à partir de 1975, on évoque aujourd'hui la personnalisation de l'accompagnement du résident. L'évolution conceptuelle nous montre le sens du changement. Dans ce contexte de forte mutation, le directeur d'EHPAD ne peut plus gérer son établissement de façon uniquement collective mais se doit d'individualiser la prise en charge du résident. En tant que garant de la mise en œuvre du droit de l'usager, il va en assumer principalement l'application.

Le projet personnalisé consiste à proposer à chaque personne en particulier, ici et maintenant, un accompagnement spécifique en réponse à ses besoins et ses attentes tels que la réalisation des actes de la vie quotidienne, la communication ou des activités d'éveil et de restructuration mentale. Il s'impose à toutes les disciplines existantes dans un EHPAD et nécessite que l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire adapte son action et les moyens dont elle dispose aux besoins et attentes du résident et non l'inverse. L'accompagnement personnalisé a la particularité de ne pas enfermer la personne dans les difficultés liées à son handicap et à son état de santé. Au contraire, il traduit une vision dynamique de ses possibilités d'évolutions et d'acquisitions. Il doit être ajusté régulièrement pour être adapté à l'état de la personne après une démarche d'évaluation. Son contenu est donc le résultat de la prise en compte de la satisfaction de la personne, des moyens disponibles au sein de l'établissement (humains, matériels, techniques) et des ressources offertes par l'environnement pour les mettre au service du résident et répondre aux attentes de sa famille.

Si la personnalisation de l'accompagnement du résident est devenue incontournable et présente de nombreux atouts, force est de constater que la démarche du projet personnalisé reste peu mise en œuvre dans les EHPAD. En effet, la première autoévaluation nationale des pratiques concourant à la bientraitance dans les EHPAD⁷, rendue publique en mars 2010, montre selon le président de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) qu'« un des principaux axes de progrès concerne l'individualisation des projets d'accompagnement de l'admission à l'évaluation, en passant par son actualisation, en intégrant à chaque étape les avis et attentes des usagers »⁸. Selon cette étude, à peine plus de la moitié des répondants déclarent procéder à un temps d'observation systématique pour définir le projet personnalisé qui souvent n'est pas élaboré avec le résident et 57% ne recueillent pas les attentes de la

⁷ ANESM, 2010, *Résultats du questionnaire Bientraitance 2009*.

⁸ GILLIOTTE N., 2010, *Bientraitance en EHPAD. Qui veut la fin, aura les moyens ?*, p. 6.

personne. D'autre part, la majorité des établissements indique ne pas réévaluer systématiquement le projet et seulement 14% mesurent son impact et l'appréciation du résident. Le constat est le même au niveau du département de l'Oise où seuls 30%⁹ des projets personnalisés sont mis en place.

La maison de retraite L'Accueillante, site principal de mon stage de professionnalisation d'une durée de huit mois, est un EHPAD public autonome situé dans le département de l'Oise en région Picardie. Il assure l'accueil en hébergement complet de personnes âgées de plus de 60 ans présentant un GIR allant de 3 à 6 inclus lors de l'admission. La singularité de cet établissement est d'être de petite taille, d'une capacité totale de 44 lits, et géré dans le cadre d'une convention de direction commune avec deux autres EHPAD de 35 et 69 lits distants d'une quinzaine de kilomètres. La structure s'inscrit complètement dans cette problématique car elle n'a pas mis en place le projet personnalisé d'accompagnement du résident. Cependant, certains éléments de personnalisation existent mais ne sont ni formalisés, ni inclus dans une réelle démarche. Suite à la signature en 2009 de la convention tripartite de deuxième génération, la maison de retraite s'est engagée à personnaliser l'accompagnement du résident.

Ainsi, dans la perspective de parvenir à une réelle mise en place du projet personnalisé d'accompagnement de la personne âgée accueillie au sein de cet établissement et avant toute recherche de préconisations, ma principale interrogation a été la suivante : « **Pourquoi le projet d'accompagnement personnalisé tarde t'il à prendre son essor dans les EHPAD et en particulier à la maison de retraite L'Accueillante ?** »

Nous constatons que l'application du projet personnalisé d'accompagnement reste encore une exception dans ses formes abouties. Une accélération dans la mise en œuvre étant nécessaire, les hypothèses développées en dégageront les principaux obstacles. En premier lieu, l'image sociale défavorable de la vieillesse semblerait être un frein déterminant. En impactant les résidents, leur famille et les professionnels au sein de l'établissement, cette représentation négative ne favorise pas les efforts et l'attention nécessaires à un accompagnement personnalisé. Les obstacles seraient aussi d'ordre institutionnel, tout d'abord dans la difficulté d'être « chez soi » au sein d'une collectivité en opposant liberté individuelle et contraintes collectives, puis dans l'organisation du travail où écoute et personnalisation nécessitent aménagement du temps et disponibilité, mais encore dans la difficile association des

⁹ Inspecteur chargé des personnes âgées à la Délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé de l'Oise, entretien, avril 2010.

résidents et de leur famille à la vie de l'établissement, dont l'implication est pourtant nécessaire à tout accompagnement personnalisé.

En dernier lieu, la culture et les pratiques professionnelles, plus centrées sur la prise en charge sanitaire que sur une approche globale de la personne, pourraient aussi entrer en opposition avec une démarche de projet personnalisé d'accompagnement.

Afin d'étudier ces hypothèses de travail des techniques de recueil d'informations ont été nécessaires. Dans un premier temps, j'ai effectué une analyse documentaire par l'étude de textes législatifs et réglementaires, ouvrages, articles et supports internes liés à la maison de retraite L'Accueillante. En parallèle, des méthodes d'enquête ont été utilisées via l'observation directe sur mon terrain de stage et des entretiens semi-directifs enregistrés auprès de résidents, familles, personnels des différents secteurs et professionnels externes à la structure (inspecteur de l'ARS et attachée territoriale du Conseil Général, directeurs et cadres de santé d'EHPAD). Afin de valider les hypothèses de travail, l'ensemble de ces informations (notes d'observation et corpus d'entretien) ont été traitées à l'aide d'une grille d'analyse. En faisant ressortir les principaux thèmes abordés, cette grille a permis de relever les différents aspects sous lesquels ils apparaissaient, dans le discours et la pratique des personnes interrogées ou observées.

Pour répondre à la question de la difficile mise en œuvre du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD, trois parties seront développées. La première présentera le contexte dans lequel évolue le projet personnalisé d'accompagnement et son inscription dans l'environnement juridique et réglementaire. L'étude du concept même de projet personnalisé d'accompagnement permettra aussi de mieux en cerner les enjeux et la finalité. La seconde partie s'attachera à pointer les différents obstacles pouvant être rencontrés dans sa réalisation, en m'appuyant majoritairement sur l'exemple de la maison de retraite L'Accueillante. Je prendrai également exemple sur d'autres établissements ayant déjà mis en place l'accompagnement personnalisé. Enfin, la troisième partie présentera des pistes de réflexions et d'actions concrètes pour animer cette démarche et valider les hypothèses posées précédemment.

1 Le projet personnalisé d'accompagnement du résident en EHPAD : un concept en pleine évolution

Dans cette première partie, nous poserons tout d'abord le cadre historique et juridique du projet personnalisé d'accompagnement du résident en EHPAD (1.1), puis donnerons une définition du concept (1.2) et présenterons la maison de retraite L'Accueillante, support de notre réflexion sur le terrain (1.3).

1.1 L'émergence de la notion de personnalisation de l'accompagnement à travers l'évolution de son environnement

Si la personnalisation de l'accompagnement du résident en institution est le fruit d'une reconnaissance très progressive de ses droits et libertés (1.1.1), elle a été véritablement concrétisée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1.1.2) et par la recherche d'une véritable démarche qualité au sein des EHPAD (1.1.3).

1.1.1 La personnalisation en institution est le fruit d'une lente reconnaissance des droits individuels

A) L'hospice d'hier ou l'indifférenciation

C'est à la fin du Moyen Age et un peu partout en France que naissent les hospices, institutions charitables apportant un hébergement uniforme en direction des plus indigents, au premier rang desquels les personnes âgées. Ainsi, vieillards, infirmes, orphelins, malades, parturientes et indigents fréquenteront des institutions telles que les « Hospices de Beaune » du Moyen Age au XXème siècle.

La société industrielle de la fin du XIXème siècle voit augmenter le nombre de ses hospices héritiers de la tradition asilaire par une prise en charge progressive de l'Etat. Cependant, ces institutions sont toujours caractérisées par une indifférenciation d'accueil et d'accompagnement. Jeunes et âgés, malades ou « incurables » s'y côtoient dans des salles communes avec des soins restreints au strict minimum. La singularité des individus est alors complètement ignorée et leurs avis comptent fort peu.

Les progrès de la médecine et des soins ont permis l'évolution de ces établissements, mouvement porté par les avancées politiques et sociales du XXème siècle notifiées dans le préambule de la Constitution de 1946 avec l'affirmation des Droits de l'homme et du citoyen et la reconnaissance des libertés individuelles.

Au milieu du XXème siècle, la vieillesse se détache de l'indigence et sort du champ de l'assistance. En 1960, le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse

présidée par Pierre Laroque¹⁰ fera date. Cette dernière période de la vie y apparaît comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale. La commission prône une nouvelle représentation du grand âge centrée sur l'autonomie, le maintien à domicile et la participation à la vie sociale.

B) Le temps de l'humanisation des maisons de retraite

Il aura fallu attendre les années soixante-dix pour qu'apparaisse l'idée d'une transformation des hospices en maison de retraite accueillant uniquement des personnes âgées et plus soucieuses du respect des droits individuels.

L'abrogation réglementaire des hospices, par la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales¹¹, donne un délai de dix années aux pouvoirs publics pour assurer leur mutation en maison de retraite ou en unité de long séjour hospitalier. Selon A. VILLEZ¹², l'histoire révélera que plus de trente années auront été nécessaires pour réaliser cet objectif.

Cette période est dite d'humanisation car elle rompt avec l'image péjorative de l'hospice, en permettant de nombreuses restructurations et constructions de structures gériatriques.

C) Une charte pour les personnes âgées dépendantes

Malgré cette humanisation des maisons de retraite, surtout axée sur le plan architectural, encore bien des progrès restent à réaliser. L'image des institutions reste très dévalorisée et la personne âgée demeure peu reconnue dans sa citoyenneté civile et institutionnelle.

La Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) a pris l'initiative en 1987 de proposer au public, aux décideurs et aux professionnels, une Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante rebaptisée en 2007 en Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. Pour la première fois est énoncé que même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. La structure d'accueil doit être adaptée à leurs besoins individuels en matière de « confort moral et physique » et de « qualité de vie ».

En fixant les grands principes à atteindre et à respecter, cette charte montre clairement les nouvelles attentes d'une société soucieuse du respect identitaire de la personne âgée.

¹⁰ LAROQUE P., 1962, *Politique de la vieillesse*.

¹¹ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹² VILLEZ A., 2007, *EHPAD. La crise des modèles*, p. 172.

1.1.2 La concrétisation du concept de personnalisation à travers la loi 2002-2

A) La reconnaissance des droits des usagers

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en réaffirmant l'orientation de l'action sociale, vient confirmer officiellement le long cheminement vers la reconnaissance des droits des usagers et se veut une voie médiane entre respect des droits des résidents et devoir de prestations de qualité pour l'institution. Elle consacre la place centrale qu'occupe la personne accueillie et la nécessité pour l'établissement de se recentrer sur l'utilisateur détenteur de droits et libertés, avec l'obligation de s'interroger sur ses pratiques, son organisation ainsi que la légitimité de ses interventions. La loi s'organise autour de deux grands axes que sont le respect des besoins et des droits individuels ainsi que la redéfinition des modes d'intervention de la collectivité.

Selon J.M. LHUILLIER¹³ la rénovation de la loi de 1975 vise « à rompre avec la logique d'assistance où l'utilisateur n'était considéré que comme un bénéficiaire muet de prestations offertes *généreusement* ». Celui-ci au regard des textes avait peu d'avis à donner sur les prestations et ses droits de citoyen n'étaient pas toujours pris en compte. D'objet de droit, l'utilisateur doit devenir sujet de droit. Pour la première fois dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) concernant les établissements, une section entière est consacrée aux usagers en leur garantissant des droits fondamentaux. Il est précisé que « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux »¹⁴.

La loi définit sept garanties¹⁵ à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité,
- Le libre choix entre des prestations adaptées,
- Une prise en charge ou un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé,
- La confidentialité des informations,
- L'accès à toute information relative à sa prise en charge,
- Des informations sur ses droits fondamentaux et sur les voies de recours,
- La participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement.

En évoquant la nécessité d'un « accompagnement individualisé et de qualité », le législateur semble avoir fait un choix entre l'avantage d'une prise en charge collective de

¹³ LHUILLIER J.M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, p. 24.

¹⁴ Article L. 116-2 du CASF.

¹⁵ Article L. 311-3 du CASF.

l'utilisateur au sein d'un établissement et les intérêts de la personne : l'établissement doit d'abord répondre au besoin individuel de l'utilisateur.

B) Les outils permettant la mise en œuvre de ces droits

Affirmer des droits individuels ne suffit pas, il faut aussi les mettre en œuvre. Afin d'en garantir l'application, le législateur a prévu différents outils.

Le livret d'accueil¹⁶, véritable « carte de visite » de l'institution, permet au futur résident et à sa famille de connaître précisément les différentes prestations mises à sa disposition. Il doit être remis à l'utilisateur ou à son représentant légal lors de l'arrivée dans l'établissement avec en annexe la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que le règlement de fonctionnement.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹⁷ relève de la dimension individuelle et précise dans ses grands intitulés ce qui peut favoriser la qualité de la vie d'un résident en établissement. Analogue dans son intention à la Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, elle exprime les droits auxquels toute personne accueillie peut prétendre et affirme les principes fondamentaux sur lesquels doivent s'étayer les pratiques professionnelles.

Le contrat de séjour¹⁸ est un document contractuel conclu entre l'utilisateur (ou son représentant légal) et l'institution. La participation de la personne accueillie et si nécessaire de sa famille s'impose comme une évidence. Le contenu de ce contrat présente les conditions et la nature de l'accompagnement en y incluant leurs coûts. S'il constitue l'un des garants des bonnes pratiques professionnelles dans l'établissement, en ayant pour finalité la défense individuelle de la personne accueillie, il introduit aussi une dimension collective en référence au projet d'établissement.

La loi prévoit aussi l'intervention d'un médiateur en cas de litige. Une personne qualifiée¹⁹ peut être saisie par tout usager accueilli ou son représentant légal, en vue de l'aider à faire valoir ses droits lorsqu'il n'a pu obtenir préalablement satisfaction.

La mise en place d'un Conseil de la Vie sociale²⁰ (CVS), lieu de parole et de participation, vise à promouvoir l'expression des usagers en associant les résidents, les familles et les professionnels au fonctionnement de l'établissement. De par sa composition et de par l'obligation de consulter ses avis, pour toute création ou modification du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement, cette instance souligne encore la volonté du législateur de prendre en compte la parole de l'utilisateur dans la recherche d'un juste équilibre entre personnalisation et vie collective.

¹⁶ Article L. 311-4 du CASF.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Article L. 311-5 du CASF.

²⁰ Article L. 311-6 du CASF.

Le règlement de fonctionnement²¹ expose quant à lui les droits et obligations nécessaires au respect des règles collectives au sein de l'établissement. Régulateur de la vie commune, cet outil recherche le délicat point d'équilibre entre liberté individuelle et sécurité collective.

Enfin, le projet d'établissement affirme les valeurs référentes de l'établissement, notamment en matière de droits des usagers. Prévu pour cinq ans, il doit comporter la définition des objectifs de l'établissement en matière d'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées.

C) Un principe novateur : l'évaluation

Afin de garantir l'exercice effectif de ces droits, le législateur prévoit le principe d'évaluation des prestations. Cette évaluation concerne « les activités et la qualité des prestations délivrées au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées (...) ou élaborées (...) par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux »²². Deux types d'évaluations sont envisagés. Tout d'abord, au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret est conduite par l'institution. Cette autoévaluation doit définir les objectifs d'amélioration de la qualité de l'établissement et les modalités de leur appréciation. Ensuite, l'évaluation externe est réalisée durant la période d'autorisation de la structure par un organisme extérieur habilité. L'importance de cette évaluation et son obligation légale sont bien marquées par la loi dans la mesure où « le renouvellement (...) (des autorisations) est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe »²³.

D'autre part, il est très clairement mentionné qu'une appréciation sera portée sur les conditions dans lesquelles le projet personnalisé est élaboré ainsi que sa capacité à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur²⁴.

Le principe de cette loi repose donc sur une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes, visant à garantir le respect de leurs droits et libertés et de favoriser leur autonomie. Chaque établissement est amené à se questionner sur ses pratiques. Ce travail de réflexion mené au sein d'une équipe pluridisciplinaire ouvre la voie à un mode de fonctionnement plus dynamique, fédérant étroitement l'action des différents acteurs professionnels au bénéfice des usagers. C'est ici que l'action d'impulsion, d'animation et de contrôle du directeur prend toute sa place, dans la recherche d'un juste équilibre entre l'individuel et le collectif.

²¹ Article L. 311-7 du CASF.

²² Article L. 312-8 du CASF.

²³ Article L. 311-1 du CASF.

²⁴ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

1.1.3 Le projet personnalisé d'accompagnement est au cœur d'une plus grande recherche de qualité dans le champ des EHPAD

A) La convention tripartite

Depuis 1999, les EHPAD sont engagés dans une double réforme concernant leur système de tarification et leur régime d'aides à la dépendance (allocation personnalisée d'autonomie [APA]). A présent, le financement de ces établissements est soumis à la conclusion d'une convention tripartite²⁵ signée pour cinq ans entre le représentant légal de la structure, le président du Conseil Général et l'ARS, autorité compétente pour l'Assurance maladie.

Cette convention s'appuie sur un cahier des charges permettant une importante avancée dans l'amélioration de la qualité des accompagnements. Elle définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier mais aussi sur celui de la qualité des prises en charge des personnes et des soins prodigués, en insistant particulièrement sur la formation du personnel. Elle vise à préciser les objectifs et modalités d'évaluation de l'établissement ainsi que les principaux critères à respecter pour lui permettre d'entrer dans ce nouveau dispositif. La convention fixe également des objectifs d'évolution pour la période couverte, en définissant des moyens et financements. Les indicateurs utilisables pour évaluer les modalités d'exécution du dispositif conventionnel, s'appuient sur le référentiel d'autoévaluation défini au plan national ANGELIQUE²⁶. Les autorités de contrôle ne portent plus seulement un regard financier sur l'établissement mais se soucient également de la qualité et de la personnalisation de la prise en charge.

Concernant la personnalisation de l'accompagnement, le cahier des charges mentionne l'obligation de formaliser un « projet individualisé » pour chaque résident présentant une détérioration intellectuelle. Il est fait référence également à la notion de projet institutionnel, « document dans lequel sont définis les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins ». Ainsi, le projet de soins défini par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante, doit préciser les conditions d'organisation des soins au sein de l'EHPAD en fonction de l'état de santé des résidents ainsi que les modalités de coordination entre les différents intervenants. Le projet de vie quant à lui, détermine les objectifs en termes d'accueil des personnes et de condition de vie quotidienne et sociale.

²⁵ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

²⁶ ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

B) Le développement d'une culture de la bientraitance²⁷

L'instruction ministérielle du 22 mars 2007²⁸ propose un plan d'action en dix mesures concrètes pour développer la bientraitance et renforcer la lutte contre la maltraitance. Cette mesure vient confirmer l'affirmation des droits et libertés de la personne ainsi que le respect de son autonomie. Par conséquent, les responsables d'établissements sont incités à mettre en œuvre une démarche et des engagements d'amélioration de la qualité au travers d'une autoévaluation, de la fixation d'objectifs ainsi que des contrôles et évaluations externes de leur structure par un organisme indépendant. Afin de lutter contre la maltraitance, il est proposé de mettre en place une culture de la bientraitance reposant sur le respect de l'individu qui « passe d'abord par un projet de vie et un projet de soins adaptés à l'état de santé de la personne, à ses choix de vie et jusqu'en fin de vie »²⁹.

L'engagement des pouvoirs publics s'est aussi renforcé avec la création d'une agence de la bientraitance disposant de moyens propres pour mener à bien son rôle d'accompagnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, l'ANESM succède en 2007 au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESM). Faisant le constat qu'aucun engagement durable en matière de qualité ne peut être obtenu sans l'engagement des professionnels des établissements accueillant des personnes vulnérables, une des missions confiées par le législateur à l'ANESM est d'élaborer et de diffuser des référentiels de bonnes pratiques professionnelles. A un rythme de huit productions par an, l'agence a élaboré de nombreuses recommandations concernant la personnalisation de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne vulnérable. En inscrivant à son programme de travail pour l'année 2010 le thème de la qualité de vie en EHPAD, l'agence met l'accent sur le projet personnalisé du résident car un volet entier lui sera consacré.

C) Les plans Solidarité-Grand Age et Alzheimer

Face à l'explosion de la longévité, le plan Solidarité-Grand Age³⁰ fait apparaître la notion de politique en faveur des personnes dépendantes. Un des axes de la réforme s'attache à « inventer la maison de retraite de demain » pour que les personnes âgées vulnérables puissent s'y épanouir. L'objectif est de faciliter le recrutement de personnels pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées, les soigner de façon adaptée et renforcer l'aide régulière aux activités quotidiennes. Une des mesures est d'augmenter le personnel dans les EHPAD pour apporter deux types de soins, ceux liés à la dépendance (toilette, habillage, déplacement, alimentation) et ceux plus médicaux liés à la santé (soin d'une escarre, prise de médicament, surveillance de la tension...). Une autre mesure est

²⁷ Bientraitance : démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins (ANESM).

²⁸ Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, mars 2007.

²⁹ *Ibid.*, p. 3.

³⁰ Plan de Solidarité-Grand Age 2007-2012.

d'assurer une meilleure qualité de vie sociale par le développement de l'animation. Dans ce but, le législateur prévoit que l'animation, entièrement à la charge du résident, ne lui soit plus totalement facturée.

Le dernier plan « Alzheimer et maladies apparentées »³¹ met également l'accent sur la personnalisation des prestations à offrir aux personnes accueillies. De nombreux EHPAD ont déjà créé des unités dédiées à la prise en charge médico-sociale des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. En effet, ces résidents nécessitent un environnement et des locaux adaptés ainsi que des professionnels spécifiquement formés. Le plan prévoit de définir, par un cahier des charges, les modalités d'adaptation des EHPAD à l'accueil de ce public par deux types de structures de prise en charge : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Les préconisations du cahier des charges portent sur : la présence de personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces résidents ; l'élaboration d'un projet de soin et d'un projet de vie personnalisé ; la participation des familles et des proches ainsi que la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Toutes ces dispositions législatives et réglementaires témoignent bien d'une forte affirmation des droits et libertés de la personne ainsi que du respect de son autonomie. Mais qu'en est-il précisément de la réalité du projet personnalisé d'accompagnement ?

1.2 Le concept de projet personnalisé d'accompagnement du résident en EHPAD

Après avoir présenté les enjeux de la démarche de projet dans le secteur social et médico-social (1.2.1), nous proposerons une définition du projet personnalisé d'accompagnement (1.2.2).

1.2.1 Enjeux de la démarche de projet dans le secteur social et médico-social

A) Du projet...

Le terme projet est très présent dans le secteur social et médico-social. Considéré positivement comme un levier de transformation face à un secteur en mutation constante, il occupe une place accrue dans les textes (projets d'établissements, de services, de soins, thérapeutiques, éducatifs mais aussi projets personnalisés), dans les pratiques et les discours. Mais qu'est-ce qu'un projet ? Du point de vue étymologique, « projet » vient du mot latin « projicere » qui signifie « jeter quelque chose vers l'avant » et renvoie en premier lieu à l'idée d'intention, le projet étant selon le Dictionnaire Larousse « ce que l'on a l'intention de faire ».

³¹ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

Cependant, pour J.R. LOUBAT³² : « Elaborer un projet résulte en premier lieu de la volonté de conférer une réalité à une intention – cette dernière pouvant après tout rester lettre morte ou pure chimère. » C'est tout l'enjeu du projet que de passer de l'idée à l'action afin de réaliser ses objectifs.

B) ... A la conduite du projet

Le projet est une véritable démarche, tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui implique les équipes. L'Association française de normalisation (AFNOR) définit le projet comme « une démarche spécifique qui permet de structurer méthodologiquement et progressivement une réalité à venir »³³ ou « un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques »³⁴.

Si la notion de projet est étroitement liée à celui de prospective³⁵, il nécessite :

- Une vision, un but et des objectifs à atteindre, voire à dépasser pour transformer la réalité à venir,
- Une action humaine avec des acteurs individuels et collectifs qui œuvrent ensemble dans le même sens,
- Une organisation et une méthode spécifique permettant de structurer la réalité.

S'inscrire dans une démarche de projet, c'est entrer dans un processus de questionnement sans cesse réactualisé et source de changement. La participation à la conception d'un projet peut générer de la part des professionnels des résistances dont il faut tenir compte. De nombreux phénomènes d'ordre psychologique ou sociologique peuvent se manifester dans la conduite de la démarche, car d'après M. CROZIER et E. FRIEDBERG³⁶ chaque acteur tente de sauvegarder son influence. L'établissement, comme la société constitue un ensemble dans lequel le pouvoir est divisé entre de nombreuses personnes et tout individu ou groupe qui contrôle « une zone d'incertitude » est en mesure de négocier une amélioration de sa situation. L'ascendant moral sur la collectivité, l'expérience et les savoir-faire sont des pouvoirs non officiels mais légitimes et souvent discrétionnaires. En conséquence, le pouvoir du directeur réside aujourd'hui plus dans sa capacité à exercer une influence dans la négociation qu'à contraindre. La démarche de projet doit donc s'accommoder de ces réseaux d'influence, de ces arrangements continus et le plus souvent implicites qui structurent une organisation.

³² LOUBAT J.R., 2007, *Le projet comme interface entre un opérateur et son environnement*, p. 23.

³³ AFNOR, norme X 50-105, 1991, *Le management de projet. Concepts*.

³⁴ AFNOR, norme X 50-115, 2001, *Le management de projet. Présentation générale*.

³⁵ RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., 2008, *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir.*, p. 407.

³⁶ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'Acteur et le système*.

1.2.2 Essai de définition du projet personnalisé d'accompagnement

A) Un flou sémantique à clarifier

Si la loi du 2 janvier 2002 parle d'un « accompagnement individualisé de qualité » et d'un « projet d'accueil et d'accompagnement », une des recommandations de l'ANESM publiée en décembre 2008 évoque la notion de projet personnalisé³⁷. Néanmoins, les appellations sur le terrain ne manquent pas : projet individualisé de prise en charge ou d'accompagnement, projet de vie personnalisé ou individualisé...

Dans ce mémoire, nous parlerons de projet personnalisé d'accompagnement. Le secteur social et médico-social semble avoir longtemps hésité entre les notions de projet individualisé ou de projet personnalisé. Les références théoriques actuelles montrent un changement de sémantique qui permet de penser qu'il y a un nouveau sens à donner à cet outil. La logique de personnalisation qui souligne la centralité de la personne et la reconnaissance de sa particularité, prend le pas progressivement sur celle de l'individualisation basée sur un collectif d'usagers. J.R. LOUBAT³⁸ soutient que : « La personnalisation n'exprime pas du tout la même idée que l'individualisation, c'est-à-dire l'action de réduire à une unité indivisible, mais celle d'identifier à une personne, de saisir sa singularité. » La méthodologie se fonde alors sur les modalités de recueil de l'information qui reflètent les attentes et les aspirations de la personne et sur les moyens de les intégrer dans des pratiques, usages et comportements professionnels.

Quant à la notion d'accompagnement, la loi de rénovation sociale et médico-sociale y fait souvent référence sans y apporter de définition précise. Familier du secteur social et plus récemment apparu dans les champs sanitaire, médico-social et de l'action gériatrique, ce concept trouverait son véritable sens dans le compagnonnage au XV^e siècle, entre « un compagnon qui sait et guide son apprenti vers son autonomie en l'éclairant de son savoir »³⁹. L'accompagnement comme concept se définit non pas comme un assistanat, mais autour d'une construction d'échange et de partage car la notion hiérarchique entre le compagnon et l'apprenti n'existe pas. La prise en charge de la personne âgée en institution devient alors accompagnement à travers l'équilibre de la relation, ce qui demande aux professionnels de considérer et d'évaluer le potentiel du résident à exprimer ses attentes et ses sentiments. En effet, accompagner le résident et non plus le prendre en charge, permet de mieux coller à la réalité de l'objectif institutionnel qui est selon les circonstances de le conduire vers son autonomie ou de lui

³⁷ ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, p. 10.

³⁸ LES CAHIERS DE L'ACTIF, 2006, *Evaluation interne et qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, p. 212.

³⁹ PERSONNE M., VERCAUTEREN R., 2009, *Accompagner les personnes âgées fragiles. Formes et sens de l'accompagnement*, p. 17.

donner les moyens de la préserver. Le but est de faire de plus en plus avec la personne et le moins possible à sa place.

B) Fondements et finalités du projet personnalisé d'accompagnement

Selon l'ANESM⁴⁰ : « Chaque personne accompagnée à des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet. » Les deux concepts les plus connus dans le secteur de la gérontologie, représentés par la Pyramide des besoins d'Abraham MASLOW et les quatorze besoins fondamentaux de Virginia HENDERSON⁴¹, rappellent que tous les besoins fondamentaux de la personne comportent une dimension à la fois physiologique, psychologique, sociologique, culturelle et/ou spirituelle. Cette vision globale de l'individu, via le projet personnalisé d'accompagnement, permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins et attentes de la personne âgée dans sa dimension psychosociale et médicale.

Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité, le projet personnalisé d'accompagnement a plusieurs finalités :

- Reconnaître la singularité de la personne, ses besoins, ses désirs et ses potentialités à travers son écoute,
- Traduire les objectifs du projet d'établissement dont il est l'émanation et conforter les missions de protection et de prise en charge des personnes vulnérables,
- Définir les axes directionnels et les objectifs d'action autour desquels s'organise l'accompagnement du résident, en prévoyant les moyens nécessaires à sa conduite, les supports et modalités d'intervention ainsi que les indicateurs et les critères d'évaluation,
- Assurer la cohérence, la planification et la continuité de l'action, en favorisant une observation pluridisciplinaire et la complémentarité des interventions,
- Définir, à partir des besoins du résident, une stratégie de changement et d'évolution de la situation personnelle et sociale visant à améliorer ses capacités, développer ses ressources et pallier ses manques, difficultés ou handicaps.

Si la personnalisation de l'accompagnement est une obligation légale, le législateur n'a ni défini précisément une démarche type du projet ni une procédure unique qui s'imposerait à tous. Chaque institution reste donc tout à fait libre de choisir sa méthode pour mener cette réflexion en fonction de son histoire, du type de prestations offertes, de son identité ou du climat de ses relations sociales.

⁴⁰ ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, p. 1.

⁴¹ HESLON C., 2008, *Accompagner le grand âge. Psycho-gérontologie pratique*, p. 5.

1.3 Le souhait de mettre en place le projet personnalisé d'accompagnement à la maison de retraite L'Accueillante

Dans le cadre des orientations définies par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la convention tripartite de seconde génération signée en 2009, la maison de retraite L'Accueillante souhaite s'engager dans la personnalisation de son accompagnement aux résidents. Afin de mieux comprendre le contexte institutionnel dans lequel s'inscrit la démarche, il convient dans un premier temps de présenter l'établissement, support de ma réflexion sur le terrain (1.3.1) puis de développer la méthodologie utilisée (1.3.2).

1.3.1 La maison de retraite L'Accueillante

A) Un EHPAD de petite taille qui désire s'agrandir

Située en milieu semi-rural au cœur de la commune de Mouy, bourg de 5000 habitants, la maison de retraite L'Accueillante a été transformée en EHPAD par la signature de sa première convention tripartite en 2003. D'une capacité de 44 lits autorisés d'hébergement complet, la structure est intégrée à une convention de direction commune avec deux autres EHPAD distants d'une quinzaine de kilomètres : les maisons de retraite Maupéou à Berthecourt (35 lits) et La Mare Brûlée à Bresles (69 lits). Situé dans le secteur gérontologique de Clermont, l'établissement est à une dizaine de kilomètres du Centre hospitalier (CH) (422 lits) et du Centre hospitalier interdépartemental⁴² (CHI) (1757 lits et places) de Clermont de l'Oise.

La population hébergée se compose d'une majorité de femmes (80%). L'âge moyen d'entrée dans la structure et l'âge moyen des résidents sont respectivement de 85 et 82 ans. La durée moyenne de séjour s'élève à 5 ans et le taux d'occupation avoisine les 99%. Concernant la dépendance, le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'ordre de 600 progresse légèrement chaque année. La population hébergée est de plus en plus dépendante : 45 % des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 3 et 4) et un tiers comme très dépendants (GIR 1 et 2). Les pathologies à l'admission sont caractérisées par la polyopathie avec une prédominance d'affections neuropsychiatriques (dépressions et pathologies démentielles dont la maladie d'Alzheimer et apparentées), cardio-vasculaires et locomotrices. Concernant la charge en soins, le PATHOS⁴³ Moyen Pondéré (PMP) est de 154.

En 2009, pour les 44 lits autorisés, l'établissement compte 24,90 équivalents temps plein (ETP), soit un ratio de 0,56 agent par résident. Pour répondre à ses missions

⁴² Le CHI de Clermont de l'Oise est un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM).

⁴³ Modèle PATHOS : outil analytique permettant d'évaluer à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

d'hébergement et de soins, la maison de retraite dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de :

- Personnels administratifs : un directeur (0,30 ETP) et un adjoint administratif,
- Personnels soignants : un médecin coordonnateur (0,20 ETP), deux infirmières (1,5 ETP) dont une est référente, des aides-soignantes (7,70 ETP), des aides-médico-psychologiques (AMP) (2 ETP) et des agents des services hospitaliers (ASH) (7 ETP),
- Personnels sociaux : un animateur (1 ETP) et un psychologue (0,20 ETP non pourvu),
- Personnels des services généraux : un ouvrier professionnel (1 ETP) et un agent en Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) au service technique, deux ouvriers professionnels (2 ETP) secondés par un ASH (1 ETP) à la restauration ainsi qu'un ASH (1 ETP) et deux agents en CAE à la lingerie,
- Personnels extérieurs : des médecins généralistes (au nombre de huit), un kinésithérapeute, un pédicure et une coiffeuse.

L'ancienneté et l'âge moyens du personnel de la structure sont respectivement de 6 et 36 ans. En 2009, sur l'ensemble du personnel, deux agents ont bénéficié d'une formation.

La maison de retraite a développé des partenariats avec le CH de Clermont de l'Oise pour la prise en charge sanitaire de ses résidents et une structure associative d'hospitalisation à domicile (HAD) afin d'éviter l'hospitalisation complète.

Depuis 2006, l'institution s'est engagée dans un projet d'extension par le biais d'une reconstruction sur un autre site, au sein de la même commune. Grâce à une architecture plus moderne, ce projet permettra la mise en conformité avec la réglementation en vigueur et répondra à de nouveaux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes. A l'achèvement des travaux prévu fin 2012, la capacité du futur établissement sera de 79 lits dont une unité dédiée pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer de 14 lits et s'y ajoutera un accueil de jour de 6 places. La structure disposera de chambres individuelles tout confort.

B) Quelques éléments relatifs à la personnalisation de l'accompagnement

Le dernier projet d'établissement a été réalisé en 2008. Si une réflexion sur le projet de vie institutionnel a été menée, sa déclinaison individuelle n'a pas été engagée et la notion d'accompagnement n'a donc pas été abordée. Quant au projet de soin, il se décline à travers une démarche individualisée, réalisée par l'équipe soignante.

Le jour de son arrivée dans l'établissement, le résident accompagné d'un membre de sa famille ou de son représentant légal bénéficie d'un entretien d'une durée d'une heure et demie, mené par l'infirmière référente. A cette occasion, un recueil d'informations sur la personne âgée est effectué et comporte un volet social (état-civil, situation familiale et

professionnelle antérieure, habitudes de vie) et un volet soins (degré d'autonomie, antécédents médicaux et chirurgicaux, prescription médicale, personnes à prévenir). Ce recueil de données est ensuite inséré dans le dossier de soins du résident. Une fiche de recueil des goûts et préférences alimentaires est également remplie au moment de l'entrée. Transmise au secteur restauration, cette fiche permet à l'équipe de s'adapter dans la mesure du possible aux goûts de chacun en proposant si besoin des plats de substitution.

Si l'évolution des besoins sanitaires est formalisée dans le dossier de soins, sur la fiche de transmissions, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'accompagnement. On trouve quelques informations écrites au niveau de différents secteurs (administratif et restauration), la petite taille de l'établissement fait que le personnel semble connaître les résidents. Mais que connaît-il réellement car les données sont éparpillées et peu formalisées.

1.3.2 La méthodologie utilisée

A) La recherche bibliographique

J'ai commencé par effectuer un « état de la question » sur le thème du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD, dans l'objectif de mesurer les connaissances mais aussi d'identifier les modes d'approches et les différentes expériences. Cette recherche bibliographique s'est également poursuivie tout au long de l'élaboration du mémoire afin d'être au courant de l'actualité.

J'ai ainsi effectué une revue de la littérature sur le thème de la gérontologie en relation avec la prise en charge et l'accompagnement dans le secteur social et médico-social. La bibliographie consultée a été très diversifiée : sélection d'ouvrages, rapports, presse spécialisée et publications officielles législatives et réglementaires.

Un travail d'investigation et d'analyse a aussi été mené sur les documents internes à l'établissement (conventions tripartites, projet d'établissement, autoévaluation réalisée à l'aide de l'outil ANGELIQUE, étude d'image...). Les documents externes ont aussi été analysés, tels que les Schéma gérontologique et PRIAC⁴⁴ du département de l'Oise, afin d'obtenir des éléments sur le contexte.

B) L'entretien semi-directif

Une enquête qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs a été menée auprès de différents acteurs concernés par le projet personnalisé d'accompagnement. Afin de cerner l'état de la personnalisation sur le département de l'Oise et d'avoir un avis plus distancié sur les établissements, je me suis tout d'abord orientée vers les organismes de contrôles et de tarification du département. J'ai pu interroger l'inspecteur de l'action

⁴⁴ PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

sanitaire et sociale (IASS) et l'attachée territoriale, tout deux chargés des personnes âgées respectivement à la délégation territoriale de l'ARS et au Conseil Général.

Ma réflexion a pu s'affiner ensuite sur mon terrain d'étude, la maison de retraite L'Accueillante. J'ai procédé à une enquête qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure, auprès de professionnels, résidents et familles de la structure. J'ai conduit des entretiens individuels avec : trois résidents, trois familles, le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, l'animateur et le responsable de la restauration. Des entretiens collectifs ont été également menés avec des aides-soignantes, AMP et ASH. Afin de nourrir mon recueil de données sur les désirs, attentes et demandes des personnes accueillies et d'acquérir des informations éclairantes et utiles, j'ai fait le choix d'interroger des résidents ayant des déficiences cognitives légères. Par contre, dans la mesure où les familles peuvent être un porte-parole de l'usager, j'ai sélectionné celles ayant un parent dont la dépendance cognitive était plus avérée.

En parallèle et pour obtenir des éléments de comparaison, j'ai également sollicité à travers des visites sur site et entretiens semi-directifs d'autres EHPAD publics autonomes ayant déjà mis en place le projet personnalisé. J'ai notamment interrogé de façon collective, le directeur et les deux cadres de santé d'une maison de retraite (120 lits) située sur le même secteur gérontologique que mon lieu de stage. J'ai également interviewé deux directeurs et un cadre de santé issus de trois maisons de retraite dans les régions Picardie et Nord (106, 62 et 40 lits).

C) L'observation directe

J'ai aussi utilisé l'observation directe, méthode qui consiste à recueillir l'information par la vue et l'écoute. Toutes les données ainsi recueillies, qu'elles soient systématiques ou ciblées, ont été notées sur un journal de terrain afin d'être exploitées et mobilisées en appui des analyses présentées dans ce mémoire professionnel. Observer directement les pratiques sociales en étant présente dans les situations où elles se développent est un moyen de les reconstituer autrement qu'à travers la médiation de documents écrits ou du seul discours des acteurs recueillie par entretien. A.M. ARBORIO⁴⁵ souligne que : « L'observation directe est aussi le seul moyen d'accéder à certaines pratiques : lorsque celles-ci ne viennent pas à la conscience des acteurs, sont trop difficiles à verbaliser ou au contraire, font l'objet de discours préconstruits visant au contrôle de la représentation de soi, voire lorsque ceux-ci ont le souci de dissimuler certaines pratiques. » Ainsi, cette technique m'a permis notamment de repérer les décalages entre les discours des acteurs sur leurs pratiques et leurs comportements dans la réalité du terrain.

Cette méthode, avec une observation participante, a pu être utilisée de façon formelle et informelle. J'ai pratiqué cette technique avec les professionnels dans les réunions de

⁴⁵ ARBORIO A.M., 2007, *L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier*, p. 26.

travail, au cours des transmissions orales d'une équipe à l'autre, en suivant leurs missions au quotidien et lors d'échanges, par exemple au moment des temps de pauses. Les résidents et leur famille ont été observés lors d'entretiens, d'évènements plus spécifiques (réunion des familles, animations et sorties) ou à divers moments de la journée par des discussions informelles. Afin de limiter les biais car la présence de l'observateur peut avoir des effets perturbateurs, je me suis astreinte à un recueil exigeant de données sur la période de huit mois que représente mon stage de professionnalisation.

Tous ces outils méthodologiques m'ont ainsi permis de mieux cerner et mettre en lumière l'objet central de ma recherche, à savoir les causes possibles des difficultés de mise en pratique du projet personnalisé d'accompagnement, que nous allons maintenant détailler.

2 Les obstacles rencontrés pour mettre en place le projet personnalisé d'accompagnement du résident

Si le projet personnalisé d'accompagnement est aujourd'hui reconnu comme un outil permettant l'amélioration de la qualité de vie du résident, tous les établissements dont la maison de retraite L'Accueillante ne se sont pas encore engagés dans cette voie. Cela peut laisser supposer de fortes contraintes freinant la mise en place d'un tel projet. Trois types d'obstacles seront détaillés dans ce mémoire : l'image sociale défavorable de la vieillesse impactant négativement les acteurs de la maison de retraite (2.1), l'institution dans sa difficulté à se conformer à la personnalisation des prestations (2.2) ainsi qu'une culture et des pratiques professionnelles peu adaptées à l'accompagnement (2.3).

2.1 La vieillesse : une image sociale défavorable impactant les acteurs

L'aspect dérangeant de la vieillesse dans nos sociétés (2.1.1) rejaillit sur les différents acteurs de la maison de retraite tels que les résidents et leur famille (2.1.2) mais aussi les professionnels (2.1.3).

2.1.1 L'aspect dérangeant de la vieillesse dans la société occidentale

A) Une représentation sociale déficitaire de la vieillesse

Les entretiens avec les acteurs ont mis en évidence une image plutôt ambivalente de la vieillesse dans notre société. Il y a l'image positive des retraités actifs prenant des responsabilités, voyageant, s'occupant des petits-enfants et celle très dégradée de la personne âgée déficiente cognitivement et physiquement, dépendante dans sa vie quotidienne de tierces personnes.

Aujourd'hui nous utilisons une multitude de termes pour désigner le « dernier temps » de la vie. Ils peuvent paraître synonymes mais ils créent cependant des ambiguïtés : senior, vieux, vieillard, aînés, ancien, retraité, troisième ou quatrième âge... Cette riche palette d'appellations peut traduire l'importance que prend aujourd'hui la vieillesse mais elle introduit aussi une certaine confusion dans la mesure où l'éparpillement est souvent caractéristique d'imprécision et de questionnement.

Comme le souligne H. THOMAS⁴⁶ : « Vieillir dans les états de l'Union Européenne aujourd'hui, c'est vieillir dans des sociétés paradoxales. » En effet, si les sociétés démocratiques développent un discours extrêmement positif envers les retraités actifs et très protecteur pour les personnes dépendantes, elles ne s'accommodent toujours pas de

⁴⁶ THOMAS H., 2007, *La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée*, p. 101.

la présence des personnes âgées dans l'espace public ni de leur participation sociale et politique pourtant visible. P. ARIES⁴⁷ explique aussi : « Au moment où l'on constate une dévalorisation générale de la vieillesse, on observe aussi le développement d'un marché pour cette classe d'âge avec des biens de consommation et des professionnels spécialisés. »

Si l'on s'interroge sur la mise en place d'une démarche qualité à travers le projet personnalisé d'accompagnement, on ne peut faire l'impasse sur les représentations usuelles de la vieillesse. Celles-ci associent généralement une image négative à la fin de l'existence, en combinant l'allongement de la durée de vie à la dépendance souvent synonyme d'improductivité et de charges. Cette vision ne facilite pas la mise en place d'actions contribuant à l'amélioration de la qualité de vie globale de la personne âgée. Nous sommes dans le mécanisme des images et des représentations qui fluctuent avec les époques et qui pose aujourd'hui clairement la question de la dévalorisation de la vieillesse.

Les représentations de la vieillesse sont à prendre en considération car elles impactent directement la réalité concrète en modifiant nos attitudes ainsi qu'en influençant nos comportements et modes de pensées. Nous agissons en général selon la manière dont nous voyons le monde.

B) L'image des maisons de retraite : une perception à priori critique

Ce regard sombre sur la vieillesse pèse également sur la représentation de la maison de retraite L'Accueillante. En 2004, l'établissement a fait réaliser une étude d'image⁴⁸ par des étudiants en BTS⁴⁹ Action Commerciale d'un lycée voisin. Un échantillon de 200 personnes interrogées a permis d'appréhender la manière dont est perçue l'institution et il en ressort que 80% des sondés ne savent pas que l'établissement propose et organise des activités pour ses résidents.

L'image des maisons de retraite n'est pas bonne et continue de se détériorer. Selon l'édition 2009 du baromètre de la Fédération hospitalière de France⁵⁰ (FHF) mesurant l'état de l'opinion par rapport au grand âge, l'image de ce type de structure se dégrade. En effet, 52% des personnes interrogées en 2009 (contre 40% en 2003) ont une mauvaise opinion de ces établissements. Leur image négative s'explique par un faisceau d'éléments : la quasi-totalité (97%) les trouve trop chères et huit sur dix considèrent que les personnes âgées et leur famille choisissent ce mode d'hébergement à contrecœur. Enfin, 40% soupçonnent ou constatent des faits de maltraitance alors que 27% exprimaient ce sentiment en 2003.

⁴⁷ ARIES P., 1983, *Une histoire de la vieillesse ?*, p. 53.

⁴⁸ Etude d'image de la maison de retraite L'Accueillante, 2004.

⁴⁹ BTS : Brevet de Technicien Supérieur.

⁵⁰ TNS SOFRES., 2009, *Les français et le grand âge. Cinquième vague du baromètre.*

2.1.2 Une vision négative de la vieillesse qui rejait aussi sur les résidents et leur famille

A) Des résidents peu valorisés

Les résidents interrogés ont également une vision peu favorable sur la vieillesse surtout assimilée à un état de dépendance qu'ils vivent au quotidien. Certains s'expriment par des phrases du type : « On a fait notre temps. », « On ne peut pas être et avoir été. » ou « On va comme des vieux. » Ainsi, l'existence de stéréotypes négatifs concernant la vieillesse n'est pas sans conséquence sur le discours qu'ont les personnes âgées sur elles-mêmes.

La notion d'inutilité semble être intégrée à l'instar de cette résidente qui n'ose pas demander à dépoussiérer elle-même ses bibelots personnels alors qu'elle peut et aimerait encore le faire. L'inutilité relève aussi d'un paradoxe. En effet, alors que cette personne dans la dernière partie de sa vie a souvent bien rempli son rôle, elle a soudain le sentiment d'être inutile. En cela elle obéit au regard social qui pose sur la vieillesse la vision d'un individu ayant achevé sa vie dès l'instant où il n'est plus productif. Idée certes réductrice mais tellement répandue qu'elle s'intègre totalement dans les comportements de la personne âgée. Gérer cette problématique est plus complexe qu'il n'y paraît dans la mesure où elle est profondément ancrée dans les représentations sociales.

Les attitudes des personnes interviewées renvoient souvent au sentiment de culpabilité et de dévalorisation dû à la vieillesse et au handicap. Ainsi, Madame L. aimerait que le personnel l'aide de temps en temps à faire sa toilette intime mais n'ose pas sonner le matin par peur de déranger. Une autre résidente interrogée ne se permet pas de dire qu'il y a trop de bruit au moment des repas dans la salle de restauration, par peur de déplaire. Souvent la personne âgée a un comportement qui légitime ou banalise le fait de ne pas toujours être écoutée, au risque de se dénier le droit de demander quoi que ce soit et en premier lieu de revendiquer d'être traitée selon ses désirs et attentes. Certaines conduites peu adaptées (collectives ou individuelles) de la part des professionnels peuvent alors lui sembler justifiées, comme par exemple des retards dans la toilette, une absence d'écoute ou un dîner servi trop tôt. Les personnes accueillies ont également tendance à banaliser ces attitudes : « On se met quand même à la place du personnel. », « Je n'ai pas osé demander car je me rends compte que ce n'est pas possible. » ou « Pourquoi demander une chose qui n'est pas très aimable, pas très gentille ? » La surcharge de travail, le manque de temps, la personnalité ou les soucis du personnel sont également invoqués. Ces contraintes semblent complètement intériorisées par les personnes âgées et n'appellent à aucune remise en question.

B) Des familles dans l'incompréhension

Les familles interrogées semblent également impactées par ce regard déficitaire sur la vieillesse. Ainsi, certaines familles comprennent difficilement que leur parent souhaite maintenir certains gestes de la vie quotidienne, comme aider à l'entretien de la chambre ou éplucher des légumes. En effet, les frais d'hébergement étant à la charge du résident et/ou de sa famille, il est souvent difficile de concevoir que même si la personne âgée peut avoir accès à la totalité des prestations, il est nécessaire de lui laisser un espace d'autonomie. Il peut y avoir une contradiction entre l'offre de service de la structure soutenue par les familles, et le fait de laisser à la personne le libre choix de contribuer à la vie de l'établissement. Il serait erroné de penser qu'une personne n'est plus capable d'effectuer certains actes de la vie quotidienne comme faire son lit ou plier du linge, dès lors qu'il est possible de le faire réaliser systématiquement dans l'institution, indépendamment de la capacité de la personne et de son souhait à participer. Mais la personne âgée va-t-elle oser exprimer ses besoins ? Cette attitude n'est pas évidente car souvent cette dernière ne s'autorise pas à revendiquer ou à modifier les habitudes de l'établissement.

Selon le cadre de santé d'un EHPAD : « Il existe des familles qui infantilisent leur parent au point de ne plus respecter leurs souhaits. » Ainsi, certains enfants ne supportent pas que le résident soit en robe de chambre après 11h00, alors que le petit-déjeuner a eu lieu à 10h00 et que la personne souhaite encore se détendre avant de s'habiller. D'autres familles refusent le temps de sieste de leur parent et le cadre de santé de souligner : « Nous devons leur expliquer la fatigue de leur personne âgée, ils ne s'en rendent pas compte. Mais en même temps c'est voir la dépendance qui s'installe. »

Enfin des familles interrogées renvoient l'état de dépendance de leur parent à la fatalité et au destin du vieillissement : « L'animation, je ne sais pas si dans son état c'est bien pour elle. », « Elle y assiste mais je ne sais pas si elle est bien capable de juger. » ou « A son âge, elle n'a pas vraiment besoin d'être stimulée. » L'infirmière référente pense que certaines familles trop impliquées émotionnellement en deviennent trop subjectives et ne peuvent plus être de véritables relais pour leur parent.

2.1.3 Des acteurs professionnels qui souffrent de cette représentation déficitaire

A) La complexité du travail en gériatrie

Les professionnels sont également touchés par cette représentation sociale négative de la vieillesse. Au cours des interviews, un sentiment de dévalorisation transparaît. Selon l'infirmière référente : « Le travail auprès des personnes âgées souffre d'un déficit d'image auprès du public en général. » Il est vrai que le travail en gériatrie est difficile car les tâches liées au corps prédominent : toilettes, levers, couchers, aide à l'alimentation, manipulation de corps endoloris, traitements difficiles, nettoyage des selles et mauvaises

odeurs. D'après une aide soignante : « La confrontation à la détresse et à la mort est souvent omniprésente. »

C. HESLON⁵¹ souligne : « Ce fut longtemps un choix par défaut que d'aller travailler auprès des vieux. » Les soignants savent qu'il y a encore peu, on orientait vers les services de gérontologie des professionnels qui posaient problèmes ou avaient les plus faibles qualifications. Le médecin coordonnateur souligne : « Un médecin qui se destinait à la gériatrie était considéré par ses pairs comme ayant fait une erreur de carrière ou de parcours. » Même s'il y a des changements, travailler auprès de personnes âgées fragilisées n'est pas toujours un choix. De plus, une aide-soignante explique que c'est toujours difficile en raison « du manque de moyens et de temps ». Sa collègue, AMP indique également que c'est un métier « très physique et difficile moralement ». Une seconde aide-soignante interrogée a commencé sa carrière dans un service de pédiatrie et fait remarquer que travailler en gériatrie est beaucoup moins valorisé socialement que de s'occuper d'enfants. La dépendance et la finitude font peur ; que l'on puisse s'y consacrer professionnellement étonne encore.

B) De la difficulté de penser un projet pour la dernière partie de la vie

Selon un cadre de santé d'un EHPAD : « Le déficit d'image et l'aspect un peu vain du travail en gériatrie ont entraîné au début, pour certains agents, une réticence à envisager un projet personnalisé pour la personne âgée dépendante. » Dans ce cadre R. VERCAUTEREN⁵² pose la question suivante : « En quoi et comment une personne entrant en établissement pourrait-elle encore avoir un *projet* ? » L'auteur part du postulat qu'un projet économique, social, culturel dépend de ceux qui se projettent dans le futur pour le réaliser et qu'une personne âgée de 85 ans (âge moyen d'entrée dans un EHPAD) peut ne pas avoir ce type de souhait puisque son avenir est fortement limité dans le temps. Selon une étude de la DREES⁵³ réalisée en 2007, 60% des sorties des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) correspondent à des décès⁵⁴. Ainsi, on peut légitimement penser que rares sont les personnes de cet âge qui ont l'intention de réaliser un « projet » car l'institution est le lieu où elles vont souvent achever leur vie.

Cela permet de rappeler que le concept de projet en gérontologie n'est pas une illusion si ce dernier est conçu autour de la notion de bien-être immédiat de la personne, de la réalisation possible de ce qu'elle souhaite, ou encore de parvenir avec l'aide des professionnels à la satisfaction de ses besoins et désirs. L'enjeu se situe à ce niveau : faire en sorte que l'expression de l'individu soit rapprochée du possible dans la structure pour que son attente soit satisfaite pleinement ou au mieux. Il ne s'agit pas d'accéder à

⁵¹ HESLON C., *op. cit.*, p. 73.

⁵² VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées. Rôles et exercice*, p. 54.

⁵³ DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

⁵⁴ Etudes et résultats, n°699, *op. cit.*, p. 5.

l'impossible mais bien de permettre l'épanouissement du résident qui en général n'a pas de demandes démesurées.

2.2 La délicate adaptation de l'institution aux besoins et attentes de la personne âgée

L'institution s'adapte difficilement aux besoins et attentes des résidents en raison de la complexité à se sentir « chez soi » dans un établissement (2.2.1), des contraintes dues à l'organisation du travail (2.2.2) et d'une insuffisante association des personnes âgées et de leur famille à la vie de la structure (2.2.3).

2.2.1 De la difficulté de se sentir « chez soi » dans un établissement

A) Le passage à un temps collectif

Tout d'abord, l'entrée en institution est en général un choix par défaut car les personnes âgées « veulent pouvoir rester chez elles »⁵⁵ afin de conserver leur cadre de vie familiale le plus longtemps possible. La venue au sein d'une maison de retraite est souvent motivée par un problème de santé, de handicap ou d'ordre familial tel que le décès d'un conjoint. Ainsi, Mme J, résidente de 85 ans explique clairement que sa venue à la maison de retraite L'Accueillante il y a un an, a été dictée par nécessité et non par choix : « Je vivais seule chez-moi, j'ai fait un accident vasculaire cérébral qui m'a obligée à vivre dans un fauteuil roulant. Mon domicile n'était pas adapté, j'ai dû partir en maison de retraite. »

De plus, l'institutionnalisation est souvent vécue comme un choc ou une rupture car l'existence collective qu'elle impose plonge brutalement une personne âgée dans une logique différente. Comme le souligne une étude ethnologique en institution gériatrique⁵⁶ : « Après avoir quitté son ancien lieu de vie, accepter le quotidien du séjour entraîne généralement pour elle beaucoup de souffrance et d'abnégation. » Un résident explique : « Ce qu'il y a de plus dur à supporter, entre nous, ce sont les autres, leur souffrance aussi, même si on sait qu'on deviendra peut-être comme ça, on se pose beaucoup de questions. »

L'accueil en établissement marque avant tout le passage à un temps collectif, c'est-à-dire organisé autour d'obligations institutionnelles dans le but d'en faciliter le fonctionnement. Confronté à un ensemble de règles qui régissent cette vie de type communautaire (rythme de vie, hygiène, sécurité, horaires...), le résident peut avoir des difficultés à s'approprier ce nouveau « chez soi ». L'institution a la particularité de faire coïncider dans un même espace un lieu de vie et un lieu de travail. Désormais, la plupart

⁵⁵ Plan de Solidarité Grand Age 2007-2012, p. 2.

⁵⁶ Fondation Maison des Sciences de l'Homme, 2006, *L'EHPAD : Pour finir de vieillir - ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, p. 4.

des actes accomplis par le résident s'effectuent en référence à un mode de vie collectivisé incarné par le règlement de fonctionnement, qui peut représenter pour lui autant d'obstacles à la personnalisation de son accompagnement.

B) Les contraintes architecturales

L'architecture actuelle de la maison de retraite L'Accueillante représente aussi un frein à un accompagnement personnalisé de qualité de la personne âgée. Ancien hospice du XIX^{ème} siècle, la structure a bénéficié de travaux dits d'humanisation au début des années 1980. Malgré cette rénovation, l'aménagement des espaces ne permet pas de répondre aujourd'hui aux besoins et attentes de la population accueillie. L'établissement comprend deux bâtiments de type R+1⁵⁷ disposant d'une capacité de 44 lits au total et reliés au niveau du rez-de-chaussée par une galerie centrale. Au niveau du premier bâtiment non rénové, toutes les chambres sont à l'étage et uniquement desservies par des escaliers. Sur les six chambres, quatre n'ont pas de WC privés, ces derniers étant sur le palier. Le second bâtiment (humanisé en 1976) comprend un ascenseur ne pouvant pas recevoir de brancard. La proportion de chambres à deux lits est trop grande, de l'ordre de 45 % sur la totalité de la structure, et ne permet pas de satisfaire les demandes de chambres individuelles. Il n'y a pas de douche privée et la petitesse des chambres rend très difficile le passage de fauteuil roulant. Les locaux communs ont également un problème d'accessibilité en raison de présence de marches entre les différents secteurs.

Une famille interrogée se plaint du manque d'intimité lorsqu'elle rend visite à son parent âgé : « Nous n'avons pas de lieu à nous pour discuter, la chambre est partagée avec un autre résident et la maison de retraite n'a pas de lieu prévu pour cela. » En effet, il n'existe pas de salle à manger privée permettant des repas ou collations dans l'intimité familiale car les espaces de vie communs sont extrêmement restreints. Il existe un grand salon pour ceux qui regardent la télévision, une petite bibliothèque faisant office de salle d'animation, un petit salon où se reposent tous les jours une dizaine de résidents et la salle de restauration consacrée aux repas et goûters. Les résidents peuvent recevoir des invités pour le déjeuner dans le grand salon où sont installées de petites tables mais c'est aussi un lieu de passage collectif.

Des résidents et des familles interrogés ont fait part également de la difficulté à personnaliser les chambres car l'apport de petits meubles est difficilement possible en raison de l'exiguïté des chambres. Ainsi, de petites armoires et commodes standardisées sont déjà installées à l'arrivée du résident.

Autre difficulté, l'absence de douche dans les chambres contraint les résidents à se rendre au bâtiment rénové où se trouve une salle de douche et à attendre leur tour de

⁵⁷ R+1 : rez-de chaussée + un étage.

planning. L'infirmière référente déplore le fait qu'il n'y ait qu'une seule douche pour 44 résidents : « C'est un vrai problème, donc nous avons un planning nominatif basé sur le calcul du temps réel observé pour une douche afin que chaque personne puisse bénéficier d'au moins une douche par semaine. »

L'absence d'unité dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées rend leur l'accueil délicat car, selon le médecin coordonnateur, la structure compte environ 30% de personnes souffrant de cette pathologie. Actuellement, la mixité entre résidents très fortement impactés par les déficiences cognitives et ceux moins dépendants au sein d'une structure non adaptée, devient de plus en plus difficile à gérer. Une aide-soignante explique que la nuit une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé se promène et entre souvent dans d'autres chambres que la sienne, ce qui insécurise beaucoup de résidents. Les fugues régulières en journée de la même résidente inquiètent et mobilisent considérablement le personnel malgré la pose d'un bracelet électronique et d'une surveillance accrue car cette résidente trouve toujours un moyen pour sortir de la structure, qui n'est pas sécurisée.

La personnalisation de l'accompagnement dépend fortement de l'aménagement de l'environnement physique dans lequel s'inscrit la personne âgée. Résidents et professionnels tendent également à s'identifier au lieu de vie, d'où l'importance d'un espace adapté pour qu'un réel accompagnement soit possible. M. PERSONNE et R. VERCAUTEREN⁵⁸ évoquent l'importance que revêt l'espace au sens architectural qui doit être « aménagé pour tenir compte de cette vulnérabilité aux contraintes de l'environnement ».

2.2.2 Les contraintes dues à l'organisation du travail au sein de l'institution

A) Une absence de temps de concertations formels

En dehors des transmissions ciblées orales avec le personnel, auxquelles participe la direction, l'organisation du travail ne prévoit pas de temps d'échange formels. Selon le dernier projet d'établissement : « Des entretiens informels avec la direction sont en place. La directrice pratique la théorie de *la porte ouverte*. Il n'existe pas de réunion avec l'ensemble des responsables des secteurs du fait de la petite taille de l'établissement (l'information est vite connue). »⁵⁹ Ainsi, la communication institutionnelle s'effectue souvent lors de temps informels, par exemple pendant les moments de pause dans la salle du personnel qui fait également office de salle de transmissions infirmières.

Ce manque de réunions formelles peut être un obstacle à un travail d'équipe harmonieux. Si l'infirmière référente souligne le côté très chaleureux dû à la petitesse de

⁵⁸ PERSONNE M., VERCAUTEREN R., *op. cit.*, p. 83.

⁵⁹ Projet d'établissement 2008-2012 de la maison de retraite L'Accueillante.

l'établissement, elle explique aussi : « J'aimerais avoir une réunion avec tous les responsables de secteurs au moins une fois par trimestre avec un ordre du jour établi afin que chacun expose les dysfonctionnements repérés et que l'on puisse les résoudre ensemble. » Elle ajoute : « Ici, tout le monde donne beaucoup d'informations dans tous les sens mais après on n'arrive plus à savoir ce qu'il faut faire. » Ainsi, ce mode de communication peut entraîner des cloisonnements d'équipe et des conflits dus à une difficile coordination, par exemple entre les équipes soignantes et de restauration. Selon le responsable de la cuisine : « Parfois nous avons des difficultés à nous comprendre avec le secteur des soins sur la nature des menus, hachés ou non, à donner aux personnes car leur état de santé peut varier d'une semaine à l'autre. »

Force est de constater que l'accompagnement de la personne âgée en institution relève de l'action de multiples professionnels ayant des cultures différentes de type : médical, soignant, social ou technique. Afin d'harmoniser le travail de ces différents acteurs, il est nécessaire de trouver une organisation permettant une communication et une compréhension mutuelle. Ainsi, J.J. AMYOT et A. MOLLIER⁶⁰ soulignent que pour répondre aux nouveaux besoins des personnes accueillies dans les institutions, les professionnels du domaine de la gériatrie se sont fortement diversifiés et ont dû évoluer dans le temps. L'arrivée du personnel paramédical (infirmières et auxiliaires de soins) dans les établissements quand ils se sont médicalisés, l'intervention de professionnels libéraux extérieurs, l'amélioration de la qualité de l'hôtellerie et de la restauration avec ses agents qualifiés et l'appel à des animateurs et psychologues, a pu aboutir progressivement à une certaine juxtaposition voire à un cloisonnement d'équipes fonctionnant par secteur ou encore à l'isolement de certains professionnels quand ils sont les seuls représentants de leur fonction. Chacune de ces catégories professionnelles possède sa propre logique et culture et va mettre en place des réponses qui lui semblent les plus adaptées pour mieux répondre aux besoins perçus. D'autres acteurs ayant pour unique acquis une qualification par l'expérience, ne peuvent s'appuyer que sur leurs ressources et valeurs personnelles pour réagir et s'adapter aux difficultés rencontrées. L'approche du public accueilli, des familles et les différentes dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie et activités) sont dépendantes de ces multiples logiques qui peuvent parfois s'opposer. Le risque est de rencontrer chez les différents professionnels des difficultés de communication, un sentiment d'isolement, de perte de temps, de répétition et de démotivation au détriment de la qualité de l'accompagnement de la personne âgée.

Des temps relationnels existent cependant entre les acteurs professionnels mais ce système de communication ne repose en grande partie que sur des échanges informels.

⁶⁰ AMYOT J.J., MOLLIER A., 2007, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, p. 129.

Si le contenu humain de la relation est important dans une structure, les régulations formelles le sont également. La formalisation permet de préciser « que nous allons soit définir les contours au-delà desquels l'action n'est plus valide ou la pensée s'égare, soit élaborer la structure minimale d'une réflexion, d'une activité ou d'un partenariat de telle sorte que l'on puisse déterminer rapidement, efficacement, par une simple interrogation si l'on se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur du système établi »⁶¹. La formalisation permet de donner un cadre et une structure au travail de chacun, c'est une sorte de garantie commune de l'espace dans lequel il est possible de travailler en diminuant au maximum les incertitudes. A l'analyse, ce mode d'organisation basé sur ce type de relation peut apparaître comme un frein à un réel travail d'équipe de par la séparation entre les différents secteurs et des risques de conflits dus à une mauvaise compréhension des directives.

B) Une organisation du travail qui impose son rythme aux résidents

L'arrivée de la personne âgée dans un établissement s'effectue souvent en dernier recours, en général lorsque le maintien à domicile a trouvé ses limites. Si le résident s'y installe pour y occuper un nouveau « chez soi », la réalité est plus délicate car il doit souvent s'adapter dans un milieu préexistant à son admission et qui fonctionne suivant des règles et des rythmes propres. En effet, la vie collective nécessite la mise en place de principes garantissant son bon fonctionnement et la sécurité des personnes hébergées. La maison de retraite étant également un lieu de travail, les plages horaires de lever, de coucher, des repas et des toilettes sont en général régulières. Cependant lorsque l'établissement est trop centré sur des logiques organisationnelles et fonctionnelles, le risque est d'imposer une organisation du travail qui limite fortement les choix individuels et le respect des rythmes personnels propres à chaque personne accueillie. Dans ce cadre, E. GOFFMAN⁶² a défini le concept d' « institution totale » comme « un lieu de résidence ou de travail où un grand nombre d'individus, placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et rigoureusement réglées ».

Au cours des entretiens avec les différents acteurs de la maison de retraite L'Accueillante, j'ai pu remarquer que la vie du résident reste assez dépendante de l'organisation du travail propre à l'institution. Ainsi, certains résidents interrogés ont souligné que le rythme de vie de la structure est parfois décalé du leur, par exemple pour les horaires de lever et de prises de repas. Une résidente souhaiterait dîner un peu plus tard comme elle en avait l'habitude au domicile : « Ici, nous dînons à 18h00, je trouve que cela fait tôt ; dans l'idéal, j'aimerais pouvoir prendre ce repas à 19h00. » Les acteurs professionnels sont également conscients de cette problématique. Selon une aide-

⁶¹ *Ibid.*, p. 167.

⁶² GOFFMAN E., 1979, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, p. 41.

soignante : « Madame B., personne en fauteuil roulant, aime regarder la télévision après dîner dans le grand salon. Nous (l'équipe de l'après-midi) souhaitons la laisser devant son feuillet mais l'équipe de nuit est mécontente car c'est elle qui doit la coucher, c'est une charge de travail en plus à gérer et ça les pénalise pour le reste. » Si le médecin coordonnateur souligne l'importance de se rapprocher le plus possible des souhaits des résidents, il ajoute cependant que la collectivité impose des contraintes auxquelles on ne peut pas toujours déroger. Ainsi, il est très difficile pour les personnes âgées les plus dépendantes de faire une sieste l'après-midi car « le résident sera couché à 14h00 mais le soir il n'y aura personne pour le relever par insuffisance de personnel ou par manque de concentration de ce dernier à des moments clés ». Si dans un premier temps l'infirmière référente indique : « A l'heure actuelle avec le sous-effectif et la charge de travail, nous ne pouvons pas toujours aller dans le sens voulu, c'est-à-dire le *prendre soin*. », elle souligne néanmoins : « mais je reste persuadée que la personnalisation de l'accompagnement c'est aussi une question d'organisation ».

Y. GINESTE et J. PELLISSIER⁶³ notent que si les conditions architecturales et sanitaires des établissements actuellement construits se rapprochent de celles observées dans les logements de la majorité des français, l'organisation des activités, des soins ou des horaires reste encore souvent définie en fonction de critères organisationnels provoquant l'uniformisation.

2.2.3 La difficile association des personnes âgées et de leur famille à la vie de la structure

A) Un manque d'expression des résidents

Certains résidents interrogés ont le sentiment de ne pas être assez associés à la vie de l'établissement ou ne souhaitent paradoxalement pas vraiment l'être, par crainte d'être mal jugés ou non entendus. Selon une résidente interviewée : « On ne nous demande pas notre avis et puis c'est compliqué car on ne sait pas vers qui se tourner quand quelque chose ne va pas. » Pour une autre : « Je préfère ne rien dire car on ne sait pas comment ça va être interprété et moi je ne veux pas de problèmes. »

De plus, la seule instance d'expression est la réunion des familles organisée une fois par an. Si cette réunion est enrichissante car permettant un échange entre les acteurs professionnels de l'établissement et les familles, les résidents n'ont pas la possibilité de s'exprimer notamment sur leurs conditions de vie. La parole des familles n'est pas forcément celle des résidents. Un CVS existe depuis 2004 mais n'a jamais pu fonctionner. Les dernières élections des représentants des familles ont bien eu lieu en 2007 mais aucune réunion n'a pu se mettre en place en raison d'une impossibilité à trouver un

⁶³ GINESTE Y., PELLISSIER J., 2010, *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, p. 180.

accord sur un créneau horaire pouvant leur convenir. En outre, si la composition des membres élus est de trois représentants des familles, d'un représentant du Conseil d'administration et d'un représentant du personnel, on peut noter que les résidents n'ont pas été sollicités. Les motifs évoqués lors d'entretiens tiennent à la fragilité de la représentation compte tenu des incapacités des personnes âgées et de leur difficulté à exercer un droit car issues de générations non accoutumées ni formées à la prise de parole.

B) La délicate association des familles

Même s'il existe une réunion des familles par an, l'association des proches à la vie de l'établissement reste insuffisante. Les professionnels évoquent soit une absence de familles soit une surreprésentation de celles-ci pour certains résidents. Une AMP souligne : « Nous ne voyons quasiment pas de famille, peut-être cinq sur un total de 44 résidents. Et, ce sont toujours les mêmes qui viennent régulièrement. »

De plus, les relations entre les professionnels et les familles sont parfois vécues difficilement des deux cotés. Ainsi, une aide-soignante explique : « Les familles attendent énormément voire trop de nous. Si on les écoute, on ne fait jamais ce qu'il faut pour leur parent. Et si on tenait toujours compte de leur demande, il faudrait s'occuper uniquement de leur père ou de leur mère ce qui veut aussi dire délaisser les autres résidents et ça on ne peut pas. » Certaines familles interrogées ne se sentent pas suffisamment entendues par les équipes : « Il y a des soignants attentifs mais d'autres qui n'ont jamais le temps de discuter et c'est dommage. » Une autre famille n'ose plus faire de demandes et s'est sentie incomprise par le personnel : « J'ai déjà fait une réclamation sur le registre des plaintes pour un problème récurrent d'entretien de la chambre de mon père, même s'il y a eu un mieux après, je sentais que certains agents m'en voulaient. Comme j'ai eu peur des conséquences pour mon père, on ne sait jamais il pourrait en souffrir, ça ne m'a plus incitée à noter quoi que ce soit dans le cahier. »

Selon un directeur d'EHPAD interrogé : « Les raisons de la non implication des familles peuvent avoir plusieurs causes telles que le manque de temps et de disponibilité. Beaucoup d'enfants retraités sont plus occupés que des personnes actives ! Mais il y a aussi la peur de voir sa propre déchéance à travers celle de son parent, c'est l'effet miroir qui fait peur car la moyenne d'âge des enfants est quand même de 70 ans. » R. VERCAUTEREN⁶⁴ explique qu'en effet le directeur d'un établissement doit être conscient que toutes les personnes âgées n'ont pas de proches présents ou simplement réguliers dans leurs visites. Si bien des éléments peuvent expliquer l'absence des familles (éloignement géographique, conflits familiaux, culpabilités des enfants d'avoir « placé » leur parent en institution, par exemple), l'auteur souligne qu'il peut aussi exister une

⁶⁴ VERCAUTEREN R., *op. cit.*, p. 17.

raison « plus dramatique » relative à la non-connaissance par les familles du rôle de l'établissement. Trop souvent les familles pensent que l'institution va répondre à tous les besoins et désirs de leur parent en oubliant que la dimension affective ne peut être apportée que par elles. Certaines familles croient que leur présence régulière n'est pas souhaitée et va empêcher le travail des professionnels. Par ailleurs, le regard social très négatif sur les enfants qui « placent » leur parent influence les attitudes et comportements des professionnels. Des problèmes de communication peuvent alors s'établir entre ces deux types d'acteurs. L'enjeu pour les professionnels est aussi de dépasser la catégorisation binaire en vigueur entre les familles « démissionnaires » et celles « trop présentes » pour en faire des partenaires privilégiés de l'accompagnement de la personne âgée.

2.3 Une culture et des pratiques professionnelles peu adaptées à l'accompagnement

L'accompagnement est rendu délicat en raison d'une culture professionnelle très axée sur la prise en charge sanitaire (2.3.1) et des pratiques professionnelles trop centrées sur l'hygiène (2.3.2).

2.3.1 Une culture professionnelle axée sur la prise en charge sanitaire

A) Une culture sanitaire omniprésente

Accompagner la personne âgée consiste pour un établissement à l'aider à vivre en lui redonnant la capacité et le goût de faire ainsi qu'en lui laissant un pouvoir de décision aussi infime soit-il. Cet objectif peut paraître difficile à mettre en œuvre car les parties en présence sont fortement influencées par une culture de type « soin médical » au détriment du « médico-social ». Chaque professionnel selon sa fonction, son parcours, sa formation possède en effet ses propres références, ses logiques, ses façons de penser et d'agir. Appartenant à un corps professionnel, il hérite généralement de la culture de ce milieu qui influencera son regard porté sur les personnes et l'analyse de leurs besoins.

Malgré l'aspect familial dû à sa petite taille, la maison de retraite L'Accueillante reste fortement influencée par le modèle hospitalier. En effet, l'image de l'hôpital prédomine avec la plupart du temps un personnel dont la tenue de travail est la blouse blanche, rappelant les services de soins aigus. A ce propos, l'infirmière référente précise : « En maison de retraite, il ne devrait pas y avoir de blouses de couleur blanche car cette tenue rappelle le monde hospitalier alors que nos résidents ne sont pas *malades* même s'ils souffrent de polyopathie..., sinon ils seraient à l'hôpital. » L'organisation de la journée ressemble aussi à celle de l'hôpital avec une équipe du matin, une de l'après-midi et des veilleuses de nuit. Le matin est généralement consacré aux toilettes et aux soins, les

repas rythment la journée, le coucher a lieu tôt, de même que le dîner et il est rare que les soirées soient organisées.

L'influence de cette culture est aussi très prégnante de par la surreprésentation des soignants. En effet, le personnel soignant est majoritaire au sein de l'EHPAD. Les aides-soignants et les ASH y sont beaucoup plus nombreux que les AMP. Cet aspect médico-centré est aussi renforcé par la spécialisation hygiéniste⁶⁵ de l'infirmière référente encadrant l'équipe soignante et par l'absence dans la structure de personnel de « culture sociale ». Le poste de psychologue est vacant depuis quelques années, un ASH fait fonction d'animateur et les AMP ont les mêmes tâches que les aides-soignantes. Selon C. EYNARD, O. PRIOU et A. VILLEZ⁶⁶, le risque d'une culture soignante majoritaire est d'apporter, pour de nombreuses raisons dont le manque de formation, une réponse à des besoins uniquement somatiques centrés sur l'accomplissement des gestes et des actes essentiels au maintien de la vie quotidienne, au détriment des autres aspects de la personne que sont les dimensions psychologiques, sociales, culturelles ou spirituelles.

Même si aujourd'hui les personnes âgées qui entrent en EHPAD ont de plus en plus besoin de soins médicaux, elles ont également une demande importante concernant l'amélioration de leur bien être quotidien. Selon R. VERCAUTEREN⁶⁷, « le risque dans une telle situation est que l'équipe soignante contraigne les autres secteurs à s'organiser autour de ses priorités ». Pour offrir un accompagnement adapté aux résidents et garantir la mise en œuvre d'un projet institutionnel cohérent, il est important de considérer que chaque secteur de la structure a un rôle à jouer et qu'il n'en existe pas de mineur.

B) Un déficit de culture gériatrique⁶⁸

Face à une culture soignante non contrebalancée par l'aspect social, l'objectif serait de voir émerger une culture gériatrique d'emblée médico-sociale. Selon le médecin coordonnateur, « La formation gériatrique en maison de retraite est quasi inexistante. Les médecins généralistes qui s'occupent de leurs patients et les infirmières des EHPAD n'ont pour la plupart aucune formation sur le vieillissement. Les aides-soignantes, pour les plus jeunes, ont dans leur cursus une formation aux soins à la personne âgée. Quand à ma fonction de médecin coordonnateur spécialisé en gériatrie, je fais ce que je peux car avec deux demi-journées par semaine, mon rôle est en grande partie administratif ou de conseil auprès de la direction, je ne peux pas en si peu de temps m'assurer que toute l'équipe suive à la lettre les bonnes pratiques. Il reste en effet des progrès à faire. »

⁶⁵ Infirmier hygiéniste : infirmier diplômé d'Etat spécialisé en hygiène (Diplôme Universitaire). Rôle transversal, au sein d'un établissement de santé, d'expertise et de conseil concernant l'hygiène et la prévention des risques infectieux.

⁶⁶ EYNARD C., PRIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gériatrie. Principes, méthodes et cas pratiques*, p. 41.

⁶⁷ VERCAUTEREN R., *op. cit.*, p. 103.

⁶⁸ Gériatrie : étude de la vieillesse et du vieillissement dans toutes ses dimensions, notamment médicale, psychologique et sociale.

L'infirmière référente confirme ces propos en soulignant : « Il est vrai qu'il y a un manque de culture gérontologique au niveau des équipes. Par exemple, la physiologie de la personne âgée n'est pas du tout la même qu'un adulte. Quand je suis arrivée il y a un an, les aides-soignantes avaient tendance à utiliser de l'eau de Cologne, totalement déconseillée car elle assèche la peau d'une personne âgée déjà fragile. » Ainsi, ce manque de connaissance peut aussi être un frein à la mise en place d'un accompagnement personnalisé.

D'après S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN⁶⁹, la « culture gérontologique » au sein d'un établissement a pour objectif de réconcilier deux points de vue mêlés mais parfois perçus comme contraires : celle du soignant qui considère la maladie de la personne âgée et celle du travailleur social qui s'adresse à la personne elle-même. Ce « liant » peut être apporté par la gérontologie pour harmoniser les approches voire certaines pratiques. La culture gérontologique ne doit pas être un saupoudrage entre la culture sociale et la culture sanitaire mais une culture qui représente le secteur médico-social, centrée sur l'autonomie et une approche globale de la personne.

2.3.2 Des pratiques professionnelles centrées sur l'hygiène

A) L'impératif des tâches liées à l'hygiène dans les pratiques professionnelles

Les soins d'hygiène sont une vraie préoccupation en établissement et les pratiques soignantes y sont très axées, mais parfois au détriment du relationnel. L'infirmière référente explique qu'il est encore difficile de faire admettre aux équipes soignantes qu'il faut de temps en temps privilégier le « soin relationnel » avec les résidents en sacrifiant temporairement un soin d'hygiène : « J'essaie souvent d'expliquer que si on ne lave pas tous les jours les pieds d'une résidente qui ne marche pas, ce n'est pas grave. Il est tout aussi important de consacrer ces dix minutes de temps à lui prodiguer un massage ou à la laisser faire elle-même une partie de sa toilette pour l'aider à préserver son autonomie. » Un cadre de santé d'un EHPAD ajoute : « La formation de base des aides-soignants est très ciblée sur les soins et il est toujours très difficile de les amener vers des activités occupationnelles comme l'animation, surtout le week-end quand il n'y a pas d'animateur dans la structure. » Pour l'infirmière référente : « L'aide-soignante n'est pas là uniquement pour faire des toilettes et des aides aux repas. Ainsi, hier deux aides-soignantes ont accompagné un groupe de résidents au bowling, cela fait aussi partie de leur travail. »

Selon Y. GINESTE et J. PELLISSIER⁷⁰, il est impossible de parler du « prendre-soin » ou de comprendre pourquoi les notions de bien-être et de plaisir sont encore si souvent taboues dans les EHPAD, sans connaissance de l'histoire des soignants, du soin et sans

⁶⁹ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées. La culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles*, p. 29.

⁷⁰ GINESTE Y., PELLISSIER J., *op. cit.*, p. 155.

identifier les conceptions et les croyances dont ils ont malgré eux héritées. Cet héritage qui dominerait encore les approches et pratiques professionnelles remonte aux premiers ordres hospitaliers et ses religieuses soignantes, dont le modèle va perdurer jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Jusqu'à la fin du XIXème siècle, les soignants vont bénéficier d'une formation axée sur la morale avec une séparation entre les « tâches nobles » de nature spirituelle et les « tâches basses » concernant le corps, les sens et le bien-être comme la toilette, l'habillement ou les massages. A partir du XIXème siècle, la formation des soignants devient plus technique avec l'apparition des savoirs médicaux tels que les règles d'asepsie et d'hygiène. Cependant, la hiérarchie des tâches subsistent car les tâches dites d'hygiène sont moins valorisées que les soins dits techniques. Les aspects relationnels, la communication et les échanges avec les malades sont longtemps restés absents des formations, considérés comme naturels ou comme facteurs de perte de temps. Ainsi encore aujourd'hui, il existe dans de nombreux lieux une dichotomie entre les soins à caractères techniques très valorisés et ceux moins mis en avant tels que les soins d'hygiène et relationnels, ces derniers étant souvent sacrifiés au profit des deux autres.

B) L'épuisement professionnel

Quand les pratiques professionnelles sont faites essentiellement de tâches sérieuses (toilettes, repas, lever, coucher, soins) comme l'était le travail à la chaîne qu'inventa Frederick Taylor au début du siècle dernier, et lorsqu'elles sont couplées au manque de temps et à la charge de travail, le risque est de tomber dans l'épuisement professionnel. Ainsi, une aide-soignante explique : « Il y a des moments où l'on se sent perdu, où l'on y croit plus. Les résidents sont de plus en plus difficiles à comprendre avec la maladie d'Alzheimer. Par exemple, Mme B., se sent toujours persécutée par le personnel et même par les résidents. Avec elle, on ne sait plus comment faire, on a tout essayé, la discussion, le silence...mais il n'y a plus rien qui marche. » Un cadre de santé d'un EHPAD souligne : « Le phénomène du burn-out⁷¹ peut aussi être un facteur qui va interférer dans la qualité de la relation entre le résident et le professionnel. En travaillant avec des personnes âgées dépendantes, les soignants, surtout ceux présents dans la structure depuis longtemps, sont fortement exposés. »

Selon J.J. AMYOT⁷², les conditions actuelles d'exercice professionnel en EHPAD doivent prendre en compte un grand nombre de personnes touchées par des altérations cognitives. Cette évolution n'en est qu'une parmi d'autres car en vingt ans la dépendance des résidents a aussi fortement augmenté et si la charge de travail pose problème, la compétence des professionnels est bien présente. Il en est tout autrement face à la maladie d'Alzheimer car les soignants se sentent souvent dépassés par les comportements des résidents, renforcés par une communication difficile. Ils peuvent ainsi

⁷¹ Burn-out : épuisement professionnel.

⁷² AMYOT J.J., 2009, *Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD*, p. 276.

se retrouver en décalage par rapport à un idéal d'exercice professionnel en milieu gérontologique. Tous ces éléments sont d'importants facteurs de risque d'épuisement professionnel instaurant une fragilité à la fois physique et psychologique ainsi qu'une grande fatigue et de la lassitude. Le professionnel n'a plus de perception positive de son métier et sa démotivation peut s'exprimer de plusieurs manières : découragement, plainte, fuite, irritabilité, revendications, arrêts maladies, turnover⁷³... Ce passage du soin au prendre soin demande donc au soignant de se décentrer par rapport à sa formation à visée curative. La référence aux soins techniques sur laquelle s'est construite son identité professionnelle ne suffit plus et il lui faudra modifier sa façon de travailler, sous peine d'un décalage dangereux avec la réalité quotidienne. Si un accompagnement de ce changement n'est pas présent et si les conditions de travail sont trop éloignées du modèle idéalisé, alors la perte de sens et l'épuisement professionnel ont des risques de se manifester.

Les obstacles rencontrés pour personnaliser l'accompagnement du résident en EHPAD sont donc nombreux. Cependant, les outils et dispositifs que nous allons maintenant évoquer peuvent permettre au directeur d'instaurer une démarche dynamique, gage de facteur de réussite dans la mise en place et la gestion du projet personnalisé d'accompagnement.

⁷³ Turnover : rotation des employés dans une entreprise.

3 Des pistes pour instaurer une dynamique dans la gestion des projets personnalisés d'accompagnement à la maison de retraite L'Accueillante

L'objet de cette troisième partie est de proposer des pistes de réflexion et d'action pour réussir à instaurer une démarche dynamique de gestion du projet personnalisé d'accompagnement, compte tenu des constats et observations établis précédemment. Ces propositions s'appuient sur le contexte de mon lieu de stage de professionnalisation, la maison de retraite L'Accueillante, et certaines seraient vraisemblablement à nuancer dans un cadre différent. Afin de rendre opérationnel le projet personnalisé d'accompagnement du résident, il semble impératif que le directeur instaure une stratégie managériale pour accompagner le changement, tout en mettant le résident au cœur du dispositif (3.1), puis assouplisse les contraintes institutionnelles (3.2), et enfin ouvre son établissement à et sur l'extérieur (3.3).

3.1 Accompagner le changement tout en mettant le résident au cœur du dispositif

Si une stratégie managériale s'impose pour conduire le projet personnalisé d'accompagnement (3.1.1), il est essentiel de veiller à placer le résident au cœur du dispositif (3.1.2).

3.1.1 Une stratégie managériale pour mobiliser le personnel autour du projet personnalisé d'accompagnement

A) La mobilisation des acteurs sur la démarche

La décision d'engager la conception d'un projet est un acte important devant relever d'une analyse stratégique de la part du directeur. Le projet ne doit pas être considéré comme « sanctionnant » un déficit ou un manque mais doit s'inscrire dans une démarche participative dynamique mobilisant équipes, usagers et partenaires⁷⁴.

Il semble tout d'abord nécessaire d'instaurer un comité de pilotage du projet personnalisé d'accompagnement dont le rôle clé sera la conduite de la démarche. En tant que conducteur du projet, il a pour mission principale de :

- Bâtir et mettre en œuvre le plan de communication sur la démarche,
- Valider la planification du projet et les sujets prioritaires à traiter,
- Concevoir la méthode de travail (constitution de groupes de travail et définition des thématiques abordées),

⁷⁴ BECKER J.C., BRISSONNET C., LAPRIE B., MINANA B., 2004, *Projet d'établissement. Comment le concevoir et le formaliser*, p. 133.

- Choisir et valider les supports du projet personnalisé d'accompagnement (outils de recueil de données, d'action et de bilan),
- Garantir la rédaction des documents,
- Effectuer le suivi de l'avancement de la démarche.

Ce comité doit être composé de représentants de chaque catégorie professionnelle, à savoir : le directeur, le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, une aide-soignante, une AMP, une ASH, l'animateur, les responsables des secteurs restauration, lingerie et entretien ainsi qu'un représentant des résidents et un des familles. Ce groupe centralise toutes les informations obtenues auprès des différents acteurs et se réunit périodiquement. Le directeur doit positionner un responsable de projet qui peut ici être l'infirmière référente, seul cadre intermédiaire de la structure. Sa mission est d'animer les groupes de travail, puis les réunions de projets personnalisés d'accompagnement ainsi que de garantir globalement la cohérence et le suivi de la démarche.

Après les premières réunions du comité de pilotage, un système de communication doit être mis en place ciblant chaque catégorie d'acteurs internes et externes à la structure. Ce plan de communication animé par le directeur, l'infirmière référente et le médecin coordonnateur est une étape importante. En effet, la qualité des informations transmises couplées aux signes qui vont contribuer à renforcer l'identité, la reconnaissance et par conséquent la valorisation des acteurs en présence, sont autant d'atouts permettant une implication et une contribution de chacun dans la démarche⁷⁵. Une réunion de lancement du projet doit être programmée le plus tôt possible car cette information à l'ensemble du personnel a pour objectif de signifier de façon institutionnelle l'engagement de l'établissement dans le projet personnalisé d'accompagnement. Elle présente les enjeux du projet, la démarche, les modalités d'association du personnel aux réflexions, les principaux thèmes d'études définis et invite les professionnels à s'inscrire dans les groupes de travail constitués. Un écrit synthétique (objectifs, contenus et modalités de mise en œuvre) est remis à chaque membre du personnel. De plus, à l'issue de la réunion ces mêmes éléments seront affichés en salle du personnel.

Il est également important d'informer tous les résidents et de leur présenter la méthode d'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement. A la suite de cette rencontre, une affiche reprenant les éléments communiqués pourra être apposée dans chacun des espaces collectifs, à chaque étage de l'établissement et publiée dans le journal interne de la structure. Enfin, une réunion d'information en direction des familles présentera également la démarche. S'il est possible d'opter pour une information par simple courrier, un temps de rencontre sur ce thème à l'occasion de la réunion des familles peut être une manière de les sensibiliser au projet, de les impliquer dans la démarche ainsi que d'écouter les demandes en matière d'accompagnement personnalisé.

⁷⁵ PARENT B., 2010, *L'enjeu de la communication dans la pratique professionnelle*.

Le directeur doit également intégrer à sa stratégie l'organisation de groupes de travail permettant la participation de l'ensemble du personnel de l'établissement aux différentes thématiques relatives au projet personnalisé d'accompagnement telles que : l'accueil, les soins, la gestion des rythmes de vie, la restauration, l'hôtellerie, l'animation et la vie sociale, l'exercice de la citoyenneté, les relations avec la famille et l'accompagnement en fin de vie. Ces groupes de travail vont fournir et traiter la matière principale du projet d'accompagnement personnalisé et s'attacheront à dresser un diagnostic de la situation afin de proposer des axes d'amélioration. Au-delà de l'obligation légale, la participation de l'ensemble des professionnels est une réelle opportunité pour entamer ou poursuivre des réflexions sur le sens à donner aux pratiques professionnelles et développer une dynamique d'équipe nécessaire à la bonne mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé.

B) Construire le projet personnalisé d'accompagnement

Si la loi de rénovation sociale et médico-sociale n'évoque pas la formalisation du projet personnalisé d'accompagnement par un document écrit, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁷⁶ le préconisent fortement comme gage de qualité. En effet, la réalisation d'un dossier dédié a l'avantage de construire une base commune de travail, d'assurer la traçabilité tant de la réflexion que de la prise de décision et facilite le suivi puis l'évaluation du projet. Ce document de synthèse peut être annexé au contrat de séjour et un exemplaire régulièrement mis à jour, remis au résident et/ou à sa famille.

Définir le projet personnalisé demande tout d'abord un temps pour recueillir des données⁷⁷ sur le résident. Ces informations peuvent être collectées de façon informelle comme lors de discussions entre les soignants et le résident ou sa famille et par l'observation active de la personne âgée dans son nouveau lieu de vie. Elle peut aussi s'effectuer de façon plus structurée, lors de l'entretien initial d'accueil avec l'infirmière référente et via des questionnaires que le résident et/ou les membres de sa famille complètent. Il est essentiel de veiller à maintenir le résident comme sujet de son accompagnement car il reste à cet égard pleinement acteur du projet. Ainsi au cours des entretiens, il doit être associé dans la mesure du possible à la construction et à la réactualisation de son projet. Ce recueil d'informations doit s'effectuer dans le respect de la confidentialité des données et de ce qui est partageable avec le professionnel et entre les professionnels car « cela doit mettre en évidence que nous ne sommes pas dans la recherche de l'indiscrétion, mais de la compréhension »⁷⁸.

⁷⁶ ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, p. 31.

⁷⁷ Annexes 2 et 3 : Proposition des fiches « *Evaluation pluridisciplinaire de l'autonomie d'un nouveau résident* » et « *Habitudes et histoire de vie du résident* ».

⁷⁸ VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées. Enjeux et méthode*, p. 100.

Afin de permettre un suivi opérationnel du projet personnalisé d'accompagnement, C. DELAMARRE⁷⁹ conseille la mise en place d'un référent professionnel désigné parmi le personnel soignant (aide-soignante ou AMP). Interlocuteur privilégié de trois à cinq résidents, il a comme principale mission de coordonner le projet. Dans un premier temps, il permet de collecter et centraliser les informations venant du résident, de sa famille et des autres intervenants. Puis, il participe à l'élaboration du projet lors des réunions dédiées et veille activement à sa réalisation effective, à son évaluation et à sa réactualisation.

Enfin, la direction devra mettre en place des réunions de projets personnalisés d'accompagnement car l'organisation du travail actuelle ne prévoit pas de temps d'échanges formels en dehors des transmissions infirmières. C'est autour d'une équipe pluridisciplinaire que s'organise un travail de réflexion collectif. Composée des acteurs de l'accompagnement personnalisé, elle comprend : le responsable de projet (l'infirmière référente), le médecin coordonnateur, l'animateur, le référent professionnel du résident ainsi que les responsables des différents secteurs (restauration, lingerie et entretien). L'objectif de ces réunions est de bâtir un projet unique⁸⁰, mettant en cohérence les analyses de chaque professionnel et permettant au résident de participer activement à son accompagnement. Afin d'assurer le suivi et l'évaluation⁸¹ du projet personnalisé, ces réunions de synthèse doivent avoir lieu régulièrement. Le directeur peut déléguer l'animation de ces réunions au responsable de projet.

3.1.2 Placer le résident au cœur du dispositif

A) Se centrer sur la personne âgée accueillie

Concevoir un projet personnalisé d'accompagnement suppose d'abord une meilleure connaissance de la personne, de sa singularité au travers de son histoire, de ses habitudes de vie et de l'avenir dans lequel elle se projette. La collecte des informations la concernant est essentielle pour répondre aux besoins et attentes de l'individu en termes de potentiels et d'acquis à consolider. Disposer d'éléments sur l'histoire de vie du résident permet de le comprendre et d'avoir une meilleure connaissance de l'environnement dans lequel il vivait. L'objectif est de réintroduire son projet de vie dans une durée car le résident a un passé, un présent et un futur. Si l'établissement ne veut pas commettre l'erreur ni courir le risque de mettre en œuvre un projet inadapté voire voué à l'échec, il faut lier le projet à l'histoire du résident. Il est également important de connaître les habitudes de vie de la personne afin que l'accompagnement garantisse la conservation de son identité. Chaque personne possède des habitudes nécessaires à son équilibre

⁷⁹ DELAMARRE C., 2007, *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, p. 127.

⁸⁰ Annexe 3 : Proposition d'une fiche « Plan d'action ».

⁸¹ Annexe 4 : Proposition d'une fiche « Bilan ».

depuis de nombreuses années, sa manière propre de vivre dans l'espace (domicile privé organisé à sa façon) et dans le temps (rythme et horaires). Selon un cadre de santé d'un EHPAD : « Il faut être attentif à respecter les habitudes car leur arrêt brutal peut entraîner chez la personne des troubles psychiques graves ou un syndrome de glissement⁸². »

Se centrer sur la personne âgée, c'est aussi associer la famille et les intervenants extérieurs à son projet personnalisé d'accompagnement. Si le résident le souhaite, la famille peut avoir connaissance de son projet, être tenu au courant des résultats au moyen d'informations régulières et participer à son élaboration. D'après un directeur d'EHPAD : « Les demandes des familles sont susceptibles de faire évoluer très positivement l'ensemble du projet, mais uniquement dans la mesure où ces sollicitations ne sont pas contraires aux objectifs fondamentaux de l'accompagnement et si elles vont bien dans le sens de l'intérêt réel de la personne âgée. » Au niveau de la collecte initiale d'information, la famille a un rôle important dans la mesure où elle est la mieux placée pour décrire l'histoire et l'environnement de son parent. L'ensemble des ressources et supports fournis par l'environnement doivent être pris en compte pour faciliter l'insertion progressive de la personne âgée. Les intervenants extérieurs (médecin libéraux, professionnels paramédicaux, bénévoles...) participant à l'accompagnement doivent être associés à l'élaboration du projet. Ils peuvent être invités aux réunions de synthèse relatives au résident et sont tenus informés des ajustements apportés au projet le concernant.

B) Favoriser l'accès du résident à la citoyenneté au sein de l'institution

Favoriser l'accès du résident à la citoyenneté, c'est l'encourager à participer à la vie de l'établissement et lui permettre de s'exprimer directement et concrètement afin d'améliorer sa qualité de vie au quotidien. En effet, la citoyenneté se fonde sur une égalité, un respect des particularités et une participation effective aux décisions communes.

Dans cet objectif, des commissions consultatives pourraient permettre la participation des résidents à la vie de l'établissement. Il serait intéressant de maintenir une commission des menus régulière. Elle permet de réunir des personnes accueillies, des familles et le personnel pour analyser les menus proposés dans la période passée, faire des propositions pour les mois à venir et établir ceux des repas festifs. Les avis de la commission pris en compte lors de l'élaboration des menus suivants et les améliorations proposées seraient évaluées à l'occasion de la prochaine réunion. Une commission d'animation favoriserait également l'expression des résidents avec la participation des familles et des membres du personnel et permettrait d'évaluer la bonne adéquation des animations offertes à chaque personne et la formulation de propositions pour les mois à venir.

⁸² Syndrome de glissement : détérioration rapide de l'état général d'un sujet âgé, voire très âgé, secondaire à une affection aiguë médicale, chirurgicale ou psychiatrique. Le pronostic est en général très péjoratif.

Il est important que le directeur s'attache à créer et faire vivre le CVS. Ce dispositif phare de la loi de rénovation sociale et médico-sociale permet de développer la participation effective des usagers. Cet outil de démocratie participative semble cependant rencontrer des obstacles dans sa mise en œuvre. Les premières Assises de la bientraitance dans le département de l'Oise⁸³ ont constaté que les difficultés appréhendées par les responsables de structures médico-sociales dans la mise en place des CVS, sont plus ou moins fortes selon le secteur et la population cible prise en charge. Il en ressort que le secteur du handicap qu'il soit mental, physique ou les deux rencontre moins de difficultés que le secteur des personnes âgées. Les raisons évoquées sont la représentativité importante des associations du secteur du handicap et à contrario le manque de candidats représentant les familles dans les établissements pour personnes âgées.

Si les CVS ont des difficultés à se mettre en place et à fonctionner dans les EHPAD ou dans le secteur de l'enfance⁸⁴, B. HERVY⁸⁵ souligne aussi « *un déficit démocratique persistant* ». L'auteur explique que si les personnes âgées peuvent participer aux orientations du pays par leur vote, elles ont toujours du mal à prendre part aux orientations des institutions qui les accueillent et pour lesquelles elles paient. Pourtant les avancées permises par la loi de rénovation sociale et médico-sociale sur les droits des personnes sont bien réelles mais les dispositifs complexes à mettre en place car cela « implique un mouvement vers la citoyenneté ».

Si les CVS sont des lieux où la personne âgée peut retrouver une existence sociale, la démarche peut aussi avoir ses limites quand un résident n'a pas les ressources pour s'investir. Un directeur d'EHPAD souligne : « Un CVS doit tenir compte de l'ensemble des avis des résidents, même ceux atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi j'encourage les familles et les professionnels à participer au conseil car ils sont aussi leur porte-parole. » Pour l'ANESM⁸⁶, plusieurs conditions doivent être réunies pour favoriser la réussite du CVS. Tout d'abord, l'outil doit faire l'objet d'une volonté institutionnelle forte. Autrement dit, la participation et l'expression des usagers relèvent d'une politique d'établissement et ne peuvent être réduites à de simples outils formels au risque de perdre rapidement toute substance et tout intérêt. Le CVS doit s'inscrire dans une démarche participative globale en interne associant les résidents et les professionnels au moyen d'informations et de mesures d'accompagnements spécifiques, telles que la formation. Afin de garantir les conditions du fonctionnement démocratique du dispositif, l'agence propose de formaliser le règlement intérieur du conseil, de prévoir un nombre

⁸³ Les Assises de la bientraitance dans l'Oise, 2009, *Atelier 1 : les effets de la loi du 2 janvier 2002 dans le fonctionnement des ESMS et l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement*.

⁸⁴ MORIN C., GRARADJI N., 2010, *Conseil de la vie sociale. Huit ans, l'âge de raison ?*, p. 25.

⁸⁵ HERVY B., 2007, *Vieillesse et vie citoyenne en institution*, p. 127.

⁸⁶ ANESM, 2008, *Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, p. 17.

suffisant de représentants d'usagers et d'assurer la publicité des comptes-rendus. Il est également possible d'accompagner et former les représentants des usagers à la fonction représentative en soutenant si nécessaire l'animation des débats, en organisant une rencontre ouverte pour préparer les réunions du conseil ainsi qu'en rendant public l'ordre du jour en amont. L'ANESM insiste aussi pour que l'établissement facilite les modalités concrètes de fonctionnement du conseil (sur les plans de l'organisation et du mode relationnel avec l'ensemble des acteurs) en tenant compte notamment du planning de tous les représentants pour permettre leur présence effective.

3.2 Assouplir les contraintes institutionnelles

Favoriser l'accompagnement personnalisé du résident suppose aussi d'assouplir les contraintes institutionnelles. Un grand pas est effectué dans ce sens par la construction du futur établissement (3.2.1) et la direction gagnera à impulser une véritable culture de l'accompagnement (3.2.2).

3.2.1 La construction du futur établissement

- A) Une intimité retrouvée et un meilleur accompagnement des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer

Comme le soulignent C. EYNARD et D. SALON⁸⁷ : « Une maison de retraite ne devrait pas être un simple *lieu de prise en charge pour personnes âgées dépendantes, elle doit être un lieu de vie*. Grâce à son architecture et la qualité de son fonctionnement les personnes dites âgées doivent y trouver une réponse sécurisante aux difficultés qu'elles rencontrent pour continuer à vivre. » Ainsi, l'opération d'extension-reconstruction de la maison de retraite L'Accueillante permettra de faciliter la mise en place du projet personnalisé d'accompagnement en s'appuyant sur une architecture plus adaptée.

Le futur EHPAD comprenant deux bâtiments R+2⁸⁸ sous forme de trois maisonnées, contribuera à créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant. Le respect des lieux d'intimité est favorisé car chaque unité sera aménagée comme un grand appartement et les chambres, presque toutes individuelles, seront équipées de douches et WC privatifs. Les résidents pourront ainsi recréer leur univers familial et personnaliser leur hébergement en ayant la possibilité d'apporter leur mobilier. L'existence de petits salons de vie dans les unités ainsi qu'une salle à manger des familles permettra les visites et le maintien des liens familiaux. Des lieux de vie sociale pour le groupe seront également bien identifiés par une grande salle polyvalente comprenant une cuisine thérapeutique, une salle à manger, une cafétéria, un espace boutique et un salon de coiffure. Le projet architectural procurera également aux

⁸⁷ EYNARD C., SALON D., 2006, *Architecture et gérontologie : peut-on habiter une maison de retraite ?*, p. 13.

⁸⁸ R+2 : rez-de chaussée + deux étages.

personnels un environnement ergonomique et agréable car la structure optimisera les déplacements et permettra un meilleur confort de travail.

La création d'une unité de vie « Alzheimer » autonome mais non isolée du reste de la structure facilitera un meilleur accompagnement des personnes aux capacités psychiques détériorées. Située en rez-de-chaussée avec accès direct à un jardin thérapeutique, cette unité comprendra une salle Snoezelen⁸⁹ et un accueil de jour. Les espaces de déambulation ne se limiteront pas à un « anneau de vitesse » mais permettront le passage des personnes devant différentes zones attractives (salle à manger, cuisine, alcôves d'activités) afin d'enrayer la déambulation permanente caractéristique à cette maladie. Des jeux de couleurs et de lumières seront également utilisés afin de favoriser un meilleur repérage des résidents. Le nombre de places dans cet espace sécurisé étant limité, la priorité d'hébergement sera donnée aux personnes ayant des troubles du comportement (déambulation, fugue, agitation, cri...) afin de permettre à chacun de vivre en harmonie. En fonction de l'évolution de l'état de santé des résidents du secteur « Alzheimer » ou du reste de la structure, des changements de chambre pourront être envisagés dans une finalité de qualité de vie et de soins, en accord avec les usagers et leur famille. De par la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire, la complémentarité des compétences permettra un accompagnement personnalisé optimum privilégiant les soins relationnels. Cette équipe devra être volontaire et formée à ce type de prise en charge pour être mieux préparée et limiter le phénomène d'usure professionnelle.

B) En attendant le nouvel établissement...

Actuellement, la maison de retraite L'Accueillante sélectionne les résidents présentant un GIR allant de 6 à 3 inclus lors de l'admission⁹⁰ car la structure n'est pas adaptée aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement. Elle a donc fait le choix d'accueillir des personnes ayant une dépendance cognitive « modérée ». Même si la maison de retraite s'engage à garder un résident aussi longtemps que possible, notamment en situation de soins palliatifs, elle a du se séparer avec l'accord de la famille, d'une résidente ayant des troubles du comportement (fugues et déambulation la nuit dans les chambres). Cette dernière a pu intégrer un EHPAD ayant une unité dédiée, au sein du même secteur gériatrique.

D'autres moyens sont à la disposition du directeur pour améliorer la qualité de vie des résidents. Afin de favoriser la cohabitation en chambre double, il est tenu compte des affinités entre résidents pour éviter des tensions inutiles. Ainsi, une aide-soignante souligne : « On essaie de mettre ensemble des personnes qui pourraient être compatibles au niveau du caractère ou qui ont le même type de maladie car faire cohabiter une

⁸⁹ Snoezelen : concept né aux Pays-Bas dans les années soixante-dix. Mode de prise en charge utilisant la stimulation multisensorielle ainsi que la relaxation corporelle dans un environnement adapté nommé « salle ou espace Snoezelen ».

⁹⁰ Projet d'établissement 2008-2012 de la maison de retraite L'Accueillante.

personne lucide et une autre qui n'a plus ses capacités mentales c'est très vite ingérable. » Si certains résidents se disent satisfaits de partager leur chambre par « besoin de compagnie », il est important de préserver la pudeur et la dignité de la personne, par exemple lors du moment de la toilette. Une AMP ajoute : « Lors d'un soin intime, nous essayons de cacher la personne en nous mettant à côté d'elle et si c'est possible nous demandons au voisin de chambre de sortir. » Afin de renforcer l'intimité du résident et même si les chambres sont petites, il est possible de mettre à sa disposition des équipements adaptés, par exemple des paravents télescopiques muraux ou sur roulettes entre les lits. La fin de vie d'un résident en chambre double est également problématique pour tous les acteurs. Pour accompagner dignement cette période délicate, la maison de retraite essaie dans la mesure du possible de permettre au résident d'être en chambre individuelle. Cette alternative pose cependant des difficultés budgétaires car un EHPAD ne peut pas toujours se permettre de laisser un lit inoccupé, ses ressources étant liées à son taux d'occupation.

Il est alors indispensable de bien présenter les limites et contraintes de la structure dans le règlement de fonctionnement mais aussi lors de la visite de pré-admission afin d'éviter ou pour le moins anticiper les problèmes ou conflits pouvant intervenir en raison des contraintes architecturales. L'impact des chambres doubles et la question de l'accessibilité seront abordés dans l'objectif de favoriser l'harmonie de vie au sein de la structure.

3.2.2 Impulser une culture de l'accompagnement

A) Mobiliser les ressources humaines

Si le directeur souhaite anticiper et accompagner le changement vers une culture de l'accompagnement, il doit mobiliser le potentiel humain de l'établissement, véritable ressource stratégique par son implication dans la vie institutionnelle et les compétences apportées. Il aura à cœur de préserver ce potentiel et de développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) des professionnels. Cette démarche globale de gestion des ressources humaines vise tout d'abord à répondre à la permanence des changements (adaptation et réactivité de la structure), elle permet ensuite de redonner de l'autonomie aux agents (motivation des équipes et amélioration des conditions de travail) et suppose que l'organisation facilite l'évolution de leurs compétences. Dans cet objectif, l'analyse par le directeur des compétences et des métiers est fondamentale car elle permet d'établir une cartographie et donne une vision globale des besoins de l'institution

Ainsi, en matière de structure du personnel, il convient de s'assurer que les effectifs soient bien en adéquation avec le travail à effectuer en permettant au personnel « faisant

fonction de » d'acquérir la formation nécessaire ou dans la mesure du possible de titulariser des personnes en contrats précaires employées de manière structurelle. Il est également important de se pencher sur la répartition du personnel par classe d'âge pour prévoir notamment les éventuels problèmes de santé liés au vieillissement des professionnels. En effet, les auxiliaires de soins (aides-soignantes, AMP, ASH) souffrent fréquemment de troubles musculo-squelettiques (TMS) en fin de carrière du fait des particularités de leur travail. Afin d'anticiper ce type de problématique, la maison de retraite L'Accueillante s'est engagée à travers son projet d'établissement⁹¹, à réaliser un tableau de bord avec les indicateurs spécifiques suivant : absentéisme, nombre de journée de formations et départ en retraite prévus pour les cinq ans à venir.

Le plan de formation interne représente un atout majeur au service du projet personnalisé d'accompagnement car il permet d'adapter les compétences des professionnels aux besoins de l'établissement. Ainsi, un directeur d'EHPAD déclare : « Avoir une politique de formation est capitale dans la réussite d'un projet. Dès que je suis arrivé sur l'établissement, j'ai mis en place une commission de formation composée de représentants de chaque corps de profession. Cette commission siège deux fois par an et arrête le plan de formation de façon collégiale. » Si la formation professionnelle continue est une source d'évolution des compétences, « elle n'est pas pour autant une solution miracle »⁹². Les logiques individuelles de formation peuvent montrer leur limite dans un contexte global de démarche qualité. En effet, si l'organisation du travail n'est pas en capacité de prendre en compte les évolutions suscitées par la formation chez un professionnel, le changement souhaité au niveau de la structure devient souvent irréalisable car l'agent formé a tendance à retomber dans les habitudes du collectif.

La formation représente cependant un véritable levier pour accompagner le changement vers le projet personnalisé du résident. Je préconiserais plusieurs axes de formations internes et externes dans le contexte de la maison de retraite L'Accueillante. La priorité serait d'abord de former le personnel à la gérontologie pour faire émerger une culture pluridisciplinaire du vieillissement au sein d'une équipe appelée à collaborer à la réalisation du projet personnalisé d'accompagnement. Ainsi, l'apport de connaissances gérontologiques permet d'aborder certains thèmes importants pour une meilleure compréhension du résident tels que le vieillissement physiologique, psychologique mais aussi sur le vécu des familles confrontées à la dépendance d'un parent, les droits des personnes âgées ainsi que l'écoute et l'accompagnement qu'elles attendent des professionnels.

Dans un second temps, il y aurait lieu d'axer la formation sur des problématiques plus spécifiques où un approfondissement est demandé, telles que les démences et troubles

⁹¹ *Ibid.*

⁹² EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., *op. cit.*, p. 36.

du comportement, les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de la vie ainsi que la bientraitance. Une autre approche peut permettre la mise en œuvre d'un projet collectif par une « recherche-action »⁹³ consistant à organiser en interne une formation sur mesure prenant appui sur un projet spécifique de l'institution. Les professionnels peuvent alors faire évoluer leurs pratiques en réfléchissant à ce qu'implique un nouveau projet en termes de changements tant du point de vue des comportements que de l'organisation. La formation aux techniques relationnelles de l'Humanité⁹⁴ peut ainsi apporter un réel bénéfice vers un changement des pratiques de l'accompagnement et une valorisation du travail des soignants.

D'autres outils permettent de mobiliser les ressources humaines vers le projet personnalisé d'accompagnement. La fiche de poste est très utile dans le cadre de la gestion des compétences individuelles. L'ensemble des capacités requises ainsi notifiées est une référence qui permet à la personne en poste de faire rapidement le diagnostic des compétences et ressources déjà acquises mais aussi de celles manquantes. Le directeur peut ainsi élaborer un plan de formation professionnel adapté et en vérifier les effets. Aide précieuse à l'analyse et à la fixation d'objectifs réalistes, la fiche de poste peut aussi être utilisée comme un outil de recrutement.

Les entretiens d'évaluation annuelle donnent également l'occasion de favoriser le passage à une culture de l'accompagnement. Ces rencontres permettent au directeur d'établir un bilan autour de la pratique du professionnel, de sa place dans le dispositif général et surtout des objectifs à atteindre à moyen terme à partir des besoins de l'établissement. C'est aussi un moment privilégié donnant à l'agent la possibilité de faire état de ses difficultés dans l'exercice de sa fonction et d'orienter l'offre de formation.

En matière de recrutement, le directeur doit être très attentif à rapprocher le plus possible les compétences des agents de celles dont l'organisation institutionnelle a réellement besoin afin de prévenir et de traiter les risques qu'engendrerait trop de décalage. Un directeur d'EHPAD indique : « La politique de recrutement est vitale pour un établissement, par exemple je demande à ce que les ASH aient au minimum un BEP⁹⁵ sanitaire et social car elles travaillent au plus près des résidents et souvent en binôme avec les aides-soignantes. Il faut être extrêmement vigilant car notre public est vulnérable. »

B) Une organisation du travail à définir

Comme le soulignent J.M. MIRAMON, D. COUET et J.B. PATURET⁹⁶ : « Fer de lance de toute prise en charge efficace, l'organisation, au sens *d'acte organisateur*, est

⁹³ *Ibid.*, p. 43.

⁹⁴ Humanité : concept créé il y a 30 ans par Y. GINESTE et R. MARESCOTTI. Philosophie de soins basée sur l'écoute et le respect des personnes âgées, qui permet notamment un meilleur accompagnement des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

⁹⁵ BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles.

⁹⁶ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., 2009, *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, p. 193.

essentielle au bon fonctionnement d'un établissement. » En effet, l'intention de toute organisation est de favoriser l'atteinte des objectifs fixés et d'optimiser les compétences de chacun au service du projet d'établissement. Les auteurs rappellent qu'une équipe aux individualités techniquement remarquables donnera une mauvaise prestation si l'organisation fait défaut. En revanche, une organisation « à la fois rigoureuse et souple, ferme et transparente » augmentera l'efficacité d'une équipe même si elle semble en apparence moins compétente.

La communication interne est indispensable à la vie d'une organisation car permettant un bon fonctionnement des relations hiérarchiques et fonctionnelles. Si l'information représente la totalité des messages à diffuser aux acteurs professionnels, la communication peut se définir comme l'ensemble des moyens et processus de transmission de cette information. Ainsi, la communication permet de transmettre des messages de natures différentes (techniques, organisationnelles, relationnelles et institutionnelles) qui s'inscrivent dans des « systèmes de canaux »⁹⁷. Nous retiendrons ici le « canal hiérarchique »⁹⁸ qui a pour support d'une part les réunions de cadres et d'autre part les réunions de service avec l'ensemble du personnel. Indispensable à la bonne marche de l'établissement, la nature de ces réunions varie selon les objectifs fixés par le directeur : transmettre des informations, établir un programme, faire émerger des idées ou mobiliser des énergies. Ces rencontres montrent la volonté de la direction de faire participer les acteurs professionnels aux divers processus décisionnels. Ainsi, la répétition de réunions préparées avec des objectifs définis est nécessaire aux équilibres relationnels d'une organisation, en permettant de réguler les relations informelles des services. Elles sont aussi des indicateurs de l'état de mobilisation et d'ambiance de travail.

Afin de privilégier la communication interne, des réunions formelles d'encadrement devraient avoir lieu de façon périodique en présence du directeur et des responsables de chaque secteur d'activité. Ces temps de concertation formels sont importants pour traiter chaque semaine ou tous les quinze jours l'ensemble des questions du moment. Ces points peuvent concerner la situation de l'établissement, l'organisation du travail, les informations générales ou spécifiques à un ou plusieurs secteurs et les thèmes de fond tels que le projet personnalisé d'accompagnement. Animée par le directeur, ce type de réunion permet des prises de décisions claires dans un climat à caractère participatif.

D'autres pistes d'organisation du travail pourraient aussi être explorées pour introduire plus de souplesse et une meilleure adaptation de l'institution au rythme de vie des personnes accueillies. Cette réorganisation du travail est d'autant plus importante que la dépendance accrue implique un besoin d'accompagnement supplémentaire. Il apparaît

⁹⁷ *Ibid.*, p. 203.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 204.

nécessaire de recentrer les efforts des équipes sur les besoins de la personne afin d'y répondre au mieux et de rationaliser les autres tâches pour ne leur consacrer que le temps strictement nécessaire. Il est toujours possible d'assouplir les horaires des levers, couchers et toilettes. Respecter les souhaits des résidents sans forcément instituer des « services à la carte » semble réaliste, tel qu'aider les personnes à mobilité réduite à faire une heure de sieste l'après-midi, aménager des repas un peu plus proches des attentes des personnes en retardant l'heure du dîner ou en augmentant l'amplitude horaire du petit-déjeuner, permettant à ceux qui le souhaitent de dormir un peu plus longtemps. Cela suppose de changer des habitudes voire de repenser les horaires de travail. Le résultat peut s'avérer positif dans la mesure où les résidents se sentant mieux compris développent moins de troubles du comportement, si demandeurs en temps et si désorganisateur pour les professionnels.

Une nouvelle organisation pourrait apporter un vrai plus pour l'ensemble des acteurs avec une relation de type « gagnant, gagnant ». Pour l'utilisateur, l'apport se situe au niveau de la satisfaction, de la confiance et de la qualité de vie. Les professionnels profitent d'une meilleure ambiance de travail, de plus de reconnaissance et de valorisation des compétences ainsi que de la satisfaction et du sens du travail accompli. L'organisation du travail de la maison de retraite L'Accueillante gagnerait donc à mieux s'adapter aux rythmes de vie de la personne accueillie. L'analyse des besoins de chaque résident à ces moments clés de la journée tels que les horaires du lever, de la toilette, des principaux repas, d'une sieste éventuelle l'après-midi et du coucher permettrait de comparer les attentes des résidents et les réponses proposées par la structure. L'écart constaté donnerait la possibilité de déterminer les besoins en personnel dans la journée en fonction des rythmes de vie des usagers.

Une modification des horaires de travail du personnel pour s'adapter aux pics de besoins des résidents pourrait alors être envisagée. La mise en œuvre de ces solutions pouvant poser des difficultés, un tel changement nécessite impérativement un accompagnement pour pouvoir être accepté par le personnel sans générer d'impact négatif sur les conditions de travail, dont l'équilibre est indispensable au bon fonctionnement de la structure.

3.3 Ouvrir l'établissement à et sur l'extérieur

Ouvrir l'établissement à et sur l'extérieur est aussi un facteur de réussite du projet personnalisé d'accompagnement car permettant de restaurer les liens familiaux et sociaux (3.3.1) et d'interagir avec l'environnement proche (3.3.2).

3.3.1 Restaurer les liens familiaux et sociaux

A) Accentuer le rôle des familles et des proches des résidents

Il apparaît primordial de bien préserver et favoriser le rôle des familles et des proches car leur adhésion est indispensable à l'élaboration et à la mise en place du projet personnalisé d'accompagnement. Un cadre de santé d'un EHPAD souligne : « Un des objectifs du projet personnalisé est que la famille devienne un véritable partenaire pour les équipes. » R. VERCAUTEREN, B. HERVY et J.L. SCHAFF⁹⁹ évoquent la notion de « référent personnel » désigné par le résident, véritable relais de la personne et de son projet dans l'institution. Le « référent personnel » va accompagner le projet personnalisé en participant à sa construction, à son suivi et son évaluation. En effet, la famille peut donner des renseignements utiles quant à l'histoire et aux habitudes de vie d'un résident dont les facultés cognitives sont altérées. Elle devient alors le porte-parole de son parent. Afin de mobiliser les familles, le directeur veillera à développer et favoriser leur expression même si « le partenariat avec les familles n'est pas encore dans les habitudes ».¹⁰⁰ Les proches doivent pouvoir tenir une place dans les pratiques de l'équipe professionnelle et ainsi contribuer au projet personnalisé du résident. Les professionnels doivent comprendre que la famille n'est pas là pour faire le travail « à leur place » mais pour donner plus de sens à l'accompagnement. Un certain nombre d'actions peuvent être menées avec les familles compte tenu de leurs possibilités d'investissement. Ainsi avec l'accord du résident, elles peuvent participer à certaines activités quotidiennes, comme l'aide au repas. Selon une aide-soignante : « Nous avons déjà eu le cas d'un fils qui aidait à la prise de repas de son père, cela ne m'a pas gênée car les familles ont le droit de savoir comment l'établissement fonctionne aussi dans ces moments là. » Il est important d'inscrire les éléments de l'accompagnement de la famille dans le recueil de l'histoire et des habitudes de vie du résident afin que le personnel n'ait pas le sentiment d'être dépossédé ou contrôlé dans son travail et que l'organisation en tienne compte. D'autre part, il est intéressant d'impliquer les familles dans les animations telles que l'accompagnement lors de sorties ou promenades, la préparation d'évènements type « portes ouvertes » ou la participation à la décoration de la chambre.

B) Renforcer le bénévolat et maintenir l'apport des stagiaires

L'ouverture sur l'extérieur est indispensable pour des personnes âgées vivant dans le monde clos d'une institution. Ainsi, je souligne l'importance d'encourager l'intervention des bénévoles dans la structure car ils sont source d'enrichissement pour les projets personnalisés d'accompagnement des résidents. La maison de retraite L'Accueillante ne compte que sur l'action très ponctuelle de trois bénévoles dont un chanteur et deux

⁹⁹ VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.L., 2008, *op.cit.*, p. 131.

¹⁰⁰ HESLON C., *op. cit.*, p. 81.

représentants d'activités culturelles. L'intervention de bénévoles en complément des professionnels serait la bienvenue notamment en matière d'accompagnement et d'animation, permettant ainsi de renforcer le lien social avec les personnes accueillies. La fille d'une résidente explique : « Ma mère est devenue grabataire. Je ne suis pas toujours présente, alors s'il y avait des bénévoles, ils pourraient la sortir quand il fait beau dans le patio avec son fauteuil roulant, rester avec elle et la ramener ensuite. » L'animateur souligne : « On aimerait qu'il y ait plus de bénévoles car cela pourrait dégager du temps pour les équipes, mais on sait qu'on ne pourra pas tout leur demander et que les rôles devront être bien définis. » Selon C. HESLON¹⁰¹, la France souffre d'un déficit de partenariat avec les associations bénévoles par rapport aux pays anglo-saxons qui ont une tradition d'entraide à ce niveau. La faible intégration des bénévoles peut être due à la crainte qu'ont les professionnels de perdre leur poste et statut. C'est pourquoi, ces partenariats doivent être bien réfléchis et encadrés car ces personnes volontaires ne doivent pas être utilisées pour remplacer des soignants ou pallier des manques éventuels en personnels qualifiés. Un directeur d'EHPAD interrogé précise que : « Les interventions des bénévoles sont complémentaires à celles des professionnels. Si c'est un vrai plus pour l'accompagnement de nos résidents, il faut être très vigilant dans leur sélection et leur encadrement. » Les frontières entre professionnels et bénévoles peuvent devenir rapidement floues, ce qui peut nuire à la lisibilité des interventions, introduire un flottement dans les responsabilités et générer des conflits interpersonnels. D'où l'importance pour le directeur de construire un cadre pour ce type d'action en officialisant une charte, un contrat ou une convention fixant le périmètre de la démarche. Par ailleurs, l'ANESM¹⁰² conseille de faire appel à des associations plutôt qu'à des bénévoles isolés quand la taille et les ressources de l'établissement ne permettent pas leur encadrement. Afin de faciliter le positionnement des bénévoles, il est aussi intéressant de mettre en place un interlocuteur repéré au sein des équipes professionnelles.

La maison de retraite L'Accueillante a su développer un partenariat fort en direction des centres de formation aux métiers du secteur social et médico-social et une convention annuelle est signée avec l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du CHI de Clermont de l'Oise. Tout au long de l'année, la structure accueille de nombreux stagiaires tels que des étudiants en soins infirmiers, des élèves aides-soignants, des élèves BEP Carrières sanitaires et sociales ainsi que des stagiaires préparant le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. Une procédure d'accueil des stagiaires a été formalisée dans un livret dédié à cet effet. Chaque stagiaire est encadré par un tuteur référent désigné parmi les membres de l'équipe de soins (aides-soignantes, AMP, ASH), ce qui permet de responsabiliser et de valoriser les compétences des professionnels ainsi que de leur

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 80.

¹⁰² ANESM, 2008, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, p. 35.

permettre de bénéficier d'un regard extérieur. De plus, si la présence d'élèves apporte souvent aux personnes âgées de nouvelles occasions d'échanges, il faut néanmoins veiller à ce que la rotation des stagiaires ne devienne pas intrusive et mal vécue.

3.3.2 Interagir avec l'environnement proche

A) Renforcer la communication

J.M. MIRAMON., D. COUET ET J.B. PATURET¹⁰³ soulignent que : « La dimension marketing est souvent négligée dans le secteur social et médico-social. » Si le directeur doit mettre en place une politique de communication interne pour impliquer l'ensemble des acteurs professionnels autour du projet personnalisé d'accompagnement, il ne doit pas pour autant négliger de communiquer vers l'extérieur. L'enjeu d'une action de communication continue est de changer progressivement le regard souvent négatif du public porté sur les maisons de retraite et les personnes accueillies. Pour les acteurs professionnels communiquer permet de s'impliquer, de mettre en valeur la qualité du travail fourni et de redonner sens à leur action, comme par exemple ne pas enfermer la personne dans les difficultés liées à son handicap ou son état de santé mais au contraire donner une vision dynamique de ses possibilités d'évolutions et d'acquisitions. Ainsi, plusieurs supports permettent cette communication.

Créé en 2006, le journal interne « Les petits rapporteurs » est resté de nombreuses années sans parution. Dans un objectif de valorisation de l'établissement ainsi que d'enrichissement et de cohésion pour les acteurs professionnels et les usagers, il serait intéressant de le pérenniser. Support d'informations sur les projets en cours, il met aussi en valeur les fonctions de chacun en lien avec la vie de la structure. Les résidents rédacteurs ont la possibilité de s'exprimer et de donner leurs impressions. Les familles, bénévoles et membres du personnel pourraient aussi être sollicités pour rédiger des articles. De parution trimestrielle, il est remis aux résidents mais aussi aux familles et intervenants extérieurs. Ce type de communication interne est une manière différente de faire participer tous les acteurs et d'attirer l'attention sur une structure qui se veut ouverte au public.

L'association loi 1901¹⁰⁴ « Le récif du bonheur » a été fondée en 2006 par un groupe de professionnels de l'établissement. Son siège social est situé à la maison de retraite L'Accueillante et ses ressources proviennent des cotisations de membres adhérents, de produits de la vente d'objets fabriqués par les résidents et de dons. Sa mission étant de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies, l'association à recours à des activités d'animation. Selon son président, l'animateur de la structure : « Si notre association permet d'égayer la vie de la maison de retraite, nous devons maintenant

¹⁰³ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., *op. cit.*, p. 91.

¹⁰⁴ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

nous tourner vers l'extérieur en développant des relations avec les autres structures des environs et les personnes âgées à domicile. » En s'ouvrant effectivement sur son environnement, l'association pourrait ainsi contribuer à mieux faire connaître l'établissement et à faciliter la transmission de l'information relative à ses projets.

Organiser chaque année une journée type « Portes ouvertes » permettrait d'attirer le voisinage et les partenaires vers la maison de retraite. Les résidents et les professionnels participeraient à la présentation de l'établissement en accueillant les visiteurs, en proposant une visite de la structure et en répondant aux questions du public. Cette opération de communication permettrait ainsi de démystifier l'image de l'EHPAD et de montrer qu'elle est un vrai lieu de vie. Intégrer l'établissement aux actions de communications locales est un atout pour l'image de la structure. Ainsi, la maison de retraite L'Accueillante a été à l'origine d'articles dans la presse locale concernant son opération d'extension-reconstruction.

Le directeur pourrait aussi s'attacher à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) pour faire connaître son établissement et multiplier les interactions avec le monde extérieur. La création d'un site Internet ouvrirait de multiples possibilités car les personnes accueillies pourraient contribuer à alimenter le site et utiliseraient les reportages et informations comme support d'échanges avec leur famille. Un directeur d'EHPAD souligne : « Un site Internet participe à une meilleure transparence de la structure et donne confiance à tout le monde. Ainsi, en plus du journal interne et des différents programmes d'animation, je tiens à mettre en ligne les derniers comptes-rendus du CVS. »

B) Développer et consolider le partenariat par la coopération

Afin d'enrichir la démarche du projet personnalisé d'accompagnement, la convention de direction commune regroupant les trois établissements dont L'Accueillante à Mouy, La Mare Brûlée à Bresles et Maupéou à Berthecourt, est l'occasion idéale pour mutualiser des moyens humains et financiers. Ainsi, « L'enjeu est de construire de manière délibérée des formes organisationnelles facilitatrices de l'adaptation et de la coopération, car la qualité des prestations passe par la capacité des différentes composantes de la structure de nouer, ou de recomposer, des coopérations efficaces. »¹⁰⁵

Cette coopération ouvre des horizons intéressants dans le domaine du recrutement car des temps partiels de psychologues n'ont jamais pu être pourvus de façon pérenne sur les trois sites. Une solution se dessine depuis l'arrivée du troisième EHPAD (La Mare Brûlée) dans la direction commune en janvier 2010, par la concrétisation six mois plus tard de l'embauche d'un ETP de psychologue. Recruté sur la base d'une fiche de poste détaillée, ce professionnel interviendra pour apporter un soutien aux résidents, familles et

¹⁰⁵ DUCALET P., LAFORCADE M. 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, p. 224.

équipes par le biais de groupes de parole et d'analyse des pratiques. Le psychologue sera également une personne ressource pour le projet personnalisé d'accompagnement.

Le directeur pourra aussi permettre aux trois structures de bénéficier de la mutualisation des compétences de professionnels qualifiés à savoir : l'infirmière hygiéniste en poste à L'Accueillante, une aide-soignante possédant un Diplôme Universitaire (DU) de soins palliatifs employée à la Mare Brûlée et une animatrice diplômée d'Etat travaillant sur Maupéou.

Afin d'améliorer le projet personnalisé du résident, des coopérations sont également envisageables entre les différents établissements situés sur le même secteur géographique. Si les repas sont cuisinés sur place quotidiennement, les menus établis sur proposition du responsable de cuisine ne sont pas visés par une diététicienne. L'établissement gagnerait à la mise en place d'un suivi diététique gage d'un bon équilibre alimentaire, tout en préservant la notion de plaisir gustatif. L'adhésion à un Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) faciliterait cet accompagnement et la prise en charge de résidents ayant des problèmes de dénutrition.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la maison de retraite L'Accueillante ne dispose pas d'une prise en charge spécifique pour les personnes présentant des syndromes cognitivo-mnésiques et psychiatriques. L'accompagnement s'avère donc peu adapté avec des conséquences sur la vie des personnes touchées, des autres résidents et du personnel en rendant les conditions de vie et de travail de plus en plus difficiles. Dans ce cadre, l'intervention de la psychiatrie de secteur pourrait être formalisée et développée par une convention. De même, en cas d'apparition ou d'aggravation de troubles cognitifs, il serait intéressant de faire appel à la consultation mémoire du CH de Clermont de l'Oise.

Conclusion

Le projet personnalisé d'accompagnement de la personne âgée en EHPAD est une démarche profondément humaniste qui consacre l'aboutissement de décennies de réflexion, d'analyse des pratiques et d'avancées législatives visant à adoucir cette période délicate qu'est la dernière partie de la vie et qui ne laisse personne indifférent. C'est un défi ambitieux que de concilier des données en apparence antinomiques telles que vouloir conjuguer une organisation collective institutionnelle, dotée de moyens humains et matériels limités, avec le désir de préserver, maintenir et développer la singularité du résident âgé par la prise en compte de ses potentialités, désirs et de ce qui fait sa personnalité dans l'objectif bien compris d'une meilleure qualité de vie.

La volonté de mettre en œuvre un accompagnement personnalisé est certaine et fait consensus pour l'ensemble de la société. L'outil législatif est bien présent et les professionnels du secteur médico-social sont tous conscients de l'intérêt porté à cette thématique. Pourtant et nous le constatons, l'application tarde et ne concerne par exemple que moins d'un tiers des établissements dans le département de l'Oise. Aussi, malgré un contexte favorable à la personnalisation des prestations, des obstacles persistent. Ce mémoire a permis de dégager trois types de facteurs susceptibles de freiner la mise en place de ce dispositif : une image sociale défavorable de la vieillesse impactant les acteurs, la difficile adaptation de l'institution aux besoins et attentes de la personne âgée ainsi qu'une culture et des pratiques professionnelles peu adaptées à l'accompagnement.

Après avoir cerné les rouages et saisi les obstacles à la démarche du projet personnalisé d'accompagnement, des leviers d'action stratégiques basés sur le contexte local de mon terrain de stage de professionnalisation ont été dégagés. Afin de favoriser la réussite de ce projet, le directeur doit impérativement développer une stratégie managériale à caractère participatif pour accompagner le changement tout en mettant le résident au cœur du dispositif. Il aura à assouplir les contraintes institutionnelles par la recherche de la meilleure adéquation architecturale et par l'impulsion d'une véritable culture de l'accompagnement. Enfin, le directeur favorisera l'accompagnement personnalisé en ouvrant son établissement à et sur l'extérieur, facteur de restauration des liens familiaux et sociaux ainsi que de l'interaction avec l'environnement proche.

Au-delà des bonnes volontés de chacun, nous sommes conscients que le projet personnalisé requiert aussi des moyens financiers. Une architecture adaptée avec des chambres tout confort, des espaces de vie collectifs agréables ainsi que des professionnels qualifiés, formés et en nombre suffisant favoriseraient de meilleures

prestations liées à la personnalisation des soins, de l'hôtellerie ou de la restauration et permettrait de dégager ce temps si précieux pour l'accompagnement relationnel. Mais le directeur sait que dans un contexte budgétaire restreint, il devra avoir une recherche et une action dynamique pour effectuer les aménagements et reconversions nécessaires et optimiser les ressources existantes humaines et financières.

La réponse ne peut passer que par une volonté opiniâtre du directeur, moteur de toute démarche institutionnelle. Ce projet concerne toutes les équipes d'acteurs professionnels à qui il sera demandé une évolution importante de leurs pratiques. En effet, le projet personnalisé d'accompagnement implique une véritable révolution dans les modes de fonctionnement de la structure car s'éloignant du schéma classique, il doit lutter contre le mode d'organisation par tâches ou soins en série. Résultant d'une autre approche, il va nécessiter une évolution des mentalités et demande l'adhésion de tous les professionnels amenés à cheminer autour d'un questionnement partagé de tous et à progresser dans leur réflexion en apportant une réponse à leurs interrogations :

- Pourquoi la vieillesse ne doit pas être assimilée à une maladie ?
- Pourquoi la personne âgée institutionnalisée ne doit pas être considérée comme objet de soins, mais comme sujet dans son identité et son histoire de vie ?
- Pourquoi une approche globale de la personne permet de mieux accompagner l'ensemble de ses ressources et de ses difficultés pour mieux la guider dans les gestes de la vie quotidienne ?

Face à une telle mutation, le directeur devra mobiliser toutes ses compétences managériales pour sensibiliser et motiver ses équipes, stratégie d'autant plus nécessaire avec la perspective gouvernementale d'amélioration de l'offre de soins palliatifs dans les structures médico-sociales. Si les EHPAD doivent aussi se penser comme le lieu de la fin de vie de leurs résidents parallèlement au fait d'être un lieu de vie, le projet personnalisé d'accompagnement aura toute sa place ainsi que nous le précise la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés : « l'accompagnement en soins palliatifs ne peut se concevoir sans une dimension humaine qui unit le patient, les proches et les professionnels »¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Discours de Nora BERRA, Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, 2010, *Déplacement à Guyancourt (thème soins palliatifs)*.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L. 116-2.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L. 311-1.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L. 311-3 à L.311-7.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L. 312-8.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975, p 6604.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendante. Journal Officiel n°21 du 25 janvier 1997, p 1280.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal Officiel, n°113 du 16 mai 2007, p 9373.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel, n°98 du 27 avril 1999, p 6256.

OUVRAGES

ASSOCIATION RESEAU DE CONSULTANTS EN GERONTOLOGIE, AMYOT J.J., MOLLIER A., 2007, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 242 p.

BECKER J.C., BRISSONNET C., LAPRIE B., MINANA B., 2004, *Projet d'établissement. Comment le concevoir et le formaliser*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 183 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées. La culture gériatrique dans les équipes multiprofessionnelles*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 141 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*. Paris : Le Seuil, 500 p.

DELAMARRE C., 2007, *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod, 222 p.

DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social. Analyse de la pratique*. Paris : Dunod, 228 p.

DUCALET P., LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*. Paris : Seli Arslan, 335 p.

EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gériatrie. Principes, méthodes et cas pratiques*. Paris : Dunod, 272 p.

EYNARD C., SALON D., 2006, *Architecture et gériatrie : peut-on habiter une maison de retraite ?* Paris : L'Harmattan, 217 p.

GINESTE Y., PELLISSIER J., 2010, *Humanité. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris : Armand Colin, 319 p.

GOFFMAN E., 1979, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Editions de Minuit, 447 p.

HESLON C., 2008, *Accompagner le grand âge. Psycho-gériatrie pratique*. Paris : Dunod, 230 p.

LHUILIER J.M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 272 p.

MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., 2009, *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, 4^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 270 p.

PERSONNE M., VERCAUTEREN R., 2009, *Accompagner les personnes âgées fragiles. Formes et sens de l'accompagnement*. Paris : Eres, 146 p.

RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., 2008, *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*. Rennes : Editions EHESP, 492 p.

VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées. Rôles et exercice*. Révigny-sur-Ornain : Doc Editions, 143 p.

VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées. Enjeux et méthode*. Toulouse : Eres, 175 p.

NORMES

AFNOR, Norme X 50-105, août 1991, *Le management de projet. Concepts*. Paris.

AFNOR, Norme X 50-115, décembre 2001, *Le management de projet. Présentation générale*. Paris.

ARTICLES ET PERIODIQUES

AMYOT J.J., juin 2009, « Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD », *Gérontologie et Société*, n°128/129, pp. 273-283.

ARBORIO A.M., septembre 2007, « L'observation directe en sociologie : Quelques réflexions méthodologiques à propos de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, n°90, pp. 26-34.

ARIES P., 1983, « Une histoire de la vieillesse ? », *Communications*, n°37, pp 47-54.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L' EVALUATION ET DES STATISTIQUES, mai 2009, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et Résultats*, n°689, pp. 1-8.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L' EVALUATION ET DES STATISTIQUES, août 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et Résultats*, n°699, pp. 1-8.

GILLIOTTE N., avril 2010, « Bienveillance en EHPAD. Qui veut la fin, aura les moyens ? », *Direction(s)*, n°73, pp 6-7.

HERVY B., mars 2007, « Vieillesse et vie citoyenne en institution », *Gérontologie et Société*, n°120, pp. 127-142.

LES CAHIERS DE L'ACTIF, novembre-décembre 2006, « Evaluation interne et qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », n°366-367, pp. 5-373.

LOUBAT J.R., mai-juin-juillet-août 2007, « Le projet comme interface entre un opérateur et son environnement », *Les Cahiers de l'Actif*, n°372/375, pp 23-36.

MORIN C., GRARADJI N., janvier 2010, « Conseil de la vie sociale. Huit ans, l'âge de raison ? », *Direction(s)*, n°70, pp 24-30.

THOMAS H., mars 2007, « La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée ». *Gérontologie et Société*, n°120, pp. 99-114.

TNS SOFRES, avril 2009, « Les français et le grand âge. Cinquième vague du baromètre », *Fédération Hospitalière de France*.

VILLEZ A., décembre 2007, « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et Société*, n°123, pp. 169-184.

PLANS

Plan Solidarité-Grand Age 2007-2012 présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, juin 2006, 39 p.

Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, mars 2007, 30 p.

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 présenté par le Président de la République, février 2008, 84 p.

RAPPORTS

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, avril 2008, 39 p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, décembre 2008, 52 p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, décembre 2008, 56 p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, *Résultats du questionnaire Bientraitance 2009*, Enquêtes et études – Résultats, mars 2010.

FONDATION MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME, *L'EHPAD : Pour finir de vieillir - ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, tome II, Centre d'analyse stratégique, juin 2006, 11 p.

LAROQUE P., *Politique de la vieillesse*. Paris, La Documentation Française, 1962.

CONFERENCE

DISCOURS DE NORA BERRA, « Déplacement à Guyancourt (thème soins palliatifs) », 8 juin 2010.

LES ASSISES DE LA BIENTRAITANCE DANS L'OISE, « Atelier 1 : les effets de la loi du 2 janvier 2002 dans le fonctionnement des ESMS et l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement » in Maison de retraite « La Compassion » de Chaumont en Vexin, 19 juin 2009.

PARENT B., « L'enjeu de la communication dans la pratique professionnelle », in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, Communication managériale, 13 juillet 2010.

MEMOIRES

BADET E., 2008, *Le développement des projets de vie personnalisés en EHPAD : un défi managérial pour le directeur*. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. DESS. 55 p.

PITON M.A., 2006, *Quel accompagnement individualisé dans les maisons de retraite aujourd'hui ? L'exemple de la maison de retraite de Maulevrier*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. DESS. 57 p.

SACRISTE D., 2001, *Développer le projet personnalisé, levier de resocialisation de la personne âgée en maison de retraite*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. CAFDES. 87 p.

DOCUMENTS DIVERS CONSULTES

Contribution de l'Etat au Schéma départemental d'organisation médico-sociale : orientations pour la prise en charge de la dépendance : 2009-2014.

Convention tripartite de la maison de retraite L'Accueillante, signée en juin 2009.

Document d'orientations régionales 2010 - PRIAC version 5, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie, janvier 2010.

Etude d'image de la maison de retraite L'Accueillante, 2004.

Projet d'établissement 2008-2012 de la maison de retraite L'Accueillante.

Règlement de fonctionnement de la maison de retraite L'Accueillante, avril 2010.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grilles d'entretiens semi-directifs

Annexe 2 : Proposition d'une fiche « Evaluation pluridisciplinaire de l'autonomie d'un nouveau résident »

Annexe 3 : Proposition d'une fiche « Habitudes et histoire de vie du résident »

Annexe 4 : Proposition d'une fiche « Plan d'action »

Annexe 5 : Proposition d'une fiche « Bilan »

Annexe 1 : Grilles d'entretiens semi-directifs

Grille d'entretien semi-directif destinée à l'inspecteur et à l'attachée territoriale, chargés des personnes âgées, respectivement à la Délégation territoriale de l'ARS et au Conseil Général du département de l'Oise.

Question de départ : « Pouvez-vous me parler des projets personnalisés d'accompagnement dans les EHPAD sur le département de l'Oise ? »

Thèmes à aborder :

- Définition du projet personnalisé d'accompagnement
 - Intérêt et limite(s) du projet personnalisé d'accompagnement
 - Nombre ou pourcentage d'EHPAD ayant mis en place cet outil sur le département
 - Si tous les EHPAD n'ont pas mis en place l'accompagnement personnalisé, quelles en sont les raisons ?
 - Les actions entreprises pour favoriser leur mise en œuvre
 - Le bilan et l'évaluation des projets personnalisés déjà constitués
-

Grille d'entretiens semi-directifs destinée aux acteurs professionnels de la maison de retraite L'Accueillante. (Médecin coordonnateur, infirmière référente, équipe soignante, d'animation, hôtelière et technique)

Question de départ : « Pouvez-vous me dire ce que vous savez des projets personnalisés d'accompagnement en maison de retraite ? »

Thèmes à aborder :

- Définition du projet personnalisé d'accompagnement
- Apport et difficulté(s) des projets personnalisés d'accompagnement
- Représentation de la vieillesse et de la dépendance
- La connaissance de la personne âgée
- Représentation de la maison de retraite : lieu de soins ou lieu de vie ?
- La prise en charge quotidienne des résidents, notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et souffrant de troubles psychiatriques
- Le respect des droits et libertés de la personne ainsi que de son autonomie
- Le respect des rythmes et des habitudes de vie des résidents au regard de la vie collective
- La connaissance de l'histoire et des habitudes de vie du résident et son impact sur l'accompagnement
- Les relations avec les familles, leur accompagnement, leur rôle
- Les conditions de travail et l'implication des professionnels dans la vie institutionnelle
- Les conditions architecturales
- Les relations avec les intervenants extérieurs (autre que les familles)

Grille d'entretien semi-directif auprès des résidents et des familles

Question de départ : « Comment vous sentez-vous à la maison de retraite L'Accueillante ? »

Thèmes à aborder :

- La représentation de la vieillesse
 - L'entrée à la maison de retraite (date, est-ce un choix, qualité de l'accueil...)
 - La vie en collectivité (bruit, odeurs...)
 - L'intimité (se sentir chez soi dans la structure, existence de lieux d'intimité pour soi et pour recevoir sa famille)
 - Le respect des rythmes de vie (lever, toilette, repas, coucher...), des besoins et des attentes
 - Le respect des droits et libertés ainsi que de son autonomie
 - Les relations avec le personnel
 - La participation à la vie de l'établissement
 - Les liens familiaux
 - Les liens avec les personnes extérieures à l'établissement (bénévoles, stagiaires...)
-

Grille d'entretiens semi-directifs destinée aux directeurs et cadres de santé d'EHPAD en régions Picardie et Nord

Question de départ : « Pouvez-vous me parler des projets personnalisés d'accompagnement en cours sur votre structure ? »

Thèmes à aborder :

- Définition du projet personnalisé d'accompagnement
- Les atouts à la personnalisation de l'accompagnement
- Les obstacles et contraintes rencontrés à toutes les étapes de son développement
- La méthodologie retenue quant à son élaboration, son suivi et son évaluation
- La formalisation du projet personnalisé d'accompagnement

Annexe 2 : Proposition d'une fiche « Evaluation pluridisciplinaire de l'autonomie d'un nouveau résident »

Document 1 - Evaluation pluridisciplinaire de l'autonomie d'un nouveau résident		Page N°1/5											
<p>Nom de l'établissement Maison de retraite / EHPAD Adresse de l'établissement CP VILLE Tél : Fax : ☒ :</p>		<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;">Document 1</div> <div style="text-align: center; padding: 10px;">EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE L'AUTONOMIE D'UN NOUVEAU RESIDENT</div>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Questionnaire rempli le :</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Par :</td> </tr> </table>		Questionnaire rempli le :	Par :	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">REFERENT FAMILIAL :</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom :</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Qualité :</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Adresse :</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Tél :</td> </tr> </table>		Nom :	Qualité :	Adresse :	Tél :				
Questionnaire rempli le :	Par :												
Nom :	Qualité :												
Adresse :	Tél :												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F</td> <td style="padding: 2px;">Nom et Prénom :</td> </tr> </table>		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom et Prénom :	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">ADMINISTRATIF :</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Document administratif à jour</td> <td style="padding: 2px;">Document(s) manquant(s) :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Règlement <input type="checkbox"/> Payant <input type="checkbox"/> Aide Sociale <input type="checkbox"/> APA acquise</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Mesure de protection <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice</td> <td style="padding: 2px;">Motif(s) d'entrée :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">GIR¹ après l'entrée :</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Document administratif à jour	Document(s) manquant(s) :	Règlement <input type="checkbox"/> Payant <input type="checkbox"/> Aide Sociale <input type="checkbox"/> APA acquise		Mesure de protection <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	Motif(s) d'entrée :	GIR ¹ après l'entrée :	
Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom et Prénom :												
<input type="checkbox"/> Document administratif à jour	Document(s) manquant(s) :												
Règlement <input type="checkbox"/> Payant <input type="checkbox"/> Aide Sociale <input type="checkbox"/> APA acquise													
Mesure de protection <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	Motif(s) d'entrée :												
GIR ¹ après l'entrée :													
<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">CONTEXTE FAMILIAL :</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> La famille est présente lors de l'entretien</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Quelle place occupe la famille lors de l'entretien ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> La famille souhaite maintenir certains aspects de la prise en charge après l'entrée</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Quels aspects la famille souhaite t'elle maintenir ?</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> La famille est présente lors de l'entretien	Quelle place occupe la famille lors de l'entretien ?	<input type="checkbox"/> La famille souhaite maintenir certains aspects de la prise en charge après l'entrée	Quels aspects la famille souhaite t'elle maintenir ?	<p>¹ GIR : Groupe Iso-Ressource</p>							
<input type="checkbox"/> La famille est présente lors de l'entretien													
Quelle place occupe la famille lors de l'entretien ?													
<input type="checkbox"/> La famille souhaite maintenir certains aspects de la prise en charge après l'entrée													
Quels aspects la famille souhaite t'elle maintenir ?													

SITUATION LORS DE L'ADMISSION :

Age :	Poids :
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Vivant seul(e)
<input type="checkbox"/> Hôpital :	<input type="checkbox"/> Etablissement :
<input type="checkbox"/> Famille :	<input type="checkbox"/> Autre :
Contexte de l'entrée : <input type="checkbox"/> Suite à une hospitalisation <input type="checkbox"/> Isolement social et familial <input type="checkbox"/> Rupture d'intervention des professionnels au domicile	

DERNIERS ETABLISSEMENTS DE SOINS FREQUENTES :

Dates	Etablissements	Motif d'hospitalisation

SUIVI MEDICAL :

Antécédents médicaux :	
Antécédents chirurgicaux :	
Pathologie actuelle :	
Médecin traitant :	
Autres <input type="checkbox"/> MMS ² réalisé <input type="checkbox"/> Alzheimer ou démences associées diagnostiquées <input type="checkbox"/> Contention	

TROUBLES DU COMPORTEMENT et/ou de l'HUMEUR :

<input type="checkbox"/> Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Comportement dépressif <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Tendance à la fugue	<input type="checkbox"/> Comportement lié à la consommation d'alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Comportement(s) addictif(s)
Autres	

²MMS : Mini Mental State (test de référence dans le dépistage des démences)

CARACTERISTIQUES SENSITIVES :

Vision <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Avec correction <input type="checkbox"/> Malgré correction cécité	Audition <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Avec correction <input type="checkbox"/> Malgré correction surdité
Expression <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise	Compréhension <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise
Habilité manuelle <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise	Autres

LOCOMOTION :

Se déplace <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout	A besoin pour se déplacer : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Lit - fauteuil <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout	Chambre <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout
Escaliers <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout	Ascenseurs <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout
Extérieur <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout	Autres
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie Nom du professionnel :	

ORIENTATION :

<input type="checkbox"/> Personne qui déambule <input type="checkbox"/> Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/> Peut tenir une conversation <input type="checkbox"/> Se repère dans un lieu public
Autres	

SOMMEIL :

Heure du lever	Heure du coucher
<input type="checkbox"/> Réveil nocturne <input type="checkbox"/> Parle la nuit	<input type="checkbox"/> Fait une sieste <input type="checkbox"/> Se lève la nuit
Autres	

SOINS D'HYGIENE :

<input type="checkbox"/> Motivé à la toilette	<input type="checkbox"/> Accepte d'aller à la douche
Fait sa toilette <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout	S'habille <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas du tout
Autres	

INCONTINENCE :

<input type="checkbox"/> Urinaire	<input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne	<input type="checkbox"/> Fécale	<input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne
Autres			

ALIMENTATION :

<input type="checkbox"/> Aide au repas Préciser :	<input type="checkbox"/> A stimuler
<input type="checkbox"/> Complément alimentaire / Nature	<input type="checkbox"/> Régime spécifique / Nature
Autres	

CONFORT DU DOMICILE PRIVE :

<input type="checkbox"/> Téléphone installé dans la chambre	<input type="checkbox"/> Respect de la propreté de la chambre
<input type="checkbox"/> Télévision	<input type="checkbox"/> Tapisserie à revoir
<input type="checkbox"/> Chambre bien aménagée	<input type="checkbox"/> Travaux à prévoir
Autres	

TROUSSEAU :

<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Apparence des vêtements à revoir
Autres	

ANIMATION :

Participe aux animations
Lesquelles ?

A des contacts avec d'autres résidents
Lesquelles ?

A des visites internes
Lesquelles ?

Visite de la famille ou d'amis

- Plusieurs fois par semaine
- 4 à 5 fois par mois
- Moins souvent
- Jamais

Autres

COMMENTAIRES :

REFERENT PROFESSIONNEL

Annexe 3 : Proposition d'une fiche « Habitudes et histoire de vie du résident »

<p><i>Document 2 - Habitudes et histoire de vie du résident</i></p> <p><i>Page N°1/5</i></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; margin-bottom: 5px;">Document 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <h3 style="margin: 0;">HABITUDES ET HISTOIRE DE VIE DU RESIDENT</h3> </div>										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><i>Nom de l'établissement</i> Maison de retraite / EHPAD Adresse de l'établissement CP VILLE Tél : Fax : ☒ :</p> </div>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Questionnaire rempli le :</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Par :</td> </tr> </table>	Questionnaire rempli le :	Par :									
Questionnaire rempli le :	Par :										
<div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">ETAT CIVIL :</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">Sexe</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F </td> <td style="width: 80%; padding: 5px;">Nom et Prénom :</td> </tr> </table>	Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom et Prénom :								
Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom et Prénom :									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Date d'entrée dans la résidence :</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Localisation dans la résidence :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Date de naissance :</td> <td style="padding: 5px;">Lieu de naissance / Pays :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Nationalité(s) :</td> </tr> </table>	Date d'entrée dans la résidence :	Localisation dans la résidence :	Date de naissance :	Lieu de naissance / Pays :	Nationalité(s) :						
Date d'entrée dans la résidence :	Localisation dans la résidence :										
Date de naissance :	Lieu de naissance / Pays :										
Nationalité(s) :											
<div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">VIE SOCIALE DU RESIDENT : le résident et sa cellule familiale</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Célibataire</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Veuf (ve) depuis le : combien d'années de mariage : </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf (ve) depuis le : combien d'années de mariage :									
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf (ve) depuis le : combien d'années de mariage :										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Divorcé (e) depuis le : combien d'années de mariage : </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le : combien d'années : </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le : combien d'années de mariage : </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Autre(s) parent(s) Age / qui ? </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Autres :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) : </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Petit(s)- enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) : </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Arrières petit(s)- enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) : </td> <td style="padding: 5px;">Autres :</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Divorcé (e) depuis le : combien d'années de mariage :	<input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le : combien d'années :	<input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le : combien d'années de mariage :	<input type="checkbox"/> Autre(s) parent(s) Age / qui ?	Autres :		<input type="checkbox"/> Enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) :	<input type="checkbox"/> Petit(s)- enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) :	<input type="checkbox"/> Arrières petit(s)- enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) :	Autres :
<input type="checkbox"/> Divorcé (e) depuis le : combien d'années de mariage :	<input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le : combien d'années :										
<input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le : combien d'années de mariage :	<input type="checkbox"/> Autre(s) parent(s) Age / qui ?										
Autres :											
<input type="checkbox"/> Enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) :	<input type="checkbox"/> Petit(s)- enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) :										
<input type="checkbox"/> Arrières petit(s)- enfant(s) Fille(s) : Garçon(s) :	Autres :										
	<div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">LIEUX DE VIE DU RESIDENT :</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Quel est le dernier lieu ville, village... où vous avez vécu ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Quels sont les autres domiciles ...où vous avez vécu ?</td> </tr> </table>	Quel est le dernier lieu ville, village... où vous avez vécu ?	Quels sont les autres domiciles ...où vous avez vécu ?								
Quel est le dernier lieu ville, village... où vous avez vécu ?											
Quels sont les autres domiciles ...où vous avez vécu ?											

Dans quelle(s) ville(s)/ quel(s) pays avez-vous passé votre enfance ?

Type d'habitat Maison Vous aviez une salle de bain avec baignoire/douche
 Appartement Vous aviez des aides à domicile
 Autres / précisez : Vous faisiez la sieste

Autres

PROFESSION :

Quelle était votre profession avant la retraite?

Avez-vous exercé d'autres professions ?

Quel métier auriez-vous rêvé d'exercer ?

Quels sont les diplômes que vous avez obtenus ?
 Certificat d'étude Brevet Bac Etudes supérieures
 Autres / précisez :

Autres

HABITUDES DE VIE :

Heure du réveil au domicile :	Heure de la sieste au domicile :
Heure de lever au domicile :	Heure du dîner au domicile :
Heure du petit-déjeuner au domicile :	Heure du coucher au domicile :

Quelles étaient vos activités principales à la retraite ?

Promenades Réunion entre amis Couture
 Jardinage Télévision Tricot
 Sport Bricolage Lecture
 Voyages Musique Jeux
 Autres activités :

CENTRES D'INTERET

Aimez-vous le **cinéma** ?

Beaucoup Un peu Pas trop Pas du tout

Quel est l'un de vos films préféré ?

Quelle est votre actrice préférée ?

Quel est votre acteur préféré ?

Aimez-vous la **musique** ?

Beaucoup Un peu Pas trop Pas du tout

Quels genres de musique aimez-vous ?

La variété Le classique L'opéra
 L'opérette Le rock Le jazz
 Autres :

Quelle est votre chanteuse préférée ?
Quel est votre chanteur préféré ?
Quelle est votre chanson préférée ?
Aimez-vous la lecture ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout
Quels genres de lecture aimez-vous ? <input type="checkbox"/> Les quotidiens <input type="checkbox"/> Les hebdomadaires <input type="checkbox"/> Les romans <input type="checkbox"/> Autres :
Quel est votre auteur préféré ?
Quel est votre livre préféré ?
Aimez-vous les voyages ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout
Aimez-vous chanter ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout
Aimez-vous le théâtre ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout
Aimez-vous les jeux ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout Lesquels ?
Aimez-vous sortir ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout
Où ? <input type="checkbox"/> Promenade <input type="checkbox"/> Musée - expo. <input type="checkbox"/> Marché <input type="checkbox"/> Magasins Autres :

Aimez-vous l' Histoire ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout ? Quelle période en particulier ?
Aimez ou aimez-vous écrire ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout
Aimez ou aimez-vous les activités artistiques ou manuelles ? <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Pas trop <input type="checkbox"/> Pas du tout Lesquelles ?
<input type="checkbox"/> Vous pratiquez ou avez pratiqué un ou des sports ? Lequel, lesquels ?
<input type="checkbox"/> Vous avez un ou des hobbys ou passions ? Lequel, lesquels ?
<input type="checkbox"/> Vous faites ou avez fait une ou des collections ? Laquelle, lesquelles ?
Quel est le rêve que vous souhaiteriez réaliser ?

SPIRITUALITE :

Avez-vous une pratique religieuse
 Régulière Occasionnelle Rare Non
 Si oui Laquelle ?

Avez-vous des souhaits concernant la fin de la vie ?

Autres goûts alimentaires :

GOUT ALIMENTAIRE

Vous êtes plutôt	<input type="checkbox"/> Salé <input type="checkbox"/> Sucré	Repas préférés	<input type="checkbox"/> Petit déjeuner <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Goûter <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Aucun
Aliments préférés			
Aliments détestés			
Entrées préférées			
Plats préférés			
Desserts préférés			
Boissons préférées			

VISITES :

Visite de la famille ou d'amis	<input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> 4 à 5 fois par mois <input type="checkbox"/> Moins souvent <input type="checkbox"/> Jamais
Autres	

Annexe 4 : Proposition d'une fiche « Plan d'action »

Document 3 - Plan d'action

Page N°1/1

<p><i>Nom de l'établissement</i> Maison de retraite / EHPAD <i>Adresse de l'établissement</i> CP VILLE Tél : Fax : ☒ :</p>	<p>A effectuer en réunion de projet personnalisé d'accompagnement pluridisciplinaire</p> <hr/> <p>Nom et prénom du résident</p>	<p>Document 3</p> <p>« Plan d'action » N° ____</p> <p>Date :</p>
--	--	--

Constat	Date	Objectifs	Actions à prévoir	Bilan à faire le :
<p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autonomie physique ➤ Autonomie psychique 				
<p>Vie sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribution à l'établissement ➤ Activités de temps libre ➤ Relations avec le personnel ➤ Relations familiales, amicales 				
<p>Vie quotidienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bien-être ➤ Restauration, Alimentation ➤ Repos ➤ Suivi du traitement ➤ Image de soi <ul style="list-style-type: none"> ○ Habillement ○ Domicile privé ○ Soins d'hygiène ➤ Gestion de l'argent 				
<p>Autres désirs et attentes</p>				

Annexe 5 : Proposition d'une fiche « Bilan »

Document 4 - Bilan

Page N°1/1

<p><i>Nom de l'établissement</i> Maison de retraite / EHPAD <i>Adresse de l'établissement</i> CP VILLE Tél : Fax : ☎ :</p>	<p>A réaliser en réunion de projet personnalisé d'accompagnement pluridisciplinaire (selon la périodicité définie)</p>	<p>Document 4</p> <p>« Bilan » N° ____</p> <p>Date :</p>
<p>Nom et prénom du résident</p>		

Objectifs programmés	Résultats	Date
<p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectif 1 ➤ Objectif 2 ➤ Objectif 3 ➤ Objectif 4 		
<p>Vie sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectif 1 ➤ Objectif 2 ➤ Objectif 3 ➤ Objectif 4 		
<p>Vie quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectif 1 ➤ Objectif 2 ➤ Objectif 3 ➤ Objectif 4 		
<p>Autres désirs et attentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectif 1 ➤ Objectif 2 ➤ Objectif 3 ➤ Objectif 4 		