



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Personnes âgées

Promotion 2005

**ASSURER LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT DES
PERSONNES AGEES EN EHPAD PAR LA
MOBILISATION DU PERSONNEL**

Sylvie BIMBERT

Sommaire

LISTE DES SIGLES UTILISES	4
INTRODUCTION	6
1 L'HISTOIRE INSTITUTIONNELLE DANS L'EVOLUTION DES POPULATIONS ET POLITIQUES SOCIALES	8
1.1 L'Ethique institutionnelle : principe, morale et valeurs, supports de toute démarche d'accompagnement.....	9
1.1.1 Connaître l'histoire de l'EHPAD pour en apprécier l'évolution.....	9
1.1.2 Evolution des réglementations	11
1.1.3 La Maison de Retraite, Lieu de vie : de l'établissement à son chez soi.....	13
1.2 Contexte de la population vieillissante	15
1.2.1 La vieillesse et grand âge : quelles inquiétudes.....	18
1.2.2 Sortir du fatalisme de la vieillesse.....	20
1.2.3 La personne âgée : citoyenne, actrice	21
1.3 La population de la maison de retraite :	22
1.3.1 Les particularités de la population des Ramondias	23
1.3.2 La place des familles dans l'institution :	24
1.3.3 L'arrivée en établissement : comment ce changement est-il vécu par la personne et son entourage	26
2 L'EHPAD – LES RAMONDIAIS – UNE EVOLUTION MARQUANTE :	28
2.1 Les modifications rencontrées dans l'institution	29
2.1.1 La convention tripartite : réalisation et objectif.....	29
2.1.2 L'évaluation : restitution aux professionnels du bilan établi par l'organisme consultant.....	32
2.1.3 Donner de la cohérence au travail des équipes par la formation.....	33
2.2 Une évolution porteuse d'inquiétude : des personnels déconcertés	36
2.2.1 Le regard des professionnels sur leurs pratiques.....	36
2.2.2 La médicalisation : quelle place dans la prise en charge personnalisée	38
2.2.3 D'un service obligé à un accompagnement : quelle interrogation s'impose aux professionnels ?.....	39
2.3 De la convention tripartite à la réalité du terrain :	40
2.3.1 Des droits des personnes accueillies, à leur mise en oeuvre.....	41
2.3.2 La dépendance : l'impact aux Ramondias.....	43

2.3.3	L'accompagnement : un projet de vie	45
3	LA DEMARCHE DE DIRECTION POUR ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITE.....	50
3.1	La maison de retraite doit fournir une prestation en adéquation avec les besoins de la population accueillie	51
3.1.1	Privilégier l'accueil en améliorant la communication et le dialogue :.....	51
3.1.2	Définir les objectifs.....	53
3.1.3	Accorder une valeur à l'accompagnement.....	56
3.2	Le projet de vie : l'implication des acteurs.....	56
3.2.1	Faire participer le résident à la démarche du projet de vie	57
3.2.2	Travailler sur la place des familles et l'environnement social.....	58
3.2.3	Soutenir le personnel dans la démarche d'accompagnement.....	60
3.3	Faire évoluer l'image de la maison de retraite	63
3.3.1	Apporter un confort structurel.....	63
3.3.2	Evaluer la prestation : provoquer une réelle réflexion concernant l'accompagnement de chacun.....	64
3.3.3	La stratégie de direction formalisée dans le projet d'établissement	66
	C O N C L U S I O N	72
	B I B L I O G R A P H I E	74
	LOIS – DECRETS - CIRCULAIRES.....	76
	L I S T E D E S A N N E X E S	78

Liste des sigles utilisés

AGGIR Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

AMP Aides Médico Psychologiques

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé

ANGELIQUE Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement

APA Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARH Agence Régionale d'Hospitalisation

CAFDES Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social

CCNE Comité consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé

CLIC Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNAV Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNFPT Centre National de la Fonction Publique Territoriale

GRAM Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CROSS Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

CVS Conseil de la vie sociale

DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EGA : Evaluation graphique de l'autonomie

FINESS Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

FNG Fondation Nationale de Gérontologie

GALAAD : Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

GIR Groupe Iso Ressources

GMP Gir Moyen Pondéré

HACCP Hazard Analysis Critical Control Point

IGAS Inspection Générale de l'Action Sociale

INSEE Institut National des Statistiques et Etudes Economiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

SESI : Service des statistiques des études et des systèmes d'information

INTRODUCTION

Les réseaux sociaux et les relations entre générations se sont profondément transformés depuis une vingtaine d'années. L'insertion dans la vie économique, sociale et culturelle des personnes âgées s'est accentuée et témoigne de l'évolution profonde de la place qu'occupe cette population dans notre société.

La maison de retraite a pour vocation d'être l'habitation, le lieu de vie de la personne âgée, seule ou rarement en couple, dont la situation sociale, psychologique ou médicale ne permet plus d'être aidée utilement à domicile.

Le concept initial est de permettre aux personnes vieillissantes de rester acteurs de leur propre vie le plus longtemps possible. Pour respecter ce concept, nous devons nous engager dans une démarche d'accompagnement personnalisée permettant aux résidents de retrouver dans l'établissement les caractéristiques essentielles d'un domicile en apportant des prestations adaptées à l'état de santé de chacun.

La motivation et la compétence des personnels sont un facteur essentiel pour mener à bien ce programme. Le respect des droits des personnes âgées, de leur rythme de vie et de leur autonomie prend une place prépondérante. Leur fonction est celle d'accompagnateur de vie, capable d'entourer les résidents sans les assister totalement.

Nous devons participer aujourd'hui à l'action gérontologique. Afin de répondre à la problématique de l'avancée en âge, nous sommes amenés à nous interroger sur nos pratiques professionnelles et apporter des réponses adaptées à chacun de nos résidents.

C'est pourquoi face au constat d'une prise en charge pas toujours très adaptée, nous fondons l'hypothèse d'une mobilisation de tous les acteurs concernées : résidents, familles, personnels, intervenants extérieurs, bénévoles pour corriger le mode d'action de notre institution

La première partie de mon mémoire tentera d'expliciter le vécu de l'établissement au fil des années dans l'évolution du contexte social et politique.

J'analyserai ensuite les raisons des principaux dysfonctionnements rencontrés malgré l'évaluation, les projets, les formations misent en place.

Dans la troisième partie de mon travail, j'aborderai les étapes qui mèneront ma stratégie à faire vivre le projet d'établissement

1 L'histoire institutionnelle dans l'évolution des populations et politiques sociales

« *Savoir vieillir, c'est apprendre à naître plusieurs fois* »

Xavier Gaullier

1.1 L'Éthique institutionnelle : principe, morale et valeurs, supports de toute démarche d'accompagnement

1.1.1 Connaître l'histoire de l'EHPAD pour en apprécier l'évolution

L'Oeuvre Notre Dame de l'Espérance, EHPAD les Ramondias, est une maison de retraite située en milieu montagnard qui a subi des transformations importantes depuis sa création. Je crois qu'il est important de prendre quelques lignes pour mieux cerner la culture qui a régné au cours de plus d'un siècle et demi autour de l'établissement.

Ensermé au carrefour des vallées de Gavarnie et de Barèges, Luz-Saint-Sauveur est le centre économique du canton le plus montagnard et le plus enclavé des Hautes-Pyrénées. Situé à 800 m d'altitude, la civilisation pastorale a modelé pendant plusieurs siècles les paysages et façonné la culture de ce pays, mais dès l'après-guerre les chantiers EDF, ont modifié sensiblement cette civilisation pastorale.

L'œuvre Notre Dame de l'Espérance fut fondée en 1846 par quelques personnes charitables de Luz, son but premier était d'instruire les jeunes filles pauvres de la vallée. Le 15 Octobre 1846, les membres fondateurs demandent à la congrégation des Soeurs de la Sagesse de s'occuper de cette école.

A côté de cet établissement se trouve une maison connue sous le nom de Maison du Refuge, appartenant au bureau de bienfaisance de Luz, occupée par des pauvres qui se soignaient eux mêmes sans surveillance. Le 20 Septembre 1848, le Président du bureau de Bienfaisance demande à l'œuvre Notre Dame de l'Espérance de prendre en charge la Maison du Refuge.

Le 30 Août 1850, l'ensemble Asile Ouvrir - maison du refuge est reconnu d'Utilité Publique par Louis Napoléon BONAPARTE, président de la République (Futur Napoléon III). Mais l'école disparaît au profit de l'école municipale, la maison du refuge qui reçoit de plus en plus de vieillards sera gérée par les Sœurs de la Sagesse.

Pendant de nombreuses années, la maison du refuge devenue l'« hospice » fonctionnera sans autorisation. Le conseil d'administration demande l'ouverture d'une Maison de Repos pour accueillir les personnes du canton présentant des problèmes de santé. Rappelons que cette période d'après guerre ne présentait pas de possibilités de locomotion permettant aux personnes de rester auprès de leurs parents malades, la ville la plus proche équipée d'un hôpital étant à 35 Kilomètres.

Le 9 Janvier 1956, l'Autorité Préfectorale autorise l'ouverture de 13 lits de Maison de Repos, néanmoins l'« hospice » fonctionne toujours mais sans autorisation. La maison de retraite n'était pas médicalisée, même si le nom d'hospice représentait un lieu peu accueillant, on y assurait toit, chauffage et repas, l'hygiène n'en était pas la préoccupation majeure.

Ce n'est qu'en 1976, que l'établissement obtient le statut de Maison de Retraite délivré par le Conseil Général et l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. La loi 75-535 du 30 juin 1975 a donné les règles de fonctionnement pour ce type d'établissement.

Le Conseil d'administration, composé par statut du Curé du Village comme Président, du Maire de la Commune et de cinq notables, a tout mis en œuvre pour être dans le respect des textes tout en conservant l'idée première qui était d'accueillir les pauvres de la vallée.

La section de cure médicale voit le jour en 1983 avec 30 lits, et une capacité d'accueil de 62 places. En 1992, les autorités de la DDASS¹ sont contactées pour élargir la section de cure médicale. C'est au détriment de la section de repos et convalescence que 5 lits supplémentaires seront accordés, la maison de repos sera réduite à 5 lits.

Enfin l'année 2002, apporte de nouvelles modifications, la fin de la Maison de Repos au profit de l'EHPAD. C'est une évolution importante, conforme aux textes en vigueur, réforme de la tarification (décret 99-316 du 26/04/1999) et convention tripartite (arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges) accompagnées de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2/01/2002. Cette profusion de textes qui modifient le fonctionnement des établissements accueillant les personnes âgées vient régir de façon plus rigoureuse les maisons de retraite notamment depuis 1999.

Toutes ces périodes ont été ponctuées d'évolution architecturale, d'importants investissements ont été entrepris pour mettre l'établissement aux normes et fournir un accueil digne pour tous.

L'ensemble de ces évolutions d'hospice à maison de retraite et de convalescence a créé une culture sanitaire au sein de l'établissement. Les personnes accueillies étaient avant tout des « malades », la médicalisation était l'atout majeur de l'Oeuvre Notre Dame de l'Espérance dans l'esprit des habitants, mais le droit des usagers était un peu évincé, au profit de la prise en charge totale.

¹ DDASS : Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales

Nous constatons que les évolutions de la société amènent à des interrogations périodiques, la population pastorale, peu exigeante, se contentait du gîte et du couvert, mais l'arrivée des grands chantiers EDF dans nos régions a modifié le type de population.

Les familles d'agriculteurs faisaient peu appel à l'accueil en établissement pour leurs aînés, il était déshonorant de placer « *pépé* » ou « *mémé* » à l'hospice, la famille accompagnait la personne âgée jusqu'au bout du chemin. L'arrivée d'une population moins rurale, sans propriété a modifié le soutien aux parents dans l'avancée dans l'âge.

Ma fonction de directrice m'oblige à tenir compte de cette culture qui a construit l'EHPAD actuel.

Les politiques et programmes d'action sociale s'articulent autour de ces transformations sociétaires et amènent à des évolutions de textes régissant notre secteur. C'est sur l'ensemble de ces évolutions que je peux m'appuyer pour affirmer les valeurs éthiques qui érigent notre secteur. L'enjeu est de donner une image plus valorisante de nos établissements pour dédramatiser les entrées en maison de retraite.

1.1.2 Evolution des réglementations

Le rapport Laroque à l'origine des politiques spécifiques de la vieillesse avait mis l'accent, dès 1962, sur le désengagement de la famille dans le soutien des personnes âgées. Dans l'environnement familial, la cohabitation étant rarement possible, le groupe familial permettant le maintien de la personne âgée dans la société traditionnelle n'existant plus, il devenait important de mettre en place des mesures appropriées répondant aux besoins.

1975, est l'année importante de la réglementation des établissements médico-sociaux, la loi du 30 Juin 1975 (75-535) a été instaurée suite au constat d'un développement anarchique des établissements, cette loi apporte des réponses dans la création d'établissements et l'ouverture des sections de cure médicale.

Dans la circulaire du 7 avril 1982, il était signifié que les établissements devaient répondre à plusieurs impératifs d'hébergement : le temporaire (difficilement appliqué), l'hébergement permanent devant devenir de véritables lieux de vie, des établissements équipés pour l'accueil des personnes âgées dépendantes, permettant de juguler l'engorgement des hôpitaux palliant le manque de maison de retraite médicalisée.

Nicole QUESTIAUX² dans son rapport de 1982 avait fait ressortir que l'usager devait devenir acteur du changement de ses conditions et cadre de vie, il faut attendre 1998, la loi contre l'exclusion du 29/07/1998, qui garantit pour tous l'accès aux droits fondamentaux, pour voir poindre une nouvelle avancée.

C'est pour faire suite au rapport de l'IGAS³ de 1995 faisant le point sur la loi de 1975-535, que la loi de rénovation sociale voit le jour la loi du 2 janvier 2002 (2002-2) réelle progression du secteur médico social.

La dépendance, peu à peu prise en compte par les pouvoirs publics, représente un problème crucial chez la personne âgée. Ce n'est qu'en 1997 que son financement a été pris en compte : avec la PSD (prestation spécifique dépendance) modifiée et remplacée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'APA (allocation prestation autonomie) texte plus récemment modifié par décret 2003-278 en mars 2003 (relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) et la loi no 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Nous retrouvons également la préoccupation des politiques gouvernementales dans le texte de loi n°2005-102 du 11 Février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Dans ce texte entre autre l'article L114 redonne l'interprétation du handicap au sens de cette loi, à savoir : - toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société.....

Toutes ces évolutions réglementaires ont structuré la Maison de Retraite, les personnels ont-ils eu connaissance de ces exigences issues des droits fondamentaux ?

Erving Goffman⁴ en définissant les différents types d'institutions écrit :

« Toute institution accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique qui tend à les envelopper »

² Nicole QUESTIAUX: en 1982, ministre de la solidarité national, et à ce jour Vice Présidente du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé

³ IGAS Inspection Générale de l'Action Sociale

⁴ Erving Goffman : « ASILES » études sur la condition sociale des malades mentaux - Editions de Minuit- (chapitre 2 p.45)

L'univers enveloppant que représente une institution me laisse penser que les établissements pour personnes âgées créent ce phénomène, considérant qu'il apporte une sécurité à l'usager. Comment dans ces conditions de maternage peut-on amener la personne à se considérer chez elle lorsqu'elle franchit la porte de sa chambre ?

L'arrivée des personnes âgées en établissement ne peut pas être abordée sur les seuls critères des prestations servies ou du coût, une dimension humaine est à considérer : la modification du lieu de vie, l'apparition de contraintes liées à la vie en collectivité, cette impression de ne plus faire partie de la vie sociale sont autant de critères qu'il faut examiner lors de l'accueil d'une personne.

La volonté politique des conseils généraux est d'apporter des réponses en concertation avec les partenaires de l'action gériatrique. Le schéma gériatrique, initié par la loi de décentralisation no 83-663 du 22 juillet 1983, a pour vocation de définir les besoins et les moyens à mettre en œuvre, en tenant compte des aspirations des personnes.

Cette volonté politique est l'image que je dois véhiculer pour offrir un lieu de vie qui s'apparente au domicile pour toutes ces personnes qui se trouvent confrontées à des situations imposées par leur état de santé.

1.1.3 La Maison de Retraite, Lieu de vie : de l'établissement à son chez soi

C'est au cours des années 60 que les logements foyers pour les personnes âgées sont apparus, mettant l'accent sur le droit au logement confortable pour tous, mais la vie en foyer logement, l'état de santé et les capacités de la personne âgée devenaient souvent incompatibles avec cette forme d'accueil, l'apparition des sections de cure médicale des maisons de retraite fut la suite logique de la prise en charge des personnes devenues dépendantes aussi bien médicalement que physiquement.

Cette période des années 75-80 fut accompagnée par les opérations d'humanisation des hospices qui étaient considérés comme des « mouiroirs ». Ce cliché est de moins en moins d'actualité, malgré cela l'environnement de la « maison de retraite » reste un espace médicalisé trop proche de l'hôpital. Les établissements du 21^{ème} siècle n'apportent pas forcément les réponses au développement de la qualité de vie des pensionnaires et au respect de l'intimité.

L'EHPAD, les Ramondias entre totalement dans cette image typique de la représentation des Maisons de Retraite. Comme nous l'avons vu précédemment, d'école à refuge, hospice, maison de repos, et enfin retraite toute une culture d'assistance aux plus démunis régnait sur l'établissement, confortée par un environnement religieux.

Ces droits au respect, à l'intimité, aux choix, sont fondamentaux et considérés comme inséparables. La loi relative à la lutte contre les exclusions (Loi n° 98-657 du 29 Juillet 1998) réaffirme entre autre dans son chapitre II le droit au logement et à la protection des occupants.

Les personnes hébergées en arrivant à la Maison de Retraite doivent bénéficier d'un espace privé afin que la chambre qu'ils occupent devienne leur domicile. C'est une culture totalement différente des dortoirs, des chambres doubles qui étaient jusqu'en 1980 l'architecture de l'EHPAD. Les travaux d'humanisation ont été le quotidien de ces 20 dernières années. Les chambres sont maintenant individuelles. Lieu d'habitation des personnes âgées, elles ne bénéficient pas encore toutes d'aménagements sanitaires suffisants.

Entrer en Maison de Retraite, c'est avant tout abandonner son domicile, ses meubles, ses tableaux, ses souvenirs ; c'est l'intégration d'un univers standardisé : souvent même lit, même placard, même salle de bain, la personne perd l'environnement qui avait construit sa vie sociale, mais c'est dans cet espace monolithique que sa vie doit continuer.

Richard Vercauteren⁵ dit de la personne âgée arrivant en institution « *le nouveau chez soi de la personne âgée est aussi le chez les autres* », alors comment en faire son lieu de vie ?

La clef de l'arrivée réussie en établissement relèverait du libre choix de la personne concernée et de la préparation à ce changement de domicile, c'est rarement le cas, malgré ce que prône la loi 2002-2 du 2 Janvier 2002. C'est souvent dans l'urgence, dans l'impossibilité de continuer seul ou en famille le maintien à domicile;

Malgré cela l'évolution de notre société montre l'éloignement de plus en plus marqué de la famille pour des raisons professionnelles, aussi le soutien aux plus âgés ne repose plus seulement comme par le passé sur la solidarité familiale, cependant elle joue un rôle essentiel

⁵ Richard Vercauteren dans « Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie (collection ERES p37)

et doit le conserver, les dispositifs publics et para-publics doivent soutenir les aidants familiaux dans la préservation de l'autonomie de chacun.

Il y a à peine une cinquantaine d'années les arrières grands parents étaient peu nombreux, et les petits-enfants ne connaissaient leurs grands-parents que dans leur plus tendre enfance. Les citoyens très âgés sont de plus en plus nombreux, mais à partir de quel âge posent-ils vraiment problème ?

1.2 Contexte de la population vieillissante

Entre 1900 et 2100, la population du globe aura augmenté de 700%. Elle sera donc passée de 1,6 milliards à 11,5 milliards d'humain, soit une augmentation de 10 milliards d'habitants⁶
La population de la planète a évolué de la façon suivante :

1950, 2,5 milliards.

1970, 3,7 milliards

1994, 5,6 milliards.

1999, 6 milliards.

Selon les projections des Nations Unies, en 2050 elle sera de 10 milliards. La population âgée de 65 ans et plus qui était de 128 millions en 1950 (5,1%) est aujourd'hui passée à 419 millions (6,8%). Cette proportion va s'accélérer dans la première moitié du XXI^e siècle, les plus de 65 ans représenteront 1,5 milliards de personnes (14,7% de la population du globe) en 2050.

Il est évident qu'une telle évolution des populations interpelle, et les éléments suivants nous montrent à quel point les milieux ruraux sont particulièrement touchés par ce phénomène.

Je m'attarderai très peu sur les statistiques de la population vieillissante et reviendrai sur la région qui nous concerne. Les évolutions de la population vieillissante, les différentes mutations idéologiques et sociologiques qui se sont opérées depuis un demi-siècle vont nous permettre d'aborder la vieillesse dans le cadre d'un parcours de vie.

Les plus de 60 ans représentaient, en 1999, 25,10 % de la population de la région Midi-pyrénées. Les huit départements composant notre région connaissent la même situation comme le tableau⁷ suivant le montre :

⁶ Source : <http://www.agevillage.com>

Population des plus de 60 ans					
Région Midi-Pyrénées par Département					
Total		dont			
		60 à 74 ans	en %	75 ans ou plus	En %
Ariège	40.735	24.437	17	16.298	11,9
Aveyron	80.164	48.551	18,4	31.613	12,0
Haute-Garonne	201.168	126.629	12,1	74.539	7,1
Gers	53.033	32.394	18,8	20.639	12,0
Lot	49.773	30.660	19,2	19.113	11,9
Hautes-Pyrénées	62.575	38.802	17,4	23.773	10,7
Tarn	96.778	59.636	17,4	37.142	10,8
Tarn et Garonne	54.357	33.296	16,1	21.061	10,2
TOTAL Midi-Pyrénées	638.583	394.405	15,5	244.178	9,6

Les contextes historiques et socio-économiques des personnes âgées de 60 ans et plus sont le reflet des mutations des conditions de vie, des rapports sociaux et des rapports intergénérationnels.

- 1- La génération des plus de 85 ans représente 13% des personnes âgées de Midi-Pyrénées. C'est une partie de la population née avant la première guerre mondiale.
- 2- Les « 75 à 84 ans » : 25% de la population de + de 60 ans, cette génération marquée par des évolutions technologiques, économiques et sociales sont les premiers bénéficiaires des retraites et de la sécurité sociale

⁷ Sources : INSEE - recensement de la population de 1999

- 3- Ensuite nous trouvons les 60-74 ans, 62% de la population des personnes âgées de la région Midi-Pyrénées, ce sont nos dients à venir, une population enrichie des nouvelles technologies et de l'accompagnement social de l'après guerre

Selon l'étude financée par la CRAM⁸ Midi-Pyrénées, moins d'un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans sont sans diplôme en 1999, alors qu'en 1975, elles représentaient plus de 90% de cette population.

Le déclin de l'économie agricole au profit de l'activité tertiaire a modifié le paysage familial de notre région. L'économie agricole familiale permettait la cohabitation intergénérationnelle. Les déplacements liés à l'emploi ont favorisé l'habitation individuelle en milieu urbain et périurbain. Cette évolution importante de la décohabitation entraîne l'isolement de nos aînés par rapport à la famille. L'hécatombe liée à la canicule de l'été 2003, nous a permis de constater « le déficit d'attention porté à la population âgée » comme le dit si justement Geneviève Laroque⁹.

La canicule a été le révélateur de la solitude et de la détresse des personnes âgées. Ce genre de situation permet, malheureusement, de mettre à jour les besoins que les politiques doivent évaluer pour trouver des réponses aux carences de la prise en charge des personnes âgées.

Cependant, la place qu'occupe cette population dans notre société a considérablement évolué, les retraités sont consommateurs de la vie économique sociale et culturelle. Plus nombreuses, plus jeunes, plus dynamiques, plus actifs, plus riches, en meilleure santé, les personnes dites du 3^{ème} âge s'investissent souvent dans les clubs de gymnastique, de peinture et autres, elles aiment les voyages. Leurs centres d'intérêt sont différents des générations précédentes.

Comme nous l'avons vu précédemment le groupe des 75-84 ans est le premier bénéficiaire des retraites et prestations sociales et ces évolutions permettent de constater que :

- les ressources des personnes âgées se sont nettement améliorées en vingt ans. En 1970, les retraités avaient des revenus nettement plus faibles que les actifs. Ils cessaient leur activité professionnelle à l'âge de 65 ans. Désormais, les personnes qui partent à la retraite ont eu des carrières plus favorables et bénéficient de pensions d'un montant plus élevé que celles des générations précédentes. Selon l'enquête « Budget des familles », le niveau de vie des retraités est légèrement supérieur à celui des actifs

⁸ CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie

⁹ Geneviève Laroque – revue Géroscope n° 7 P 20

en 1994. Cette tendance devrait se poursuivre à l'horizon 2020 sous l'effet des hausses de salaire, de l'augmentation des qualifications et de l'allongement de la vie active des femmes.

- Dans le même temps, les conditions de vie se sont également améliorées. Dans les années 1970, les personnes âgées de plus de 65 ans apparaissaient comme une catégorie de ménages défavorisée : logements anciens non dotés du confort moderne (seulement équipés de toilettes et d'un lavabo), sous-équipements en biens durables, sous-consommation en matière de soins médicaux.

Offrir une qualité d'hébergement digne de ces évolutions est une exigence institutionnelle que j'apporterai. Les personnes âgées sont actrices à part entière de notre société et si la société est telle qu'elle est, c'est en partie grâce à l'action de ces générations. Être âgé, ce n'est pas forcément ne plus avoir de but, ne plus avoir de raison de vivre, c'est plutôt accepter d'être différent. Nous serons aussi un jour les vieillards de demain et nous devons construire ce lendemain.

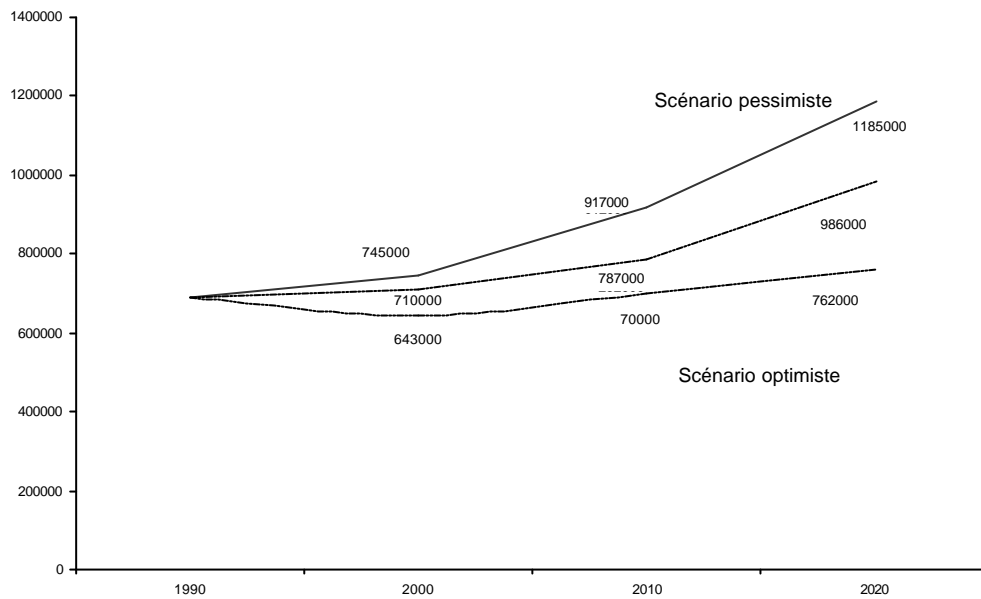
1.2.1 La vieillesse et grand âge : quelles inquiétudes

Les données produites par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), montrent que les pathologies du grand âge sont de moins en moins invalidantes ou responsables d'incapacité.

Cependant, même si la médecine donne des réponses par des traitements à des pathologies, permettant au corps de devenir plus résistant la perte d'autonomie arrive avec les années. Selon l'INSERM, dans les années à venir, le nombre de personnes âgées dépendantes demeurera stable en pourcentage de la population âgée, mais en valeur absolue, leur nombre devrait doubler, en raison de l'évolution du nombre d'habitants.

L'INSERM a publié le tableau ci-après, envisageant deux scénarii, un pessimiste et l'autre optimiste :

Nombre de personnes dépendantes à horizon 2010 et 2020¹⁰



Si la perte d'autonomie est prise en compte par les politiques de la vieillesse, les inquiétudes des chercheurs se portent sur les risques des démences liées à l'âge. C'est un enjeu de santé publique, aussi bien sur le plan national qu'international. La démence sénile caractérisée généralement par la maladie d'Alzheimer associe trois types de symptômes :

1. des troubles de la mémoire,
2. l'atteinte d'une ou plusieurs fonctions cognitives,
3. une perte d'autonomie de plus en plus importante.

Le poète Lanza del Vasto¹¹ donne, dans la tirade qui suit, une idée du travail à accomplir pour accompagner les plus anciens d'entre nous, voir les plus dépendants :

« N'aide pas les autres, ce serait vouloir faire plus que Dieu qui les laisse se débattre et pécher à leur aise. Aide-les à s'aider ».

Même si la vieillesse est une fatalité, il faut sortir du fatalisme d'une vieillesse trop médicalisée.

¹⁰ [http : www.agevillage.com](http://www.agevillage.com)

¹¹ Lanza del Vasto / Ecrivain – Philosophe Italien (1901-1981)

1.2.2 Sortir du fatalisme de la vieillesse

Les personnes âgées étaient, il y a à peine vingt ans, considérées comme des malades, conservatrices et étaient souvent peu instruites. Le langage a changé, « les vieux d'autrefois sont devenus les aînés d'aujourd'hui » (*Propos de Richard Vercauteren*)¹², c'est aussi un regard nouveau sur la personne âgée que nous devons avoir.

Le problème rencontré dans le cadre de la population vieillissante ne se pose pas de manière similaire selon qu'il s'agit de retraite, de santé, d'hébergement ou de dépendance, Les critères d'âge sont totalement différents. Qui décide qu'on est dans la catégorie des vieux, le législateur, le regard des autres, les actifs, ou nous-mêmes ? La question reste entière. Si les pathologies augmentent avec l'âge, l'assimilation de grand âge et maladie serait une erreur.

Dans la région Midi-Pyrénées, en 10 ans, la population de plus de 75 ans a évolué de 9,1% et de 8,4% pour les personnes situées dans la tranche d'âge de 60 à 75 ans (source INSEE – RP90 et RP 99¹³). En Midi-Pyrénées cette tranche d'âge représente 25% de la population et pas moins de 28% pour le département des Hautes-Pyrénées.

On apprend à tout âge, ne voyons-nous pas des retraités repartir à l'université pour obtenir un diplôme tant convoité, ou bien tout simplement profiter de leur disponibilité pour approfondir des connaissances. A 60 ans, on n'est plus un vieillard, c'est une évolution marquante.

L'être humain bénéficie de la faculté d'apprendre et de s'adapter jusqu'au bout de sa vie, même chez la personne âgée considérée en « difficulté » avec laquelle on a tendance à faire à sa place, décider pour elle, et ne pas lui laisser l'initiative.

Marie-Jo GUISSET¹⁴ parle de l'intérêt de la vieillesse :

« L'intérêt de la vieillesse : le terme est provocateur. Qui oserait parler du désintérêt de la vieillesse ? Privilégiant la jeunesse et tous ses attributs, notre société en vient à dévaloriser ceux qui se trouvent hors de ses normes et notamment les vieux »

¹² Pour une identité de la personne âgée en établissement – le projet de vie – Richard Vercauteren – P8 – Editions ERES

¹³ RP 90 – 99 : recensement de la population 90 - 99

¹⁴ Marie-Jo GUISSET¹⁴ Cahier n° 3 des regards croisés -

N'oublions pas que nous sommes les futurs vieillards de demain et que les projets, les décisions peuvent donner une nouvelle valeur à l'ensemble de notre existence.

1.2.3 La personne âgée : citoyenne, actrice

La personne âgée qui arrive en institution devient malgré elle dépendante d'un système, mais elle reste citoyenne à part entière, elle vit, elle aime, elle ressent, elle approuve ou désapprouve, à l'instant de ce choix d'entrée en Maison de Retraite, elle est confrontée à une certaine souffrance physique ou psychologique. Elle est souvent face à la dépendance que son corps lui impose, sa fragilité nouvelle ne doit pas lui faire perdre son droit au choix. Le résident est avant tout acteur de sa vie, son statut de citoyen lui laisse cette liberté d'entrer en échange avec le système qui la prend en charge.

La personne âgée devenant dépendante reste citoyenne bien que statistiquement si jusqu'à 75 ans elle a été une électrice assidue, le grand âge, les éléments de dépendance ainsi que l'entrée en institution constituent des facteurs de rupture importante dans sa participation électorale, c'est le début d'une désocialisation. La perte de son lieu de vie entraîne également un repli, et la personne âgée est souvent dans le déni de ce que pourrait être pour elle sa vie en dehors de son domicile.

L'arrivée d'une personne âgée en institution matérialise généralement la fin de vie. Cet épisode amène les personnes à appréhender la mort. Des étapes difficiles à franchir vont se succéder : le doute, la peur, le déni, la dépression. La nécessité d'un accompagnement personnalisé sera un précieux soutien qu'il faudra lui offrir pour que le chemin restant à parcourir soit le plus serein possible.

Il est rare que l'entrée en institution ne soit pas due à un problème médical ou de dépendance. Selon les chiffres avancés par le SESI¹⁵ (ministère de la santé) 66% des personnes entrant en institution viennent de leur domicile et 23% de l'hôpital.

Dans tous les cas de figures, il m'appartient de veiller à :

- faire respecter autant que possible le rythme de vie du résident, malgré les difficultés organisationnelles,

¹⁵ SESI : Service des statistiques des études et des systèmes d'information

- permettre à la personne âgée de bénéficier des plaisirs de l'existence auquel elle souhaite accéder, en lui offrant les aides nécessaires
- Offrir au résident un logement, lieu privé dans lequel on ne pénètre pas sans frapper ni à n'importe quel moment. Que cette chambre soit un lieu intime où il peut s'isoler, recevoir et conserver un espace de liberté individuelle. La notion de « chez soi » doit être une réalité.

Désormais, la loi du 2 janvier 2002 (2002.2) garantit à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des droits et libertés individuels : respect de la dignité, confidentialité des informations, accompagnement individualisé. Nous retrouvons également dans le texte de loi du 11 Février 2005 (Loi 2005-102), cette notion de plein exercice de la citoyenneté, le titre de cette loi en dit long : égalité des droits et des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées.

Jean Louis BASCOUL¹⁶, sociologue, a cette phrase bien à propos dans le contexte actuel : *La reconnaissance des vieux ne peut se faire que si eux-mêmes tirent de leur action passée un sens pour leur vie présente. Passé et avenir n'ont donc de sens que s'ils fondent celui du temps présent. C'est ce qui détermine l'intérêt du projet de vie.*

L'implication de la personne dans son avenir institutionnel est une des étapes qui va lui permettre de redonner un sens à sa vie, l'accompagnement sera nécessaire comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

1.3 La population de la maison de retraite :

Les maisons de retraite ont vu évoluer « leur clientèle » durant la dernière décennie et accueillent une population âgée d'une grande complexité : des personnes valides ; des personnes à troubles moteurs et locomoteurs lucides ; des personnes présentant des déficits cognitifs et des démences, sans handicap physique ; des personnes présentant des troubles de comportement d'ordre psychogériatrique ; des adultes handicapés âgés de plus de 60 ans, des malades psychiatriques stabilisés également de plus de 60 ans, des personnes en fin de vie nécessitant un accompagnement bien spécifique. C'est le chapitre suivant qui va nous montrer la diversité de la population de notre structure

¹⁶ REGARDS CROISES – Intérêts de la Vieillesse – p 28

1.3.1 Les particularités de la population des Ramondias

Les 71 résidents de l'EHPAD les Ramondias ne sont pas essentiellement originaires du Canton de Luz.

La diversité de la population de notre établissement entre dans le contexte des situations évoquées dans le chapitre 1.

L'entrée des résidents dans notre établissement est souvent liée à l'absence d'environnement familial proche. Nous constatons :

- que 30 d'entre eux sont du Canton de Luz, dont seulement 10 du village même. Les 41 autres résidents sont originaires des villes et départements voisins.
- 20 % seulement sont issus du milieu agricole, les autres résidents sont issus de milieux professionnels très divers (instituteurs, employés territoriaux, commerçants, avocat, médecin...)
- 20 % relèvent d'un régime adulte handicapé.

L'âge moyen d'entrée en établissement au niveau national est de 85 ans (source agevillage.com)¹⁷. Les résidents des RAMONDIAS sont beaucoup plus jeunes que la moyenne nationale puisque nous constatons une population d'une moyenne d'âge de 78 ans, composée pour 58 % de femmes et de 42% d'hommes.

La durée moyenne d'un séjour dans notre structure est de 3 ans et demi. Nous avons constaté que notre établissement n'accueillait pas pour le moment des résidents ayant des pathologies très lourdes. Sur 71 résidents accueillis les pathologies se répartissent de la façon suivantes :

- 11 cardio-vasculaires,
- 12 psychiatriques,
- 3 neurologiques,
- 3 pneumologiques,
- 7 rhumatologiques,
- 3 cancéreuses,
- 2 états terminaux,
- 8 Diabétiques,
- 3 Etat grabataires
- 17 étant classés dans les autres pathologies

¹⁷ <http://agevillage.com>

- 2 lits étant réservés à l'accueil temporaire, les pathologies ne sont pas retenues.

Au regard de ces éléments nous constatons qu'en dehors de la pathologie, que nous venons d'évoquer, qui est gérée dans le cadre du projet de soins infirmiers, les cultures, la façon de vivre, le lieu de vie vont apporter autant d'interrogations dans le projet de vie de chacun, d'où l'intérêt de préparer cette arrivée en institution au préalable.

L'ensemble des personnes rencontrées lors de ces différentes consultations considère que le manque de communication auprès des familles se fait sentir. Nous allons essayer d'analyser quelle place ont les familles dans l'institution.

1.3.2 La place des familles dans l'institution :

L'information et l'accompagnement des familles sont indispensables. Le dialogue est parfois difficile. Pour obtenir des éléments essentiels à l'accompagnement de leur proche, nous devons nous assurer que l'information circule dans les deux sens. Cela ne se limite pas à la simple transmission d'information. Cela signifie aussi vérifier auprès des personnes accueillies que les renseignements ont bien été compris et leur donner la possibilité de se faire clarifier les données en cas de besoins.

Les documents mis en place, tels que livret d'accueil, contrat de séjour, ne suffisent pas à transmettre correctement les informations nécessaires à la bonne compréhension de l'organisation institutionnelle, il est impératif de mener une réflexion sur la place de la famille dans l'institution, car une bonne communication permet également au personnel de mieux évaluer la santé mentale des résidents et de déterminer leurs préoccupations ou les questions qui peuvent affecter leur comportement. En effet ce sont les familles qui peuvent apporter à l'équipe institutionnelle, tous les éléments du vécu de leur parent qui les a amenés à être ce qu'ils sont aujourd'hui et aider à la mise en place d'un projet de vie en corrélation avec le projet institutionnel.

D'après un sondage SOFRES¹⁸ réalisé les 9 et 10 Février 2005, 67% des français constatent un déficit dans la prise en charge des personnes âgées, et considèrent qu'ils sont mal informés.

¹⁸ <http://www.agevillage.com>

L'association des familles dans la vie institutionnelle, comme dans le cadre du CVS¹⁹ est essentielle. Les familles et résidents doivent avoir connaissance que leur avis sur toutes les questions concernant le fonctionnement est primordiale, notamment dans le cadre de :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- les activités et animations socioculturelles
- les projets de travaux et d'équipement ;
- la nature et prix des services rendus ;
- l'affectation des locaux collectifs ;
- l'entretien des locaux ;
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

C'est une approche de la vie de l'établissement qui ne leur est pas familière, ils sont souvent dans l'inquiétude de la prise en charge médicale et il en ressort régulièrement que leurs préoccupations sont :

- la peur de la dépendance
- les conséquences de la Maladie d'Alzheimer
- la peur de la solitude et de l'isolement de leur parent, en raison de leur éloignement.

L'accompagnement du résident, en plus de sa particularité en tant que personne âgée, peut-être différent selon son état de conscience (déficits cognitifs, démences) mais aussi par la culture de ses origines. Son parcours de vie qui l'a construit aux travers des us et coutumes dont il a été imprégné induisent bon nombre de ses comportements : la façon de parler, de s'alimenter, de s'habiller, de marcher, de parler avec les autres...

Les comportements sont souvent modifiés par la vie en institution : on ne finit peut-être pas de la même façon sa vie à son domicile qu'en maison de retraite. Notre établissement est fréquenté par une population variée et étonnante, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant où les us et coutumes se mélangent bon gré, mal gré.

¹⁹ CVS - Conseil de la vie sociale : Décret n°2004-287 du 25 Mars 2004

1.3.3 L'arrivée en établissement : comment ce changement est-il vécu par la personne et son entourage

Les familles découvrent et s'étonnent, parfois et presque en même temps que lui, que son parent ne peut plus vivre seul.

De part et d'autre des sentiments de panique, d'angoisse et de culpabilité vont s'ajouter à cette situation difficile à accepter. Une personne, âgée ou non, qui perd son autonomie va traverser des états divers qui vont de la révolte à la honte en passant par toutes les formes de tristesse et de désespoir. L'entrée en institution, considérée comme la solution du dernier recours, est trop souvent faite en situation de crise.

Dans les familles où le dialogue a toujours existé, une certaine compréhension s'installera rapidement. Quant aux autres, si les relations sont plus superficielles, si le dialogue manque, renouer avec leurs parents dans un contexte dramatique, rendra la situation difficile.

Nous constatons régulièrement que l'accueil aux Ramondias se fait souvent par un placement d'office suite à une hospitalisation, cette situation est déplorable, alors qu'il est instamment recommandé de préparer la personne concernée à ce changement de vie.

De plus, dans la majorité des cas, l'arrivée à la maison de retraite, suite à une sortie d'hospitalisation, est souvent présentée à la personne comme une alternative au retour à domicile, nous rencontrons souvent des familles qui tiennent sous silence la décision prise par eux-mêmes.

Bien souvent, quand elles arrivent dans la maison de retraite, les personnes âgées sont choquées par la vue d'un groupe de très vieilles personnes, mais elles sont également effrayées d'entendre la cacophonie du verbe haut des personnes malentendantes et cris d'autres personnes âgées, mais aussi elles doivent subir la kyrielle de conseils, recommandations ou reproches des soignants, c'est pour eux un changement générateur d'angoisse.

Pour le résident, le sentiment d'abandonner son « chez soi », lieu de tous ses souvenirs, est vécu comme une rupture et ce changement de domicile, comme un ultime trajet. L'intimité, qui est souvent dans nos structures, prise en compte que de manière très ponctuelle ou partielle,

représente un terrible changement dans la vie de la personne. Mais aussi la peur de l'inconnu, l'arrivée d'un entourage nouveau, le regard sur les autres, la vie en collectivité.

Il est donc important d'entourer la personne âgée. Or les membres de la famille habitent souvent loin et il est difficile pour eux de se déplacer autant qu'ils le souhaiteraient, le placement induit que la famille ne remplit plus son « devoir familial », et ne peut rembourser la dette symbolique contractée auprès des parents.

Comme nous l'avons vu précédemment, le placement généralement fait dans l'urgence n'est presque jamais préparé, la personne âgée se voit contrainte d'obéir à de nouvelles règles sociales plus ou moins explicites. Le personnel, face à ce placement vécu par la personne âgée comme un lieu de transit « en attendant la mort », se voit confier une mission délicate, accompagner une personne en n'ayant que la connaissance d'un dossier médical succinct. Je vais essayer d'analyser le ressenti des salariés face à ces situations de changements qu'ils leurs sont imposées.

Conclusion première partie

L'EHPAD que je dirige est un établissement rural et familial mais le résident n'a pas encore l'accompagnement personnalisé qui lui est dû en qualité de citoyen. Une réflexion indispensable doit être menée pour structurer l'environnement des personnes accueillies, et faire évoluer la situation actuelle vers une reconnaissance de la personne âgée citoyenne à part entière.

Cette réflexion, je ne peux l'approfondir qu'en faisant le bilan des éléments contextuels qui nous ont permis de signer la convention tripartite en Décembre 2001, nous permettant de devenir EHPAD. C'est la deuxième partie qui va me permettre de présenter l'analyse de l'évolution de la structure

2 L'EHPAD – les Ramondias – une évolution marquante :

« Nous vivons comme nous savons. Si nous concevons l'univers et nous-mêmes comme des mécaniques, nous mènerons une vie mécanique. Au contraire, si nous pensons que nous faisons partie d'un univers aux potentialités sans limites, et que notre esprit est une matrice de réalité, alors notre vie deviendra un potentiel créatif »

M. FERGUSON

2.1 Les modifications rencontrées dans l'institution

L'Établissement depuis sa création a connu d'importantes évolutions. Pour répondre aux besoins spécifiques de ces populations, l'EHPAD sera de plus en plus amené à gérer différents types d'accueil : accueils définitifs, temporaires, de jour, et rencontrera des pathologies de plus en plus dépendantes. Nous sommes également sollicités pour accueillir des personnes de plus de soixante ans venant du secteur handicapé, ainsi que des malades psychiatriques stabilisés. Le projet institutionnel doit nous aider à apporter des réponses aux différentes situations que nous serons amenés à gérer. La convention tripartite sera le point de départ de cette démarche.

2.1.1 La convention tripartite : réalisation et objectif

Un peu plus de deux ans après la signature de la convention tripartite, je pense qu'il est capital de revenir sur la démarche initiale entreprise lors de l'élaboration du projet institutionnel.

A cette occasion, tous les aspects de la vie institutionnelle ont été examinés, aussi bien ceux touchant les enjeux des politiques sociales, que la prise en charge du résident, la qualité de vie de la personne et l'architecture institutionnelle. Cette première observation nous a permis de recentrer la vie institutionnelle pour trouver le fondement du projet d'établissement qui est constitué des mots clés suivants : « assurance qualité » - « meilleures conditions de vie » « qualité d'accompagnement et de soins »²⁰

Dans un premier temps, je devais répondre aux nombreuses interrogations légitimes des personnels, concernant les exigences et les divers éléments de la réforme de la tarification (décrets no 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999) des établissements accueillants les personnes âgées.

Afin d'assurer le bon déroulement de cette démarche, impliquer les acteurs et les accompagner tout au long de cette première auto-évaluation, j'avais fait appel à un organisme externe qui a pu mener à bien sa mission en intervenant 7 jours dans notre structure. Les personnels, intervenants extérieurs (coiffeur, esthéticienne, podologue, kiné) résidents et familles, ont été consultés.

²⁰ Cahier des charges de la convention pluriannuelle : ANNEXE – I – article II – 1 :

Lors de la première entrevue, le personnel a été sensibilisé aux changements dans lesquels nous devons nous engager pour répondre aux textes en vigueur : réforme de la tarification²¹, prise en charge de la perte d'autonomie (APA²²), ainsi que la mise en place effective de la démarche qualité.

Les principes, l'état d'esprit de la loi et la méthode d'évaluation ont été exposés au cours de cette première réunion avec les personnels. Il a été notamment réaffirmé combien l'obtention de la signature de la convention tripartite représentait un atout majeur pour renforcer la démarche qualité, et obtenir des financeurs les moyens nécessaires pour en réaliser les objectifs.

Ces travaux ont été possibles grâce à la constitution de groupe de travail par service :

- médical : infirmière – aide-soignante (jour et nuit)
- animation
- hôtellerie : agent de service (jour et nuit)
- entretien : agent d'entretien
- cuisine
- administration : (secrétariat accueil, comptabilité, Direction)

Les différentes phases de notre action ont été conduites par le cabinet de consultant de la façon suivante :

- Présentation du principe de la démarche qualité et du référentiel « ANGELIQUE »²³
- Information des personnels au cours d'une réunion générale quant aux objectifs et méthodologie retenus.
- Mise en place d'un comité de pilotage et identification des groupes de travail.
- Répartition du référentiel « ANGELIQUE » en fonction des différents groupes de travail.

²¹ Décret n° 99-316 du 26 Avril 1999

²² APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie -- loi no 2001-647 du 20 juillet 2001)

²³ ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement

La réalisation et les résultats de cette enquête de terrain devaient être réalisés dans les deux mois, avant le dépôt des budgets prévisionnels pour l'année 2002. L'impératif des signatures des conventions tripartites étant lié à l'évaluation de la dépendance, afin que l'APA soit effective et que les personnes hébergées puissent bénéficier de cette allocation (selon décret 2001-1086 article 3).

Quatre mesures ont été mises en place pour accomplir cette mission fortement appuyée par le Conseil d'Administration :

1/ préparer l'auto-évaluation au cours des réunions avec le personnel, le conseil de la vie sociale, les résidents afin de les mobiliser pour en faire des partenaires. Pour préparer ce diagnostic, nous avons choisi de rencontrer les résidents, les familles, les intervenants extérieurs, mais aussi l'ensemble des salariés de la maison de retraite.

2/ réaliser l'auto-évaluation à partir du document Angélique proposé par le ministère²⁴. La communication a été une étape essentielle de la démarche d'évaluation, et chacun selon son domaine de compétence a participé à l'état des lieux initial de l'établissement. Cette démarche nous a permis de mettre l'accent sur les points qu'il était essentiel d'améliorer pour apporter des réponses mieux adaptées.

3/ repérer les principes du projet de vie : l'accueil et l'admission, les droits et respect de la personne, les relations avec les familles et proches, la vie sociale et spirituelle, l'accompagnement quotidien, le soin, la fin de vie.

4/ améliorer la qualité d'accompagnement des résidents en revoyant la conception de certains étages de notre établissement. En effet un manque de sanitaires individuels n'est plus concevable pour un accompagnement adapté et de qualité.

L'ensemble de ces thèmes abordés a suscité un intérêt non négligeable de l'ensemble des personnels. Les salariés se sont sentis concernés, et ont été sensibilisés aux regards portés sur notre établissement par les personnes interrogées. C'est avec un regard curieux et un esprit ouvert que les personnels ont participé à la restitution qui a suivi lors d'une réunion générale.

²⁴ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

2.1.2 L'évaluation : restitution aux professionnels du bilan établi par l'organisme consultant

L'implication des personnels a permis de donner la parole à chacun. Faisant suite à l'auto évaluation sur le support ANGELIQUE, nous avons constitué des groupes de travail, afin d'établir une synthèse sur les points forts et les points faibles de l'établissement qui vont nous amener à construire le projet institutionnel prenant en compte, les faiblesses de notre organisation, et de favoriser l'accompagnement du résident.

Dans le cadre de ce diagnostic remis par le cabinet consultant, nous avons relevé que certains membres du personnel pensent que les familles et les résidents n'ont pas exprimé tout ce qu'ils avaient à dire. La crainte de représailles a été évoquée par certains, quelques salariés avaient été informés par les familles de dysfonctionnements non évoqués lors des entretiens.

Il est à noter que lors d'un diagnostic, ce qui est exprimé correspond à la perception des personnes et non systématiquement à une réalité objective. De plus, la tendance naturelle des salariés, dans le cadre de rencontre, porte à énoncer plus de négatif que de positif, mais je tiens à énoncer les points forts et les points faibles retenus :

Les points forts retenus :

- **Accueil et communication** : lors de l'arrivée d'un nouveau résident : il y a toujours quelqu'un à l'accueil, une aide à la constitution des dossiers (allocation logement, APA, aide-sociale), la visite de la maison de retraite pour les personnes accueillies et pour les familles est toujours proposée.
- **Respect des personnes** : L'alimentation est généralement appréciée, dans le respect des régimes, avec une qualité des mets proposés et une présentation des plats très agréable. Le traitement du linge est particulièrement soigné et rapide. Les soins corporels sont bien suivis.
- **L'animation** est très appréciée par l'ensemble des personnes
- **Le point de vue des résidents et de leurs proches** : les résidents et les familles ont exprimé un sentiment de sécurité même la nuit.
- **L'image de la maison** : L'établissement est reconnu comme étant chaleureux et familial.
- **Les intervenants extérieurs** : la relation avec les intervenants extérieurs, médecins traitants, kinésithérapeute, podologue, coiffeur est très bonne.

Les points faibles exprimés :

- **Accueil** : les nouveaux résidents ne sont pas systématiquement présentés aux équipes soignantes et d'accompagnement. Le recueil des données : fiche de goûts, habitudes de vie, rythmes... n'est pas fait faute de support écrit.
- **Respect des personnes** : il a été manifesté par certains résidents et familles, que dans l'insatisfaction, les résidents ou leurs proches n'osaient pas s'exprimer par peur de représailles de la part du personnel. Le personnel ne frappe pas systématiquement aux portes avant d'entrer dans les chambres. L'entretien des chambres n'est pas suivi.
- **Organisation des tâches** : des personnes sont couchées dès 16 heures en raison de leur dépendance, les familles regrettent que l'organisation du travail ne permette pas de profiter plus tard de la journée. Le repas du soir, servi à 19h00 est trop rapide.
- **Soins** : Les toilettes techniques ne sont pas faites par l'infirmier(e) ou en équipe avec l'aide-soignante.

A ce stade de la réflexion, Il était devenu essentiel d'apporter aux soignants les moyens de réfléchir et de donner un sens aux situations et comportements rencontrés afin de maintenir une relation d'aide, un accompagnement, et respect de la personne, en redonnant une orientation au travail.

Dès la fin de cette évaluation un plan de formation a été présenté au représentant du personnel pour les deux années à venir afin que la démarche soit perçue dans le sens des politiques sociales, et non comme une remise en cause de la qualité de prise en charge des résidents, laissant les personnels sur une note dévalorisante de leurs pratiques.

2.1.3 Donner de la cohérence au travail des équipes par la formation

Le travail des équipes a été totalement remis en question dès la première année, car le premier impact du conventionnement de notre établissement a été la création de poste. Comme nous pouvons le constater dans le tableau suivant nous sommes passés d'un ratio d'encadrement de 0,36 à 0,57 :

ADMINISTRATION ANIMATION 100% HEBERGEMENT		EVOLUTION DE L'ENCADREMENT			
		ETP 2001		ETP 2002	
	Directeur	1	152	1	152
	Comptable	1	152	1	152
	Secrétaire	1	152	1	152
	Animatrice	0,5	75,84	1	152
	TOTAL	3,5	531,84	4	608
RATIO HEBERGEMENT		0,049		0,056	

PERSONNEL TECHNIQUE 100% HEBERGEMENT		EVOLUTION DE L'ENCADREMENT			
		ETP 2001		ETP 2002	
	Entretien	1	152	1	152
	Cuisine/Plonge	4	606,68	4	606,68
		5		5	
RATIO HEBERGEMENT		0,070		0,070	

PERSONNELS 30%dépendance-70%hébergement		EVOLUTION DE L'ENCADREMENT			
		ETP 2001		ETP 2002	
	Lingère	1	151,67	1	151,67
	Agent de service hospitalier	9,5	1440,87	8	1213,36
	Agent de service hospitalier de nuit	3	455,01	3	455,01
		13,5	2047,55	12	1820,04
RATIO HEBT DEPENDANCE		0,190		0,169	
ratio 30%dep-70%hébergement		0,06	0,13	0,05	0,12

PERSONNELS 30%dépendance-70%soins		EVOLUTION DE L'ENCADREMENT			
		ETP 2001		ETP 2002	
	A.S.	5,5	834,19	12,5	1895,88
	A.S. Nuit	1	151,67	2	303,34
		6,5	985,86	14,5	2199,215
RATIO SOINS DEPENDANCE		0,092		0,204	
ratio 30%dep-70%soins		0,03	0,06	0,06	0,14

PERSONNELS 100%soins		EVOLUTION DE L'ENCADREMENT			
		ETP 2001		ETP 2002	
	Médecin coordonnateur	0	0,00	0,15	22,75
	Infirmière	3	455,01	5	758,35
TOTAL		3	455,01	5,15	781,10
RATIO SOINS		0,042		0,073	

	2001	2002
Ratio hébergement	0,1704	0,2451
Ratio dépendance	0,0845	0,1120
Ratio soins	0,1035	0,2155
Ratio établissement	0,3585	0,5725

Ces recrutements ont nécessité une remise en question de l'organisation, et il a été mis en place un grand nombre de formations pour aider les équipes à élaborer et rédiger des outils qui seront le support d'une prise en charge de qualité des résidents et d'une organisation de travail adaptée.

Sur les 4 infirmières en poste, l'une d'entre elles a bénéficié de la formation sur le dossier de soins infirmiers. L'enjeu de cette formation était de savoir maîtriser les étapes de la démarche, revoir le cadre réglementaire, avoir la notion de traçabilité et maîtriser les étapes de la démarche de projet, et mettre en place le suivi du dossier en l'articulant avec le projet individualisé.

Cette formation isolée ne pouvait permettre la mise en place de projet aussi bien de soins, que de vie sans apporter aux autres personnels soignants les informations et formations indispensables à une mise en place par les équipes.

Les quatorze aides-soignants titulaires ainsi que l'ensemble des personnels infirmiers ont bénéficié d'une formation sur le thème de la prise en charge individualisée du résident. L'objet de la formation, était de formaliser la démarche du projet de vie.

Dans cette démarche de formation, mise en place par groupe de six personnes, et pendant cinq journées consécutives, les groupes ont été sensibilisés à quatre thèmes :

1. recueil des informations
2. analyse des besoins
3. formaliser les objectifs
4. déterminer les actions

Deux agents de services hospitaliers sur onze ont suivi une formation d'AMP (aide-médico-psychologique). Ce métier peu connu dans le secteur des personnes âgées, semble correspondre en partie à la démarche d'accompagnement que l'on attend dans nos structures. Dans le cadre de la formation, l'aide médico-psychologique a une approche moins médicale du résident que l'aide-soignante, et le côté psychologique de la prise en charge de la personne sera abordé de façon plus systématique. C'est un métier exigeant demandant une grande capacité d'écoute et un sens du travail en équipe.

Enfin, les neuf autres agents de service ont suivi la formation d'agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et personnes dépendantes²⁵, dispensé par le GRETA des Hautes-Pyrénées pour une durée de 324 heures.

Les objectifs pédagogiques de cette formation sont :

- L'accompagnement de la personne âgée dans une relation ajustée à ses besoins et capacités au travers des gestes de la vie quotidienne, dans une démarche d'équipe et dans le cadre du projet d'établissement
- Favoriser le maintien de l'autonomie
- Transmettre les informations sur l'état de santé physique et moral
- Observer et analyser les situations d'urgence et agir en conséquence. en qualité d'agent d'accompagnement.

Comme nous pouvons le constater, suite à la signature de la convention tripartite, les personnels ont été impliqués dans une démarche d'évolution de leurs pratiques par le biais de la formation dont ils ont bénéficié. Cependant la remise en cause de leur façon de travailler a généré quelques résistances aux changements, c'est ce dont nous allons parler dans le chapitre suivant.

2.2 Une évolution porteuse d'inquiétude : des personnels déconcertés

2.2.1 Le regard des professionnels sur leurs pratiques

Jack Messy²⁶ s'interroge à propos des personnes âgées sur la triade : besoin, désir, attente :

²⁵ Agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et des personnes dépendantes : Titre homologué par l'état au niveau V. Code NSF 330S JO du 18/07/1997 (en attente de l'inscription au répertoire national des certifications professionnelles)

²⁶ Jack Messy s'interroge : Gestion hospitalières n°330 Actes Colloque ADEHPA – Octobre 1993

- faut-il définir les besoins des personnes âgées ou faire ce qu'elles demandent ?
- faire ce qu'elles demandent ou faire ce qu'elles attendent ?
- au nom de quel principe les gens âgés perdraient-ils leur statut d'adultes ?
- par quelle vérité deviendraient-ils identiques les uns aux autres ?

A partir de ces interrogations, les personnels se retrouvent dans une situation très inconfortable, car se sont en effet les questions du quotidien. Comment accompagner une personne dans sa vie sans risquer de s'écarter des règles de déontologie ?

Nous avons eu un aperçu dans l'histoire de l'EHPAD de l'impact des cultures d'assistance et de médicalisation. Tous ces nouveaux textes viennent bouleverser les idées reçues et nécessitent une réflexion sur le comportement au travail.

La personne âgée entrant en établissement se trouve souvent dans une position d'attente. Dans la culture du « soignant », une relation d'aide s'est installée. Le professionnel fait et le résident subit. Le professionnel ne manquera pas de l'informer de ce qu'il doit faire ou de ce qu'il va faire à sa place, mais il est rare que la parole de la personne soit prise en compte.

L'EHPAD s'est appuyé sur la formation pour réactualiser les compétences de son personnel, cependant, elle a été souvent ressentie comme une contrainte, et le questionnement sur leurs compétences est souvent revenu.

Nous verrons au chapitre 2.3.3., que l'évaluation de la dépendance a une incidence sur le fonctionnement et l'organisation du travail.

Mais que représente pour les professionnels cette analyse ?

- Est-ce un support à l'accompagnement ?
- Est-ce un papier administratif, qui permet au résident d'obtenir des aides du Conseil Général ?
- Est-ce un document budgétaire ?

Les interventions des personnels auprès des personnes âgées s'effectuent dans l'aide à la personne pour les actes de la vie quotidienne : - se lever, se laver, s'habiller et gérer sa journée, l'accompagnement se fait dans la défaillance de l'autre alors que l'on demande à cet intervenant de permettre à la personne de vivre avec le maximum d'autonomie. La difficulté

réside dans le fait de considérer le résident avec ses capacités à faire et non plus avec son seul handicap.

Les pratiques professionnelles sont remises en cause. La formation les a sensibilisés au nouveau comportement que l'on attend d'eux dans leur fonction, mais la question reste, peut-on prendre soin ou soigner différemment ?

Le constat du vieillissement de la population a pour effet d'accroître l'état de dépendance des personnes accueillies, le personnel s'appuie sur l'appréciation médicale qui entretient donc une place importante dans cette démarche d'accompagnement.

2.2.2 La médicalisation : quelle place dans la prise en charge personnalisée

Par décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 : Les maisons de retraite et les logements foyers peuvent comporter une section de cure médicale. Celle-ci est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale que "nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux.

Les apports de la médicalisation :

- La médicalisation procurera à la maison de retraite un service supplémentaire pour répondre aux besoins des résidents.
- La médicalisation rassure également le résident et son environnement familial.
- La médicalisation évite bien souvent l'hospitalisation.

Seulement au regard de ces plus, il est reconnu que dans les maisons de retraite, il est trop souvent accordé une plus grande importance au projet de soins dans le sens médical du terme qu'au projet de vie global. Les activités dans le soin sont très importantes mais sont généralement peu pratiquées par les infirmiers, l'accompagnement du patient par un groupe pluridisciplinaire dans l'activité au quotidien favorise le maintien de l'autonomie.

La vie du résident n'est pas réduite à sa santé, son existence, son appartenance à la société, sa citoyenneté lui permettent d'exprimer ses désirs. Aussi, si dans l'action des soignants nous

arrivons à aller au-delà du soin, alors la vieillesse ne sera plus considérée comme une maladie, mais bien comme un parcours de vie comme l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte.

Les personnels de la maison de retraite sont figés dans une réalité de terrain et la nécessité du faire. Force est cependant de constater que le chemin est long et que la culture dominante du soignant imprègne la relation soignant-soigné.

L'établissement doit aider les professionnels à se retrouver dans ces nouveaux objectifs et définir clairement ses missions qui permettront de soutenir leur pratique dans une démarche globale de l'accompagnement du résident. Les formations doivent être le support de leurs missions.

Nous en revenons à l'éthique que je retrouve dans la position du philosophe André Comte-Sponville :

« L'éthique, c'est l'ensemble réfléchi de nos désirs. Une éthique répond donc à la question comment vivre ? Elle est toujours particulière à un individu à un groupe, c'est un art de vivre »

Comment le résident trouve sa place dans l'ensemble de ces problématiques réglementaires, institutionnelles et humaines ?

2.2.3 D'un service obligé à un accompagnement : quelle interrogation s'impose aux professionnels ?

La première demande du résident et de la famille est d'assurer une prise en charge quotidienne qui devenait difficile voir impossible à domicile. C'est également le suivi médical qui s'impose dans la démarche de l'arrivée en établissement. C'est aussi un besoin de sécurisation, qui permet la déculpabilisation de la famille.

Mais le domicile est bien loin, il se retrouve dans une maison de retraite où les compensations se font rares. Il reste peu d'objets personnels, il y a peu d'intimité. Bien sûr le personnel est présent, mais moi, résident j'espère quoi :

- un peu d'écoute
- le droit au choix de ma vie
- que l'on m'autorise à être moi
- que l'on me parle correctement

- que l'on ne soit pas familier
- que l'on n'ose pas m'aider si je peux le faire
- que l'on me permette d'être utile
- que l'on ne me ridiculise pas
- que l'on ne se moque pas de moi

Les personnes âgées demandent à avoir un regard sur la fréquence et l'horaire des soins, ainsi que les services qui leurs sont dispensés.

Chaque résident présente ses caractéristiques. Sa pathologie, son vécu, son environnement familial. Ces éléments sont autant de conséquences sur la qualité de vie du patient. Entendre leur histoire, c'est aussi comprendre que la vie c'est naturellement la famille, les histoires de famille, parfois aussi leur vie amoureuse, les deuils, les regrets

En effet, l'aspect humain de la vie dans notre établissement est pris en compte. Respecter sa dignité et lui assurer une qualité de vie conforme à ses attentes, mais où en sommes-nous ?

Le principe du projet de vie est tout à fait assimilé :

- accompagner, et non de se substituer,
- proposer et non d'imposer,
- suggérer et non de catégoriser²⁷.

Les équipes sont confrontées à diverses problématiques, même si la base du projet de vie est centrée sur la prise en charge du résident «citoyen », les personnels doivent avoir un autre regard sur la vieillesse et le grand âge. Il faut repenser la place du résident dans l'institution, avoir une relation et une communication leur permettant d'avoir la capacité de faire des choix, le résident est citoyen, et chez lui dans l'établissement.

2.3 De la convention tripartite à la réalité du terrain :

Cette formalisation du projet institutionnel, a été une étape importante de la vie de l'établissement. Elle a permis une mise en commun des connaissances réglementaires et des exigences imposées par les autorités de tarification.

²⁷ Pour une identité de la personne âgée en établissement – le projet de vie – Richard Vercauteren – P16– Editions ERES

La convention tripartite nous a positionnés dans la démarche qualité, le projet institutionnel basé sur la qualité de prise en charge du résident nous conditionne à l'existence du « Projet de vie », mais où en est-on ? C'est dans le chapitre suivant que je vais analyser la situation actuelle.

2.3.1 Des droits des personnes accueillies, à leur mise en oeuvre

Le cadre de référence basé sur l'évolution des politiques sociales, en partant du rapport LAROQUE (1962) et passant par les lois 75.535 réformés par la loi 2002.2, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, l'APA, et les relations avec les autorités de tarification concernant la démarche qualité, est connu par l'ensemble des personnels des Ramondias en raison des formations qu'ils ont reçues.

La Loi du 2 janvier 2002 (2002-2) a le mérite d'énoncer les droits fondamentaux des usagers, un des apports de cette réforme est d'inviter les professionnels à penser différemment en mettant l'accent sur la nécessité de travailler avec la personne accueillie.

L'expression de Pascal Terrasse²⁸

« il faut placer l'utilisateur au cœur du dispositif » résume bien cette évolution.

Par ailleurs, Mr TERRASSE rappelait dans son rapport d'examen²⁹ sur la loi 75.535, que malgré les modifications, cette loi n'était plus adaptée aux besoins pour trois raisons principales :

- la place des usagers et des familles n'est pas suffisamment prise en compte,
- la notion trop stricte d'hébergement à temps complet est dépassée,
- la prise en compte de l'impact de la décentralisation dans ce domaine a été très insuffisante

La loi du 2 janvier 2002 est une grande ambition politique qui a fait avancer les choses notamment concernant l'intégrité physique et morale des personnes, aussi concrètement, après les démarches d'auto-évaluation, de recrutement de personnel, de formation qu'avons-nous mis en place ?

Pour donner un sens aux droits des usagers les instances représentatives ont été de suite élues dans le mois qui a suivi la signature de la convention tripartite. Nous avons adressé à

²⁸ Pascal Terrasse : Député

²⁹ Rapport sur site : www.carrefourlocal.org

l'ensemble des résidents et familles un courrier les informant qu'une réunion aurait lieu au sein de l'établissement, afin d'élire les représentants des résidents. Lors de cette réunion nous nous sommes appuyés sur le décret 91-1415 du 31 décembre 1991 régissant le conseil d'établissement.

Le conseil d'établissement, est le premier pas réalisé vers la prise en compte de la parole de l'usager dans l'établissement. Les familles, malgré l'envie de s'investir, n'ont pas l'habitude de s'exprimer, et l'élection a été difficile. Trois personnes ont bien voulu être les représentants des familles et résidents, mais se sentent surtout concernées par les petits soucis quotidiens, plus que par la mise en place de documents administratifs.

Le contrat de séjour, jusque là inexistant, a été élaboré en collaboration avec le conseil d'administration, le conseil d'établissement, et un groupe de travail composé d'une infirmière, une aide-soignante, un agent de service et moi-même.

Le règlement intérieur a également été mis en place, définissant les règles indispensables à la vie collective.

Au regard de tous ces documents administratifs, nous avons rencontré des interrogations de la part des résidents et des familles. Souvent, la signature du contrat de séjour pose problème. La personne âgée s'inquiète et ne comprend pas trop l'utilité d'un tel document. Ce questionnement semble parfaitement légitime étant donné que les résidents sont en majorité dans l'institution depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. L'information a été diffusée, mais ne semble pas être suffisamment rassurante, et à leur portée.

La partie concernant essentiellement la prise en charge globale du résident présente quelques difficultés de mise en œuvre.

Le résident à son arrivée est accueilli par la secrétaire qui constitue son dossier administratif (questionnaire d'admission, identité, prise en charge médicale (caisse d'assurance maladie et mutuelle), prise en charge financière (payant, aide sociale), copie de jugement de tutelle ou curatelle (s'il y a lieu).

Le dossier médical est constitué par l'infirmier présent le jour de l'arrivée. Suite aux formations dont le personnel a bénéficié ce dossier est assez bien constitué (sommaire du dossier médical en annexe 1).

La grosse lacune qui persiste à ce jour, reste le dossier paramédical, dont les habitudes de vie sont rarement renseignées, et dans le lequel le projet de vie individualisé n'est pratiquement jamais réévalué, et parfois non constitué.

Ce constat m'amène à déplorer le manque de suivi de la prise en charge du résident, qui à mon sens provient d'un manque d'évaluation, d'un manque de transmissions et surtout de la carence de personnel d'encadrement au niveau des soins.

Enfin, les professionnels s'interrogent sur la terminologie à employer pour parler des personnes âgées en établissements. Usagers pour les uns, clients pour les autres, mais nous sommes amenés à constater qu'il s'agit de plus en plus de consommateurs.

Les enfants des résidents actuels sont âgés d'une cinquantaine d'années et ont donc été initiés à la société de consommation. Il faudra de plus en plus considérer les résidents et leurs familles comme des consommateurs, qui paient leur séjour, et ce d'autant qu'il y a de moins en moins de bénéficiaires de l'aide sociale.

Nous demandons donc aux équipes de construire, à côté de la simple prise en charge médicale, un projet pour chacun favorisant l'épanouissement global du résident reconnu en tant qu'individu dans l'établissement.

La prise en charge globale de la personne s'appuie sur des informations essentielles partant d'un recueil de données et de l'histoire de sa vie. Je souhaite mettre l'accent sur l'impact que représente la dépendance dans notre établissement.

2.3.2 La dépendance : l'impact aux Ramondias

Je passerai rapidement sur le texte de Loi sur l'APA, évoquée en chapitre 1.1.2.. Institutionnalisée seulement à l'apparition de la loi PSD (Loi 97-60 du 24/01/1997). La dépendance en institution n'a commencé à être évaluée qu'en 1999, suite aux décrets du 26 avril 99-316 et 99-317 relatifs aux modalités de tarification et financement des E.H.P.A.D pour le premier et à la gestion budgétaire et comptable pour le second.

Dans notre institution la première évaluation de la dépendance des personnes âgées accueillies a été faite pour l'exercice budgétaire 2002, au moment de la mise en place de la

convention tripartite (arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges) et la loi sur l'APA³⁰ mise en application le 1^{er} Janvier 2002.

Le médecin coordonnateur, avec les équipes d'aides-soignants, a mesuré la dépendance de chaque résident. C'était une nouvelle façon d'aborder le résident : dès son arrivée dans l'établissement, sa situation physique est évaluée selon la grille AGGIR³¹(annexe 2), qui définit certains aspects de l'autonomie de la personne, la classant dans un groupe GIR³² allant de 1 à 6. Même si la pertinence de cette grille n'est pas exhaustive, elle permet de mieux gérer les moyens dont on dispose.

Actuellement, je peux donc constater l'évolution sur quatre années des groupes de dépendances selon le tableau ci-après :

Groupe Iso-ressource	2002	2003	2004	2005
GIR 1	8	8	10	4
GIR 2	20	22	25	14
GIR 3	23	11	12	11
GIR 4	9	15	9	20
GIR 5	10	9	10	14
GIR 6	1	4	3	6
GMP	652,54	616,96	658,12	512,17

Ces éléments me permettent de constater une variation constante du niveau de dépendance de notre établissement. Le turn-over des résidents se faisant sur 1/3 de la population de l'EHPAD en cours d'exercice explique ce phénomène.

Ces données font ressortir, que constamment, la remise en cause des projets individualisés est primordiale pour ajuster l'accompagnement à l'évolution de la personne et à l'accueil des nouveaux résidents.

³⁰ APA : allocation prestation autonomie

³¹ AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

³² GIR : Groupe iso-ressources

Cependant la grille AGGIR n'évalue pas tout, car si les besoins en nursing, ou « soins de base » sont bien mesurés, l'évaluation de l'état de santé des personnes n'est pas prévue, malgré que nous ayons un outil à notre disposition basé sur le modèle PATHOS³³ (logiciel GALAAD³⁴) qui nous permettrait de décrire de façon synthétique l'état de santé d'un individu, de caractériser la répartition en charge de soins et/ou nursing, et de définir les ressources devant être mobilisées, en prenant en compte la perte d'autonomie et l'ensemble des pathologies présentées.

L'APA répond à la fois à une urgence sociale et à une urgence économique : toutes les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de cette aide, à domicile ou en établissement, l'entrée en maison de retraite est régulièrement l'alternative finale à l'échec d'un ensemble de mesures. Il faut lutter contre l'opinion de tierce personne du « rejet de l'aîné », car c'est une situation angoissante pour les personnes arrivant en institution ainsi que pour leur famille. Comment se concrétise l'arrivée en établissement, c'est ce sujet que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

2.3.3 L'accompagnement : un projet de vie

L'accompagnement en tant que projet semble représenter une terminologie très ambitieuse, mais le projet de vie n'est-il pas une nécessité pour permettre l'anticipation chez le sujet âgé, et lui assurer une qualité des prestations visant à une efficacité de résultat ?

Pour assurer un accompagnement personnalisé de la personne âgée, il est important de promouvoir et de reconnaître la place et le rôle qu'elle tient, en tenant compte de la diversité de leurs situations, de leurs besoins et de leurs aspirations.

Malgré les contraintes inévitables liées à la collectivité de leur nouveau domicile, leur vie doit le plus possible se rapprocher de leur quotidien précédent. Le projet de vie individualisé sera la garantie de la mise en œuvre de solutions d'accompagnement et de suivi retardant la dépendance physique et /ou psychique, et non une réponse aux impératifs d'organisation du personnel.

³³ PATHOS : Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies en gériatrie

³⁴ GALAAD: Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

L'élaboration du projet de vie doit d'appuyer sur les références considérées fondamentales dans le secteur gérontologique:

- La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante vivant en institution (Fondation nationale de gérontologie) : énonce les principes essentiels permettant le respect de la personne et l'accompagnement de tout sujet âgé dépendant ;
- La Pyramide de Maslow³⁵ : basée sur les besoins fondamentaux de la personne. Cette pyramide permet de comprendre la hiérarchie des besoins de l'homme. Selon Abraham Maslow, la satisfaction d'un besoin ne peut être réalisé que si les besoins de niveau inférieur sont eux-mêmes satisfaits.

Dans son article 7 de la loi de rénovation sociale (2002-2), le législateur met bien l'accent sur :

- La prise en charge individualisée de qualité favorisant le développement, l'autonomie, l'insertion du résident en institution
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à son projet

La charte du réseau de consultants en gérontologie affiche les quatre valeurs suivantes (source : regards croisés sur la qualité en gérontologie)³⁶ :

- Respecter la diversité des trajectoires de vie : chaque personne est unique, a son histoire, ses projets.
- Porter un regard positif sur le vieillissement : positiver la vieillesse, c'est recueillir avec respect toutes ces beautés de vie qui nous ont précédés.
- Refuser la vision fataliste de la vieillesse : c'est inviter le « vieux » à se dépasser, à l'aider à se prendre en charge, à vivre sa citoyenneté jusqu'au bout.
- Privilégier la qualité de vie : la qualité de vie basée sur la notion de plaisir.

C'est dans ces quatre valeurs que je retrouve le sens d'une citoyenneté de la personne âgée, mais pour apporter les réponses adaptées, c'est en construisant son projet de vie individualisé avec sa participation que nous pourrons l'accompagner.

³⁵ Abraham Maslow (1916-1972) – Psychologue humaniste-

³⁶ Regards croisés sur la qualité en gérontologie (P13-14)

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et c'est à nouveau avec l'appui de l'article 2 de la loi 2002-2 que j'apporterai l'obligation d'une réponse qui repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes. C'est avec l'adhésion des personnels que ces projets individualisés pourront convenir à un accompagnement adapté à l'attente des résidents.

Le législateur n'a pas placé par hasard dans la loi 2002-2 les instruments et le droit des usagers. L'information de l'utilisateur, son droit d'expression, l'élaboration du projet d'accompagnement, toutes ces décisions doivent être prises avec lui. Encore faut-il se donner les moyens de donner du sens au projet.

N'est-il pas nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre ses propres outils. Personne n'est identique, les établissements sont eux-mêmes tous différents, et je crois que pour s'approprier les actions, et avancer sur les projets, qu'ils soient institutionnels, individuels, de soins, les acteurs du terrain doivent contribuer à la création des supports nécessaires à l'application des actions à mettre en place.

Conclusion deuxième partie

La qualité de la prestation offerte dépend de plusieurs paramètres. Dans un premier temps, j'ai pu constater que la qualité des prestations médicales offertes s'était améliorée. Il est cependant encore difficile d'affirmer que le résident est considéré comme étant chez lui dans l'établissement.

La culture et le concept de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée restent toujours trop « sanitaires » (dans le sens médical). La personne âgée dont les ressources physiques, spirituelles et sociales sont diminuées se trouve confrontée à une souffrance physique et morale qui peuvent modifier son caractère et son comportement.

Le but à atteindre à mon sens, c'est d'apporter une qualité de vie au sein de l'établissement dans le sens définie par l'OMS³⁷ en 1993 soit :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses

³⁷ OMS : Organisation mondiale de la santé.

normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

3 LA DEMARCHE DE DIRECTION POUR ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITE

***"Soyons solidaires et ensemble brisons le mur du silence.
Parce que nous ne pouvons ignorer ceux qui nous ont donné la vie.
Parce qu'il n'y a pas d'âge pour être digne.
Ne laissons pas nos aînés vieillir seuls !"***

(Mr Fernandez - Président afpap)

3.1 La maison de retraite doit fournir une prestation en adéquation avec les besoins de la population accueillie

C'est avant tout une nouvelle approche culturelle dans laquelle les professionnels du secteur médico-social doivent se retrouver. La loi du 2 janvier 2002-2, en réformant la loi sociale du 30 juin 1975 -75-535, ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de 1998, mettent un terme à la notion de « médicalisé » et nous amène au qualificatif du « prendre soins ».

L'un des enjeux d'un accompagnement de qualité est constitué par la mobilisation des soignants quelle qu'en soit leur qualification. Il est essentiel de fixer des objectifs réalisables après avoir défini un projet et d'évaluer la qualité du travail par des bilans, un authentique travail en équipe.

La maison de retraite, devenue un lieu de vie pour les personnes entrantes, s'investit dans une réelle démarche d'accompagnement, afin qu'elle maintienne leur autonomie aussi bien physique que sociale. Les objectifs à atteindre nécessitent de passer par la réflexion qui amorcera la démarche adaptée, il faut donc permettre au résident et à sa famille de s'exprimer et surtout donner du sens à cette parole comme je le propose dans le chapitre suivant.

3.1.1 Privilégier l'accueil en améliorant la communication et le dialogue :

Communiquer, selon l'étymologie, c'est l'action de mettre en commun. Communiquer c'est avant tout émettre un message qui doit être transmis, cela semble impliquer nécessairement le dialogue. Le dialogue s'accomplit donc à deux, il exige la prise en considération, le respect de l'autre, de son univers subjectif, une attention aux paroles prononcées par chacun des interlocuteurs. Cette attention est soutenue par le désir de se faire comprendre et de comprendre. Le dialogue dans lequel deux personnes communiquent est source d'un enrichissement mutuel car c'est dans cet exercice de la pensée que les idées s'élaborent en commun. Selon Aimé Forest (Philosophe) "L'intention du dialogue nous paraît être celle d'une genèse réciproque. C'est dans le dialogue que les idées se *forment* plus encore qu'elles ne se *communiquent*."³⁸

³⁸ Source : <http://philagora.net>

Cette façon philosophique d'aborder le dialogue me semble bien adaptée à la communication que les résidents sont censés rencontrer dès leur arrivée en institution.

Le personnel doit savoir écouter. Une bonne communication repose sur un échange d'information et une compréhension mutuelle. Il faut amener les résidents et leur famille à s'exprimer. L'interprétation des gestes, paroles et comportements des personnes âgées, l'observation des messages verbaux et non verbaux, sont des éléments de communication. Mais il faut avant tout laisser suffisamment de temps aux personnes, pour que la communication puisse se faire et répondre de façon appropriée

Pour permettre l'échange, il me semble intéressant de mettre en place des outils permettant d'apporter le fil conducteur dès l'accueil du résident. J'envisage donc de :

1. mettre en place un personnel référent : Afin de faciliter l'intégration du résident, un référent sera nommé parmi les personnels aides-soignants, aides-médico-psychologique, agents d'accompagnement. Son rôle sera de préparer l'arrivée de la personne : le nom sur sa porte de chambre, contrôler l'état de la chambre, recueillir les informations liées aux habitudes de vie dès son arrivée, présenter l'établissement s'il n'y a pas eu de visite préalable, également mettre le nouveau résident en relation avec ses voisins de chambre et table. Le référent sera une personne ressource qui participera à l'évaluation permettant la mise en place du projet de vie, l'écoute particulière qui lui est demandée sera une aide précieuse dans la collecte des informations nécessaires au projet de vie.
2. améliorer le recueil des habitudes de vie, en constituant un groupe de travail pluridisciplinaire (secrétariat – infirmière - aide-soignante – agent de service – cuisinier). Ce recueil devra contenir des informations concernant : ses habitudes alimentaires (consistance des aliments – allergies alimentaires connues – son régime), ses habitudes de repos (diurne, nocturne), son vécu, son contexte familial, ses loisirs ...
3. Améliorer la signalisation et l'affichage des informations : afin de permettre au résident de s'orienter, il semble important qu'il puisse se repérer dans l'établissement. Une signalétique par étage et dans les ascenseurs permettra d'améliorer le déplacement des personnes nouvellement entrées. C'est aussi une façon de communiquer les informations.
4. Mettre en place une rencontre au sein du domicile de la personne – secrétaire, référent, infirmière coordinatrice, animatrice – en accord avec celle-ci, et si possible avec la famille.

La procédure d'accueil doit être écrite afin que l'arrivée du résident soit préparée dans des conditions optimales. Dans de trop nombreux cas, le manque d'information, l'arrivée dans la précipitation amène la personne âgée à « débarquer » dans la maison de retraite, sans aucune connaissance de ce qui l'attend. L'accompagnement sera d'autant plus difficile, que le résident se sentira abandonné.

Nous constatons donc que l'accompagnement de la personne âgée dans son nouveau lieu de vie doit être basé sur la qualité relationnelle. L'établissement doit apporter des soins, mais surtout prendre soin des besoins tels que les a hiérarchisées MASLOW³⁹ (annexe 3) :

- Besoins physiologiques : maintien de la vie (boire, manger, élimination...)
- Besoin de sécurité : sécurité, horaires des repas, chambre
- Besoin d'appartenance : appartenance à un groupe social, famille....
- Besoin d'estime : reconnaissance de ses goûts, de ses besoins, de ses envies....
- Besoin de se réaliser : dialogue, ouverture au projet de vie, activités d'éveils

Il nous appartient donc de définir les objectifs d'une telle démarche, en tenant compte des difficultés rencontrées.

3.1.2 Définir les objectifs

L'action des professionnels en gérontologie est soumise au cadre réglementaire des textes de lois énoncés dans la première partie. La démarche qualité, l'énonciation des droits des usagers guident le travail quotidien et orientent sur le contenu des projets de vie.

Les objectifs que nous devons atteindre dans les établissements doivent être clairement définis auprès des salariés.

Les questions à se poser sont :

1. les choix de la personne sont-ils respectés ?

³⁹Abraham Maslow (1^{er} avril 1908 - 8 juin 1970) est un psychologue célèbre, surtout connu pour son explication de la motivation par la pyramide des besoins qui lui est attribuée

2. Son environnement est-il adapté ?
3. Ses besoins sont-ils satisfaits ?

Ces trois questions sont posées par Monique Zambon, aide-soignante en gériatrie, qui a représenté le lieu de vie comme une maison. Ce document joint en annexe 4 est très parlant, et montre à quel point le lieu de vie qu'est la maison de retraite doit devenir le chez soi du résident.

Nous pouvons constater que l'arrivée en maison de retraite peut aussi résoudre un certain nombre de problèmes :

- La prise en charge médicale du résident
- L'insécurité liée à la gestion des actes de la vie quotidienne qui peut être source de problèmes majeurs : chutes, dénutrition
- Celui de l'isolement qui menace un nombre important de personnes âgées. La maison de retraite apporte une vie relationnelle plus complète et plus régulière.

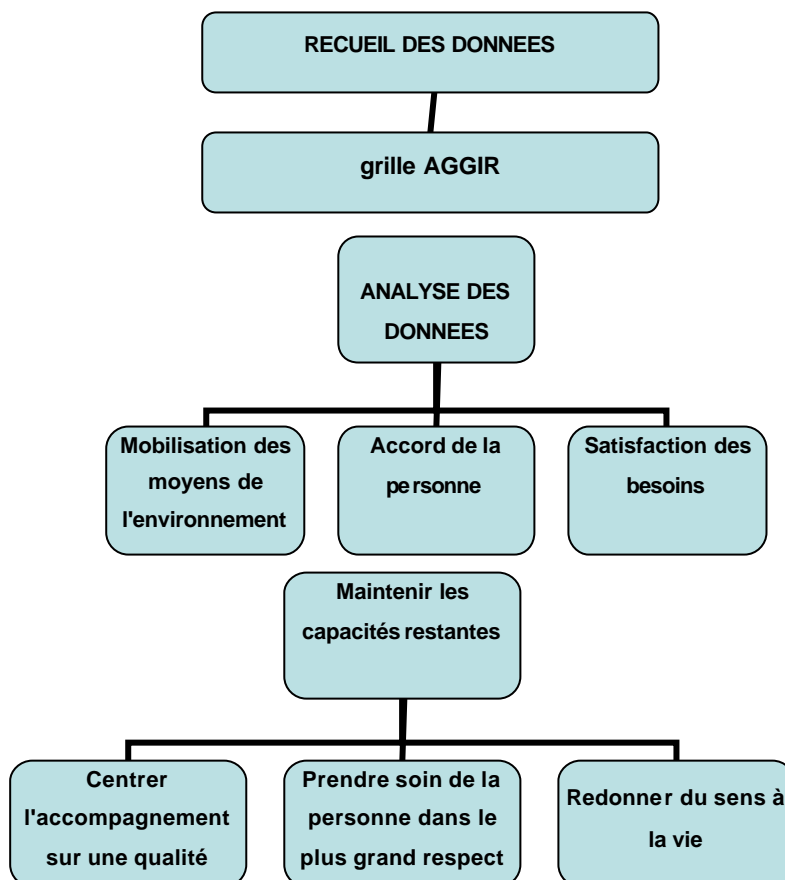
L'impression dominante est celle de personnes dépendantes contraintes d'abandonner leur domicile pour bénéficier de l'aide nécessaire. Les impératifs d'une organisation pensée, même si elle est pensée au mieux, se fondent sur des impératifs d'hygiène, de sécurité et de soins médicaux. L'établissement doit apporter des soins au quotidien, mais les équipes soignantes doivent repérer les possibilités effectives de choix du résident par rapport au déroulement de sa vie quotidienne.

Dans la stratégie gérontologique l'accompagnement de la personne commence par une évaluation de ses besoins, l'objectif restant l'autonomie de la personne : autonomie de sa prise en charge, de ses souhaits, de son choix d'environnement social.

Je définirai les objectifs de l'accompagnement de la personne selon l'organigramme ci-après (inspiré d'un diaporama du Dr A. GRAY) :

ACCOMPAGNEMENT ET AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGEE

STRATEGIE



Je pense que les équipes doivent dans un premier temps, s'appuyer sur le recueil de données ainsi que sur l'analyse gérontologique (grille AGGIR), nous avons actuellement un logiciel qui nous apporte un élément supplémentaire l'évaluation graphique de l'autonomie (grille EGA) en annexe 5. C'est à partir de ces éléments que le dialogue va s'installer, les entretiens menés auprès des résidents donnent des indications précieuses sur leur souhait, et les axes des pratiques à mettre en œuvre pour les accompagner.

Il est bien évident que la composition de groupes de travail est nécessaire pour mettre en place ces pratiques. Il sera nécessaire de dégager du temps pour que ses entretiens soient réalisables. C'est un élément à prendre en compte dans l'organisation qui va être réétudiée.

L'essentiel dans notre établissement est d'acquérir une culture commune pour viser des objectifs communs, et l'accompagnement en dehors du soin technique n'est pas réellement reconnu comme indispensable. Nous allons voir comment donner un sens à cette prise en soin pour que chacun se sente concerné par le maintien de l'autonomie du résident.

3.1.3 Accorder une valeur à l'accompagnement

Pour apporter une valeur à l'accompagnement, il faut recadrer le sens que l'on donne à ce terme en gérontologie.

Toute personne âgée ou non accorde une très grande importance à son autonomie. Nous avons tous connus l'euphorie de la majorité (18 ans), ou la fierté d'avoir le choix de ne plus dépendre des parents nous apportait un sentiment de liberté.

Le sentiment d'avoir le contrôle de sa vie et la capacité de faire des choix sont essentiels au maintien de la santé mentale. Il est facile de perdre ce sentiment d'autonomie lorsque l'on doit dépendre d'autres personnes, surtout d'étrangers, pour nos soins corporels ou nos activités quotidiennes.

Pour permettre aux personnes âgées de garder un contrôle sur leur vie, l'accompagnement dont elles vont bénéficier dans nos structures devra être personnel et individualisé. Pour cela il faut avant tout passer d'une approche soins de maladie, à une approche soins de santé⁴⁰.

Pour être bien, il faut trouver un sens à son existence. L'accompagnement de la personne âgée au quotidien doit être assuré par une qualité de vie comme réponse aux désirs et qualité de soins comme réponse aux besoins.

Le projet de vie réalisé par l'équipe aura pour but de conserver les habitudes de vie (dans la mesure des possibilités institutionnelles), conserver l'intégrité structurelle de la personne, et maintenir les liens sociaux.

Trouver du sens à l'accompagnement au quotidien de la personne âgée, c'est aussi entendre leur histoire, mais un grand nombre d'acteurs est concerné dans cette démarche.

3.2 Le projet de vie : l'implication des acteurs

Le projet de vie, c'est avant tout gérer les relations humaines au sein d'une structure collective composée de plusieurs catégories de personnes ou chacun est à sa place.

⁴⁰ Source <http://membres.lycos.fr/papidoc/03basesoins.html>

Dans un projet médical de soins, on reconnaît l'approche médicale du projet qui est forcément liée à l'exécution d'actes, de diagnostics pathologiques, entraînant des actes de soins bien spécifiques. Dans le cadre du projet de vie, le soignant ne peut promouvoir l'autonomie du résident que s'il situe son action dans une démarche de réflexion en concertation avec l'équipe, le résident, la famille et parfois un environnement associatif. Nous allons voir la place qu'il est indispensable de donner à chacun.

3.2.1 Faire participer le résident à la démarche du projet de vie

La législation met l'usager au centre des préoccupations institutionnelles, l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par un établissement médico-social :

- le respect de sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son intimité et sa sécurité
- le libre choix des prestations adaptées
- une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, respectant son consentement éclairé
- la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement.....

L'ensemble de ces droits fondamentaux est soumis à divers outils : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne et règlement de fonctionnement. Mais que d'éléments nouveaux, que de papiers pour la personne âgée qui ne souhaite qu'une chose, c'est rester le plus longtemps possible à son domicile. Mais souvent l'âge amène un état de dépendance ne permettant plus de rester chez soi, aussi le seul recours possible reste d'intégrer un lieu collectif. Le résident, souvent à son entrée en institution, se considère prisonnier d'un système qui le prend en charge. Pour exprimer son ressenti, ses désirs, ses inquiétudes, il lui faudra souvent un certain temps d'adaptation.

Même si le recueil de données, comme nous l'avons vu au chapitre précédent permet d'entrer en contact avec le résident, l'utilisation dynamique de la grille AGGIR comme proposée dans

le livre « mettre en œuvre le projet de vie »⁴¹ semble apporter une réponse à la participation du résident.

Le principe du projet de vie doit être énoncé au résident dès son accueil, il est bien évident que le vocabulaire sera adapté à la compréhension de la personne, et peut-être serait-il intéressant de parler de vie quotidienne selon ses souhaits.

Le résident sera concerté dans son accompagnement au quotidien :

- Le lever, le coucher : l'heure, l'aide nécessaire,
- La toilette : respecter les habitudes dans le déroulement – proposer, ne pas imposer – définir avec lui si une présence est nécessaire –
- L'habillage : faire choisir les vêtements – l'informer des jours de lingerie –
- La chambre : définir avec lui la décoration souhaitée. Voir s'il aimerait avoir des objets personnels. Organiser sa chambre avec lui.
- Les repas : ses goûts, son lieu de repas, chambre ou lieu commun, choix de ses compagnons de table.
- Les animations : ses goûts pour les jeux, les sorties, la lecture, la télévision
- Formaliser ses souhaits, et surtout les reformuler afin de s'assurer que ses choix ont bien été retranscrits.

Dans la démarche du projet de vie, l'essentiel est d'entendre l'histoire du résident, notre rôle dans l'institution est de prendre soin des personnes dans le respect de leur identité. Leur vie, c'est bien évidemment la famille, les amis, les voisins, ne pas en tenir compte, c'est amputer la personne accueillie d'une partie d'elle-même.

3.2.2 Travailler sur la place des familles et l'environnement social

L'intégration de la famille dans la prise en charge du patient pour maintenir le lien familial et déculpabiliser les proches est importante. Si l'accompagnement du résident fait partie de notre mission, l'accompagnement de la famille et la prise en compte de sa souffrance par rapport à la détérioration de l'état physique et /ou psychique de leur aïeul est nécessaire pour que la confiance s'installe.

⁴¹ Jean-Jacques AMYOT – Annie MOLLIER : Mettre en Œuvre le projet de vie - Editions DUNOD P.190

En effet, il ne s'agit pas seulement de faire des visites à son parent, il faut également accepter de partager un autre mode de vie avec de nouvelles relations. Pour les familles, l'adaptation est parfois difficile, et pour aider la personne âgée, la famille jouera un rôle essentiel à condition qu'un réel partenariat s'installe permettant aux personnels de mieux connaître le résident.

Une procédure simple d'accueil et de dialogue avec les familles devient nécessaire. En effet, il est demandé au personnel d'être à l'écoute de la famille, car les non dits dans les pratiques isolent l'entourage. Tout en respectant la volonté du résident, un membre proche de la famille ou ami pourrait assister aux entretiens.

Le conseil de la vie sociale⁴² obligatoire, remplaçant le conseil d'établissement est un levier de changement des pratiques⁴³. En effet le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement sont soumis aux représentants. L'information des familles sur le rôle bien précis de cette instance doit conduire les usagers et les familles à repérer qu'un souci de transparence en vue de l'amélioration des pratiques ne peut passer que par l'expression de leur sentiment. Si actuellement le conseil de la vie sociale n'a pu être créé par manque de candidat, il existe un groupe d'expression qui se réunit tous les trimestres. Une invitation est adressée à tous les résidents et familles, un membre du Conseil d'Administration est sollicité pour y participer, un représentant du personnel, ainsi qu'un représentant de chaque service.

Je constate donc qu'il est souvent difficile d'impliquer les familles, une démarche va être engagée pour les investir dans la vie de l'établissement. Dans un premier temps un groupe de travail va se réunir deux heures par semaine pour créer un questionnaire permettant de mettre en place une enquête de satisfaction. La validation de ce questionnaire se fera en groupe d'expression.

Pour créer une réelle coopération, nous devons plus informer les familles des événements collectifs de la vie de l'établissement, mais également les convier à y participer, c'est avec le personnel que l'intégration du résident se fera dans les meilleures conditions possible, et la

⁴² Conseil de la vie sociale : Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 -

⁴³ Mettre en Œuvre le droit des usagers – Roland JANVIER et Yves MATHO – Editions DUNOD

remise en cause de leur façon d'appréhender la personne âgée doit être accompagnée d'un soutien réel.

L'accueil, l'information, le soutien des familles, la communication commence par l'amélioration des relations équipes / familles pour apporter une qualité de vie au résident. Cela suppose donc une grande attention à l'histoire de chaque personne, à ses références familiales et culturelles. Le travail avec les équipes consiste donc à identifier les conditions à réunir et les difficultés à surmonter pour obtenir un résultat à la hauteur des attentes de chacun

3.2.3 Soutenir le personnel dans la démarche d'accompagnement

Un profond sentiment de doute s'installe parmi les personnels de la maison de retraite. Depuis un certain nombre d'années, les habitudes ou la certitude de la qualité du soin est largement acquise dans nos institutions. Tout changement implique de grandes inquiétudes, et une certaine résistance s'installe. Pourtant chaque professionnel de l'EHPAD est une personne ressources dans l'accompagnement de la personne. La relation quotidienne avec les résidents permet d'apporter les informations essentielles à la création du projet de vie.

La compétence de chacun doit bien être repérée pour se sentir en harmonie avec l'équipe. La compétence doit être doublée d'esprit d'observation, de bon sens et d'imagination, laquelle permet la découverte et la création.

La direction est le moteur d'accompagnement de la démarche globale. Elle impulse la dynamique nécessaire à l'élaboration d'un projet d'équipe afin de valider le projet finalisé, et surtout met tout en œuvre pour donner les moyens nécessaires à la mise en place du projet cautionné.

Dans l'environnement du personnel de soin, trois types de professionnels sont en contact avec le résident au quotidien :

- ⇒ L'infirmier(ère) qui a un regard global sur les résidents de la structure ; mais également personnalisé sur chaque résident.

- ⇒ L'aide-soignant(e) qui bénéficie d'une approche quotidienne et individualisée de chaque résident.

⇒ L'aide médico-psychologique (AMP) qui apporte une démarche essentielle au maintien de l'autonomie et à la prévention de la dépendance ;

Ces corps de métier ont un rôle d'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne ; et la relation avec le patient implique une dimension relationnelle incontournable du soignant. Nous connaissons l'impact de la « blouse blanche sur les patients ».

L'agent de service possède souvent des informations précieuses complétant celles des soignants grâce à son rôle de proximité.

L'animateur a le rôle privilégié qui contribue à préserver la vie citoyenne du résident.

Chacun a une relation particulière, la secrétaire, le comptable, la lingère, l'agent d'entretien, le cuisinier, participent indirectement au projet de vie. Ils doivent être informés du rôle important qu'ils ont à jouer, notamment par le climat relationnel qu'ils peuvent créer lors de rencontres des résidents et des familles ainsi qu'à l'occasion des commissions menus, et animations.

L'implication du médecin coordonnateur, ayant terminé sa formation en gériatrie⁴⁴ cette année, soutiendra l'équipe dans l'ensemble de la démarche d'accompagnement. Son rôle qui va au-delà de la coordination de l'action des intervenants, libéraux, personnels de soins, mais aussi équipes hôtelières, est moteur de la motivation des personnels. C'est dans l'écoute et la connaissance des acteurs en situation de travail qu'il réussira à instaurer une relation de confiance et accompagnera les salariés vers de nouvelles cultures.

Vu les difficultés rencontrées pour recruter un cadre de santé, une des infirmières en poste bénéficiera d'une formation d'infirmière référente. L'infirmière choisie pour cette formation devra avoir des qualités d'écoute, un pouvoir d'influence et une certaine autorité sur les équipes. L'infirmière référente devra savoir :

- Diagnostiquer la fonction de l'équipe : forces – faiblesses – efficacité
- Optimiser les capacités de l'équipe : développer les responsabilités – favoriser la participation – mobiliser les énergies
- Motiver le personnel
- Mener des réunions

⁴⁴ Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 – Relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur.

- Etre référente des projets dans l'établissement en collaboration avec la direction et le médecin coordonnateur

Malgré l'accompagnement, la formation, les professionnels de santé sont au quotidien en contact avec la souffrance physique, mais aussi affective. Il m'appartient de tenir compte de ce paramètre pour motiver le personnel des RAMONDIAS.

L'information, la communication et l'évaluation permettent de mesurer les progrès et l'impact des actions mises en œuvre.

Afin d'optimiser la relation d'accompagnement, un programme de formation centré sur la vie du résident en institution sera envisagé. La V.A.E.⁴⁵ doit devenir un véritable outil de reconnaissance professionnelle. Les contrats d'avenir⁴⁶ devraient également permettre, au-delà des emplois aidés, d'accéder à une véritable carrière professionnelle dans les métiers de notre secteur. La sensibilisation des pouvoirs publics sur la professionnalisation du secteur des personnes âgées devrait nous aider dans la mise en place de personnel de plus en plus qualifié dans nos institutions, cette démarche s'inscrit totalement dans le contexte de la loi du 4 mai 2004.⁴⁷

Je souhaite, avant tout, et pour dynamiser l'ensemble de ces démarches, mettre en place des groupes de parole, en collaboration avec un formateur en communication, qui aura pour objectif de permettre à chacun de prendre conscience et mieux gérer les situations de souffrance, d'améliorer la confiance et l'estime de soi pour garder une certaine positivité dans ses relations extérieures aussi bien résident/famille que collègues.

Cependant, le constat que je suis amenée à faire, est qu'actuellement l'organisation du travail n'est pas faite autour de la vie des résidents, mais plutôt que la journée organise la vie du

⁴⁵ V.A.E : Validation des acquis de l'expérience -

⁴⁶ Circulaire DGEFP n° 2005/12 – relative à la mise en Oeuvre du contrat d'accompagnement dans l'emploi

Circulaire DGEFP n° 2005/13 – relative à la mise en Oeuvre du contrat d'avenir

Circulaire DGEFP n° 2005/24 – relative à la modalité d'accès à la formation professionnelle et de mise en œuvre des actions d'accompagnement des contrats aidés.

⁴⁷ Loi du 4 mai 2004 – relative à la formation tout au long de la vie et au dialogue social

résident, c'est pour cette raison que les concepts ne font pas les choix et qu'au travers du projet de vie nous trouverons des réponses organisationnelles.

3.3 Faire évoluer l'image de la maison de retraite

3.3.1 Apporter un confort structurel

La maison de retraite devenue EHPAD est un véritable lieu de vie. L'accent a été porté sur la qualité de vie des résidents, la qualité des relations avec la famille et l'entourage, ainsi que sur la qualification des personnels exerçant dans l'établissement. Mais l'architecture doit également répondre aux exigences de la qualité pour être en harmonie avec le projet de vie : accessibilité, lieux de rencontres, de passages et d'échanges, adaptée à l'évolution des dépendances.

L'établissement est composé de trois bâtiments totalement différents. Les bâtiments datent pour le plus ancien de 1856, réhabilité à l'accueil des personnes âgées en 1989, le second date de 1972, possédant des chambres individuelles avec un cabinet de toilettes (les douches étant une l'étage et communes), le troisième date de 1999 et est parfaitement adapté aux exigences actuelles pour l'accueil des personnes à mobilité réduite, équipé de sanitaires permettant des soins d'hygiène dans l'intimité la plus totale.

Dans le cadre du projet institutionnel des travaux ont été prévus sur le bâtiment datant de 1972, à ce jour le 4^{ème} étage est totalement rénové, et conforme aux attentes. Pour les autres bâtiments nécessitant des travaux importants, le problème majeur provient de l'obligation de supprimer des chambres (8). Le conseil d'administration ne s'est pas prononcé sur l'éventualité d'une extension du bâtiment construit en 1999. Plusieurs possibilités sont envisagées mais très onéreuses ayant une incidence trop importante sur le prix de journée. La Direction de la solidarité départementale reste cependant à l'écoute des problèmes rencontrés.

Dans le cadre d'un projet d'ouverture aux familles, j'envisage d'aménager un salon de 30 m² en salle de séjour réservé aux retrouvailles de chacun, dans un espace privilégié. Les résidents pourront inviter leurs familles et amis en toute convivialité soit pour y partager un repas, soit pour y organiser une petite fête de famille. Cet espace sera aménagé en grand salon séjour et équipé d'un magnétoscope et DVD. Cet espace sera mis à disposition sur demande, pour tout résident le souhaitant.

Apporter un confort structurel, c'est avant tout apporter des améliorations à hauteur de nos moyens. C'est concilier l'aménagement de la chambre du résident comme il le souhaite tenant compte des exigences liées à la sécurité, et il est réaliste de penser que la maison de retraite de demain sera dans l'obligation d'agencer l'établissement pour améliorer l'accessibilité comme le prévoit la loi sur l'égalité des chances.

Penser l'espace avec le personnel, sera une de mes démarches dans le projet architectural, car réfléchir avec les personnes qui utilisent les locaux, qu'ils soient collectifs, ou individuels, c'est souvent éviter des erreurs conceptuelles importantes. La méthode élaborée passera par un cahier des charges, à discuter ensuite avec des architectes et le Conseil d'Administration.

Pour répondre aux exigences du système, la participation qui implique tous les acteurs de la structure ne peut être validée que si les besoins spécifiques de l'établissement sont repérés. L'évaluation permettra de s'ajuster aux réalités quotidiennes.

3.3.2 Evaluer la prestation : provoquer une réelle réflexion concernant l'accompagnement de chacun

Les pratiques professionnelles sont en pleine évolution, il est demandé aux intervenants quelle que soit leur qualification d'être à l'écoute de la personne afin de leur apporter une qualité de vie.

Les valeurs que je mets en évidence, se basent sur les conduites humaines, que l'on parle de choix, de décisions individuelles pour le résident, de décisions collectives pour les équipes, d'autonomie.

A ce stade de l'analyse des problèmes rencontrés sur le terrain, une évaluation de la situation devient indispensable. Cette évaluation sera faite dans le 1^{er} trimestre de l'année n+ 1, par un organisme extérieur afin qu'un regard neutre fasse un état des lieux dégagant les éléments

d'un diagnostic partagé. En effet une telle démarche permettra d'analyser ce qui dysfonctionne et n'entre pas dans la démarche d'accompagnement et de qualité, et amènera l'ensemble des personnels à rechercher les actions à mettre en place pour améliorer le service rendu.

Je présenterai les étapes de l'intervention à l'ensemble du personnel en réunion générale et je prévoirai une réunion d'ouverture en présence d'un représentant de chaque service:

il est important de faire le point pour redynamiser les équipes, la procédure retenue se fera sur la base du référentiel « Angélique »

1. Relever les points forts et points faibles –
2. Faire le point sur ce qui a été réalisé – Faire le point sur ces actions
3. Objectif à poursuivre
4. Faire le point sur ce qui n'a pas été réalisé

Les modalités de cette évaluation se feront intra-muros, par entretiens individuels avec les personnes en poste le jour prévu. Une analyse des documents réalisés sera faite : dossiers de soins, fiches de surveillance, planning d'entretien, animation, projet de vie.

Cette évaluation qui s'intègre dans la démarche qualité, obligatoire depuis 1999⁴⁸, va nous permettre à partir d'exigences spécifiées d'évaluer l'action, ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour l'atteindre, et quels sont les moyens nécessaires.

Je pense dès à présent qu'il faut :

- élargir notre vision des soins. Ne pas se limiter aux soins d'ordre physique, mais se préoccuper aussi du plan psychique et social
- s'interroger sur l'emploi du temps en remettant en question l'importance accordée aux gestes quotidiens, les horaires immuables du coucher et du lever, des repas....
- Mettre en place des questionnaires de satisfaction
- Prévoir un programme d'animation plus ouvert vers l'extérieur.

Autant il semble relativement aisé de mesurer la qualité d'un produit comestible, autant la qualité de la prestation à la personne est plus difficile à évaluer, chacun ayant ces critères. La

⁴⁸ Arrêté du 26 avril 1999 –fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux EHPAD

base que je retiens dans la démarche qualité part de la méthodologie de la roue de Deming (annexe 6) :

- Prévoir
- Mettre en œuvre
- Vérifier
- Améliorer

Cette méthode me permettra de construire un projet d'établissement, basé sur l'évaluation, la consultation, la participation, mettant en évidence les objectifs à poursuivre en rapport avec la satisfaction de l'utilisateur et l'implication des personnels.

3.3.3 La stratégie de direction formalisée dans le projet d'établissement

Lieu de travail pour les uns et lieu de vie pour les autres, la maison de retraite pèse un poids considérable sur les comportements. En effet, l'aspect humain de la vie dans notre établissement est centralisé sur la personne âgée : respecter sa dignité et lui assurer une qualité de vie conforme à ses attentes. Le principe du projet est d'accompagner, et non de se substituer, de proposer et non d'imposer, de suggérer et non de catégoriser⁴⁹.

Comment satisfaire des souhaits aussi simples que manger des œufs au plat ou ne pas se laver ce matin, comment apporter du réconfort, respecter le rythme de chacun dans un établissement où la vie en communauté s'impose et où les règles d'hygiène et de sécurité sont draconiennes ?

Il faut retenir avant tout que la maison de retraite n'est pas un hôtel, on n'y est pas de passage, on y crée son lieu de vie. La maison de retraite n'est pas un hôpital, on n'y vient pas que pour se faire soigner, on y reste longtemps. La maison de retraite n'est pas un hospice, la vie collective ne s'impose pas, ce n'est pas une famille, on est en situation d'échange de service.

La mission de la maison de retraite, c'est l'accueil des personnes âgées dans les meilleures conditions possibles, je retiendrai plusieurs actions devant être impérativement retenues :

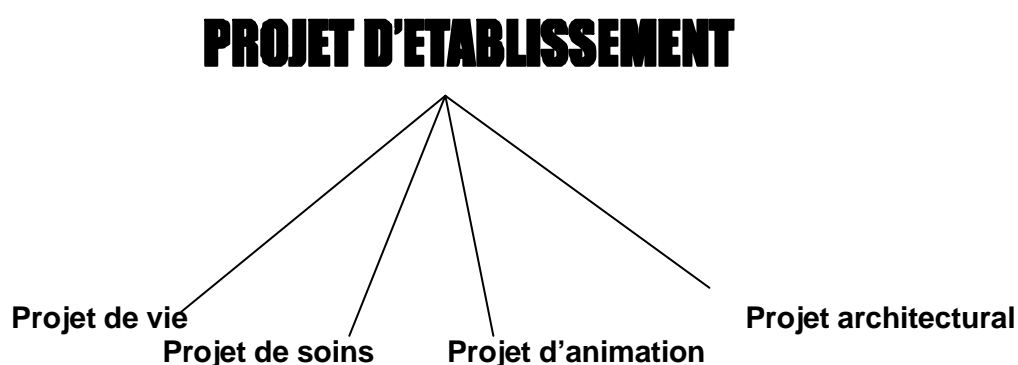
Accueillir une personne c'est :

- prendre en compte des besoins universels, mais aussi ses besoins spécifiques et ses désirs
- lui offrir un domicile
- lui offrir des services de qualité
- lui apporter un sentiment de Sécurité
- favoriser le maintien de son autonomie
- maintenir des liens avec l'environnement
- maintenir les liens affectifs et sociaux
- lui permettre de garder un sens à sa vie
- l'accompagner jusqu'au bout de sa vie

Pour mettre en œuvre la mission de l'établissement et s'assurer que les choix faits obéissent au souci constant d'améliorer la qualité de vie au quotidien des personnes accueillies, le projet d'établissement, qui entre dans l'objectif de la démarche qualité constitue un véritable outil de réflexion et d'analyse.

Déjà existant, le projet d'établissement doit être révisé tous les cinq ans, selon le cahier des charges de la convention tripartite. Afin d'apporter des améliorations dans nos pratiques professionnelles, l'évaluation externe sera réalisée très rapidement.

Le projet d'établissement est la composante de quatre sous-projets.



⁴⁹ Pour une identité de la personne âgée en établissement – le projet de vie – Richard Vercauteren – P16– Editions ERES

Le projet de vie :

C'est avant tout travailler dès l'arrivée du résident en établissement sur l'optimisation de l'accueil dans l'établissement avec les personnels soignants et administratifs. C'est également sensibiliser l'ensemble du personnel aux droits du patient.

Le projet de vie sera axé sur le respect des droits et des besoins de la personne. Les thèmes du projet de vie seront guidés par le maintien de l'autonomie, la vie sociale, l'animation.

L'organisation des repas et les prestations hôtelières sont déclinées, et un rappel de la commission menu qui se réunit le 1^{er} mardi de chaque mois devra être impérativement communiqué.

Il faut se donner les moyens d'impliquer les familles dans le projet de vie en accompagnant et conseillant ces dernières. Il est essentiel de leur apporter un soutien psychologique. Le psychologue intervient actuellement trois heures par semaine, ce temps est insuffisant pour que la rencontre avec les familles permette d'apporter des éléments favorisant une participation active de ce dernier au projet de vie. Une négociation avec les autorités de tarification pour augmenter ce temps d'intervention est nécessaire.

Le projet de soins :

Le projet de soins présente quelques lacunes, l'outil informatique est peu utilisé, et les mises à jour ne sont pas toujours faites. Le projet de soins sera recadré dans le contexte actuel.

Le médecin coordonnateur, ainsi que l'infirmière référente devront redéfinir clairement les rôles et missions de l'équipe soignante. Réactualiser les connaissances en terme de recommandations de bonnes pratiques de soins. A ce titre, les recommandations sur les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes édités par la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'action sociale en juin 2004, présentent un intérêt non négligeable dans la remise en cause des projets de soins. La loi du 4 mars 2002 donnant au patient l'accès à son dossier médical lui permet de sortir de l'ère de la médecine toute puissante, et il doit également rester acteur de son projet de soin

Projet d'animation

L'animation en structure d'accueil des personnes âgées joue un rôle important. Le projet de vie et le projet d'animation sont solidaires.

L'animation commence dans la vie quotidienne (la toilette, l'habillage, le repas...), les ateliers proposés dans le projet d'animation seront issus d'une analyse des projets de vie. La réussite des animations est conditionnée par la connaissance des centres d'intérêt des personnes qui y participent.

Il est indispensable de :

- proposer des activités en interne ou à l'extérieur, le cas échéant, à visée thérapeutique,
- Faciliter l'accès vers l'extérieur,
- Organiser des rencontres « inter génération » avec les Ecoles, l'Amicale des Retraités
- Favoriser l'intervention des bénévoles et des prestataires extérieurs (coiffure, pédicure, esthétique, etc.), et en précisant leurs modalités d'intervention.

Afin de mener à bien les animations extérieures, il convient d'investir dans l'achat d'un mini-car équipé pour les personnes à mobilité réduite. Le coût de 39 000 € de cet investissement sera proposé au budget à venir.

Le projet architectural :

La conception des espaces est la traduction de la spécificité d'un établissement. L'accueil de nos résidents doit être adapté. Des travaux seront nécessaires pour atteindre l'objectif d'être d'abord un **lieu de vie**, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social. Les travaux évoqués dans le chapitre 3.3.1 font partie de la volonté d'améliorer l'accueil du résident :

- L'agencement des chambres et salles de bain, non encore adaptées aux besoins des personnes accueillies est indispensable. La chambre individuelle, y compris le coin sanitaire devra avoir une superficie de 20 m². Le cabinet de toilette doit être accessible au fauteuil roulant soit d'un diamètre de 1,50 m minimum, et il est prévu d'installer une douche avec siphon de sol dans chacune de ces chambres. Le coût de ces installations est de 15.000 € par chambre. 28 chambres sont concernées par ces travaux. L'incidence de la non occupation des locaux, ainsi que l'emprunt nécessaire à un tel investissement doit être parfaitement maîtrisé. Un étalement sur cinq ans sera à proposer aux autorités de tarification.
- Le jardin existant sera sécurisé, permettant aux personnes à mobilité réduite, et personnes désorientées de garder un lien avec le monde extérieur,

- L'aménagement d'un salon « intime » sera rapidement effectué afin de favoriser les visites et le maintien des liens familiaux.
- un équipement spécifique des locaux (mains courantes, barre d'appui, sièges adaptés signalétique claire : couleurs des étages, marquages au sol, sécurisera et favorisera les déplacements des personnes fragiles, voire handicapées.

La valeur de la Maison de Retraite passe également par la qualité de ses équipements, Il m'appartient donc d'avoir un regard constamment critique sur le vieillissement des locaux, afin de mettre en œuvre les travaux indispensables permettant une prise en charge de qualité de la personne accueillie.

Conclusion troisième partie

Bâtir un projet, c'est le moyen de fédérer des compétences ; de relancer la motivation, de développer les potentiels de chacun dans le but de rendre plus agréable et plus harmonieux, le lieu de vie des UNS et lieu de travail des AUTRES

Les Maisons de retraite font parties des établissements du secteurs sanitaires et médicaux sociaux sur lesquels pèse le risque d'apparition d'une certaine routine, d'une dilution des objectifs de l'organisation, d'une démotivation des personnels et d'une désaffection des résidents.

Face à ce risque, la formation, permettra de développer un projet global de vie, tant pour les Résidents et leur famille que pour l'établissement.

CONCLUSION

La Maison de Retraite les Ramondias a subi une amélioration considérable des conditions de vie et d'accueil depuis ces vingt dernières années. En posant la qualité d'accompagnement comme dynamique, c'est reconnaître et respecter les modes de fonctionnement propres à chacun.

Le temps de réaction d'une personne âgée est souvent plus long que celui d'un individu jeune, aussi, les méthodes d'accompagnement doivent être adaptées à l'âge, et passent par une prise en charge individualisée. L'implication de l'entourage du résident fait partie de la mise en place du projet et permet à la personne âgée de demeurer inscrite dans son développement personnel.

Il me semble important de souligner les efforts entrepris par le précédent Gouvernement pour répondre à ce défi démographique : la personne âgée a fait l'objet d'un véritable recentrage dans les politiques sociales avec affirmation d'un idéal simple et fort, visant à garantir la dignité de toute personne âgée :

Ces évolutions législatives nous permettent de recentrer les besoins, et la professionnalisation du secteur des personnes âgées sera fondamentale pour développer une prise en charge globale de la personne, avec une évaluation initiale et continue de sa situation.

L'intégration sociale de la personne âgée constitue un élément du développement humain. A quoi sert d'ajouter "des années à la vie" si on n'est pas capable d'ajouter "de la vie aux années". La vie dont il est question est faite, à la fois, de "quantité de temps" et de "qualité de temps". Cela va de soi⁵⁰.

⁵⁰ <http://www.aiuta.asso.fr/maturite.htm>

L'avenir de l'accueil dans nos établissements est prometteur. Nous sommes les ouvriers d'un chantier qui s'ouvre vers un paysage de prestation de qualité, véritable moteur d'engagements des personnels dans le projet d'établissement.

Bibliographie

OUVRAGES

AMYOT Jean-Jacques – MOLLIER Annie: Mettre en Œuvre le projet de vie - Editions DUNOD

DANANCIER Jacques – Mener l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux – Editions DUNOD

GOFFMAN Erving:- « ASILES » études sur la condition sociale des malades mentaux - Editions de Minuit

JANVIER Roland et MATHO Yves –Mettre en Œuvre le droit des usagers - Editions DUNOD

LEFEVRE Patrick - Guide de la fonction Directeur d'établissement social et médico-social – Editions DUNOD

PELISSIER Jérôme - « La nuit, tous les vieux sont gris » - Ed. Bibliophane - Daniel Radford.

VERCAUTEREN Richard - « Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie - – Editions ERES

Conseil supérieur du travail social - Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux - Editions ENSP

REVUES, PUBLICATIONS, ARTICLES, RAPPORTS, GUIDES

ANAES, guide sur l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, ANAES, octobre 2000.

ANAES : Conférence de consensus – Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et desécurité

FNADEPA: la loi 2002-2 et ses décrets d'application – une analyse des textes pour le secteur des personnes âgées (parution décembre 2004)

GUINCHARD-KUNSTLER Paulette, Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, Matignon, juin 1999.

Revue Géroscopie n° 7

Regards croisés – Intérêts de la Vieillesse – Cahier n°3 6 Réseau de consultants en Gériatrie.

Regards croisés sur la qualité en gériatrie - Réseau de consultants en Gériatrie. Gestion hospitalière n°330 Actes Colloque ADEHPA – Octobre 1993

SUEUR Jean-Pierre - L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité, Ministère de l'emploi et de la solidarité, mai 2000.

Améliorer la qualité en EHPAD Guide d'accompagnement ANGELIQUE Juin 2000

Le mensuel des maisons de retraite : n° 25 Avril 1998, Hors série : Genèse de la réforme 1999, n° 40 Avril 2001, n° 51 Mai 2002

LIENS INTERNET

<http://www.carrefourlocal.org>

<http://philagora.net>

<http://membres.lycos.fr/papidoc/03basesoins.html>

<http://www.agevillage.com>

<http://www.vivre100ans.fr/dependance/vie>

<http://www.aiuta.asso.fr/maturite.htm>

Lois – Décrets - Circulaires

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

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État (extraits)

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

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

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

.Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades

Loi n° 2003-289 du 31 Mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

. La loi du 4 mars 2002 donnant au patient l'accès à son dossier médical permet au patient de sortir de l'ère de la médecine toute puissante, et il doit

Loi du 4 mai 2004 – Relative à la formation tout au long de la vie et au dialogue social

Loi n° 2005-102 du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n° 98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Décrets

Décret n° 91-1415 du 31 Décembre 1991 régissant le conseil d'établissement

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

Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Liste des documents

Décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Décret n° 2003-278 de 26 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie.

Décret n° 2005-560 de 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur.

Décret n° 91-1415 du 31 Décembre 1991 régissant le conseil d'établissement

ARRETE

Arrêté du 26 Avril 1999 – Fixant le contenu du cahier des charges des conventions tripartites

Rapport LAROQUE : 1962

Rapport IGAS : 1995

Liste des annexes

Annexe 1 : Sommaire du dossier médical

Annexe 2 : Grille AGGIR

Annexe 3 : Pyramide de Maslow

Annexe 4 : Illustration du projet de vie

Annexe 5 : Grille EGA

Annexe 6 : Roue de Deming

Composition du Dossier médical

I – **Dossier administratif** : Fiche plastifiée de couleur bleue

Il comporte :

- Une fiche d'identification du résident
- Les photocopies des prises en charge sécurité sociale, mutuelle, CMU

II – **Dossier médical** : fiche glacée de couleur rouge

Vous trouverez après chaque intercalaire de couleur :

- Rouge : Fiches de comptes rendus de visites des médecins
- Jaune : antécédents médicaux et chirurgicaux
- Verte : les ordonnances en cours
- Orange : les résultats des analyses biologiques
- Violettes : les comptes rendus des consultations externes
- Bleue : les prescriptions du matériel médical

III - **Dossier paramédical** : Fiche glacée de couleur jaune

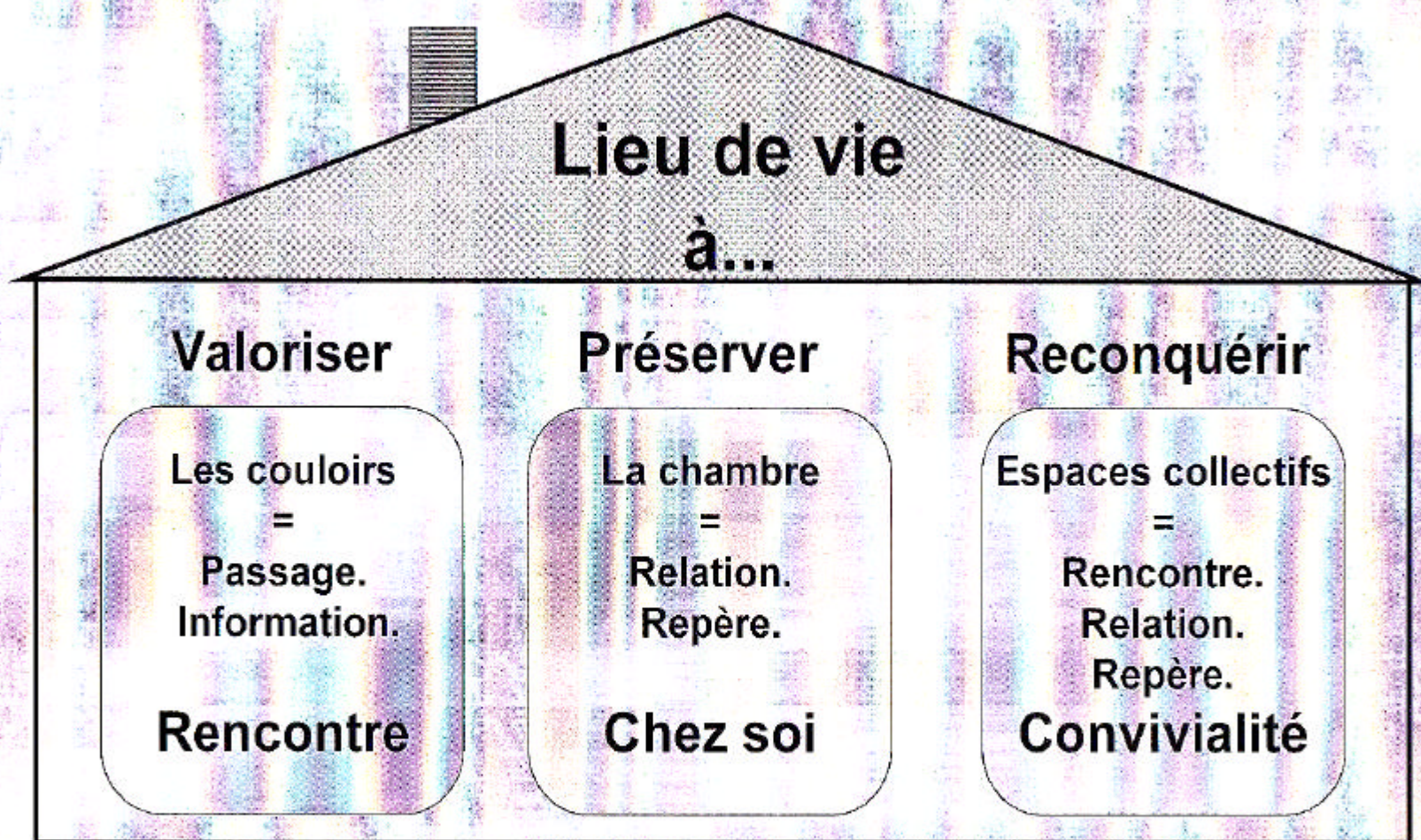
Vous trouverez après chaque intercalaire de couleur :

- Rouge : habitudes de vie – Besoins fondamentaux – Grille AGGIR
- Jaune : projet de vie individualisé
- Verte : comptes-rendus des interventions du psychiatre, infirmier psychiatrique, psychologue.
- Violettes : fiches de suivi : Diurèse, glycémie capillaire, poids, alimentation, chute, nursing.
- Bleu : transmissions ciblées.

		<u>Au 08/08/2005</u>	
Code Fitness :		Nom et prénom : _____	
Médecin traitant :		Date naissance :	
Sexe : /		Age :	
		GIR :	
<p>Cohérence</p> <p>A B C Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée</p> <p>Orientation</p> <p>A B C Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux</p> <p>Assurer son hygiène corporelle</p> <p>A B C Toilette du haut du corps</p> <p>A B C Toilette du bas du corps</p> <p>Habillage (S'habiller, Se déshabiller et Se présenter)</p> <p>A B C Haut</p> <p>A B C Moyen</p> <p>A B C Bas</p> <p>Alimentation</p> <p>A B C Se servir</p> <p>A B C Manger les aliments préparés</p> <p>Élimination</p> <p>A B C Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire</p> <p>A B C Assurer l'hygiène de l'élimination fécale</p> <p>Transferts</p> <p>A B C Se lever, se coucher, s'asseoir</p> <p>Déplacements à l'intérieur</p> <p>A B C Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</p> <p>Déplacement à l'extérieur</p> <p>A B C A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</p> <p>Communication à distance</p> <p>A B C Utiliser les moyens de communication : Téléphone, sonnette etc.</p>		<p>Commentaires</p>	
Nom et signature du responsable de service		Nom et signature du médecin	



Projet de vie dans un lieu de soins



Les choix de la personne sont ils respectés ?
Son environnement est-il adapté ?
Ses besoins sont-ils satisfaits ?

EGA - EVALUATION GRAPHIQUE DE L'AUTONOMIE

MOBILISATION

**un moyen
enlève
le canne
cannes
à déambulateur/trépied
ustensiles moyens**

A- Se couche et se tourne seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider à se coucher et se tourner
C- Ne se couche pas et ne se tourne pas

A- S'assoit seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne s'assoit pas ou avec un lève malade

A- Se lève seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se lève pas ou avec un lève malade

A- Monte les marches seul
AA- N'a pas besoin de monter des marches
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne monte pas les marches

A- Prend l'ascenseur seul
AA- N'a pas besoin de prendre l'ascenseur
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne prend pas l'ascenseur

A- Se déplace seul dans le lieu de vie
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se déplace pas dans le lieu de vie

A- Se déplace seul à l'extérieur
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se déplace pas à l'extérieur

HYGIENE

**seul
à l'aider
beveux**

A- Se lave le visage seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se lave pas le visage

A- Se lave le torse seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se lave pas le torse

A- Se lave les mains / bras seul
BA- Il faut le stimuler ou l'aider
BB- Il faut le stimuler ou l'aider pour le bras gauche
BC- Il faut le stimuler ou l'aider pour le bras droit
C- Ne se lave pas les mains / bras






A- Se rase seul
AA- N'a pas besoin de se raser
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se rase pas












A- Se coiffe seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne se coiffe pas

A- Fait sa toilette intime seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider
C- Ne fait pas sa toilette intime

A- Se lave les jambes seul
B- Il faut le stimuler ou l'aider

EGA - EVALUATION GRAPHIQUE DE L'AUTONOMIE

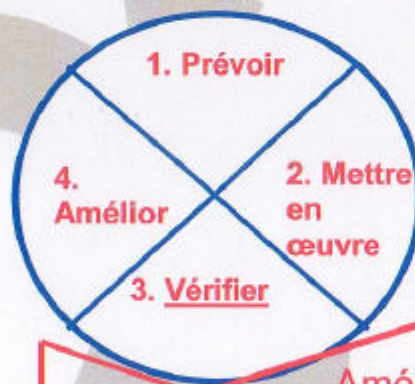
		HABILLAGE	ELIMINATION	
présente bien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	A-Se déshabille seul le haut B-Il faut le stimuler ou l'aider C-Ne se déshabille pas le haut
aut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	A-Déboutonne ses vêtements seul B-Il faut le stimuler ou l'aider C-Ne déboutonne pas ses vêtements
e bien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	A-Enlève seul son pantalon, ses chaussures ... B-Il faut le stimuler ou l'aider C-N'enlève pas son pantalon, ses chaussures ...
... et présente bien	<input type="checkbox"/>		 	<input type="checkbox"/> A-Utilise seul les WC, un urinal, les couches... B-Il faut le stimuler ou l'aider C-N'utilise pas les WC, un urinal, les couches...
es ...	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> A-Continent urinaire B-Incontinent urinaire occasionnel C-Incontinent urinaire total
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> A-Continent fécal B-Incontinent fécal occasionnel C-Incontinent fécal total

ALIMENTATION	FONCTIONS SUP.	COMMUNICATION	AUTRES
on yaourt...) l'aide	 	 	 
	<input type="checkbox"/> A-Est cohérent et sensé B-Il faut le stimuler ou l'aider C-N'est ni cohérent ni sensé	<input type="checkbox"/> AA-Voit bien sans lunettes ni lentille AB-Voit bien avec lunettes ou lentille BA-Voit difficilement sans lunettes ni lentille BB-Voit difficilement avec lunettes ou lentille C-Ne voit pas	<input type="checkbox"/> A-Communique normalement (parole, téléphone, sonnette etc.) B-Il faut le stimuler C-Ne communique pas (parole, téléphone, sonnette etc.)
a l'aider			
	<input type="checkbox"/> A-S'oriente seul dans le lieu de vie B-Il faut surveiller ses déplacements C-Ne s'oriente pas dans le lieu de vie, il faut l'accompagner	<input type="checkbox"/> AA-Entend bien sans appareil auditif AB-Entend bien avec un appareil auditif BA-Entend difficilement sans appareil auditif BB-Entend difficilement avec un appareil auditif C-N'entend pas	<input type="checkbox"/> A-Utilise l'argent normalement B-Il faut l'aider C-N'utilise pas d'argent
			<input type="checkbox"/> AA-N'a pas de prothèse supérieure AB-A une prothèse supérieure adaptée

La Qualité : une démarche méthodologique

La roue de Deming

ins et attentes des personnes



1. Prévoir : planifier, préparer le plan d'actions, identifier des priorités
2. Mettre en œuvre le plan d'actions
3. Vérifier : évaluer
4. Améliorer : actions correctives défini

Amélioration continue de la qualité

Temps