



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2006**

---

**QUEL ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ DANS  
LES MAISONS DE RETRAITE AUJOURD'HUI ?**

**L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE MAULEVRIER**

**Marie-Andrée PITON**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes sollicitations, et qui, par leur aide, ont contribué à réaliser ce travail, et plus particulièrement Madame Marie-Hélène SOULARD, directrice de la Maison de Retraite de MAULEVRIER, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien, ainsi que l'ensemble du personnel de la maison de retraite.

Mes remerciements, enfin et surtout, aux personnes qui me sont proches, et qui ont su me soutenir durant l'élaboration et la rédaction de ce travail.

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION .....	1
<b>1 ■ L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES : UNE NOTION RECENTE A CONFRONTER A UNE REALITE DEMOGRAPHIQUE ET AUX PRATIQUES DES PROFESSIONNELS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 ■ L'émergence de la notion d'accompagnement à travers l'évolution législative et réglementaire.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 <i>La lente affirmation des droits individuels.....</i>	4
1.1.2 <i>L'apport de la démarche qualité. ....</i>	5
1.1.3 <i>La confirmation des droits individuels par la loi du 2 janvier 2002.....</i>	8
<b>1.2 ■ L'accompagnement des personnes âgées : définition, défis et enjeux. ....</b>	<b>10</b>
1.2.1 <i>Accompagner : quelles approches ? .....</i>	10
1.2.2 <i>Un défi à relever pour les institutions.....</i>	13
1.2.3 <i>De nouveaux enjeux pour les accompagnants. ....</i>	16
1.2.4 <i>Le projet de vie individualisé: un outil au bénéfice du résident et des accompagnants.....</i>	19
<b>2 ■ L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE MAULEVRIER : ETAT DES LIEUX ET ENSEIGNEMENTS.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 ■ Une démarche engagée, en voie d'essoufflement ? .....</b>	<b>24</b>
2.1.1 <i>Projet d'établissement et projet de vie.....</i>	25
2.1.2 <i>Des réalisations sans aboutissement totalement satisfaisant.....</i>	27
2.1.3 <i>Jusqu'où peut-on aller dans l'individualisation du projet du résident ?.....</i>	30
<b>2.2 ■ Des difficultés à surmonter.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 <i>Une perte de repères dans l'institution et dans le travail. ....</i>	31
2.2.2 <i>Une communication et une concertation difficiles à mettre en oeuvre. ....</i>	36
<b>3 ■ L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE : UNE REFLEXION A CONDUIRE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 ■ Accompagnement individualisé du résident : définir des pratiques professionnelles adaptées.....</b>	<b>41</b>
3.1.1 <i>Réaliser et approfondir un projet individuel par résident.....</i>	42
3.1.2 <i>Agir sur la formation et le recrutement. ....</i>	44

<b>3.2</b>	<b>· Accompagnement individualisé du résident : créer les conditions favorables pour mettre en œuvre cette politique.....</b>	<b>47</b>
3.2.1	<i>Reformuler l'organisation du travail.....</i>	48
3.2.2	<i>Optimiser l'organisation du travail ... avec quels moyens ?.....</i>	51
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>57</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ACORT** : Appui et Conseil en Organisation du Travail et en Prévention des Risques Professionnels.
- AGGIR** : Analyse Gérontologique Groupe Iso-Ressources.
- ANFH** : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.
- AMP** : Aide Médico-Psychologique.
- APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- AS** : Aide-Soignant.
- ASH** : Agent de Service Hospitalier.
- AVS** : Auxiliaire de Vie Sociale.
- CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles.
- CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
- CVS** : Conseil de la Vie Sociale.
- DPAS** : Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant.
- ENSP** : Ecole Nationale de la Santé Publique.
- EHPA** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées.
- EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.
- ETP** : Equivalent Temps Plein.
- FHF** : Fédération Hospitalière de France.
- GIR** : Groupe Iso-Ressources.
- GMP** : Gir Moyen Pondéré.
- IDE** : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat.
- IFSO** : Institut Formation Santé de l'Ouest.
- PSD** : Prestation Spécifique Dépendance.
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile.
- VAE** : Validation des Acquis et de l'Expérience.

## INTRODUCTION

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont beaucoup évolué depuis une trentaine d'années. Au fil du temps, la notion d'hébergement s'est transformée, en intégrant les principes du respect des droits et libertés individuels. Si l'on a parlé d'humanisation des maisons de retraite à partir de 1975, on évoque aujourd'hui l'individualisation des prises en charge des résidents. L'évolution des termes est à elle seule significative.

La réforme de la tarification en 1999, et le cahier des charges du conventionnement tripartite posent clairement les enjeux de cette évolution et imposent la mise en oeuvre d'une démarche qualité. Dans cette optique des « projets de vie » ont vu le jour. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, confirme l'intérêt de ce projet de vie, renforce son articulation avec les droits des usagers, et propose les outils de mise en oeuvre correspondants. On parle désormais de projet de vie et d'accompagnement individualisé.

Cette notion d'accompagnement, qui intègre les principes d'individualisation de la prise en charge et de respect des droits fondamentaux des résidents, est appréhendée de manières diverses dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Que peut recouvrir ce concept dans les établissements accueillant des personnes âgées ? Mais surtout comment le mettre en oeuvre ? Ces établissements sont des lieux de vie pour les résidents. Ils sont également des lieux de travail pour les professionnels. Toute la difficulté est de faire coïncider ces deux dimensions. L'accompagnement est-il toujours intégré aux pratiques professionnelles des personnels des établissements, au point de devenir un outil au service du résident ?

Ces questions sont d'autant plus pressantes que les établissements doivent faire face à l'émergence d'un phénomène démographique important. Ce n'est pas uniquement à un problème lié au nombre croissant de personnes à accueillir auquel nous devons faire face, mais également à la recherche de réponses à des situations peu connues jusqu'alors. En effet, désormais, lorsque les personnes entrent en institution, c'est le plus souvent en dernier recours, quand les solutions alternatives sont épuisées, quand le maintien à domicile n'est plus sécurisé. Ces personnes sont de plus en plus âgées, et fréquemment en grande perte d'autonomie, présentant un cumul de problèmes physiques et psychiques, touchant la faculté de réaliser des gestes de la vie courante et les capacités d'orientation ou de cohérence, ce qui n'est pas sans incidence sur la mise en oeuvre d'une démarche d'accompagnement.

La Maison de Retraite de MAULEVRIER se trouve dans cette problématique. Engagée dans une réflexion sur son projet de vie depuis quelques années, il semble

cependant difficile de concrétiser totalement cette réflexion, laissant au personnel un sentiment d'insatisfaction.

Dans quelles conditions peut-on essayer d'approfondir le projet de vie et le faire évoluer vers un accompagnement personnalisé ? Répondre individuellement aux besoins des résidents n'est pas seulement une obligation réglementaire, mais aussi une volonté des établissements hébergeant des personnes âgées. Le travail d'accompagnement ne peut se faire sans une grande implication et disponibilité du personnel, et notamment du personnel soignant qui travaille quotidiennement au plus près des résidents.

Entre libertés et sécurité, entre bienveillance et maltraitance, le personnel se questionne sans cesse. Les pratiques professionnelles doivent être sous-tendues par des valeurs humanistes à confirmer et à maintenir. La formation continue et l'organisation du travail peuvent constituer, en ce domaine, un soutien.

Une première partie présentera le contexte dans lequel évolue l'action gérontologique actuellement. Nous observerons comment la prise en charge des personnes âgées s'est modifiée à travers sa traduction législative et réglementaire, passant d'une négation de l'individu à son affirmation. Puis nous aborderons la notion d'accompagnement et ce qu'elle peut signifier au regard de la population que nous accueillons aujourd'hui dans nos établissements.

Dans une seconde partie, je ferai part de l'exemple de la maison de retraite de MAULEVRIER, lieu de mon stage de professionnalisation. La maison de retraite s'efforce d'individualiser ses prestations. Pourtant, des freins existent. Un travail conduit avec l'équipe soignante, complété par des entretiens avec le personnel, les résidents, les familles m'a permis de comprendre les difficultés rencontrées, et de pouvoir mettre en évidence les limites d'un tel accompagnement.

Ces obstacles peuvent être surmontés. L'enjeu est de rechercher un juste équilibre entre le collectif et l'individuel. C'est là où le rôle du directeur d'établissement prend toute sa place. Je proposerai alors, dans une troisième partie, quelques pistes de réflexions et d'actions concrètes pour animer ce projet.

# **1 ■ L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES : UNE NOTION RECENTE A CONFRONTER A UNE REALITE DEMOGRAPHIQUE ET AUX PRATIQUES DES PROFESSIONNELS.**

Les établissements accueillant des personnes âgées ont considérablement évolué depuis les années 1970. Sans doute faut-il y voir une réponse aux évolutions démographiques mais également sociales. Notre société évolue vers une reconnaissance de droits, collectifs et individuels. Le secteur de l'hébergement des personnes âgées ne fait pas exception à la règle. Et nous avons vu, depuis ces trente dernières années, s'affirmer la reconnaissance de l'individu, que l'on doit considérer dans sa globalité, dans le cadre d'une démarche participative.

L'évolution législative et réglementaire traduit cette avancée. Nous examinerons d'abord comment nous sommes passés du concept d'assisté à celui d'utilisateur - certains parleront de client – et comment, en tant que responsables d'institutions d'hébergement, nous nous devons de prendre en compte cette évolution pour offrir des prestations de qualité, adaptées aux attentes des individus.

Nous présenterons ensuite les approches de la notion d'accompagnement et ses liens avec l'individualisation de la prise en charge. Les personnes entrant en institution étant de plus en plus âgées, nous observerons également ses liens avec la prise en compte de la fin de vie, avec la confrontation à la dépendance et les nouveaux enjeux qui en résultent pour les accompagnants.

## **1.1 · L'émergence de la notion d'accompagnement à travers l'évolution législative et réglementaire.**

Les établissements accueillant des personnes âgées sont nombreux et variés. Il existe des structures d'une vingtaine de lits, comme les logements-foyers, où la demande en soins est peu importante. Il existe également des établissements plus conséquents, de type maisons de retraite, qui accueillent des personnes âgées dont le niveau de dépendance et de nécessité de soins est plus ou moins important ; c'est ainsi que l'on distingue les Etablissement Hébergeant des Personnes Agées (EHPA) et les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Leur statut juridique diffère : certains peuvent être associatifs (privés à but non lucratif), d'autres privés (à but lucratif), d'autres publics (établissements de la Fonction Publique Territoriale,

ou de la Fonction Publique Hospitalière). Si la réglementation est la même pour tous, leur histoire n'est pas sans influencer certaines pratiques, ou certains modes de fonctionnement. C'est le cas des établissements issus de la Fonction Publique Hospitalière, ceux qui nous intéressent ici, qui ont longtemps évolué dans l'esprit du système sanitaire, et restent encore fortement imprégnés de cette culture.

### **1.1.1 La lente affirmation des droits individuels.**

Le terme d'hospice, même s'il est encore parfois utilisé, de manière fort négative, est aujourd'hui tombé en désuétude. Leur mission de simple hébergement des « vieillards et indigents » est révolue. A cette époque, peu importait de faire se côtoyer personnes jeunes et âgées, malades ou « incurables ». La singularité des individus était alors complètement ignorée. L'hébergement était assuré, quelques soins prodigués, dans une logique de charité et d'assistance. L'avis des personnes hébergées comptait alors bien peu.

Les considérables progrès techniques de la médecine et des soins ont contribué à faire évoluer ces établissements dans une dynamique de spécialisation. Les grandes avancées politiques et sociales du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, dont certaines sont reprises dans le préambule de la Constitution de 1946, réaffirment les droits de l'Homme et du Citoyen, et conduisent à la reconnaissance des droits individuels.

Pourtant, ce n'est vraiment qu'à partir de 1970, avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970<sup>1</sup> que les hospices sont supprimés et que des « maisons de retraite » voient le jour, avec la spécificité d'accueillir des personnes âgées. La dimension sociale de ces établissements sera prise en compte dans la loi du 30 juin 1975<sup>2</sup>. C'est alors la période dite de « l'humanisation » des maisons de retraite, voulant rompre avec l'image péjorative associée aux hospices, où les « salles communes » étaient traditionnellement assimilées à des « mouroirs ». Ces efforts d'humanisation ont essentiellement trouvé une traduction au niveau architectural : de nombreuses restructurations et constructions d'établissements ont été réalisées.

Ce sont les prémices d'une reconnaissance de la personne âgée en tant qu'individu. Mais l'image des établissements demeure dévalorisée ; image où la citoyenneté, civile et institutionnelle, du sujet âgé est encore trop souvent ignorée. C'est dans ce contexte que des professionnels, associés à la Fédération Française de Gérontologie, publient la première charte des personnes âgées en 1987. Douze ans plus tard, en 1999, paraîtra la

---

<sup>1</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>2</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

« charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes ». Cette charte affirme que « les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain ». Ces principes fondamentaux seront réitérés dans la « charte des droits et libertés de la personne accueillie », que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rendra obligatoire en annexe du livret d'accueil<sup>3</sup>. Cette charte reprend douze principes fondamentaux que sont :

- Le principe de non-discrimination,
- La prise en charge ou l'accompagnement adapté,
- Le droit à l'information,
- Le droit à la renonciation,
- Le droit au respect des liens familiaux,
- Le droit à la protection,
- Le droit à l'autonomie,
- Le principe de prévention et de soutien,
- Le droit à l'exercice des droits civiques,
- Le droit à la pratique religieuse,
- Le respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Ces chartes énoncent des principes à atteindre, et que l'on se doit de respecter. On peut y voir une réponse à de nouvelles attentes d'une société soucieuse du développement identitaire de chacun.

Respecter ces principes ne peut se faire sans une recherche de qualité des prestations que les établissements doivent s'efforcer d'atteindre.

### **1.1.2 L'apport de la démarche qualité.**

L'apparition du concept de l'évaluation conforte cette affirmation des droits fondamentaux, élément essentiel de l'accompagnement. Il ne s'agit pas seulement d'évoquer des principes, mais de les concrétiser dans les pratiques et modes de fonctionnement.

Les notions d'évaluation et de qualité des soins sont apparues dans le secteur sanitaire en 1991 avec la réforme hospitalière<sup>4</sup>. Ces notions ont été précisées par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>5</sup> instituant une procédure d'évaluation de la qualité des soins.

---

<sup>3</sup> Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

<sup>4</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>5</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière.

L'action gérontologique, dans un premier temps, nous l'avons vu, s'est seulement référée à des principes. Si, dès 1997, la loi créant la Prestation Spécifique Dépendance<sup>6</sup> incite les établissements, dans le souci d'une réforme de leur financement, à formaliser un projet pluriannuel dans lequel sera décrit comment répondre aux situations de dépendance des personnes âgées, ce n'est qu'en 1999<sup>7</sup> que l'obligation en sera faite. En effet, un vaste chantier de réforme des établissements va être entrepris, avec, comme angle d'attaque la réforme de leurs financements. Une nouvelle tarification à caractère ternaire dissocie un tarif «soins», un tarif «dépendance», et un tarif «hébergement». Cette réforme impose aux établissements de passer convention avec les organismes financeurs, que sont l'Etat et le Conseil Général, qui fixent annuellement les tarifs : l'Etat, représenté par le Préfet (DDASS), pour le tarif des prestations «soins », et le Conseil Général, représenté par son Président, pour le tarif des prestations « dépendance » et « hébergement ». Le tarif hébergement est à la charge du résident, de sa famille ou, par défaut, du Conseil Général par l'intermédiaire de l'Aide-Sociale. La signature de cette convention pluriannuelle de cinq ans, dite Convention Tripartite, est soumise à un cahier des charges précis, décrit par arrêté<sup>8</sup>. Désormais, les établissements, qualifiés au terme de la signature de cette convention, d'Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), doivent être en mesure de formaliser un projet institutionnel répondant à des objectifs précis, pour lesquels des moyens pourraient être alloués en conséquence.

Il ne s'agit pas de reprendre ici les termes des conditions de ce conventionnement, mais de pointer les avancées considérables qu'il a permis de mettre en oeuvre. Les établissements doivent pouvoir «garantir à toute personne âgée dépendante accueillie les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins »<sup>9</sup>. Le programme est ambitieux. Peu à peu, les principes fondamentaux présentés dans les chartes se précisent et se concrétisent. Il en est ainsi du respect de l'intimité : une qualité des espaces, et notamment des espaces privés doit être offerte ; l'institution étant considérée comme une transposition du domicile du résident, elle doit assurer toute la sécurité attendue. Il en est de même du maintien de la citoyenneté et du lien social ;

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

<sup>8</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>9</sup> Idem.

l'établissement est encouragé à s'ouvrir sur l'extérieur, et à maintenir les relations avec la famille et proches du résident. Enfin, un des principaux aspects concerne le respect de la dignité, de l'intégrité de la personne âgée et le maintien de son autonomie physique et psychique. La qualité des prises en charge occupe une place importante. L'accent est mis sur le respect des rythmes de vie du résident, la qualité des animations proposées, la qualification et le professionnalisme du personnel, le niveau de qualité des soins proposés. A cet effet, les établissements doivent s'inscrire dans un réseau gérontologique pour soutenir et assurer la continuité des soins. La présence d'un médecin coordonnateur dans l'établissement est un autre point important de ce conventionnement. Ce dernier, qui doit être compétent en gérontologie, doit « garantir une meilleure prise en charge gérontologique des résidents », en assurant des actions de coordination entre les différents professionnels du soin intervenants dans l'institution. Il lui est également demandé d'assurer une formation en gérontologie au personnel de l'établissement.

Les dispositions préconisées par ce conventionnement constituent une avancée considérable dans le domaine de l'action gérontologique. C'est un devoir pour les établissements désormais de considérer chaque résident comme une personne singulière, en essayant de répondre le plus justement possible à ses attentes.

Parallèlement, une réflexion sur la dépendance des sujets âgés a été conduite. Pour assurer des prises en charge répondant au plus près aux besoins des résidents, un outil de mesure de la dépendance a vu le jour. Il s'agit de la grille AGGIR qui permet de classer les résidents en six groupes, appelés Groupes Iso-Ressources (GIR) : du GIR 6 au GIR 1 selon l'ordre croissant du degré de dépendance. Outil essentiel dans le financement des prestations – la part relative aux soins, à la dépendance et à l'hébergement étant fonction du groupe défini – cette grille permet d'évaluer les moyens à déployer pour garantir une prise en charge adéquate et de qualité.

Dans le cadre de la démarche qualité, les établissements ont engagé des réflexions sur le projet institutionnel en y intégrant un projet de vie, où l'on retrouve les premiers éléments de l'individualisation de la prise en charge, annonciateurs d'une démarche d'accompagnement.

La dimension sociale de l'accueil des personnes âgées prendra réellement corps dans la loi du 2 janvier 2002<sup>10</sup> qui fait entrer les EHPAD dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux.

---

<sup>10</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

### **1.1.3 La confirmation des droits individuels par la loi du 2 janvier 2002.**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale apparaît comme une synthèse entre respect des droits des résidents et devoir d'offrir des prestations de qualité.

Cette loi, en réaffirmant l'orientation générale de l'action sociale, vient confirmer le long et lent cheminement vers une reconnaissance des individualités : « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux »<sup>11</sup>.

Elle s'organise autour de deux grands axes que sont :

- › Le respect des besoins et des droits individuels.
- › La redéfinition des modes d'intervention de la collectivité.

Ce premier point est particulièrement intéressant pour notre sujet, car il fait explicitement référence à une dynamique individuelle : « à toute personne sont assurés une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté à participer à la décision »<sup>12</sup>. Deux droits fondamentaux sont mis en avant : la participation de la personne à son projet de prise en charge, et l'accès à l'information.

La loi propose des outils pour répondre à cette attente. Des outils collectifs :

- le projet d'établissement, fixant les valeurs auxquelles l'établissement se réfère, en lien étroit avec les droits des usagers.

- la charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui représente un engagement moral pour l'établissement et un recueil de valeurs pour l'utilisateur et les acteurs des prises en charge.

- le règlement de fonctionnement définissant « les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement ».

- le livret d'accueil, premier outil d'information du résident et de sa famille, annexant la charte et le règlement.

La loi propose également un outil individuel, le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge : « un contrat de séjour ou document individuel de prise en

---

<sup>11</sup> Article L.116-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

<sup>12</sup> Article L. 311-3 alinéa 3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement »<sup>13</sup>. A ce contrat doit être joint, dans un délai de six mois après sa signature, un avenant<sup>14</sup> précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne ; avenant qui devra être revu annuellement. La formule du contrat engage l'établissement et le résident (ou son représentant légal). Si la nature juridique de ce contrat fait l'objet de nombreuses discussions, sur le fond, la recherche de la participation du résident représente un élément tout à fait nouveau dans les pratiques en cours, où le collectif a très souvent tendance à prendre le pas sur l'individuel.

La réglementation, qui ne fait pas la différence entre les notions de prise en charge et d'accompagnement, traduit bien cependant ce « mouvement de balancier » que l'action gériatrique a connu depuis une trentaine d'années. De la prééminence d'une approche collective et assistée déniant toute individualité, nous sommes passés à une reconnaissance généralisée de droits individuels. Ce « vieillard indigent » est devenu un usager, un client. Dans notre rôle de responsables d'institutions, nous devons être particulièrement sensibles à cet état de fait. Nous devons mettre en place des prestations qui seront évaluées. L'évaluation doit concerner les « activités et la qualité des prestations délivrées »<sup>15</sup>, selon un référentiel adapté à chaque type de structure. La loi impose une évaluation interne, à réaliser tous les cinq ans, et une évaluation externe tous les sept ans. L'évaluation interne est intéressante dans le sens où elle oblige chaque établissement à se questionner sur ses pratiques et à mesurer les écarts avec les effets attendus. Elle peut alors devenir un outil de management.

Il ne faudrait pas, cependant, que le sens que nous devons donner à nos actions soit seulement une réponse à des normes. Comme le soulignent J.J. AMYOT et A. MOLLIER<sup>16</sup> : « le droit des usagers doit nous permettre de nous interroger sur le fond de nos pratiques, nos organisations et la légitimité de nos interventions ». Car, entre le communautaire et l'individuel, un juste équilibre est toujours à rechercher.

---

<sup>13</sup> Article L. 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

<sup>14</sup> Décret 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.

<sup>15</sup> Article L.312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

<sup>16</sup> AMYOT J.J., MOLLIER A. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002, p. 17.

Le projet de vie est porteur de sens dans les EHPAD, et prend en compte les droits fondamentaux des usagers. Fondé sur le concept d'accompagnement, il est nécessaire de préciser ce que recouvre cette notion.

## **1.2 · L'accompagnement des personnes âgées : définition, défis et enjeux.**

Le terme d'accompagnement a envahi, depuis une quinzaine d'années, le champ des métiers de la relation à autrui, dont fait partie le secteur social et médico-social, et plus particulièrement l'action gériatrique. Définir ce terme est un préalable incontournable. Il prend une signification particulière lorsqu'il s'agit de personnes âgées en maison de retraite. En effet, au moment de leur entrée en institution, les personnes âgées doivent faire face à de nombreuses ruptures de liens avec leur vie antérieure, génératrices d'une grande vulnérabilité. Cette phase de leur vie est également synonyme de fin de vie, avec tout ce que cela signifie pour l'individu.

La démarche d'accompagnement doit relever des défis liés directement au phénomène démographique qui se profile depuis une dizaine d'années. Défi lié au nombre, défi lié à l'état de santé de ces populations. Nous aborderons alors comment s'est construite en France la notion de dépendance et les conséquences engendrées en termes de modes d'accueil et de prise en charge dans les maisons de retraite.

Ces évolutions sont à l'origine d'enjeux nouveaux pour les accompagnants, qui peuvent être nombreux en établissement. Mais nous nous attarderons spécifiquement sur le personnel travaillant en gériatrie, et particulièrement le personnel soignant. Car accompagner les personnes âgées en maison de retraite, au regard des défis exposés, nécessite des postures professionnelles adaptées, qui sont souvent mises à mal dans un contexte de pénurie de personnel qualifié, et où le temps fait défaut.

Le projet de vie individualisé peut servir de fondement à cet accompagnement. Comment peut-il devenir un outil au bénéfice du résident et des accompagnants ?

### **1.2.1 *Accompagner : quelles approches ?***

Au sens général, « l'accompagnement » s'inscrit dans un paradoxe. En effet, dans une société caractérisée par une dynamique d'individualisation, qui conduit au délitement du lien social, « accompagner » renvoie à une relation à l'autre qui, au contraire, est un facteur de construction sociale.

Si l'on se réfère à la définition étymologique du terme « accompagner », on remarque clairement l'idée de mouvement. Accompagner est en effet défini comme « se joindre à quelqu'un, pour aller où il va en même temps que lui » ; Ce terme sous-entend une dynamique – « pour aller » - et une reconnaissance de l'individu – « se joindre », « en même temps que lui ». Comme le caractérise PAUL M.<sup>17</sup> : « l'accompagnement c'est aller à la rencontre de l'autre, afin de le chercher là où il se trouve. L'une des fonctions de l'accompagnement est d'aider à repérer, élucider, formuler la demande ». Accompagner sous-entend une démarche à double sens : à la fois de la part de l'accompagné qui doit être en mesure de formuler ce qu'il recherche, ou ce qu'il attend, et de la part de l'accompagnant qui doit demeurer à l'écoute, qui doit guider. L'accompagnement est ainsi une démarche qui se construit, dans le respect de la singularité de l'autre. Fondé sur l'écoute, l'empathie, la participation, il est à l'origine d'une relation d'interdépendance d'individu à individu.

Cette définition, lorsqu'elle est appliquée au contexte des personnes âgées en maison de retraite, prend une forme particulière. Quand une personne âgée entre en institution, c'est le plus souvent en dernier recours. Les efforts portés ces derniers temps sur le maintien à domicile contribuent à cet état de fait. Les personnes âgées qui formulent elles-mêmes la demande d'entrée en établissement sont rares aujourd'hui. C'est en effet souvent la famille ou bien les aidants, qui, à bout de force et de ressources, en font la demande. Souvent également, celle-ci émane d'une structure hospitalière, s'assimilant alors à un placement en urgence. Les résultats d'une récente enquête (enquête EHPA)<sup>18</sup> font apparaître que, avant d'entrer en institution, 62 % des résidents en EHPA habitaient à leur domicile ou chez un proche, 13 % étaient dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation d'un établissement de santé, 10 % occupaient déjà une place dans un autre EHPA, tandis que 4 % séjournaient en établissement psychiatrique. Si le consentement de la personne âgée est recherché dans la majorité des cas, c'est toujours avec une attitude résignée que celle-ci fait ce choix, en vivant ce moment de façon pénible, parfois même dramatique. Ce moment est une étape difficile de sa vie. Celle où elle doit tout quitter, son habitat, ses repères, ses habitudes, ses rythmes, son environnement humain et social, parents, amis, voisins... pour arriver dans un lieu inconnu, où elle ne va côtoyer que des personnes dans la même situation qu'elle, lui renvoyant une image d'elle qu'elle n'avait peut-être pas envisagée. Devant cette somme

---

<sup>17</sup> PAUL M. *l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : l'Harmattan, 2004, p. 127-128.

<sup>18</sup> La clientèle des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées. Situation au 31 décembre 2003. DREES, *Etudes et Résultats*, n° 485, avril 2006.

de pertes et de ruptures, comment la personne âgée peut-elle se reconnaître : « comment tout perdre sans se perdre soi-même ? comment continuer à être vivant ? »<sup>19</sup>. L'état de fragilité qui en découle, où l'angoisse occupe une grande place, est renforcé par l'idée que ce domicile sera le dernier avant la mort. L'accompagnement des personnes âgées en maison de retraite ne peut alors être évoqué sans prendre en compte cette notion de fin de vie. Car c'est bien dans ce contexte de « mort annoncée »<sup>20</sup> que la personne entre en institution.

L'accompagnement en fin de vie revêt une signification particulière dans le monde soignant, et a été longtemps assimilé aux soins palliatifs. On a parlé de soins palliatifs en substitution aux soins curatifs. Le droit aux soins palliatifs a été reconnu dans une loi récente<sup>21</sup>, érigeant cette activité en véritable spécialité médicale, avec attribution de moyens, dispensation de formations, et constitution de réseaux et équipes mobiles pluridisciplinaires. Les établissements hébergeant des personnes âgées ne se sont pas systématiquement impliqués dans cette dynamique, d'une part parce que cette nouvelle spécialité médicale a été utilisée, dans un premier temps, par quelques services de soins spécialisés, notamment la cancérologie, et, d'autre part, parce que la fin de vie fait l'objet d'un certain fatalisme dans nos établissements.

Le séjour d'un résident en maison de retraite représente pour lui la dernière étape de sa vie, et il en est conscient au moment de son entrée. Dans cette période difficile, l'institution doit lui proposer un soutien adapté : une présence bienveillante et attentive, une écoute et une prise en compte de ses demandes et de ses refus, une réponse à ses besoins.

Cette attente d'accompagnement, le résident peut la formuler de différentes façons (verbale, posturale...). Savoir les reconnaître nécessite des attitudes professionnelles avérées et acquises. Le personnel travaillant en gériatrie est-il toujours en mesure de pouvoir répondre à ces attentes, dans le respect de la dignité et des souhaits des résidents ?

Les réflexions de notre société sur la fin de vie ont avancé depuis la loi de 1999, la nécessité d'écoute et de soutien apparaissant comme essentielle. Peu à peu, une forme d'accompagnement de cette étape de la vie tend à s'affirmer dans les maisons de retraite. Et l'on ose enfin la formuler comme telle. Ce n'est pas un hasard si des textes récents

---

<sup>19</sup> GERARDIN P. Approche psychologique de l'accompagnement à la vie de la personne âgée. *Techniques Hospitalières*, septembre 2000, n° 649, pp 55-58.

<sup>20</sup> VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2001. Coll. Pratiques Gériologiques, p. 36.

<sup>21</sup> Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir les droits d'accès aux soins palliatifs.

invitent nos établissements à la formaliser dans leur projet de soins. En effet, la loi du 22 avril 2005<sup>22</sup> relative aux droits des malades et à la fin de vie, et ses trois décrets d'application de 2006<sup>23</sup>, incitent les établissements à «définir l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert, y compris les plans de formation spécifique des personnels ». Un soutien psychologique doit pouvoir être apporté au résident, à son entourage, par l'intervention d'équipes de professionnels spécialisés.

L'accompagnement des personnes âgées en institution présente également un autre aspect qui doit retenir notre attention. Il s'agit de la dépendance associée à la grande vieillesse.

### **1.2.2 Un défi à relever pour les institutions.**

De quelles personnes âgées parle-t-on ? sans doute est-il nécessaire de le préciser pour mieux comprendre de quels défis il s'agit.

Notre société aime à classer les individus en grandes catégories : les «enfants», les «ados», les «adultes» ... Or, aucune des catégories n'est totalement homogène. Cela est particulièrement vrai pour la catégorie des «personnes âgées», qui regroupe des individus valides et autonomes, et des individus qui le sont moins, ou ne le sont plus, le basculement d'un état vers l'autre résultant, la plupart du temps, du vieillissement. La notion de «personnes âgées dépendantes» a été créée pour marquer cette distinction. Nous constatons d'ailleurs, de plus en plus, qu'au sein de la catégorie «personnes âgées» ce sont les «séniors », valides et autonomes, qui nous sollicitent pour l'entrée en établissement de leurs parents, qui eux sont devenus des «personnes âgées dépendantes».

La démographie, conjuguant allongement de l'espérance de vie et baisse de la fécondité, évolue vers un vieillissement de la population. Le poids du «quatrième âge », tranche de population située au-delà de 75 ans, va croissant. Selon l'INSEE, la France comptera en 2020 près de 4 millions de personnes de 80 ans et plus, soit 1,8 fois plus qu'en 2000, et, à l'horizon 2040, il pourrait y avoir près de 7 millions de personnes de 80

---

<sup>22</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

<sup>23</sup> Décrets n° 2006-119, 2006-120 et 2006-122 du 6 février 2006 relatifs aux directives anticipées, à la procédure collégiale prévues par la loi du 22 avril 2005, et au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.

ans et plus, soit 3,2 fois plus qu'en 2000<sup>24</sup>. Or, cette étape de la vie est souvent marquée par l'apparition et l'accentuation des incapacités, de la maladie chronique et de la dégénérescence des fonctions essentielles, qui altèrent l'autonomie de l'individu. Ce phénomène touche tous les pays européens et, d'une façon générale, l'ensemble des pays occidentaux.

En France, le concept de dépendance a été créé pour répondre à ce phénomène. Il paraît opportun, à ce stade de l'exposé, de faire un détour par la définition de cette appellation.

Au départ, les notions de dépendance et de handicap étaient fortement liées. Le «schéma de Wood », construit par le Britannique Philippe WOOD pour l'OMS en 1980, retenait trois dimensions dans le handicap :

. la déficience, définie comme « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ».

. l'incapacité, qui « correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

. le désavantage, qui «résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal, en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels ».

Son application s'est heurtée aux limites de l'âge : au-delà d'un certain âge, toute personne était susceptible d'entrer dans ce schéma du handicap. La question du financement de la prise en charge de ces déficits a alors été évoquée. La création de la Prestation Spécifique Dépendance en 1997<sup>25</sup> a établi une ligne de partage entre handicap et dépendance, par l'âge fixé à 60 ans. La dépendance est alors définie comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée ». Cette dépendance peut être mesurée. Un outil a été retenu à cet effet, il s'agit de la grille AGGIR, élaborée par des médecins gériatres. Elle permet d'évaluer le degré de dépendance en observant les activités effectuées seule par la personne âgée. Elle comporte :

. dix variables discriminantes que sont : la cohérence (converser et/ou se comporter de façon sensée) ; l'orientation (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux) ; la toilette ; l'habillement ; l'alimentation ; l'élimination ; les transferts ; les déplacements à l'intérieur ; la communication à distance.

---

<sup>24</sup> MARTIN Cl./ dir. *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, Coll. Res Publica, p.14.

. sept variables illustratives : gestion ; cuisine ; ménage ; transports ; achats ; suivi de traitement ; activités de temps libre.

Chaque variable peut être évaluée selon trois modalités : « A » si la personne fait seule ; « B » si la personne fait partiellement ; « C » si la personne ne fait pas.

Au terme de l'évaluation, réalisée par une équipe de professionnels, la personne est classée dans un des six Groupes Iso-Ressources (GIR). A chaque groupe correspond un degré de dépendance ; le GIR 1 représentant le plus élevé. Cette classification permet ensuite de déployer les moyens nécessaires à une prise en charge adéquate.

Cependant, cette évaluation retient ce que la personne âgée effectue et non ce qu'elle serait capable d'effectuer. Si la loi instituant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie<sup>26</sup> a opéré un glissement sémantique entre « dépendance » et « perte d'autonomie », c'est le même outil d'évaluation qui demeure utilisé. Le regard posé sur la personne âgée n'est pas sans influencer les modes d'actions développés autour d'elle. On est sensé observer ce qu'elle fait. On repère plutôt ce qu'elle ne fait plus et les dimensions sociale et environnementale sont peu prises en compte dans cette évaluation. Cette attitude est souvent un écueil à surmonter dans l'élaboration du plan d'aide du résident qui déterminera son accompagnement

La catégorie des personnes âgées dépendantes est alors synonyme de grande vieillesse, d'une « vieillesse qui va mal »<sup>27</sup>.

Qui sont les personnes qui entrent aujourd'hui en institution ?

Une récente enquête conduite auprès d'établissements hébergeant des personnes âgées (enquête EHPA 2003)<sup>28</sup> met en évidence une évolution notoire au cours des dix dernières années. Plusieurs points méritent attention. Ainsi, les établissements accueillent des personnes de plus en plus âgées : les personnes de 80 ans et plus représentent 70 % de la population en institution, les personnes de 90 ans et plus 30 %, alors qu'elles ne représentaient que 20 % dix ans auparavant.

D'autre part, la proportion de personnes dépendantes est en forte progression, et ce dès l'entrée en institution : 8 résidents sur 10, dont 47 % en GIR 1 et 2. Il s'agit de

---

<sup>25</sup> Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> ENNUYER B. Histoire d'une catégorie : personne âgée dépendante, in *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, p. 97.

<sup>28</sup> La clientèle des établissements Hébergeant des Personnes Agées. Situation au 31 décembre 2003. *DREES, Etudes et Résultats* n° 485, avril 2006.

résidents en grande perte d'autonomie dont l'origine peut être physique, avec des difficultés à réaliser les gestes de la vie courante (faire sa toilette, s'habiller, se déplacer à l'extérieur). La perte d'autonomie peut être également d'origine psychique, avec des problèmes de cohérence et d'orientation principalement : selon l'enquête EHPA, 55 % des résidents en institution seraient concernés. Souvent d'ailleurs pertes d'autonomie physique et psychique se cumulent au fur et à mesure où les résidents avancent en âge : 54 % des résidents seraient dans cette situation.

Le niveau de dépendance des personnes accueillies est un fait. Leur état de santé en est un autre. Les résidents cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées<sup>29</sup>, les plus fréquemment rencontrées étant les affections cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, gastroentérologiques. Par ailleurs, 89 % des résidents présentent au moins une affection neuropsychiatrique et 33 % des syndromes démentiels, dont la maladie d'Alzheimer fait partie.

Le tableau dressé peut paraître bien sombre. Pourtant, c'est une réalité dans les maisons de retraite qui sont alors amenées à se médicaliser de plus en plus. Ce phénomène est survenu rapidement, et tend aujourd'hui à s'amplifier du fait que les structures hospitalières rencontrent elles-mêmes de grandes difficultés pour répondre à ces besoins spécifiques.

Quel accompagnement construire alors avec le résident ? A l'accompagnement médical se joint l'accompagnement psychologique. Ce qui représente un enjeu nouveau pour les accompagnants.

### **1.2.3 De nouveaux enjeux pour les accompagnants.**

Avant de s'interroger sur l'attitude des accompagnants, il est nécessaire de savoir qui ils sont. Lorsque la personne âgée entre en institution, c'est, dans la plupart des cas, au terme d'un long processus de suivi à son domicile. Les besoins d'aides liés aux incapacités apparaissant avec l'avancée en âge conduisent à solliciter de nombreux intervenants. Il est fait appel au service d'aide à domicile ; et ce sont les auxiliaires de vie sociales (anciennement dénommées aides-ménagères) qui se présentent une ou plusieurs fois par jour. Le service de soins infirmiers à domicile peut également être sollicité avec interventions des infirmières et aides-soignants. Le médecin traitant est régulièrement consulté. Le besoin d'aide peut nécessiter l'intervention d'autres

---

<sup>29</sup> Les pathologies des personnes âgées vivant en institution. *DREES, Etudes et Résultats* n° 494, juin 2006.

professionnels tels que le kinésithérapeute ou l'assistante sociale. Certaines personnes âgées demeurent malgré tout très isolées. Les conséquences de la canicule de l'été 2003 l'ont bien montré.

Cependant, d'une manière beaucoup plus générale, au centre de cette constellation d'intervenants, la famille représente un noyau dur, notamment du fait des relations qu'elle entretient avec son parent. Nous ne pouvons ignorer que l'entrée en institution va bousculer les liens entretenus jusqu'alors, et qu'il y a lieu de le prendre en compte dans la définition de l'accompagnement de la personne à accueillir. D'abord parce que c'est la famille, le plus souvent, qui est à l'origine de la demande d'entrée en institution. Ayant souvent épuisé leurs forces pour maintenir leur parent proche d'eux, les aidants culpabilisent de le confier aux soins du personnel d'une maison de retraite. L'appréhension du délitement de la relation peut se manifester de diverses manières, pouvant aller de l'hyperprotection de leur parent, à l'agressivité envers le personnel, ou même à l'abandon. L'attitude des familles, ou des aidants, car il peut s'agir parfois de proches, peut être un facteur déterminant dans l'accompagnement que nous avons à conduire auprès de la personne accueillie. Savoir si l'on permet à la fille de venir lever son parent le matin, l'aider à s'habiller, au moins pendant quelque temps, sont des questions qui soulèvent toujours des discussions animées dans les équipes. Pourtant, souvent, et dans certaines circonstances, des compromis permettraient de rendre le passage moins brutal pour le résident. Cet aspect mériterait d'être plus approfondi dans les projets de vie. La participation de la famille devrait pouvoir être recherchée et trouver sa place dans nos modes de fonctionnement.

L'accompagnement de la personne âgée en maison de retraite doit prendre appui sur ce réseau d'acteurs. Le personnel de nos institutions, et notamment le personnel soignant occupe un rôle d'intermédiaire entre ce réseau et la personne dont il a à s'occuper. C'est une mission délicate où le respect de la personne âgée doit toujours être présent à l'esprit, et trouver sa traduction dans les pratiques quotidiennes. Le travail auprès des personnes âgées, très âgées aujourd'hui, revêt des spécificités, qui ne sont pas toujours reconnues dans le domaine soignant. En effet, les soignants sont formés à un idéal de guérison. En gériatrie, cet idéal est à chaque instant mis à l'épreuve et peut devenir source d'insatisfactions et de frustrations. L'image de la déchéance, que notre société s'empresse d'effacer de ses modèles, est présente dans tous les actes. Leur travail apparaît alors comme dévalorisé et dévalorisant. Il n'est d'ailleurs pas loin le temps où travailler en gériatrie était assimilé à une punition ou une impasse. Ce décalage entre l'idéal et la réalité, la confrontation au grand vieillissement, à la démence qui perturbe la communication et l'échange, à la mort sont facteurs d'angoisse pour le personnel. Il peut alors légitimement adopter des attitudes de refuge. Comme le souligne Cl. BADEY-

RODRIGUEZ<sup>30</sup> « la routine revêt (...) un aspect protecteur : la rigidité des attitudes, l'organisation des tâches à la chaîne permettent de ne pas réfléchir ni de se poser des questions, de maîtriser l'angoisse liée à des risques d'interpellation trop intimes. (...) Cette mise à distance se fait au prix de la réification de la personne âgée, qui devient objet de soins et qui n'a plus dès lors pour répondre que la régression, la dépendance et/ou la confusion mentale ». Nous entrons dans un cercle vicieux où l'angoisse va grandissante. Ce phénomène peut conduire, si l'on n'y prend garde, à une forme de maltraitance. C'est là que les réflexions sur l'éthique trouvent toute leur place. « Une des missions de l'éthique (...) est d'aider à réduire en permanence l'écart entre l'idéal et le réel, en tous lieux et en toute situation »<sup>31</sup>. Le « faire à la place de » porté par la formation des soignants est en contradiction avec une relation d'accompagnement où la participation de l'autre doit être encouragée. Penser ce qui semble bien pour le résident est une autre attitude fréquemment rencontrée. Que fait-on alors du consentement de la personne ? notamment quand il s'agit de personnes ne pouvant plus s'exprimer, parce que désorientées ou atteintes de démences comme c'est de plus en plus souvent le cas ? Chacun peut y apporter une réponse personnelle. L'accompagnement ne peut donc se réaliser que dans le cadre d'une concertation et d'une recherche de cohérence entre membres d'une équipe. L'analyse de chaque situation devrait présider à la décision des attitudes à adopter. Elle redonne un véritable sens au travail auprès des personnes âgées.

S'il ne s'agit pas de « prendre en charge », mais d'accompagner, une place importante doit être laissée à la relation. Je ne veux pas dire, bien évidemment, qu'elle n'existe pas, mais sans doute n'est-elle pas suffisamment soutenue. Nous l'avons vu, dépendance et handicap sont deux notions liées autour de la perte d'autonomie. Maintenir l'autonomie, l'intégrité de la personne, nécessite, quand il s'agit d'un sujet très âgé, une observation fine, une écoute attentive, une « présence à l'autre »<sup>32</sup> à privilégier dans chaque attitude. Ces postures requièrent de l'énergie, du temps. Si les ratios en personnel atteignent le « un pour un » dans le secteur du handicap, ils sont pratiquement inférieurs de moitié dans le secteur des personnes âgées. Cet état de fait ne doit pas être occulté si l'on veut garantir un accompagnement de qualité aux personnes âgées. Le plan

---

<sup>30</sup> BADEY-RODRIGUEZ Cl. *Les personnes âgées en institution: vie ou survie. Pour une dynamique de changement*. Paris : Seli Arslan, 1997, p. 143.

<sup>31</sup> LABOREL B, VERCAUTEREN R. *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne :Erès, 2004, p. 71.

<sup>32</sup> NUSS M., *La présence à l'autre : accompagner les personnes en situation de grande dépendance*. Paris : Dunod, 2005, 153 p.

Solidarité-Grand Age présenté en juin 2006<sup>33</sup> tient compte de ce problème. L'un des objectifs de ce plan est de « faciliter le recrutement du personnel pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées, les soigner de façon adéquate et renforcer l'aide régulière aux activités quotidiennes ». Les ratios en personnel, tous grades confondus, pourraient alors évoluer vers 0,65, voire 1 personnel pour 1 résident en situation de grande dépendance. L'objectif de mettre en œuvre un plan de formation des métiers du grand âge est tout aussi intéressant. En diversifiant la palette des métiers auprès des personnes âgées – aux côtés des infirmières, aides-soignants, seraient intégrés les aides-médico-psychologique (AMP), les animateurs -, et en reconnaissant leur professionnalisme, c'est enfin prendre en compte toute la dimension de ce qu'est un accompagnement : ses versants médical, psychologique, social, spirituel. La valorisation de ces métiers est nécessaire et attendue pour assurer un travail de qualité.

L'accompagnement des personnes âgées en maison de retraite en est à ses balbutiements. Il peut, nous l'avons vu, recouvrir de multiples facettes. Il suppose des postures professionnelles adéquates, qui sont encore à travailler. Il demande réflexions et attentions qui peuvent se concrétiser dans le projet de vie individualisé.

#### ***1.2.4 Le projet de vie individualisé : un outil au bénéfice du résident et des accompagnants.***

Le concept de projet de vie est apparu dans le secteur de l'action gérontologique sensiblement en même temps que la réforme de la tarification qui a initié la démarche qualité dans les établissements. Souvent il a été confondu avec le projet d'établissement qui impose aux institutions de définir des objectifs opérationnels pour les cinq années à venir. Le projet de vie est lui beaucoup plus large. Il définit l'esprit général dans lequel l'établissement veut évoluer : sa philosophie. Il impose alors une réflexion sur les valeurs humaines, centrées sur la personne âgée et son environnement. Il présente comment ces valeurs se traduiront dans les pratiques et les prestations. Il est l'occasion de s'interroger sur les problématiques essentielles à la qualité de vie des personnes âgées en institution, telles que la prise en compte de l'identité de la personne accueillie, le droit de la personne et le respect de son autonomie, la préservation des liens de la personne avec son entourage, le soin, la spiritualité et le sens de la vie, l'articulation des rythmes de vie du résident avec la vie communautaire.

---

<sup>33</sup> Plan Solidarité-Grand Age, présenté le 27 juin 2006 par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

Bon nombre d'établissements ont fait appel à des organismes extérieurs pour conduire ce projet, où la participation de tous les acteurs (professionnels, familles, bénévoles) est fondamentale. La démarche les oblige à se questionner sur le sens donné à leurs actions : « la source des contenus à travailler est donc à rechercher dans l'essence même des composantes de l'être humain : considérer qu'un établissement est un lieu de vie possible pour des individus suppose de s'interroger sur les divers éléments qui s'articulent autour de la vie humaine »<sup>34</sup>. Seulement, il serait regrettable que le projet de vie ne devienne qu'un recueil de valeurs où la notion de respect est mise en exergue de manière répétitive. Il doit pouvoir se concrétiser quotidiennement. Que signifiera respecter l'autonomie de Madame G. qui refuse de se laver ? de Madame M. qui n'a pas pour habitude de dîner ? C'est à partir du moment où le projet de vie peut se décliner individuellement qu'il va servir de fondement à un véritable accompagnement.

L'individualisation du projet de vie ne peut se faire sans certains préalables. Relever la gageure d'assurer une qualité de vie aux résidents, notion bien subjective, n'est-ce pas, en fait, offrir un lieu où l'on peut continuer à vivre au plus près de ses choix antérieurs ? La connaissance et la compréhension du résident est alors un élément incontournable. L'entrée en maison de retraite peut être « une menace pour l'identité du résident », comme l'évoque Claudine BADEY-RODRIGUEZ<sup>35</sup> : « l'entrée en institution est marquée par une série de frustrations liées aux ruptures imposées avec l'environnement (...). Un sentiment profond d'abandon risque d'entraîner une attitude de révolte et d'hostilité, ou, au contraire, de retrait et de soumission ». La base essentielle de la connaissance du résident est à rechercher dans son histoire, car celle-ci permet de le connaître, mais surtout de le comprendre. Elle peut éclairer certains de ces comportements, et ainsi conduire à débiter avec lui le travail d'accompagnement. Toutefois, cette approche est une phase délicate qui doit être bien menée, avec tact, et ne devrait pas se limiter à un « interrogatoire » réalisé au moment de l'entrée. Elle suppose une analyse fine permettant d'identifier et de prendre en compte les éléments fondamentaux de cette histoire. Il ne faudrait pas qu'elle soit confondue avec une recherche des rythmes de vie, des habitudes, des « petites manies »... qui ont bien sûr toute leur importance dans la vie quotidienne, mais n'apportent qu'un éclairage restreint sur la vie de l'individu. S'intéresser à l'histoire d'une vie expose cependant à s'immiscer dans des secrets, secrets personnels, secrets de famille. Si la connaissance du vécu de l'individu est essentielle

---

<sup>34</sup> AMYOT J.J., MOLLIER A. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002, p. 52.

<sup>35</sup> BADEY-RODRIGUEZ Cl. *Les personnes âgées en institution: vie ou survie. Pour une dynamique de changement*. Paris : Seli Arslan, 1997, p. 19.

pour débiter une relation, elle nécessite néanmoins des postures professionnelles adaptées, où une certaine mise à distance s'impose.

La notion d'accompagnement individualisé en maison de retraite se présente sous de nombreux aspects difficiles à concilier. Ces quelques éléments théoriques ont permis de l'éclairer et de mieux en mesurer les enjeux. Pour tout établissement, elle devient une volonté. Nous allons maintenant observer comment peut se faire sa mise en œuvre, en confrontant cet exposé à la réalité observée à la maison de retraite de MAULEVRIER ; lieu de mon stage de professionnalisation.

## 2 ■ L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE MAULEVRIER : ETAT DES LIEUX ET ENSEIGNEMENTS.

La Maison de Retraite « *Le Jardin des Magnolias* » de MAULEVRIER est un établissement public destiné à accueillir des personnes âgées dans des conditions d'hébergement et de suivi médical en rapport avec leur état de santé. Devenue Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) après signature de la Convention Tripartite en janvier 2004, elle dispose d'une offre de 69 lits d'hébergement permanent, 3 lits d'hébergement temporaire, et, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, par avenant à la Convention Tripartite, de 2 places d'accueil de jour. Elle gère également un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de 14 places, desservant quatre communes environnantes.

Le *Jardin des Magnolias* est situé en zone rurale, au sud du département du Maine et Loire (49), aux confins des départements des Deux-Sèvres et de la Vendée, à 60 kilomètres d'ANGERS et 12 kilomètres de CHOLET. La maison de retraite a suivi la longue histoire de l'hôpital-hospice. Provenant d'une donation faite en 1849 par l'héritière d'une famille notable de MAULEVRIER, Marie-Anne Cossin de Belletouche, destinée à la création d'une école gratuite pour les jeunes filles pauvres et d'un hôpital de 4 lits, elle s'est transformée en maison de retraite en 1958 et a étendu sa capacité d'accueil à 53 lits. En 1974, une première restructuration a permis de supprimer les chambres à 3,4 et 5 lits pour n'offrir que des chambres à 2 lits, dans de meilleures conditions de sécurité. Cette extension s'est poursuivie en 1992, portant la capacité d'accueil à 69 lits d'hébergement définitif et 1 lit d'hébergement temporaire. Elle est alors autorisée à recevoir 20 résidents en « section de cure médicale ». Ces transformations ont toujours été réalisées dans un souci de réponse à la demande de la clientèle du secteur. Aujourd'hui encore, la maison de retraite accueille en priorité des personnes âgées de la commune ou du canton, dans une structure entièrement réhabilitée pour une partie, et nouvellement construite pour une autre.

Pour répondre à ses missions d'hébergement et de soins, la maison de retraite dispose d'un personnel de qualifications différentes :

- . personnel administratif : un directeur, un adjoint des cadres et un adjoint administratif.

- . personnel soignant : un médecin coordonnateur à 20 % (présent en théorie deux demies-journées par semaine) ; une psychologue à 20 % (présente sept heures par semaine regroupés sur une journée) ; 3 postes d'infirmières (dont un accordé au 1<sup>er</sup> janvier 2006 dans le cadre de l'augmentation du GMP, par avenant à la Convention

Tripartite) ; 15,80 postes d'aides-soignantes et d'aides-médico psychologiques, 12,40 postes d'Agents des Services Hospitaliers.

. personnel des services généraux : un ouvrier professionnel aux services techniques et logistiques, une lingère, deux ouvriers professionnels à la restauration, dont un est responsable de ce service auprès duquel travaillent également deux agents de service.

. personnel extérieur : de nombreux médecins généralistes interviennent d'autre part à la maison de retraite (ils sont au nombre de huit), chaque résident ayant le choix de son médecin traitant. Il en est de même pour le kinésithérapeute, la pédicure, les coiffeurs, l'esthéticienne.

Depuis 1997, l'établissement s'est engagé dans un processus de changement en élaborant son projet d'établissement. Cette première démarche a conduit les équipes à réfléchir, de façon concomitante, au projet de vie de la maison de retraite, fondé sur des valeurs « humanistes ». Sous l'impulsion des réformes des établissements, notamment avec la réforme de la tarification, une auto-évaluation a été effectuée en 2003, et a permis d'entretenir la démarche entreprise.

Des réalisations concrètes ont vu le jour. Cependant, leur aboutissement ne semble pas être aujourd'hui à hauteur de ce qui avait pu être espéré, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre du projet de vie individualisé du résident. Cet aspect laisse un sentiment d'insatisfaction à certains membres du personnel. Est-il alors possible d'aller plus loin dans l'individualisation de l'accompagnement du résident ?

A la suite du travail que j'ai pu mener auprès des équipes, des résidents, des familles, nous aborderons quelles peuvent être les raisons des difficultés rencontrées, et les réajustements possibles.

## **2.1 · Une démarche engagée, en voie d'essoufflement ?**

Il est important, dans un premier temps, de s'intéresser aux grandes lignes qui ont orienté le projet d'établissement, puis le projet de vie, et d'en mesurer les aspects concrets. L'accompagnement individualisé du résident était sous-tendu par le projet de vie. Certains éléments laissent pourtant penser qu'il est difficile à mettre en place, comme nous le verrons dans un second temps.

### **2.1.1 *Projet d'établissement et projet de vie.***

Dès 1997, il est apparu important à la directrice de mesurer les enjeux à venir et de positionner l'établissement dans son environnement. La maison de retraite avait toujours su évoluer à un rythme lui permettant de garantir une offre adaptée à la demande, il convenait d'entretenir cette démarche. A l'aube du grand mouvement de réformes qui s'annonçait, où les normes qualitatives prennent une place importante, l'établissement devait se transformer pour répondre aux besoins d'une population locale dont le niveau de dépendance était déjà en augmentation, et dont le niveau d'exigence se précisait. La maison de retraite disposait de chambres à deux lits, qu'il était difficile de remplir.

A ce moment le projet d'établissement et le projet de vie ont été conduits de concert. La démarche, confiée à un cabinet de consultants, s'est voulue participative : information aux instances, au personnel, aux familles, aux intervenants extérieurs (médecins et professionnels libéraux, associations de bénévoles). Il a été constitué un comité de pilotage, chargé de suivre puis de valider les travaux réalisés, et d'évaluer régulièrement l'avancée du projet centré sur la volonté de proposer des prestations adaptées aux résidents. Par exemple, les locaux, anciens, ne facilitant pas la prise en charge des personnes désorientées, car n'offrant aucun espace de déambulation, la réflexion s'est orientée sur la nécessité d'un projet architectural.

En ce qui concerne le projet de vie, la démarche s'est construite autour des professionnels. Par petits groupes, ils ont formulé ce qu'était pour eux « le projet de vie de la maison de retraite ». Des axes prioritaires ayant été définis, ils ont travaillé ensuite par sous-groupes pour proposer des actions d'amélioration sur des thèmes donnés. Dès le départ, c'est le thème de « la qualité de vie » qui a prévalu ; qualité de vie dans l'établissement, c'est-à-dire pour les résidents et pour le personnel. « Travailler avec équité et dans le respect de la dignité », « considérer la personne âgée dépendante comme une personne à part entière, une citoyenne », ou encore « limiter les contraintes horaires dans le planning de travail », sont des formulations figurant dans le projet de vie et traduisant le souci de ne pas faire peser le poids de l'organisation institutionnelle sur la vie du résident. Une réflexion sur l'accueil de la personne a également été conduite. Elle fait mention de « la réussite des intégrations et le développement d'un projet individuel par résident dans le respect de l'intégrité, des habitudes et des exigences ».

Cette démarche s'est déroulée tout au long de l'année 1998, et il est sans doute un peu réducteur de limiter ce travail de toute une année à ces quelques formulations. Il paraît plus important de s'intéresser aux réalisations concrètes qui en sont issues.

On peut considérer que ce projet de vie a fait l'objet d'une première évaluation. En effet, la signature de la Convention Tripartite étant soumise à une auto-évaluation,

l'établissement a pu déceler les écarts entre ce qu'il propose en termes de prestations, et ce qui est attendu qualitativement de la part des autorités de tutelle. Ces attentes en matière de qualité sont référencées au regard du cahier des charges de cette convention tripartite<sup>36</sup>. En 2003, la directrice a souhaité entrer dans la procédure de conventionnement et a sollicité à cet effet un organisme extérieur pour conduire une auto-évaluation, sur la base du référentiel EVA. L'état des lieux a été réalisé à partir de questionnaires de satisfaction adressés aux résidents et à leurs familles. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête sont centrés autour de la qualité de l'accueil, de l'animation, de la restauration. Les questionnaires ont été remis aux résidents jugés capables de répondre, ainsi qu'à leur famille. Les résultats de l'enquête ont fait apparaître que des améliorations pouvaient être apportées sur chacun des thèmes. L'intervenante a orienté son action sur la démarche qualité. L'ensemble du personnel a donc été, à ce moment, sensibilisé à cette démarche. Des groupes de travail ont permis aux professionnels de réfléchir aux actions d'améliorations qu'ils étaient en mesure d'apporter. Trois groupes de travail se sont constitués : un concernant la restauration, un autre l'animation, un troisième enfin l'accueil du résident et son suivi au cours du séjour.

A la suite des premières interventions sur le projet de vie en 1998, des actions avaient été mises en place : une procédure pour accueillir le résident dans les meilleures conditions possibles et une grille d'entretien préalable à l'accueil ont été élaborées. Un agent de l'équipe soignante est chargé de s'entretenir avec le résident à l'occasion d'une visite effectuée une semaine avant son entrée, à son domicile, ou en institution s'il est hospitalisé ou hébergé dans un autre établissement. Ce même agent doit être présent au moment de l'arrivée du résident. Cet entretien consiste à mieux connaître le résident à travers ses rythmes de vie, ses habitudes, ses goûts ; une rubrique sur « l'histoire de vie » peut également être renseignée. Cet aspect de l'accueil fonctionne d'ailleurs assez bien. Et les résidents, comme le personnel y trouvent satisfaction.

Cependant, au moment de l'évaluation en 2003, il est apparu des difficultés dans le suivi du résident au cours de son séjour. Le troisième groupe de travail chargé de la réflexion sur l'accueil et le suivi du résident, composé d'agents de l'équipe soignante, s'est alors intéressé aux éléments qui favoriseraient la connaissance du résident au cours de son séjour, et aux moyens de communiquer ces éléments aux autres membres de l'équipe. Ce travail a conduit à l'élaboration d'une fiche « connaissance du résident », qui devait donner lieu à des échanges au moment des transmissions. Une formation du personnel soignant aux transmissions ciblées a d'ailleurs été réalisée dans le cadre de la

---

<sup>36</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

mise en place d'un dossier de suivi gériatrique, outil essentiel et préconisé par la Convention Tripartite.

Quant au groupe de travail sur l'animation, il a préconisé une ouverture vers l'extérieur, en proposant des actions plus collectives qu'individuelles. Les animations, proposées sur un thème particulier, selon un calendrier défini, même si elles sont en relation avec les demandes de certains résidents, ne sont pas approfondies. Ce que peut signifier l'animation de la vie de tel ou tel résident n'est pas abordé.

Un exposé des actions menées pour entraîner les acteurs dans une dynamique de changement paraît maintenant nécessaire. Le grand intérêt pour le bien-être du résident est perceptible. Il semble cependant que cet élan rencontre des difficultés de mise en oeuvre.

### ***2.1.2 Des réalisations sans aboutissement totalement satisfaisant.***

Ces interventions répétées, à un rythme régulier entre 1998 et 2003 ont sans aucun doute contribué à sensibiliser fortement les membres des équipes à ce que représente l'hébergement d'une personne âgée en institution, aux droits fondamentaux qui doivent lui être reconnus. Après avoir présenté ce qui a pu être mis en place, nous nous attarderons sur le thème qui a suscité mon travail, exemple d'une limitation à la mise en oeuvre de l'individualisation du projet de vie.

Il ne s'agit pas de lister ici toutes les actions réalisées, mais de faire apparaître celles qui pourront nous aider à comprendre la suite de l'exposé. Très concrètement, elles se présentent autour de trois sujets : l'attitude envers le résident, la formation du personnel, et l'organisation du travail.

L'attitude envers le résident est un thème qui mérite une attention particulière. Comme j'ai eu l'occasion de l'évoquer, le souci d'apporter confort et bien être au résident a été présent tout au long de la réflexion sur le projet de vie, et même ensuite au moment de l'auto-évaluation. Le travail réalisé sur l'accueil et la connaissance du résident, dans la volonté de maintenir un lien avec sa vie antérieure, en atteste. La collaboration avec l'association de bénévoles, sollicitée pour les animations, les sorties, ou encore le recours à des esthéticiennes et des coiffeuses de ville témoignent de la préoccupation de rester ouvert sur l'extérieur. La sensibilisation au respect du lieu de vie, de l'intimité, sont également des principes qui sont retenus et appliqués : le vouvoiement des résidents, le fait de frapper à la porte avant d'entrer dans la chambre dénotent un état d'esprit dont le personnel fait preuve. Bien d'autres exemples pourraient être cités encore : le fait de lever

chaque résident tous les jours, de l'habiller tous les jours, de coiffer certaines dames coquettes ... Les réunions mensuelles, organisées par le médecin coordonnateur, sont toujours le lieu de débats sur le bien-être du résident, où la référence au respect de son intimité, de sa dignité, de son consentement, s'imposent. Sans vouloir dresser un tableau idyllique, puisque tout est perfectible, on peut dire que les comportements des professionnels, d'une façon générale, reflètent le respect de la personne âgée.

Le projet d'établissement prévoyait, dans son volet social, une professionnalisation des agents. La maison de retraite avait recruté, dans les années 80, du personnel local peu qualifié, employé en qualité d'agent de service hospitalier. Les plans de formation promotionnelle successifs ont permis à plusieurs agents d'obtenir le diplôme d'aide-soignant (pour neuf d'entre eux), ou d'AMP (pour deux personnes). C'est en effet un choix politique de la directrice de faire se côtoyer ces deux qualifications au sein d'une même équipe, pour diversifier les modes d'intervention auprès des résidents. Ces deux qualifications émargent sur les mêmes sections tarifaires (le soin pour 70 % et la dépendance pour 30 %), ce qui laisse une certaine latitude dans la composition des équipes. Cette volonté de professionnalisation du personnel n'a pu se faire sans moyens supplémentaires, qui ont été attribués principalement au moment de la négociation de la Convention Tripartite. La formation professionnelle continue occupe également une place importante dans l'établissement. Les formations en rapport avec la « maladie d'Alzheimer et autres formes de démences » sont suivies chaque année par des groupes de personnes issues de services différents pour que chacun, à son niveau de compétences, ait des outils pour faire face à certains comportements des résidents. Il faut préciser que le personnel est demandeur de ce genre de formations. La confrontation quotidienne à la démence, avec sa charge d'agressivité et d'émotions, est difficile à vivre pour le personnel. Elle devient pourtant un élément de plus en plus présent. Les formations et conseils dispensés par le médecin coordonnateur, dans le cadre de réunions régulières avec l'ensemble du personnel, permettent de lever certaines craintes et appréhensions. L'inscription dans un réseau gérontologique facilite, d'autre part, le recours à certaines spécialités médicales lorsque le besoin s'en fait sentir. Ainsi, une équipe mobile de soins palliatifs, ou une unité mobile de psychogériatrie peuvent être sollicitées en soutien aux équipes.

Il ne faut pas omettre de signaler que, dès 1999, dans la suite des réflexions et des attentes sur le projet de vie, la question de l'organisation du travail, notamment des équipes travaillant au plus près du résident, avait été soulevée. Il a été procédé alors au renforcement de l'équipe soignante, notamment la nuit où, jusqu'alors, seule une aide-soignante était présente. Les rythmes de travail de l'équipe de jours ont également été

revus. L'équipe soignante du matin, ainsi que celle du soir, ont été renforcées d'un agent hospitalier travaillant en horaires coupés. Le travail a été sectorisé : une équipe prend en charge le rez-de-chaussée ; une autre l'étage. Cette sectorisation, sauf cas exceptionnels, est appliquée strictement, dans le souci de faciliter une meilleure connaissance du résident. Au moment des négociations sur l'aménagement de la réduction du temps de travail<sup>37</sup>, cette organisation a été réétudiée. Pour ne pas allonger le temps du travail de nuit, qui avait été arrêté à 9h25 (de 21h à 6h25), l'équipe du matin doit débiter à 6h25. Le soutien de l'horaire coupé a été maintenu, et il lui a été confié des tâches précises, telles que la préparation du chariot du petit déjeuner, la distribution de ce dernier. Les plateaux-repas sont ramassés par deux agents de l'équipe d'entretien. L'équipe soignante, soulagée de ce travail hôtelier, peut consacrer plus de temps aux soins de nursing (aide totale ou partielle à la toilette, à l'habillage).

La réflexion sur les droits fondamentaux des résidents, soutenue par une professionnalisation des équipes et une organisation du travail auraient pu favoriser la mise en place d'un projet individuel par résident, comme cela avait été évoqué. Pourtant, ce n'est pas vraiment le cas. Et l'exemple, très concret, de la prise en charge des résidents incontinents, montre la difficulté de mise en œuvre des principes de dignité et de respect, en faisant ressurgir le poids de l'organisation institutionnelle.

A mon arrivée à la maison de retraite, en novembre 2005, la directrice m'a fait part d'une situation qui la préoccupait depuis longtemps et qui perdurait malgré les réflexions et actions conduites. Quelques résidents incontinents pouvaient n'être levés qu'en fin de matinée, demeurant parfois plusieurs heures dans leur lit souillé, alors que le petit déjeuner leur avait été servi. Cette situation, que certains membres de l'équipe soignante avaient des difficultés à accepter, et qui était source de tensions, était choquante car elle allait à l'encontre des principes que la maison de retraite s'était fixés. Il avait été demandé à quelques membres de l'équipe soignante de suivre une formation sur ce thème. Cette formation a apporté une aide technique sur la nature du change à prévoir tout en effectuant un rappel sur les valeurs et principes de l'établissement et sur le projet individuel du résident. Elle a eu lieu en juin 2005 et, depuis, aucune amélioration n'a cependant été enregistrée. La directrice m'a donc demandé de reprendre ce sujet avec l'équipe soignante ayant suivi la formation, ce qui m'a conduit à analyser les comportements professionnels au sein de l'institution.

---

<sup>37</sup> Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière.

### **2.1.3 Jusqu'où peut-on aller dans l'individualisation du projet du résident ?**

Ce constat, en contradiction avec les réflexions et actions menées par ailleurs, traduit-il un échec de la démarche d'individualisation ? Ce sujet mérite de se poser quelques questions préliminaires. Une réflexion sur le projet de vie dans sa globalité a été menée avec, à l'époque, la participation de tous les membres du personnel. Cependant, sa déclinaison individuelle a-t-elle été envisagée ? La notion d'accompagnement a-t-elle été abordée ? Le personnel semble connaître les résidents. Mais que connaît-il réellement ? Les informations recherchées peuvent être trop restreintes, ou trop diffuses. De plus, l'état des résidents évolue : comment le personnel peut-il intégrer ces changements ? L'accompagnement du résident est multidisciplinaire. Les différents acteurs communiquent-ils entre eux ? Le mal être et les tensions évoqués traduisent-ils des difficultés dans le travail ?

Le suivi du groupe de travail chargé de conduire une étude sur les résidents incontinents m'a permis d'apporter des éléments de réponse. Cette équipe « restreinte », où étaient présentes une infirmière et cinq aides-soignantes, AMP et ASH, dont une de nuit, a souhaité, avant de débiter son travail, requérir les avis des collègues à l'aide d'un questionnaire diffusé à toute l'équipe. Les membres du groupe ont alors préparé des questions, pertinentes et ciblées, dont le thème général concernait leur travail quotidien. Les réponses recueillies ont encouragé à engager cette étude. Parallèlement, nous avons construit ensemble une grille de suivi sur 24 heures des résidents concernés. Les membres du groupe ont choisi des résidents pour lesquels il leur semblait opportun de trouver une solution rapidement, en respectant une équité entre secteurs pour équilibrer la charge de travail. Pour chaque résident, l'observation a été réalisée sur deux semaines, au terme desquelles nous nous retrouvions pour décider ce qui allait être mis en place. Régulièrement, nous nous sommes rencontrés pour faire le bilan des observations, et ce durant quatre mois. Certains progrès ont été réalisés en terme de confort du résident. Et le suivi de ce groupe a été riche d'enseignements sur les comportements en situation de travail. Très vite certaines limites sont apparues, notamment concernant l'évaluation, la concertation et la communication entre équipes.

Cependant, ces enseignements méritaient d'être approfondis. J'ai alors réalisé des entretiens individuels auprès du personnel<sup>38</sup>, pour savoir de quelle manière il appréhendait un tel accompagnement, ainsi que les conséquences sur son travail : entretiens semi-directifs auprès d'agents de qualification différentes et ayant, ou non, participé à l'élaboration du projet de vie. J'ai ainsi rencontré six agents (une infirmière,

---

<sup>38</sup> cf annexe 1 – grilles d'entretiens.

deux aides-soignantes dont une de nuit, une AMP et deux ASH). Il m'a semblé également intéressant de recueillir les ressentis des résidents et des familles sur ce thème. J'ai alors rencontré plusieurs résidents parmi ceux susceptibles de pouvoir apporter des réponses ; cinq résidents m'ont fait part de leurs sentiments sur la vie à la maison de retraite. Je n'ai pu m'entretenir qu'avec une seule famille, mais j'ai eu l'occasion d'en écouter certaines autres au moment de bilans d'entrée réalisés par la directrice.

Ces entretiens m'ont permis de recueillir des informations complémentaires. L'observation et la participation à la vie quotidienne de la maison de retraite abondent également d'enseignements qui viennent enrichir et pondérer ces entretiens. Des exemples illustreront mes propos au cours de cet exposé.

## **2.2 - Des difficultés à surmonter.**

Quelles sont les limites auxquelles se heurte ce projet d'individualisation, base de tout accompagnement ? Ce que j'ai pu observer au cours du suivi du groupe de travail « incontinence », confronté à une analyse des entretiens, permet de mieux comprendre quelles sont ces difficultés. Une perte de repères dans l'institution et dans le travail, associée à une communication et une concertation difficiles, ont contribué à ce que cette volonté de développer un projet individuel par résident soit partiellement altérée.

### ***2.2.1 Une perte de repères dans l'institution et dans le travail.***

On ne peut nier que, depuis 1999, l'action gériatrique ait connu de multiples changements. Les réflexions sur l'éthique en établissement pour personnes âgées ont été associées à la démarche qualité, avec son versant sécurité. Autant de changements venus bousculer les habitudes des acteurs, et remettre en question les modes de fonctionnement de l'institution. Les personnels, bien qu'ils aient participé à la mise en place de ces changements, ont pourtant rencontré des difficultés à les intégrer dans leurs pratiques quotidiennes.

Le projet d'établissement prévoyait, au plan architectural, la réhabilitation/construction de la maison de retraite. Cette opération s'est déroulée de novembre 2002 à mai 2005. Durant plus de deux ans, la mise au point des projets individuels n'a pu avoir lieu. Les préoccupations étaient ailleurs : durant presque un an, l'hébergement des résidents n'a pu se faire qu'en chambres à deux lits, mettant à mal les

conditions de confort et de dignité. Cette période a sans doute été un frein au lancement de la dynamique du projet de vie.

Le réaménagement de la maison de retraite a eu des conséquences également sur le rythme d'entrées des résidents. Si, au cours de l'année 2003, 10 résidents sont entrés en hébergement définitif, ce chiffre est passé à 20 pour les deux années suivantes, pour, respectivement 14, 16 et 12 sorties. L'importance de la « rotation » en hébergement temporaire est également significative : on remarque en effet 3 entrées seulement en 2003 et 2004, mais 16 en 2005, la durée moyenne du séjour étant à peu près de 27 jours. Le changement du rythme d'activité a bien évidemment eu des impacts sur les modes de fonctionnement. Il ne faut pas non plus sous-estimer la fatigue du personnel engendrée par les travaux : les perturbations des résidents et certains conflits liés à une « cohabitation » rendue obligatoire, le déménagement et l'appropriation des nouveaux locaux. Ces opérations ont nécessité beaucoup de temps et d'énergie. Plus de résidents à accueillir, à apprendre à connaître, dans des conditions de fonctionnement quelque peu perturbées n'ont pas favorisé un approfondissement du projet individuel.

De plus, au cours de cette même période, le profil des résidents s'est modifié, corroborant les statistiques nationales, et notamment celles de l'enquête EHPA à laquelle j'ai déjà fait référence<sup>39</sup>. Si la durée moyenne de séjour est restée sensiblement constante (3,8 ans), l'âge moyen des résidents, à leur entrée, a évolué : 83 ans en 2003, 86 ans en 2005. Il s'agit de femmes principalement, bien que cette propension ne soit pas très nette. L'évolution du GMP<sup>40</sup> est également intéressante : de 592 en 2003, il est passé à 634 en 2004, puis à 704 en 2005. Cette augmentation du GMP (celui-ci reflétant la charge de travail nécessaire pour faire face au niveau de dépendance), a conduit à une demande et à l'obtention de moyens supplémentaires. Mais elle s'inscrit surtout dans une évolution que rencontrent la plupart des établissements aujourd'hui. Le nombre de résidents en grande perte d'autonomie dès leur entrée en institution va croissant. Comme le montre le graphique n° 1 ci-dessous, la proportion des personnes en GIR 2 est en nette augmentation au cours des quatre dernières années. En observant l'évaluation des GIR des résidents accueillis, à leur entrée, comme le montre le graphique n° 2 suivant, on se rend compte que les troubles de la cohérence et de l'orientation occupent une place

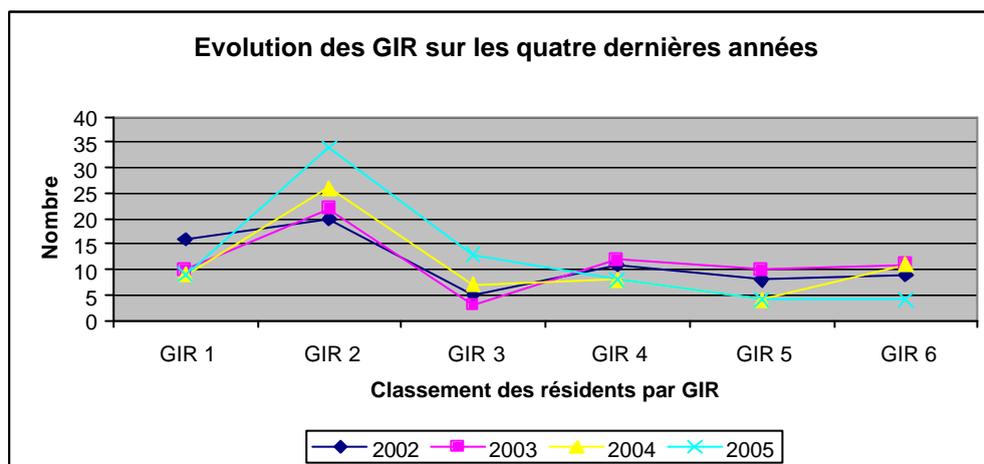
---

<sup>39</sup> La clientèle des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées. Situation au 31 décembre 2003. *DREES, Etudes et Résultats* n° 485, avril 2006.

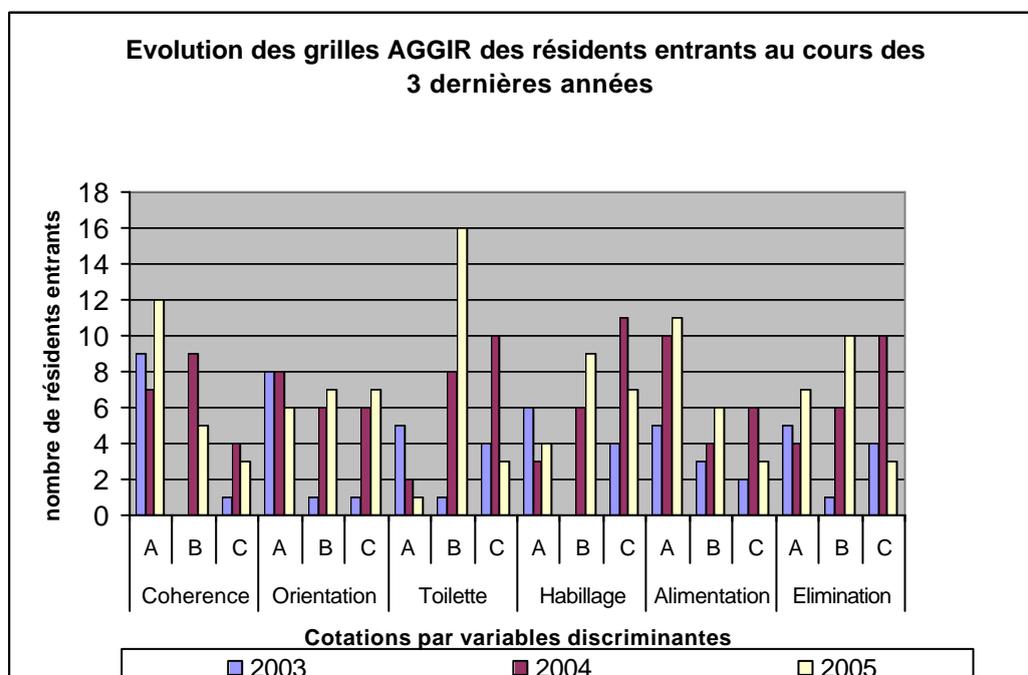
<sup>40</sup> Le Gir Moyen Pondéré (GMP) est un indicateur permettant de mesurer le niveau global de dépendance auquel doit répondre un établissement. Il s'agit d'une moyenne obtenue après avoir multiplié chaque GIR (définissant le degré de dépendance selon la grille AGGIR) par un nombre de points définis par décret (décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD).

importante. A titre d'exemple, pour l'année 2005, parmi 20 résidents entrants, 8 présentaient un «B » ou «C » dans la variable «cohérence » ; 14 dans la variable « orientation » ; 8 cumulaient «B » et/ou «C » dans les deux variables. Il s'agissait principalement de personnes présentant des troubles apparentés à la démence. Par ailleurs, toujours parmi ces 20 résidents, un seul n'avait pas besoin d'aide pour la toilette et quatre seulement pouvaient s'habiller seuls. Par contre, 14 d'entre eux devaient être surveillés ou avaient besoin d'aide pour l'hygiène de l'élimination.

**Graphique n° 1 –**



**Graphique n° 2 –**



L'évolution du profil des résidents n'a pas été sans répercussion sur la charge travail des personnels, non seulement en ce qui concerne les soins de nursing, mais également en ce qui concerne la relation avec les résidents.

Les troubles de la cohérence et de l'orientation ne doivent pas pour autant conduire systématiquement à une présomption de démence. La tendance à faire entrer tous les comportements de désorientation sous cette terminologie doit être nuancée. S'il est des troubles psychologiques sur lesquels des diagnostics médicaux précis peuvent être posés, telle, par exemple, la maladie d'Alzheimer, ou encore la maladie de Parkinson dans certaines formes de son évolution, il en est d'autres, plus diffus, sur lesquels il est difficile de mettre un nom. On parle de démence. Cependant, les comportements de la personne âgée ont un sens, comme l'explique Claudine BADEY-RODRIGUEZ<sup>41</sup> « elles (les personnes âgées) retournent sans cesse à des blessures secrètes, accumulées pendant leur existence et essaient de résoudre des conflits anciens non résolus en exprimant des sentiments qu'elles avaient refoulés à l'époque ». La recherche de significations de certains « comportements confusionnels » est à prendre en compte dans la relation à entretenir avec ces personnes. Elle facilite l'entrée en relation du personnel avec les résidents.

La confrontation aux troubles psychologiques, conjuguée à celle de la grande dépendance, sont des facteurs à l'origine de mal être et d'insatisfaction pour le personnel. La difficulté à établir une communication avec le résident est apparue plusieurs fois au cours des entretiens. L'impossibilité de cet échange avec lui est source de frustrations pour les professionnels : « *nous n'avons pas de retour* » - « *c'est encore plus difficile quand on est seule avec lui* »... D'autre part, la problématique du consentement de la personne, parfois impossible à obtenir, est un sujet souvent abordé. J'ai pu observer, en suivant le groupe de travail, combien les agents étaient démunis quand ils essayaient de trouver une solution pour un résident qui ne s'exprimait plus. L'attitude empathique l'emporte toujours, mais avec en interrogation « *est-ce que c'est vraiment ce qu'il aurait voulu ?* ». Ce sentiment d'insatisfaction peut devenir déstabilisant. Certains agents se questionnent sans cesse ; d'autres se replient sur les anciennes façons de faire. Si la confusion s'accompagne d'agressivité, la crainte peut s'ajouter à l'angoisse. La fuite est alors une réponse : c'est le cas de ce monsieur dont on ne s'occupe qu'en dernier, de peur de prendre des coups, ou de se faire insulter.

Pourtant, ces temps d'échange, d'écoute, sont des moments revendiqués par les agents comme devant faire partie de leur travail. Or, la disponibilité leur manque pour y

---

<sup>41</sup> BADEY-RODRIGUEZ Cl. *Les personnes âgées en institution: vie ou survie. Pour une dynamique de changement*. Paris : Seli Arslan, 1997, p. 87.

répondre de manière satisfaisante. La charge de travail est importante. Le temps passé pour l'aide à l'habillage et à la toilette occupe la plus grande partie de la journée. C'est à ces moments-là que les résidents aimeraient qu'il soit passé plus de temps avec eux ; moments où il est bon de respecter les rituels et habitudes. Mais « *elles sont souvent pressées* » disent les résidents. Ce phénomène est mal perçu par le personnel. L'appréhension de « *ne pas avoir terminé à temps* » est une préoccupation constante, de même que « *si on passe plus de temps avec un résident, ce sera au détriment d'un autre* ». Les contraintes liées à la charge de travail des personnels en gériatrie n'est pas un fait nouveau. Les associations de professionnels le dénoncent depuis longtemps, et régulièrement. En effet, le facteur temps est un élément indispensable à un accompagnement de qualité.

Les nouvelles exigences du travail en gériatrie ont également entretenu cette perte de repères. La spécialité gériatrique tend à s'affirmer, et l'on peut enfin se féliciter qu'une qualité de soins spécifiques à la personne âgée soit reconnue et intégrée dans les modes de fonctionnement.

La procédure de conventionnement incite chaque établissement à formuler un projet de soins définissant les axes prioritaires à développer en ce domaine. Devant faire partie du projet de vie, le risque est grand pour que ce projet de soins ne le domine. En effet, le souci de la mise en place une « assurance-qualité » favorise l'élaboration de protocoles devant déterminer les conduites à tenir en présence d'une situation précise, afin d'harmoniser les pratiques et donner une base de travail. Le médecin coordonnateur, chargé de la coordination des soins au sein de l'établissement, établit ces protocoles en fonction d'indicateurs de suivi. Ainsi il peut exister des protocoles dans des domaines variés : chutes, escarres, douleur, incontinence, soins de bouche ... ou encore diarrhées, infections respiratoires. Une fois par mois, lors de réunions avec les membres de l'équipe soignante, un ou deux protocoles sont présentés. Ils contribuent à améliorer les pratiques, mais induisent également des effets pervers. D'abord celui de ne considérer le résident qu'à travers les dispositions des protocoles. Ensuite, l'émergence de la peur de l'erreur chez les agents : « *et si je n'avais pas vu telle chose alors qu'il existe un protocole pour y répondre* », ou encore « *est-ce que j'ai bien fait ce qui est écrit ?* » et « *est-ce que j'ai bien noté ce que j'ai fait ?* ». Le personnel dit alors avoir l'impression de ne rencontrer que les résidents qui nécessitent des soins, et n'être que très peu en relation avec ceux dont l'état de santé ne requiert pas leur intervention. La nécessité de se référer à des protocoles, tant au niveau de la qualité des soins que de l'hygiène, découle de la volonté et de l'obligation de développer une démarche qualité. Les protocoles doivent pouvoir donner l'occasion au personnel d'enrichir ses pratiques et de se responsabiliser. Mais on constate combien il est difficile, au quotidien, de les appliquer tout en respectant

l'individualité du résident. L'éthique retenue dans le projet de vie est sans cesse questionnée et mise à l'épreuve. « Au sein des institutions, le travail du personnel et par là son univers, n'ont d'autre objet que la personne humaine »<sup>42</sup>. Chaque cas particulier mériterait qu'il soit discuté. Cela ne peut se faire sans communication et sans concertation actives.

### **2.2.2 Une communication et une concertation difficiles à mettre en oeuvre.**

Nous avons vu qu'un réel accompagnement de la personne âgée en maison de retraite faisait appel à de multiples acteurs. Une communication, une concertation entre ces acteurs semble alors incontournable. Pourtant, elles sont souvent délicates à mettre en oeuvre.

Une des premières difficultés consiste à communiquer autour du projet de vie au fil des années, en prenant en compte les arrivées de nouveaux agents, et/ou de nouveaux résidents. Cette réactivation de la communication conduirait à faire partager par tous, anciens et nouveaux, les valeurs sur lesquelles l'établissement appuie ses actions. Il est vrai que le livret d'accueil, auquel est annexée la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, est remis systématiquement à chaque résident et à sa famille. Cette même charte est également affichée dans l'établissement. Chacun peut donc s'y référer. Cependant, cette simple information ne suffit pas à elle-seule à expliquer la politique de l'établissement, et comment elle se décline auprès des résidents. Parmi les personnes qui ont participé au travail de réflexion sur le projet de vie, plusieurs ont quitté l'établissement, notamment parmi celles du groupe ayant travaillé sur l'accueil. Les agents arrivés plus récemment m'ont dit ne pas avoir pris connaissance du projet de vie, ce qui ne facilite pas leur compréhension de ce que l'on attend de leur travail, et de leur implication dans la dynamique de l'institution. Une communication permanente et active paraît alors indispensable.

D'autre part, même si des actions ont été mises en place, une réflexion pluridisciplinaire autour de la situation de chaque résident est à développer. Prenons l'exemple de l'entretien d'accueil. Cet entretien devrait permettre, et il avait été conçu dans cet esprit, de mieux connaître le résident : ses rythmes de vie, ses habitudes, ses rituels, des éléments de son histoire devaient même y figurer. L'entretien est réalisé une semaine avant l'entrée par un agent de l'équipe soignante présent le jour de l'arrivée du résident. Simplement, en l'absence de concertation sur la manière de conduire l'entretien

---

<sup>42</sup> VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M-Ch., CHAPELEAU J. *Construire le projet de vie en maison de retraite*. Toulouse : Erès, 1993, Coll. Pratiques Gérontologiques, p.9.

et de recueillir les informations, les renseignements obtenus sont hétéroclites et les éléments de l'histoire du résident sont souvent bien succincts. Par ailleurs, Ce recueil ne donne lieu à aucune information concertée. Les renseignements recueillis sont « entrés » dans le dossier informatisé du résident. Le médecin coordonnateur rencontre le résident dans les jours qui suivent son arrivée, réunit les informations médicales, des renseignements sur ses habitudes de vie et son histoire, puis complète à son tour ce dossier informatisé. L'infirmière fait de même, ainsi que les aides-soignantes, AMP et ASH, après avoir évalué le degré de dépendance du résident, à l'aide de la grille AGGIR. Le médecin coordonnateur vérifie la cohérence de l'ensemble. Il en résulte, comme avec tout dossier informatisé, en fonction des items complétés, la production d'un « plan de soins », qui demeure axé sur l'état de santé de la personne et son niveau de dépendance. Ce plan de soins pourrait donner lieu à un véritable travail de concertation. Le dossier médical et le dossier de soins informatisés sont des outils nécessaires à la traçabilité des données. En l'absence de réflexion commune sur ces données, leur consultation peut susciter des interprétations individuelles ; chacun retient les renseignements auxquels il est le plus sensible, en fonction de sa personnalité, de sa propre histoire, de ses propres valeurs. Par ailleurs, le ressenti d'une complexité de l'informatique, la nécessité de prendre le temps d'aller rechercher les informations peuvent conduire à une absence de consultation. Il existe pourtant un intérêt professionnel à cette démarche. En effet, certains renseignements sont importants pour le déroulement du séjour du résident. Ils peuvent éclairer sur son comportement, et ainsi orienter les façons d'être envers lui. La communication avec le psychologue est à ce moment essentielle pour décrypter certains comportements et pour aider à l'analyse des histoires de vie. L'histoire d'un résident peut faire apparaître des éléments à caractère « secret » qui ne peuvent donner lieu qu'à une communication restreinte et sélective. Les codes de déontologie et les dispositions statutaires sont suffisamment clairs sur ce sujet, et chaque professionnel y est attentif. Cependant, en milieu rural où tout le monde se connaît, plus ou moins, la confidentialité est parfois difficile à assurer. Le personnel et les résidents sont souvent issus de la commune, y ont vécu et y vivent encore ; c'est le cas à MAULEVRIER. Chacun est alors susceptible de connaître l'histoire de l'autre. Un agent m'a fait part des difficultés soulevées lorsqu'elle avait dû s'occuper d'une résidente, ancienne institutrice de la commune, qui avait eu pour élèves bon nombre d'agents travaillant aujourd'hui à la maison de retraite.

Si des facteurs environnementaux peuvent venir perturber la communication, les échanges entre équipes ne conduisent pas non plus à une réelle concertation. Les transmissions journalières, traditionnellement prévues au moment des changements d'équipes, offrent peu de temps pour la discussion : dix minutes par jour pour échanger

sur trente six résidents, seules les informations utiles, voire techniques, sont données. Des réunions mensuelles, organisées par le médecin coordonnateur, permettent d'aborder des points particuliers en lien avec les résidents, ou avec l'organisation et le fonctionnement de l'institution. Les protocoles étant également présentés à ce moment-là, les discussions ont tendance à s'orienter plus particulièrement vers les soins, notamment dans leur dimension technique. Malgré tout, les droits fondamentaux des résidents donnent lieu régulièrement à des échanges animés entre les participants à ces réunions. Cependant, le plus souvent, seuls les agents travaillant cette journée-là y sont présents. Ces informations ne sont transmises que de manière informelle à l'ensemble de l'équipe, et plus particulièrement aux agents de nuit. Une certaine méconnaissance du travail de l'une et l'autre équipe peut être source de dysfonctionnements. Lors du suivi du groupe de travail, j'ai pu me rendre compte de cette situation à maintes reprises, et notamment concernant les changes en cours de nuit : « *faut-il réveiller un résident ?* », « *mais dort-il vraiment ?* ». Si la nuit la vie institutionnelle est plus calme elle existe pourtant, et c'est souvent le moment où les résidents s'expriment plus volontiers, car ils sentent qu'ils peuvent être écoutés. Les agents de nuit connaissent les résidents sous un autre visage. Leurs points de vue enrichiraient les autres renseignements recueillis par ailleurs sur les résidents.

Développer un projet individuel par résident en vue de son accompagnement signifie avant tout rechercher sa participation. L'entrée en maison de retraite, notamment lorsqu'il a eu l'occasion de s'y préparer, correspond, avant tout, pour le résident à une recherche de sécurité : « *je savais que là au moins, on s'occuperait de tout* ». Cependant, ce n'est pas sans une certaine résignation. Le début du séjour est toujours difficile ; les résidents évoquent « *plusieurs semaines de tristesse* » au cours desquelles une atonie s'installe. Il est malaisé, à ce moment d'obtenir sa participation. Pendant cette phase l'approche du résident nécessiterait une démarche progressive de communication et de concertation avec lui.

Les relations avec la famille, surtout à ce moment là, sont alors à développer, car elles évitent nombre de malentendus et de quiproquos. Le personnel rencontre quelquefois des difficultés à se positionner vis à vis des familles. Leurs exigences, teintées ponctuellement de consumérisme, peuvent être parfois mal perçues. Quant le résident ne dispose pas de tout son discernement, le malaise s'accroît : « *Doit-on seulement écouter la famille ?* ». Les familles ou les proches ont des points de vue, des façons d'être et des intérêts dont nous devons tenir compte. Dans ces conditions, il serait souhaitable de préciser leur rôle dans l'accompagnement du résident, tout en le délimitant précisément. L'idée d'organiser des discussions-débats avec les familles a été présentée par la directrice et le médecin coordonnateur en Conseil de la Vie Sociale, qui l'a validée.

Le premier thème proposé par les familles, et retenu : « *comment se déroule une journée à la maison de retraite* », traduit le ressenti d'une transparence insuffisante en ce qui concerne le fonctionnement concret de l'institution, malgré tout ce qui est fait en ce domaine.

Créer une communication fructueuse, autour du résident, avec les intervenants extérieurs est un sujet tout aussi délicat, notamment avec les médecins libéraux et les bénévoles. Les résidents, à MAULEVRIER comme dans tout établissement, ont le choix de leur médecin traitant. Les médecins qui interviennent connaissent donc bien le résident puisqu'en général, ils le suivent depuis plusieurs années. Or ils ne sont que très peu impliqués dans l'accompagnement du résident. Par manque de temps, très certainement. Sans doute aussi parce que leur formation et leur pratique les incitent à le considérer comme « un patient à guérir », et non « un résident à accompagner ». Leur implication dans le travail d'équipe soignante n'est que trop limité. Une modification ou un changement de traitement peuvent avoir des conséquences sur le comportement d'un résident. L'impact de ces conséquences devrait pouvoir être expliqué et mesuré avec le reste de l'équipe. Or, la coordination est malaisée à obtenir. Le médecin coordonnateur, dont l'une des missions est « d'organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant en établissement », œuvre en ce sens depuis son arrivée. On se rend compte, cependant, que le poids des habitudes est difficile à lever ; les mentalités difficiles à faire évoluer.

En ce qui concerne les bénévoles, la coordination et la concertation sont plus complexes encore. Il s'agit souvent de personnes retraitées elles-mêmes, qui interviennent au nom d'une association ou à titre personnel. Elles sont souvent sollicitées pour répondre à des demandes particulières de quelques résidents, en complément à ce que propose la maison de retraite, ou encore pour participer à l'animation collective. Ces bénévoles compensent une absence de formation particulière par un grand dévouement et une disponibilité appréciable. Cependant, l'accompagnement des résidents nécessite le recours à certaines informations auxquelles ils ne peuvent avoir accès du fait de leur position dans l'établissement. Cela peut conduire à des attitudes parfois inappropriées, sources potentielles de tensions avec l'équipe soignante : par exemple, comment faire manger un résident en évitant le risque de fausse-route ... L'accompagnement des pratiques culturelles peut également donner lieu à des anecdotes inattendues. On a vu ainsi un bénévole conduire durant plusieurs mois un résident à la messe, alors que le personnel savait que ce monsieur, qui ne pouvait s'exprimer, n'était pas croyant. Nous voyons ainsi comment un manque de concertation et d'explications peuvent être à l'origine de malentendus, de quiproquos, et ainsi perturber l'accompagnement.

Ces quelques situations mettent en évidence les obstacles auxquels est confrontée la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement des résidents dans l'établissement et incitent à la recherche de solutions.

### **3 ■ L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ : UNE REFLEXION A CONDUIRE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL.**

L'objet de cette troisième partie est de proposer, compte tenu des constats et observations que nous venons d'établir, et en l'état actuel des données juridiques et opérationnelles, des pistes de réflexions et d'actions pour réussir un accompagnement adapté à chaque résident. Ces propositions s'appuient sur le contexte du lieu de stage, la Maison de Retraite de MAULEVRIER ; certaines seraient vraisemblablement à nuancer dans le cadre d'un contexte différent.

L'accompagnement du résident, comme nous l'avons vu, est pluridisciplinaire. C'est le rôle du directeur de fédérer et animer tous les acteurs concernés, et de créer les conditions favorables à sa mise en œuvre.

Deux grands axes me paraissent importants à étudier, au regard de l'analyse menée. D'une part, conduire une action sur les pratiques professionnelles, à centrer sur le projet individuel du résident, auquel la formation et le recrutement du personnel doivent s'adapter. Et, d'autre part, définir une organisation du travail qui réponde à ces objectifs, avec la mise en place d'une solide coordination, et la recherche d'une efficacité dans le temps de travail. Un questionnement sur les moyens, humains et financiers, est alors essentiel.

#### **3.1 · Accompagnement individualisé du résident : définir des pratiques professionnelles adaptées.**

Réussir un accompagnement individualisé suppose une connaissance approfondie du résident, et la recherche de sa participation. Cela suppose également des attitudes professionnelles adaptées, qui sont, d'une part, à acquérir ou à développer par la formation professionnelle, et, d'autre part, à élargir, par l'introduction éventuelle de nouveaux métiers.

### **3.1.1 Réaliser et approfondir un projet individuel par résident.**

De manière très concrète, que pouvons nous mettre en place avec le résident pour réussir son intégration, puis son séjour en maison de retraite, et lui offrir un accompagnement de qualité ? Nous avons vu que la base en était le projet individuel. Comment réaliser ce projet, à quel moment débiter cette démarche, dans quelles conditions, et avec qui ?

L'objectif premier est de maintenir l'identité du résident, son autonomie. Pour le réaliser, il est nécessaire qu'il y ait adéquation entre le degré de dépendance du résident et les moyens d'actions de l'établissement, ce qui conduit, bien que nous soyons dans le secteur public, à une certaine sélection des personnes à admettre. En effet, ne pas prendre cette adéquation en compte provoquerait des difficultés pour l'institution, le personnel, le résident et sa famille, puisque la prise en charge serait inadaptée, donc insatisfaisante. Une procédure d'admission existe déjà : la possible entrée d'un résident est soumise à l'examen par le médecin coordonnateur, en concertation avec la directrice, d'un questionnaire à orientation médicale, complété par le médecin traitant. Cet examen prend particulièrement en compte les niveaux de dépendance et de recours en soins nécessaires à la personne concernée. Cette procédure est adaptée, et doit continuer à être appliquée de manière systématique, dans l'optique d'offrir à la personne accueillie des prestations de qualité, répondant de manière aussi exhaustive que possible à ses besoins.

La procédure d'accueil qui succède à la démarche d'admission est tout aussi importante. Cette procédure existe déjà. Elle est appliquée, et donne lieu au recueil d'informations sur les habitudes, les rythmes de vie du futur résident et partiellement sur son histoire de vie. Elle mériterait cependant d'être approfondie dans son contenu en se rapprochant éventuellement des pratiques actuelles du SSIAD en ce domaine : un bilan précis prenant en compte la globalité de l'individu dans son contexte environnemental et familial. La rencontre au domicile du résident doit permettre l'obtention de renseignements plus riches, et doit être l'occasion d'engager une relation avec lui afin d'obtenir sa participation à la démarche d'accueil. C'est le moment de recueillir, ou de percevoir, des indications sur les relations avec la famille ou les proches, pour essayer d'anticiper les conséquences de la rupture de tous ces liens lors de l'entrée à la maison de retraite. C'est également le moment d'inviter le résident à communiquer sur son histoire de vie, notamment la dimension spirituelle, même si cela ne doit comporter que quelques éléments. Ceux-ci doivent cependant être pertinents.

Une première évaluation de l'autonomie du résident pourrait être réalisée à l'occasion de cette visite, à domicile ou en institution, car elle permettrait d'esquisser un plan d'aide. Il serait alors essentiel de repérer les potentialités de la personne et de les

valoriser. Une utilisation dynamique de la grille AGGIR pourrait servir de base et alimenter la réflexion sur la construction du projet individuel du résident<sup>43</sup>. En s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles la personne « fait partiellement » ou « ne fait pas », il est possible de développer des aides qui seront alors personnalisées. En insistant sur ses potentialités, en suscitant son avis, l'aide peut être compensatrice, ou rééducatrice ; dans tous les cas, elle devrait donner lieu à une négociation avec le résident qui doit rester acteur. Le fait de réaliser cette évaluation au domicile permettrait d'autre part de repérer ce qui avait été jusqu'alors mis en place pour pallier les déficiences, et éventuellement introduire, en les adaptant, ces actions dans le plan d'aide : il peut s'agir, par exemple, de l'utilisation de couverts adaptés pour prendre les repas.

Pour faciliter cet entretien d'accueil, j'ai proposé une grille<sup>44</sup> élaborée à partir de mes observations, des entretiens avec les agents et consultation pour validation du médecin coordonnateur. Je propose également que cet entretien soit réalisé par une même personne, formée à cet effet, pour garantir la qualité, la standardisation, et la cohérence des informations recueillies. Il devrait être également l'occasion d'échanges entre membres de l'équipe.

Cet entretien constituerait la base de construction du projet personnalisé du résident, son élaboration devrait s'affiner au cours des semaines suivant l'entrée à la maison de retraite : une observation du résident durant une période de deux à trois semaines me semblerait suffisante pour prétendre à la mise au point du projet individuel qui pourrait être à l'origine de la formulation de l'avenant au contrat de séjour du résident pour lequel j'ai préparé une trame de rédaction<sup>45</sup> ; avenant qui, rappelons-le, doit « préciser les objectifs et prestations adaptées à la personne »<sup>46</sup>.

On ne peut envisager le projet individuel du résident, gage d'un accompagnement de qualité, sans évoquer le sujet de l'animation. Ces deux notions, accompagnement et animation, en réalité, se superposent, nécessitant disponibilité, attention, tolérance. « si elle (l'animation) s'appuie sur une activité de relation permettant entre autres de mieux repérer les intérêts, les désirs et souhaits de la personne et de maintenir ou restaurer son

---

<sup>43</sup> AMYOT J.J, MOLLIER A. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002. p.190.

<sup>44</sup> Cf annexe n° 2 – « proposition d'une grille d'évaluation pour élaborer un dispositif d'accompagnement du résident ».

<sup>45</sup> Cf annexe n° 3 – « proposition d'avenant au contrat de séjour du résident ».

<sup>46</sup> Décret 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.

identité, elle ne peut se greffer de manière extérieure sur le quotidien et est donc l'affaire de tous. »<sup>47</sup>.

Très souvent, une animation autour d'activités collectives est proposée dans les établissements. Il est des résidents pour lesquels ces activités collectives sont adaptées, et ils peuvent même en être les initiateurs, même si cela devient rare. Cependant, il est de plus en plus difficile aujourd'hui de mobiliser les résidents autour de ce type de démarche. Il est délicat de proposer des activités manuelles, par exemple, à des résidents qui ne peuvent plus se servir d'une paire de ciseaux, ou encore des jeux de société à des résidents dont les facultés intellectuelles sont amoindries, sous peine de les mettre en échec. Au delà de cette animation organisée et collective, il existe également de nombreux moments, dans la journée, qui peuvent être considérés comme telle : la toilette, l'habillage, le repas ... d'une manière générale, les actes de la vie quotidienne nécessitant une aide. Cela ne doit pas empêcher le respect des moments de silence ou de solitude que souhaite le résident.

L'animation ainsi conçue fait une part importante aux soins relationnels qui sont à intégrer dans les pratiques professionnelles, et, pour cela, donner lieu à des actions de formation spécifique.

### **3.1.2 Agir sur la formation et le recrutement.**

Comme nous l'avons déjà vu, l'établissement conduit une politique de formation dynamique et active à laquelle participe l'ensemble des agents, quelle que soit leur fonction dans l'établissement. Cette démarche à caractère institutionnel est initialisée par la directrice mais fait également l'objet d'une demande des agents.

Cependant, le travail de soins en gériatrie comporte des spécificités insuffisamment prises en compte au niveau des formations initiales, ce qui peut générer des difficultés pour le personnel soignant, la démonstration en a été faite précédemment. Intégrer une formation aux soins relationnels est de nature à favoriser la mise en œuvre de l'accompagnement individualisé. Le soin relationnel, dont la technique n'est pas nouvelle, s'adapte particulièrement bien au secteur de la gériatrie, laissant une large place à l'écoute, à la communication, à l'étude des gestes...

La directrice a fait le choix de former tout le personnel soignant à « la méthodologie des soins Gineste-Marescotti », selon la « philosophie de l'humanité »<sup>48</sup>. Cette

---

<sup>47</sup> BADEY-RODRIGUEZ Cl. *Les personnes âgées en institution: vie ou survie. Pour une dynamique de changement.* Paris : Seli Arslan, 1997, p. 46.

démarche a été développée plus particulièrement au Canada, où l'approche de la gériatrie est différente, car axée essentiellement sur l'autonomie de la personne âgée et sur l'importance des « milieux de vie ». Ce modèle a influencé notre perception de la prise en charge en gériatrie. Les travaux conduits par cet institut, au Québec, depuis l'année 2000, trouvent aujourd'hui écho en France dans l'action gérontologique, et sont reconnus par les décideurs politiques<sup>49</sup>. Cette formation fait une part importante à la relation individuelle, selon des valeurs humanistes, et conduit à une remise en question des façons de faire. Elle propose des techniques d'approche de la personne, de « mise en relation » sous des appellations, qui sont désormais des marques déposées - « capture sensorielle » fondée sur le « regard, la parole, le toucher », et le « rebouclage sensoriel » - . Elle valorise d'autre part le travail infirmier en redéfinissant le « rôle propre » de l'infirmière. au sein de l'équipe. Ces techniques et façons d'être où la singularité de l'individu est en permanence recherchée contribuent à la qualité de la démarche d'accompagnement. De plus, prévue pour l'ensemble de l'équipe soignante, cette formation est un facteur de cohésion de l'équipe. Par ailleurs, elle conduit à la formation de référents internes à l'établissement, qui démultiplieront cette formation auprès des nouveaux arrivants, et entretiendront la maintenance de la démarche auprès des autres.

Placer l'utilisateur au cœur des préoccupations des professionnels conduit à une évolution des métiers sur laquelle il est possible de s'appuyer pour mettre en œuvre un accompagnement personnalisé de qualité.

La validation des acquis et de l'expérience s'est ouverte à l'obtention du diplôme d'aide-soignant<sup>50</sup>. Elle a conduit à l'élaboration de référentiels d'activités et de compétences, modifiant le contenu de la formation initiale, et définissant des postures professionnelles particulièrement bien adaptées au domaine de la gérontologie. A titre d'exemple, le référentiel de compétences fait apparaître un module « accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie », ou encore « établir une communication adaptée à la personne et à son entourage » ... La formatrice en formation aide-soignante de l'IFSO<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> Cf. site internet : <http://cec-formation.net>

<sup>49</sup> Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, sensibilisé à cette pratique d'un « prendre soin » lors de la visite d'un établissement québécois, a parrainé le colloque sur les milieux de vie du 19 avril 2006 organisé par l'IGM, à Paris.

<sup>50</sup> Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités de la validation des acquis et de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'aide-soignant.

<sup>51</sup> Institut Formation Santé de l'Ouest.

d'ANGERS, que j'ai souhaité rencontrer en entretien, m'a expliqué que cette formation, dans sa nouvelle formule, faisait appel à l'observation de l'individu, et à une analyse de chaque situation à travers les cas que les élèves ont à étudier. La démarche professionnelle part dorénavant de la recherche et de l'analyse des besoins de l'individu, plutôt que du recours à des solutions déjà existantes.

La formation d'aide-soignante s'approche désormais, par certains points, de la formation d'AMP<sup>52</sup> qui s'appuie sur cette dynamique. Un récent diplôme d'auxiliaire de vie sociale<sup>53</sup>, plus axé sur l'intervention à domicile, dont la formation intègre également le principe d'individualisation, a permis de former de nouveaux professionnels dans le champ de la prise en charge des personnes âgées. Il serait souhaitable que ce diplôme soit reconnu statutairement afin que les établissements de la Fonction Publique Hospitalière puissent les recruter et les faire intervenir en institutions. La diversification de ces emplois permettrait d'appréhender plus précisément la personne âgée dans sa singularité par le croisement des regards portés sur elle. Par ailleurs, la similitude des formations permettrait une meilleure coordination et une meilleure compréhension de ces professionnels entre eux.

Cependant, la création de nouveaux métiers dans le secteur de la gériatrie doit également éveiller et retenir notre attention. Les métiers du secteur social créés en dehors de la filière purement soignante (tels que les auxiliaires de gériatrie, ou les conseillères en vie sociale) enrichiraient la prise en charge du résident par la mise en œuvre de compétences complémentaires, plus ouvertes sur les aspects sociaux et environnementaux.

L'intégration de ces nouvelles compétences au sein des institutions peut s'effectuer par la voie de la promotion interne, ou celle de recrutements externes diversifiés. En effet, actuellement, dans nos institutions, de nombreuses ASH effectuent des tâches d'AS, et attendent la possibilité d'un changement de grade, et donc de la reconnaissance de leur travail, par la formation promotionnelle, ou par la VAE.

La formation, comme la VAE, répondent également, dans ce cas de figure, aux besoins de l'institution. Nous avons pu constater que la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé nécessite des emplois et des compétences supplémentaires. Or, la formation promotionnelle représente un coût non négligeable dans les petites institutions qui doivent en assurer le financement. Cette année, cependant, la formation au diplôme d'aide-soignant (DPAS), quelle s'effectue en institut

---

<sup>52</sup> Décret n° 2006-255 du 2 mars 2006 instituant le diplôme d'Etat d'Aide médico-psychologique – arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'Etat d'Aide médico-psychologique.

<sup>53</sup> Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale – arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.

ou par la VAE, fait l'objet d'un financement externe couvert par des crédits spéciaux de la CNSA<sup>54</sup>, gérés par l'ANFH<sup>55</sup>. Par ailleurs, cette politique de promotion ne porte pleinement ses effets que si l'établissement est en mesure de proposer aux agents « promotionnés » les emplois correspondants. Les établissements, compte tenu de leur mode de financement, et de la mise en œuvre de la tarification ternaire, n'ont pas la possibilité de créer ces emplois, sinon de façon marginale, ce qui interdit en même temps tout recrutement externe. Ce mode de recrutement présente pourtant pour l'institution l'intérêt de provoquer un métissage professionnel par l'apport, éventuellement, d'une nouvelle culture, de nouvelles pratiques professionnelles...Il est ainsi source d'une plus value pour l'établissement. Mais il peut également présenter un risque si l'intégration des nouveaux arrivants se fait mal, créant des tensions qui seront à gérer. Le rôle du directeur, dans sa fonction de recrutement, est important. Il doit veiller à la réussite de ce métissage culturel par le recrutement d'agents venant d'autres horizons, du métissage professionnel par l'introduction des nouveaux métiers, et du métissage générationnel en variant les tranches d'âge des agents.

Le Plan Solidarité-Grand Age<sup>56</sup> qui prévoit une augmentation des ratios d'encadrement, et « la mise en oeuvre d'un plan de formation des métiers du grand âge » représente une opportunité à saisir pour augmenter les compétences et le temps-agents disponible auprès des résidents, et ainsi faciliter la mise en oeuvre et le développement d'une démarche d'accompagnement.

### **3.2 · Accompagnement individualisé du résident : créer les conditions favorables pour mettre en œuvre cette politique.**

Réussir l'accompagnement du résident en maison de retraite suppose un environnement propice. Cette politique nécessite la création de conditions favorables à sa mise en œuvre, dont l'organisation du travail est le point essentiel. Reformuler l'organisation du travail, et l'optimiser, en évoquant la question des moyens, me paraissent être les deux points sur lesquels nous devons nous attarder.

---

<sup>54</sup> Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

<sup>55</sup> ANFH : Association pour la Formation permanente du personnel Hospitalier – association sans but lucratif, qui a pour vocation de favoriser et d'améliorer la qualification professionnelle des personnels hospitaliers.

<sup>56</sup> Plan Solidarité-Grand Age, présenté le 27 juin 2006 par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

### **3.2.1 Reformuler l'organisation du travail.**

L'organisation du travail, à la maison de retraite de MAULEVRIER, a fait l'objet de nombreux travaux auxquels a été associé le personnel, dans le cadre, d'une part, de l'élaboration du projet de vie, puis, d'autre part, de l'aménagement de la réduction du temps de travail. Ces opérations ont donné lieu à une importante concertation entre la directrice et les professionnels. Il ne paraît donc pas souhaitable de reprendre les réflexions à leur début, mais plutôt de reformuler les travaux qui ont été effectués. Il me semble intéressant d'envisager l'organisation du travail sous deux aspects : la valorisation d'un travail d'équipe autour d'une solide coordination.

Il convient, dans un premier temps, de définir qui est concerné par l'accompagnement du résident, et dans quelle mesure. La distinction se fait selon un critère de proximité par rapport au résident : proximité relationnelle et affective, proximité professionnelle, proximité géographique. A partir de ce critère, nous pouvons identifier deux cercles d'intervenants.

Un premier cercle réunit l'équipe soignante (médecin coordonnateur, infirmières, aides-soignantes, AMP) et la famille ou les proches. Les ASH ne font pas, à proprement parler, partie de l'équipe soignante. Cependant, d'une part, elles suppléent les aides-soignantes, ce qui provoque parfois une confusion des rôles, et, d'autre part, elles entretiennent une relation de proximité avec le résident. Elles appartiennent donc à ce premier cercle. Ces différents acteurs ont un rôle privilégié dans la mise en œuvre de l'accompagnement, puisqu'ils partagent l'intimité du résident, et sont, de ce fait, les plus à même d'appréhender ses besoins et ses attentes. Les professionnels, par leur formation et leur expérience, sont responsables des actes techniques. On attend donc également qu'ils présentent les postures et attitudes adaptées à chaque résident. Cependant, au sein de l'équipe soignante, il convient de rappeler les domaines de compétences de chacun, afin d'éviter des interventions isolées et inappropriées : l'IDE travaille par délégation du médecin, mais dispose également d'un rôle propre, défini par son statut<sup>57</sup> ; l'AS, en l'absence d'un rôle propre, exécute ses tâches par délégation de l'IDE. Ces éléments sont repris dans des fiches de postes (IDE, AS, ASH), qu'il convient de réactiver.

Par ailleurs, il me semble opportun de créer, au sein de l'équipe soignante, une fonction de référent par rapport au résident, permettant de suivre, de manière particulière et très individualisée, l'évolution de son état et de ses besoins. Ce référent joue un rôle

---

<sup>57</sup> Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

d'interface avec les autres professionnels de l'institution et les intervenants extérieurs. Cette fonction, assurée pour un résident donné, par un binôme de professionnels de l'équipe soignante, conduit, d'une part, à valoriser le rôle de ces professionnels, d'autre part, à renforcer la démarche d'individualisation, et enfin, à soutenir l'action de l'infirmière coordinatrice.

La famille et les proches, dans certains cas, par leur dévouement et leur attachement, ont un rôle dans le maintien du lien affectif dans la démarche d'accompagnement. On devrait pouvoir leur offrir la possibilité de contribuer à la réalisation de certains actes techniques (toilette, habillage, repas, mobilisation) ou de les effectuer, comme ils le souhaitent parfois. Cependant, ces actes ne peuvent s'accomplir que dans un cadre précisément délimité, en fonction de l'état du résident, et faire l'objet d'une autorisation de la directrice. Cette question peut être débattue en Conseil de la Vie Sociale, mais il me semble qu'elle se règlera de manière plus efficace, au cas par cas, dans le cadre d'un rendez-vous individuel, avec la directrice et/ou l'infirmière coordinatrice.

Le deuxième cercle se compose essentiellement d'acteurs apportant une prestation au résident : les personnels des services hôteliers, logistiques et administratifs, ainsi que les bénévoles. Ils ne sont pas directement impliqués dans la prise en charge du résident, mais ils ont un rôle complémentaire par rapport au premier cercle. Ils doivent veiller, dans le cadre de la démarche d'accompagnement, à présenter des attitudes adaptées à l'état de chaque résident et, en même temps, proposer des prestations de qualité dans le champ de leurs compétences (pour le cuisinier, le bon repas, à la bonne température, au bon moment). Pour les bénévoles, la situation est plus délicate. En effet, d'une part, ils ne disposent pas d'une formation spécifique, et, d'autre part, ils n'ont pas accès à toutes les informations concernant les résidents. Il me semble que leurs interventions doivent se réaliser dans le cadre de la « charte des bénévoles », qui détermine les informations auxquelles ils peuvent avoir accès, et les limites de leur action. Ils peuvent ainsi participer à l'exécution de certains actes techniques (mobilisation, repas), avec l'autorisation de la directrice et/ou de l'infirmière coordinatrice.

Ce travail d'équipe, à partir d'un premier et d'un deuxième cercle d'intervenants, nécessite, pour une plus grande efficacité, une solide coordination. L'exemple du groupe de travail sur l'incontinence que j'ai suivi durant mon stage a montré les insuffisances d'une simple approche technique d'une problématique, sans lien avec la dimension contextuelle, et la grande difficulté de coordonner tous les acteurs concernés autour de cette problématique. La coordination interprofessionnelle s'impose également comme un relais du directeur qui ne peut assurer en permanence une gestion de proximité, ce qui est souvent le cas dans les petites structures.

Le pilotage de cette fonction de coordination pourrait, il me semble, être assuré par une infirmière, libérée de la réalisation des actes techniques pour avoir la disponibilité nécessaire. Le choix d'une infirmière, compte tenu de son rôle dans l'équipe et auprès du résident, apporte une légitimité par rapport à l'équipe soignante, et une garantie de confiance indispensable à la cohésion de l'équipe. J'ai élaboré à cet effet une fiche de poste de l'infirmière coordinatrice<sup>58</sup> faisant apparaître d'une part les qualités attendues, et, d'autre part, les missions à assurer. Il me paraît essentiel que cette infirmière soit formée, comme tous les membres du personnel, à la « philosophie de l'humanité » pour s'inscrire dans la politique de l'établissement, ainsi qu'à l'animation d'équipe.

Cette infirmière coordinatrice est appelée à assurer le lien des professionnels de l'établissement entre eux, mais également le lien avec les intervenants extérieurs (médecins libéraux, kinésithérapeutes, pédicure ...) et avec les familles. Elle assure d'autre part les relations avec les réseaux et les équipes mobiles existants : soins palliatifs, psychogériatrique, gérontologique. Ces réseaux et équipes mobiles sont d'une utilité certaine pour assurer la qualité de la démarche d'accompagnement, mais leur mode de fonctionnement peut apparaître parfois un peu complexe, et leur disponibilité insuffisante.

L'infirmière coordinatrice est garante de la cohésion de l'équipe et de la cohérence de la démarche d'accompagnement autour du résident. Elle devient, de ce fait, l'interlocuteur privilégié du résident et de sa famille, de l'équipe soignante, du médecin coordonnateur et de la directrice, et sert d'interface entre tous ces acteurs sur lesquels elle s'appuie pour mener son action. Elle a un rôle particulièrement stratégique au sein de l'institution.

Pour que cette organisation soit opérationnelle, il est incontournable de mettre en place des temps de concertation institutionnalisés entre les professionnels. Cette démarche est consommatrice de temps-agents, il convient donc de bien définir ces temps de concertation (thèmes, durée, rythme), et ne pas tomber dans ce que l'on appelle communément « la réunionite », sous peine d'inefficacité et de découragement des professionnels. Je propose donc que ces temps de concertation, sous le pilotage de l'infirmière coordinatrice, soient centrés sur quelques thèmes prioritaires : la connaissance du résident entrant, son évaluation au terme des deux semaines d'observation, le suivi des résidents présents à travers des études de cas et/ou analyse de pratiques telles qu'elles s'effectuent dans le secteur du handicap. La durée de cette réunion est de l'ordre de 90 minutes, à un rythme mensuel en alternance par quinzaine avec la réunion mensuelle d'information du médecin coordonnateur. Participent à cette réunion les

---

<sup>58</sup> Cf. annexe n° 4 – « *fiche de poste de l'infirmière coordinatrice* ».

professionnels du premier cercle (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, équipe soignante, psychologue) ainsi que la directrice. En fonction des thèmes évoqués, certains professionnels du deuxième cercle peuvent également y participer. Elle peut être également l'occasion de faire intervenir, selon l'ordre du jour, des professionnels externes (équipe mobile de soins palliatifs ...) dans un rôle de soutien et de conseil. Ces réunions s'organisent à partir d'un ordre du jour, et donnent systématiquement lieu à la rédaction d'un relevé de conclusions diffusé à tout le personnel concerné.

Par ailleurs, les actions menées par le groupe de travail « incontinence » ont démontré qu'une observation attentive et soutenue du résident permettait de répondre plus précisément à ses besoins et à ses attentes. Cependant, des éléments viennent perturber la fluidité du suivi du résident au cours de la journée. Il s'agit, d'une part, de la succession des équipes (matin, après-midi et nuit), qui, à chaque changement, rompt la continuité. Ceci devrait être compensé par les transmissions, mais, nous avons vu qu'elles n'étaient pas satisfaisantes. Il s'agit, d'autre part, de l'organisation du travail par « type de tâches » : j'ai observé en effet que les agents souhaitent, en débutant leur journée, connaître les tâches qu'ils ont à réaliser (par exemple : le nombre de douches à effectuer au cours de la journée), plutôt que de s'intéresser aux attentes et besoins précis du résident. Cette question du suivi du résident est à aborder sous l'angle des pratiques professionnelles, mais également sous l'angle de l'organisation du travail. Maintenir la même personne auprès du résident durant toute la journée n'est pas envisageable. Une sectorisation plus précise du travail est alors une solution. Chaque secteur correspond actuellement à un étage, soit trente-six résidents. Scinder ces secteurs en deux sous-secteurs de dix-huit résidents, en partageant également les moyens en personnel, favoriserait un suivi plus individualisé des résidents. La continuité de la prise en charge s'effectuerait plus facilement, par des transmissions limitées à chaque sous-secteur, permettant aux agents référents de jouer pleinement leur rôle d'interface avec les autres professionnels.

L'amélioration de la diffusion de l'information sur la connaissance du résident et sa contribution à l'accompagnement individualisé se réaliseront au prix de ces dispositions contraignantes, qui sont un des éléments de la problématique de l'organisation du travail.

### **3.2.2 Optimiser l'organisation du travail ... avec quels moyens ?**

La mise en œuvre de l'accompagnement individualisé, nous l'avons déjà indiqué, nécessite des compétences et de la disponibilité de la part des agents. Deux moyens d'action permettent de répondre à cette nécessité, l'optimisation de l'organisation

existante, et, d'autre part, le recours à la création d'emplois. Le premier s'effectue à budget constant, et le second nécessite des moyens supplémentaires. Il me semble donc tout à fait logique de privilégier la première démarche à la seconde.

Pour mener une telle réflexion, je propose le recours à un ergonomiste. Une telle compétence existe au sein de la cellule ACORT (Appui et Conseil en Organisation du Travail), cellule créée au sein de la Délégation Régionale de la FHF des Pays de la Loire. L'optimisation de l'organisation existante s'appuie sur une recherche d'efficacité dans le travail. L'ergonomie procède à une réflexion sur la différence entre « la tâche » qui représente l'objectif à atteindre et les conditions dans lesquelles il doit être atteint, et « l'activité » qui correspond à la manière dont le professionnel réalise ce qui lui est demandé. Entre les deux, il peut exister des décalages liés à des incohérences, à des charges inutiles, à des défauts d'organisation institutionnelle ou personnelle. Autant d'éléments qui parasitent l'optimisation du temps de travail et les conditions de travail.

L'expertise de l'ergonomiste va permettre d'analyser finement l'organisation du travail et celle des services afin de déceler les gisements potentiels de temps. En l'état actuel, une telle analyse n'aurait pu être conduite de manière objective par les professionnels de l'institution. En effet, ceux-ci présentent une certaine lassitude par rapport à ce type de question, sur lequel ils ont déjà longuement travaillé.

Il est difficile d'anticiper les gains de productivité générés par une telle démarche. Il faut donc également envisager le recours à la création d'emplois.

La question des moyens devient incontournable. Est-il possible de préciser les effectifs et les financements dont nous aurions besoin ?

Pour 74 résidents, l'établissement fonctionne aujourd'hui avec un effectif total, tous grades confondus, de 40 ETP (Equivalent Temps Plein), soit un ratio global de 0,54, un peu inférieur à 0,57, ratio national retenu par le plan Solidarité Grand-Age.

Un pool de trois infirmières permet une présence quotidienne de deux, qui, à partir d'horaires de travail décalés, assurent les soins infirmiers (injections, pansements, dispensation des médicaments ....) sur la journée (de 7h15 à 18h00). Les AS-AMP, au nombre de 15,80 ETP et les ASH, au nombre de 12,40 ETP (soit un effectif total de 31,20 ETP), prennent en charge les soins de nursing (lever, toilette, habillage) et l'accompagnement des résidents, selon une organisation en deux équipes, une par étage, composée de 3 agents (2 AS-AMP et 1 ASH), soit 6 agents présents aussi bien le matin que l'après-midi, ce qui correspond à un agent présent pour environ 12 résidents.

Dans ces conditions, le rythme de travail est soutenu, et les agents concernés font part d'un ressenti d'insuffisance de temps pour remplir leurs missions et effectuer leurs tâches. A titre d'exemple, l'aide au lever, à la toilette, à l'habillage, au petit-déjeuner occupe les 6 agents des équipes du matin de 6h25 à 11h30. Chaque agent ne peut alors

consacrer, en moyenne, que 25 minutes par résident. Ce temps est prioritairement réservé aux tâches matérielles au détriment d'une prise en charge relationnelle satisfaisante.

Dans le cadre d'un scénario raisonnable, il pourrait être réaliser l'ajout d'un agent par équipe, pour organiser ainsi chacun des quatre sous-secteurs autour de la présence de deux agents pour dix-huit résidents. Prévoir journallement deux personnes supplémentaires conduit à la création de 7 ETP, pour lesquels nous faisons le choix des grades AS-AMP, car ce sont ces emplois qui assurent la permanence de la prise en charge de proximité, et qui présentent actuellement le niveau de formation le plus adapté aux soins de nursing et à l'accompagnement. En y incluant le poste de l'infirmière coordinatrice, ce besoin atteint 8 ETP.

La question des ratios de personnel en maison de retraite n'a jamais, jusqu'à ce jour, donné lieu à des normes validées de référence. La réforme tarifaire a eu pour objectif une convergence de moyens, afin de gommer les trop grandes disparités entre établissements, sans qu'il y ait eu de ratios appliqués précisément. Le plan solidarité grand âge envisage des améliorations de l'accompagnement des personnes âgées en faisant référence à des ratios personnel-résident « tous personnels confondus »: le ratio moyen étant estimé actuellement à 0,57, devrait passer à 0,65.

L'application du ratio-cible à l'établissement conduirait à l'attribution de 8 postes supplémentaires, ce qui correspond aux moyens dont l'établissement aurait besoin dans un premier temps. Dans un second temps, il y aurait lieu de prévoir un renforcement du personnel la nuit et la prise en compte de l'augmentation continue du GMP. Sur la base d'un coût annuel moyen par agent de 38 000 €, le surcoût annuel à envisager est de 304 000 €, soit un supplément journalier, non négligeable, de 11,48 €

Une telle augmentation est-elle envisageable dans l'immédiat par les financeurs ? L'intervention de l'Etat dans le cadre du financement du plan solidarité grand-âge nécessite des éclaircissements quant à l'impact sur la tarification ternaire, et sur l'intervention des différents financeurs : si l'assurance maladie assure à 70 % le financement des AS-AMP supplémentaires, le Conseil Général pourra-t-il assurer les 30 % restant ? La complexité de ce montage, mis d'ailleurs en évidence par la Cour des Comptes dans son dernier rapport<sup>59</sup>, entrave les marges de manœuvre en alourdissant les procédures budgétaires. La création de postes soignants uniquement permet de ne

---

<sup>59</sup> MAEREL Marie-Jo. Un effort collectif à doubler. *Actualités Sociales Hebdomadaires*.18 novembre 2005, n° 2430. (suite au rapport de la Cour des Comptes sur «*les personnes âgées dépendantes* », adopté le 27 octobre 2005, et présenté par son Président, Monsieur Philippe SEGUIN, le 9 Novembre 2005 – disponible sur le site <http://www.ccomptes.fr>)

pas alourdir la section hébergement, à la charge du résident ou de sa famille. Toutefois, nous avons pointé l'utilité d'un travail pluridisciplinaire, et la nécessité, pour assurer un accompagnement de qualité, de diversifier, par l'introduction de nouveaux métiers, les compétences autour du résident. Il apparaît alors opportun de réfléchir à l'imputation budgétaire de ces nouveaux métiers sur les sections tarifaires.

Dans l'attente des effets de la mise en œuvre du plan Solidarité–Grand Age et de son financement, qui ne peuvent être aujourd'hui ni anticipés ni valorisés, la question des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'accompagnement individualisé n'est pas résolue.

## CONCLUSION

L'accompagnement des personnes âgées en institution est une notion récente, complexe, dont nous aurons, dans l'exercice de nos responsabilités de directeur d'établissement sanitaire et social, à préciser le périmètre et à développer la mise en œuvre.

Il nous revient ainsi de créer, tant au plan de la culture professionnelle qu'à celui de la mobilisation des moyens, les conditions nécessaires à un accompagnement de qualité, c'est-à-dire un accompagnement qui assure le maintien de l'identité du résident, de son autonomie, tout en recherchant sa participation.

Un accompagnement réussi implique de s'intéresser à la singularité de l'individu et à respecter ses droits et libertés, ce qui conduit à une approche au cas par cas, dans le cadre d'une large concertation, intégrant tous les professionnels concernés. Nous devons ainsi faire évoluer la culture professionnelle des agents, notamment par la formation et la communication, pour qu'ils adoptent, dans leurs pratiques professionnelles, des postures et un état d'esprit adaptés.

Cette démarche requiert une disponibilité accrue des personnels auprès des résidents, ce qui se traduit, au final, par un besoin d'emplois supplémentaires.

A la gestion qualitative des personnels, s'ajoute donc une gestion quantitative des emplois.

Si l'organisation et l'optimisation des moyens existants relèvent de notre responsabilité directe, il n'en est pas de même pour l'attribution de moyens nouveaux, qui fait intervenir les différents financeurs de l'institution, que nous devons, en cette période de contrainte budgétaire, convaincre.

La prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et très âgées, toutes les études le démontrent, est un enjeu fondamental pour notre société sur les années à venir. Sa prise en compte impose des choix politiques se traduisant par une volonté affirmée, ainsi que par la mobilisation des moyens financiers correspondants, comme cela est le cas pour le Plan Vieillesse Solidarité en 2003, et le Plan Solidarité Grand Age actuellement.

C'est à ce prix que nous pourrions relever cet enjeu qui, que nous soyons professionnels ou non, nous concerne tous.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

**AMYOT J.J, MOLLIER A** *Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002, 242 p.

**BADEY-RODRIGUEZ CI.** *Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique de changement*. Paris : Seli Arslan, 1997. 190 p.

**DUCALET Ph., LAFORCADE M,** *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales – 2<sup>ème</sup> édition*. Paris : Editions Seli Arslan, 2000. 272 p.

**GINESTE Y. PELISSIER J.** *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane - Daniel Radford, 2005. 367 p. Coll Science cherche conscience.

**LABOREL B., VERCAUTEREN R.,** *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004. 151 p. Coll. Pratiques gérontologiques.

**MARTIN CI./dir.,** *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003. 368 p. Coll. Res Publica.

**MUCCHIELLI R.,** *Le Travail en équipe*. Paris : ESF éditeur, 1992. 57+108 p. Coll Formation Permanente en Sciences Humaines.

**NUSS M.,** *La présence à l'autre : accompagner les personnes en situation de grande dépendance*. Paris : Dunod, 2005. 153 p. Coll. Action Sociale.

**PAUL M.,** *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : l'Harmattan, 2004. 352 p., Coll. Savoir et information.

**PELISSIER J.** *La nuit, tous les vieux sont gris, la société contre la vieillesse*. Paris : Bibliophane - Daniel Radford, 2003. 344 p. Coll Science cherche conscience.

**PLOTON L,** *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon, Chronique Sociale, 5<sup>ème</sup> édition, 2001, 250 p.

**VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M-Ch., CHAPELEAU J.** *Construire le projet de vie en Maison de Retraite*. Toulouse : Erès, 1993. 217p. Coll. Pratiques du champ social.

**VERCAUTEREN R., PREDAZZI M. LORIAUX M.** *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2001. 198 p. Coll Pratiques gérontologiques.

**VILLEZ A** *Adapter les établissements pour personnes âgées – besoins, réglementation, tarification*. Paris : Dunod, 2005. 392 p.

## Articles :

**BRAMI L., LOMBRIL P.** Un modèle de management. *Revue Hospitalière de France*, mars-avril 2006, n° 509, pp. 38-40.

**DEPLANQUE R.** le soin en gériatrie, un acte de vie. , pp. 8-14.

**DUMAS S., GALLOIS M., SAN JULLIAN M.** L'infirmière soignante coordinatrice. *Objectifs Soins*, décembre 2000, n° 91, pp 6-9.

**ESTRYN-BEHAR M.** Interface entre les normes et les référentiels et l'activité de travail réelle des soignants. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, juin 2001, n° 35, pp 71-73.

**GERARDIN P.** Approche psychologique de l'accompagnement à la vie de la personne âgée. *Techniques Hospitalières*, septembre 2000, n° 649, pp. 55-58.

**HENRARD J-CI.** Approche systémique de la dépendance dans une perspective comparative France-Québec. *Gérontologie et société : regard croisés France-Québec*, 2003, n° 107, pp. 87-108.

**LANDRY D.** Souffrances des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement. *Gérontologie et Société*, n° 90, septembre 1999, pp. 203-231.

**LE GOURIERES E.** Familles et institution : vers un partenariat ...*Doc'Animation en gérontologie*, avril/juin 2006, n° 11, pp. 93-95.

**MAEREL Marie-Jo.** Un effort collectif à doubler. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 18 novembre 2005, n° 2430, pp. 37-40.

**SEBAG-LANOE R.** Soins Palliatifs et gériatrie, un défi. *Gérontologie et Société*, n° 108, mars 2004, pp. 117-127.

**TOCHE D.** La motivation du personnel soignant en gériatrie : entre postures et valeurs. *Recherche en soins infirmiers*, n° 71, décembre 2002, pp 56-62.

## Rapports et documents institutionnels :

► Plan Solidarité-Grand Age, présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, 27 juin 2006.

► Les pathologies des personnes âgées vivant en institution. DREES, Etudes et Résultats n° 494, juin 2006

► La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, situation au 31 décembre 2003. Etudes et Résultats, DREES, avril 2006, n° 485.

► Un milieu de vie de qualité pour les personnes âgées en CHSLD. Orientations ministérielles, QUEBEC – Octobre 2003.

► Charte des droits et libertés de la personne âgée aux résidences Yvon-Brunet, Morel, Riel. Prix « droits et libertés » Commission des droits de la personne du Québec. 1993.

### **Mémoires :**

**CLOUIN C.**, Le personnel et le projet de vie en maison de retraite, ENSP, Rennes, 1999.

**LEANDRI-KNIPPER Gaëlle**, l'accompagnement des personnes âgées en institution, ENSP, Rennes, 2003.

**PERIOT M-D.**, Les droits et libertés des personnes âgées hébergées à l'épreuve du quotidien, ENSP, Rennes, 2000.

### **Réglementation :**

**Décret n° 2006-122 du 6 février 2006** relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.

**Décret n° 2006-120 du 6 février 2006** relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

**Décret n° 2006-119 du 6 février 2006** relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

**Loi n° 206-370 du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie.

**loi n° 2004-626 du 30 juin 2004**, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

**Loi n° 2002-403 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

**Décret n° 2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

**Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002** relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière

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

**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

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

**Arrêté du 26 avril 1999** fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

**Loi n° 99-477 du 9 juin 1999** visant à garantir les droits d'accès aux soins palliatifs.

**Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme hospitalière.

**Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière.

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

**Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière

**Sites internet :**

<http://cec-formation.net/>

<http://www.ccpmptes.fr>

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n° 1** : guides d'entretiens.
- Annexe n° 2** : proposition d'une grille d'évaluation pour élaborer un dispositif d'accompagnement du résident.
- Annexe n° 3** : avenant au contrat de séjour.
- Annexe n° 4** : fiche de poste de l'infirmière coordinatrice.

## Annexe n° 1

### GUIDE D'ENTRETIEN DU PERSONNEL

#### Guide d'entretien :

Je souhaiterais aborder plusieurs thèmes avec vous, et plus particulièrement celui concernant votre travail. J'aimerais surtout comprendre ce que vous attendez de votre travail (sous l'aspect professionnel, personnel, ...)

#### Thèmes à aborder :

- ① Existe-t-il des différences entre le métier que vous avez appris et celui que vous exercez aujourd'hui ? Existe-t-il des différences entre le travail que vous voudriez faire et celui que vous réalisez ?
- ② Pour vous, que signifie un accompagnement individualisé ?  
  
Pensez-vous qu'un tel accompagnement pourrait avoir des conséquences sur votre travail ?
  - . en terme de tâches à réaliser,
  - . en terme d'organisation du travail,
  - . en terme de distribution des rôles.  
Pensez-vous qu'un tel accompagnement pourrait avoir des conséquences sur la perception de votre travail ?
- ③ Le point essentiel du projet de vie est la connaissance du résident. Sur ce sujet :
  - . Pensez-vous bien connaître les résidents
  - . Quels sont les moyens qui vous permettent de le connaître : *informations contenues dans le dossier informatisé, réunions de l'équipe de travail, réunions informelles, approche personnelle.*
  - . En existerait-il d'autres ? et lesquelles ?
  - . Selon vous, que devez-vous connaître du résident ? *aborder les rythmes de vie, les habitudes de vie, les « secrets ».*
- ④ Vos relations avec les résidents vous semblent-elles satisfaisantes ? et avec leurs familles ? Est-il toujours facile de comprendre les demandes des résidents ?
- ⑤ Vous avez participé à l'élaboration du projet d'établissement, et du projet de vie en 1998. Quels sont les principaux points que vous avez retenus ?  
notamment :
  - . *contexte législatif de 1999 et cahier des charges de la convention tripartite,*
  - . *démarche qualité,*
    - . respect, dignité, charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
  - . *sécurité.*

---

### GUIDE D'ENTRETIEN DES RESIDENTS

#### Guide d'entretien :

Pouvez-vous me parler de vos journées, et de votre vie, dans la maison, j'aimerais savoir quels sont les moments qui vous paraissent agréables, ou moins agréables ...

#### Thèmes à aborder :

- 1 -Accueil :** les satisfait-il ?
- 2 -Respect** dignité, intimité.
- 3 -Les relations dans l'institution :** maintien de relations avec la famille, les amis.  
Quelles relations avec le personnel ?
- 4 -Connaissance par l'institution de leurs besoins :**
  - quand ont-ils l'occasion de les formuler ?
  - Au près de qui ont-ils l'occasion de formuler ces besoins ?
  - Ces besoins sont-ils pris en compte ?
  - Osent-ils formuler ces besoins ?

## GUIDE D'ENTRETIEN DES FAMILLES

### Guide d'entretien :

- . Pouvez-vous me parler de la vie de votre parent à la maison de retraite ? ce qui est agréable pour lui, ce qu'il l'est moins ...
- . Et vous, que pensez-vous de la vie à la maison de retraite ?
- . Pensez-vous que la famille ait une place dans la vie de l'institution actuellement ?
- . Selon vous, la famille doit-elle être associée à la prise en charge du résident ?
  - . de quelle façon ?
  - . avez-vous des idées à soumettre ? (*évoquer le CVS, ou les enquêtes de satisfaction*)

### Thèmes à aborder :

- 1 - Accueil** : leur semble-t-il satisfaisant ?
- 2 - Respect** dignité, intimité, consentement.
- 3 - Les relations dans l'institution** : maintien de relations avec la famille, les amis  
Quelles relations avec le personnel ?
- 4 - Connaissance par l'institution des besoins du résident** :
  - quand ont-ils l'occasion de les formuler ?
  - Auprès de qui ont-ils l'occasion de formuler ces besoins ?
  - Ces besoins sont-ils pris en compte ?

---

## GUIDE D'ENTRETIEN : FORMATRICE ECOLE D'AIDE-SOIGNANT(E)

**Présentation** : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, dont le thème portera sur **l'accompagnement individualisé en EHPAD**, je souhaiterais m'entretenir avec vous sur le thème de la professionnalisation des métiers auprès des personnes âgées (à travers l'exemple de la profession d'aide-soignant).

### Guide d'entretien :

☞ Au cours d'entretiens avec le personnel soignant d'une maison de retraite, je me suis rendue compte de la difficulté pour lui de se positionner dans un accompagnement (exemple : quelle part pour le soin ? quelle part pour la relation ?)

☞ La formation à cette profession prend-elle en compte cet aspect particulier du travail auprès des personnes âgées ?

*Aborder les différents modules du référentiel depuis janvier 2005.*

☞ Ont-ils (elles) l'occasion d'aborder les thèmes

- . de la qualité des prises en charge auprès des personnes âgées ? (*loi du 2 janvier 2002 – exigences de qualité*)
- . du consentement de la personne, et plus particulièrement d'aborder les cas difficiles des personnes désorientées, des personnes démentes ?
- . des « milieux de vie »,
- . et de l'animation ?

☞ Selon vous, le travail soignant auprès des personnes âgées hébergées en institution nécessite-t-il une formation particulière ?

Existerait-il des améliorations à apporter ? lesquelles ?

*Aborder le référentiel de la formation d'AMP.*

*Aborder les nouveaux métiers de la gériatrie.*

## Annexe n° 2

### Proposition d'une grille d'évaluation pour élaborer un dispositif d'accompagnement du résident

#### Préalables :

- . Cette évaluation pourra être faite au domicile de la personne, ou dans une autre structure (s'il s'agit d'une entrée suite à une hospitalisation).
- . Il s'agit d'une rencontre avec la personne. Toutefois, la présence de la famille, ou d'un représentant, peut s'avérer nécessaire.
- . Certains renseignements ne pourront être recueillis au moment de cette visite ; ce recueil interviendra au fil des semaines.
- . Ce recueil de données ne devra pas être présenté sous forme d'interrogatoire, et devra toujours laisser place **à la négociation**.

#### ► 1 – SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE –

► **Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **sexe :** \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

► Situation matrimoniale :

Célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  PACS

► Situation familiale :

Enfants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

► Profession(s) exercée(s)

► Personne(s) à contacter :

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

► Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

► Tuteur :

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▸ Contexte de l'entrée (suite à une hospitalisation ; isolement ; interventions de professionnels .....):

---

---

---

▸ Contexte familial :

La famille est-elle présente au moment de l'entretien ?  
Quelle place occupe-t-elle ? souhaite-t-elle maintenir certains aspects de la prise en charge après l'entrée en institution ? ...

---

---

---

▸ Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

**► 2 – ELEMENTS DES HABITUDES DE VIE :**

Il s'agit de recueillir des informations pertinentes, permettant d'alimenter ensuite le plan d'aide, et d'accompagnement.

- . Heure du réveil : \_\_\_\_\_
- . Lever : \_\_\_\_\_
- . Petit-déjeuner : \_\_\_\_\_
- . Tenue vestimentaire : \_\_\_\_\_
- . Déroulement de la journée : \_\_\_\_\_
- . Repas : \_\_\_\_\_
- . Coucher : \_\_\_\_\_
- . Centres d'intérêts : \_\_\_\_\_

▸ Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

**► 3 – ELEMENTS D'HISTOIRE DE VIE :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**► 4 – SPIRITUALITE :**

(culte, approche de la fin de vie)

. La « fin de vie » a-t-elle pu être abordée avec la personne ?  
. Si elle ne peut s'exprimer, existe-t-il des éléments susceptibles d'apporter quelques informations ?

---

---

---

▸ Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

► **5 – EVALUATION DES CAPACITES :**

1<sup>ère</sup> évaluation au domicile, mais à compléter dans les jours suivant l'entrée, et à confronter à l'évaluation médicale du médecin coordonnateur.

. Peut se faire à partir de la grille AGGIR.

► Préalables :

- . Vue *mauvaise*  *avec correction*  *malgré correction*   
*cécité*
- . ouïe *mauvaise*  *avec correction*  *malgré correction*   
*surdité*
- . expression : \_\_\_\_\_

► Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Variable	Cote	Raison d'une cote B et C	Proposition d'aide
Cohérence			
Orientation			
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Hygiène élimination			
Déplacements Intérieurs			
Déplacements extérieurs			
Appels d'urgence			

► **6 – SANTE :**

► Problèmes de santé connus :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

► Traitement médical :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

► Matériel adapté (prothèses, matelas, coussin, matériel d'ergothérapie ... ) :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

► 7 – PROPOSITION DU PLAN D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT :

Eléments à présenter et à discuter en équipe, au moment de la réunion de synthèse.

› Descriptif de la situation :

---

---

---

---

---

---

› Données à prendre en compte :

---

---

---

---

---

---

---

---

› Objectif général posé et objectifs associés :

---

---

---

---

---

› Actions proposées :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Annexe n° 3

### Avenant au contrat de séjour

Texte de référence : décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF.

Cet avenant « précise les objectifs et prestations adaptées à la personne ».

Il est établi suite au plan d'aide et d'accompagnement élaboré au regard des informations recueillies depuis le début du séjour du résident, en concertation avec le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et la personne concernée, avec son avis et accord, ou celui de son représentant légal.

Il a été conçu dans un souci commun du maintien et du respect des capacités du résident, et de son état de santé. Ses volontés et son approbation ont toujours été recherchées.

Il est établi pour une durée d'un an, mais une modification de l'état de santé peut à tout moment remettre quelques points en question. Le résident, ou son représentant légal, en est systématiquement informé préalablement.

► **Cet avenant concerne :**

M \_\_\_\_\_  
Evaluation du GIR : \_\_\_\_\_ à la date de : \_\_\_\_\_

► **Objectif général posé et objectifs associés :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

► **Détail des prestations adaptées :**

. prestations thérapeutiques :

(soins réguliers et coordonnés, accompagnement médical et paramédical)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Possibilité de mentionner s'il est fait appel à un soutien particulier (équipes mobiles externes par exemple)

. prestations relatives à l'aide pour les actes quotidiens de la vie :  
(concernant la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les déplacements)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

. Soutien des relations avec l'environnement familial et social :

C'est l'occasion de préciser dans quelles conditions la famille peut intervenir dans le plan d'aide

---

---

---

---

---

---

---

---

. Activités proposées :

---

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Le résident  
(Ou son représentant  
légal)

Le directeur,

## Annexe n° 4

### Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice

► **Définition du poste** : coordonner les prestations de soins, d'activités paramédicales, d'accompagnement, pour assurer l'apport d'une aide individualisée à chaque résident.

► **Savoir-faire requis** :

- . Evaluer les prestations de soins,
- . Fixer les objectifs et évaluer les résultats,
- . Travailler en partenariat,
- . Connaître les dispositifs réglementaires,
- . Capacité d'analyse et de synthèse,
- . Esprit d'équipe, et capacité à les animer.

► **Activités principales** :

- . Recenser les besoins,
- . Superviser une équipe,
- . Assurer le lien avec les partenaires externes,
- . Harmoniser des procédures.

► **Situation administrative** :

- . Corps de rattachement : corps des infirmiers.
- . Liens hiérarchiques : directeur – médecin coordonnateur.
- . Diplômes : DE infirmier – formation coordinatrice (licence professionnelle ou DU)
- . Rémunération : selon statut FPH – grille indiciaire – supplément indemnitaire.

► **Détail de la fiche de poste** :

Activités principales	Avec qui	comment
<p>► <b>Recensement des besoins</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Participe à la procédure d'admission</li> <li>▸ S'enquiert de connaître les besoins du résident : <ul style="list-style-type: none"> <li>entretien au domicile :</li> <li>recueil des capacités,</li> <li>des habitudes de vie,</li> <li>des éléments biographiques</li> </ul> </li> <li>▸ Assure l'accueil le jour de l'entrée du résident</li> <li>▸ Propose un plan d'aide et d'accompagnement</li> <li>▸ Evalue régulièrement ce plan pour l'adapter</li> </ul>	<p>Directeur et médecin coordonnateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. futur résident,</li> <li>. famille ou proche</li> <li>. les agents référents du résident.</li> <li>Concertation avec l'équipe soignante, le médecin coordonnateur, et le résident(ou son représentant)</li> <li>Idem.</li> </ul>	<p>Avis collégial.</p> <p>Outil établi.</p> <p>Selon outil établi et dossier informatisé.</p>

Activités principales	Avec qui	comment
<p>► <b>Supervision d'une équipe :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Présente le plan d'aide et d'accompagnement à l'équipe soignante</li> <li>▸ Organise le travail des équipes en fonction du plan d'aide (heure lever, soins, change, menus, animations)</li> <li>▸ Prépare les réunions de synthèse et d'analyse des pratiques</li> <li>▸ Coordonne les informations recueillies par l'équipe ou données par la famille.</li> <li>▸ Veille à la bonne réalisation du plan d'aide et d'accompagnement.</li> </ul>	<p>Validation du médecin coordonnateur. IDE, AS, AMP, ASH</p> <p>Médecin coordonnateur, psychologue, agents-référents.</p>	<p>Réunion mensuelle ou bimensuelle.</p> <p>Transmissions hebdomadaires.</p>
<p>► <b>Liens avec les partenaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Assure le lien avec les familles (informations, écoute)</li> <li>▸ Assure le lien avec les prestataires extérieurs (médecins et infirmiers libéraux, laboratoires...), et avec les organismes extérieurs (hôpital, équipes mobiles ...)</li> <li>▸ Participe à faire connaître les prestations offertes par l'établissement.</li> </ul>	<p>Médecin coordonnateur</p>	
<p>► <b>Harmonisation des procédures :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Assure le suivi des informations à transmettre à l'équipe.</li> <li>▸ Veille à la communication des données.</li> <li>▸ Tient à jour le dossier de soins informatisé.</li> </ul>		<p>Dossier informatisé.</p>