



EHESP

DESSMS

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **DECEMBRE 2009**

**Le projet de vie institutionnel pour le maintien
de la vie sociale du résident en EHPAD :
l'exemple de la Fondation Favier - Val de Marne.**

Anne DIQUELOU

Remerciements

Ce mémoire est le résultat d'un travail mené en collaboration avec de nombreuses personnes.

Je tiens tout particulièrement à remercier, Michel BORGETTO, professeur agrégé de droit public à l'Université Panthéon-Assas, Paris 2, pour ses précieuses recommandations dans mon travail de recherche et son sens du suivi, dans l'élaboration de ma réflexion sur la mission d'accompagnement de la vie sociale des usagers des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

J'exprime ma profonde gratitude à Richard TOURISSEAU, directeur de la Fondation Favier-Val de Marne, de l'accueil chaleureux réservé au sein de son établissement, de ses précieux conseils et de son entière disponibilité.

J'exprime ma sincère reconnaissance à Gaëlle LEANDRI, directrice de site de la Fondation Favier-Val de Marne, qui m'a fait partager son expérience et soutenue dans l'élaboration du projet de vie institutionnelle.

Ces remerciements s'adressent également :

- Aux membres du groupe de travail qui ont collaboré à l'élaboration du projet de vie de la Fondation Favier Val de Marne
- Aux professionnels des unités de personnes désorientées déambulantes de la Fondation Favier – Val de Marne
- A l'équipe de la direction des personnes âgées et personnes handicapées du Conseil Général du Finistère ;
- Ainsi qu'à mes collègues élèves directeurs de l'EHESP pour leur complicité dans la rédaction de ce mémoire

Sommaire

Introduction	1
1 L'obligation de faire respecter les droits des usagers se décline au travers d'outils spécifiques tel que le projet de vie pour les EHPAD.....	7
1.1 Le législateur exige l'élaboration d'une stratégie institutionnelle pour assurer le respect des droits des usagers.....	7
1.1.1 La mission d'accompagnement de la vie sociale des résidents d'EHPAD s'est peu à peu imposée comme une obligation législative.	7
1.1.2 Le droit des usagers s'articule autour d'outils spécifiques visant à satisfaire les besoins de chaque résident.....	11
1.2 L'engagement du directeur est nécessaire à la mise en œuvre d'un projet de vie qui est devenue un critère pour les financeurs.....	13
1.2.1 La mise en place des instruments visant le respect des droits des usagers, attire l'attention des financeurs.	14
1.2.2 Plus qu'une simple obligation, la mise en œuvre du projet de vie nécessite l'implication à part entière du directeur d'établissement.	16
2 Le projet de vie est difficile à mettre en place tant il remet en question les pratiques professionnelles et la vie institutionnelle.....	19
2.1 Les soins prédominent dans l'organisation de la structure souvent au détriment du maintien de la vie sociale du résident.....	19
2.1.1 La prédominance du soin au sein de la prise en charge conduit à négliger la mission de maintien de la vie sociale du résident.....	19
2.1.2 La prise en charge centrée sur l'accompagnement médical et paramédical permet aux équipes de répondre aux premières attentes des usagers.....	24
2.2 La difficile conciliation entre bien-être individuel et solution collective représente un frein à la mise en œuvre du projet de vie.	26
2.2.1 La culture de la prise en charge collective représente un obstacle à la mise en œuvre du projet de vie.....	27
2.2.2 Le manque de moyens est un argument récurrent pour expliquer les difficultés de maintenir une vie sociale pour le résident	30
3 L'apport du projet de vie tient au caractère stratégique du document et à son implication dans la prise en charge quotidienne des résidents.....	33

3.1	Le projet de vie doit définir le cadre stratégique et légitime de la prise en charge.....	33
3.1.1	Le projet de vie doit clairement définir l'orientation générale de la structure pour favoriser la vie sociale de chaque résident	33
3.1.2	La conception du projet de vie implique la stratégie de l'ensemble de l'établissement.	37
3.2	La conception du projet de vie doit prévoir son ancrage dans le quotidien de la prise en charge et un suivi régulier	39
3.2.1	L'articulation entre le projet de vie et les pratiques professionnelles doit faire l'objet d'un accompagnement spécifique	39
3.2.2	Le projet de vie doit contenir un dispositif d'évaluation et de responsabilisation.	41
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMP :	aide médico-psychologique
AS :	Aide soignant
CA :	conseil d'administration
CASF :	code de l'action sociale et des familles
CHSCT :	conseil d'hygiène et de sécurité technique
CTE :	conseil technique d'établissement
CVS :	conseil de la vie sociale
DDASS :	direction des affaires sanitaires et sociales
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR	Groupe iso ressources
GMP :	GIR moyen pondéré
PSD :	prestation spécifique dépendance

Introduction

La signature d'une convention tripartite oblige les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), à présenter un projet d'établissement composé notamment de son projet de soins et de son projet de vie institutionnel.

Le terme « projet » fait référence à « *une image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre* ». ¹ En management, les projets institutionnels servent à définir une véritable stratégie pour l'établissement car ils visent à « *déterminer les objectifs et les buts fondamentaux à long terme d'une organisation, puis à choisir les modes d'action et d'allocation des ressources qui permettront de les atteindre.* » ². Il est la concrétisation écrite de l'engagement de la direction à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents en fixant clairement pour tous les acteurs, professionnels ou non, les objectifs poursuivis par la structure.

Le projet de vie est un concept propre aux établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement, parce qu'ils sont considérés comme de véritables lieux d'existence. Il est concomitant à la notion de prise en charge personnalisée.

Dans les établissements accueillant des personnes atteintes de handicaps, les acteurs de la prise en charge (professionnels, résidents et familles) élaborent ensemble un « projet de vie individualisé » propre à chaque personne accueillie.

Le terme de « projet de vie individuel » est plus difficilement utilisé dans le secteur des personnes âgées tant le mot « vie » semble paradoxal à la prise en charge de personnes âgées. Certaines institutions utilisent d'autres sémantiques telles que plan d'accompagnement individualisé (PAI) ³, projet personnalisé d'accompagnement, projet individualisé, etc. ⁴ Quelque soit son appellation, ce document, annexe du contrat de séjour, doit définir les objectifs de la prise en charge et les prestations adaptées à l'usager, en considérant à la fois « *leur situation de fragilité et leurs besoins propres en*

¹ Définition du mot « Projet », dictionnaire d'apprentissage de la langue française Le Micro-Robert rédaction dirigée par Alain Rey- édition 1988, page 1022.

² Support de formation EHESP 2008 – Stratégie et projet d'établissement – PHK consultants (69) – diaporama N°8.

³ Terme utilisé à l'EHPAD La Fondation Favier- Val de Marne à Bry-Sur-Marne, lieu de stage.

⁴ ANESMS, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles : les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2009, P.10.

tant que personne dotée de capacités et aux multiples appartenances (environnement, parcours...) »⁵.

Le projet de vie institutionnel est alors le document stratégique qui favorise et coordonne la mise en œuvre de ces différents projets individualisés dans la collectivité concernée. Il définit les objectifs et les moyens de l'établissement en termes de qualité hôtelière (architecture, repas, mobilier....) et de vie sociale (maintien des relations familiales et amicales, respect des droits de citoyen, animation,.....)⁶.

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la Fondation Favier-Val de Marne (94) a pour objectif de mettre en œuvre plusieurs projets de vie institutionnels. Cette ambition tient compte de sa taille et de ses spécificités géographiques : 286 lits répartis sur 3 sites d'hébergement (234 lits à Bry sur Marne, 16 sur le pôle gérontologique le Chemin Vert à Noisieu et 36 lits à La fondation Lepoutre à Nogent-sur-Marne) ; mais également de son organisation de la prise en charge : 21 unités de vie spécifiques, adaptées au profil et à l'état de dépendance des personnes accueillies.

L'établissement envisage de mettre en œuvre un projet pour les unités de vie regroupant le même type de population. En particulier, un projet de vie spécifique aux services accueillant des personnes désorientées-déambulantes, soit quatre unités de vie de onze à douze résidents sur le site de Bry-Sur-Marne et une unité de vie de dix résidents à Nogent.

Cette démarche a été actée par le conseil général et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) au cours d'une réunion préparatoire en 2006, dans le cadre de la négociation du renouvellement de la convention tripartite.

L'équipe de direction, composée du directeur général, du directeur de site, du directeur des soins, des 3 directeurs fonctionnels (respectivement en charge des travaux, des finances et des ressources humaines) et du médecin coordonnateur en collaboration avec les trois cadres de santé partagent la conviction que le projet de vie spécifique à un type de prise en charge doit permettre d'améliorer la qualité de vie des résidents.

⁵ ANESMS, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles : les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2009, Page 14.

⁶ Définition donnée par M.P HERVY et Michel SALOM – article établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – page 4- <http://cvs.bruyeres.free.fr/pdf/ehpad.pdf> - consulté le 26 juillet 2009

En 1994, la Fondation Favier-Val de Marne avait mis en place un premier projet de vie dans les services accueillant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.

Ce projet était alors une innovation, car il était intervenu avant la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et la loi 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 qui rendront obligatoire la mise en place de tel projet.

Le projet de vie du service avait été élaboré en vue d'améliorer la prise en charge des personnes démentes déambulantes. L'encadrement et les médecins de l'établissement avaient remarqué que l'environnement n'était pas adapté à l'accompagnement de ce public. Les journées des personnes désorientées en institution étaient ponctuées d'innombrables interdictions formulées par d'autres résidents ne tolérant pas que ces personnes désorientées puissent s'introduire dans leur chambre. Les personnels craignaient également que ces résidents se mettent en danger en sortant de la structure ou en utilisant des objets potentiellement dangereux. Les équipes avaient observé que ces interdictions n'entraînaient pour effets que d'augmenter les troubles du comportement. Le projet de vie initial avait donc pour objectif de donner plus de liberté aux résidents tout en leur offrant davantage de sécurité.

C'est dans cette dynamique que sont nés deux services sur le site de Bry Sur Marne : Tourmaline et Églantine. La création de ces services s'articulait autour d'un projet définissant les objectifs de l'accompagnement : « *ne pas créer ou aggraver les états de dépendance physique et psychique* » ; « *communiquer avec les résidents* » ; « *en évaluer le suivi* » et « *intégrer les familles* ».

L'émulation créée par cette dynamique a dans un premier temps largement amélioré la prise en charge des résidents désorientés-déambulants, toutefois, elle n'a pas réussi à perdurer et s'est peu à peu essouffée. Les activités et les sorties qui rythmaient les journées des résidents des services Tourmaline et Églantine se sont fait de plus en plus rare laissant davantage de place à l'activité de soins, de nursing, et de surveillance⁷. Le projet de vie n'était plus véritablement appliqué.

Les équipes expliquèrent cette situation par une prise en charge plus lourde. Les résidents entrent de plus en plus tardivement en établissement lorsqu'ils sont particulièrement désorientés, notamment quand l'accueil de jour n'est plus suffisant pour répondre à leurs besoins. Les personnes accueillies ont de moins en moins la capacité à mener des activités, etc.

⁷ Annexe 1 : journée type des services Tourmaline et Eglantine

En 2005, la rénovation des bâtiments a été l'occasion de relancer une dynamique autour d'un nouveau projet de vie. Les premières réflexions menées avec les équipes sur son élaboration ont surtout mis en relief les nombreuses difficultés rencontrées par les personnels dans la prise en charge des personnes désorientées et déambulantes.⁸

Le projet de vie est directement lié à la mission du directeur d'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce dernier est chargé de le mettre en œuvre et motiver les équipes autour de celui-ci. Il doit assurer la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations. Maîtriser cet outil stratégique directement en lien avec la prise en charge des résidents est essentiel.

Pour sa mise en œuvre, il doit s'être interrogé afin de déterminer dans quelle mesure le projet de vie apporte une amélioration à l'accompagnement des résidents en EPHAD°?

Trois questions sous-jacentes découlent de cette problématique :

- Pourquoi le législateur et le tarificateur incitent-ils à mettre en œuvre le projet de vie dans les EPHAD ?
- Quels changements impliquent sa mise en place ?
- Quel doit être le rôle du directeur dans son installation pour qu'il améliore réellement la qualité de vie des résidents ?

Pour répondre à ces questions, la réflexion a porté sur l'agencement du projet de vie institutionnel pour les services des cinq unités de vie pour personnes désorientées et déambulantes de la Fondation Favier-Val de Marne (à Bry sur Marne et à Nogent).

La réflexion découle du travail accompli au sein de cette structure. En particulier, elle repose sur les travaux menés depuis 1994, le résultat de différents entretiens avec les acteurs de la prise en charge et l'analyse des grilles d'observation⁹ remplies à l'occasion de plusieurs visites dans les services.

Ces données ont abouti à l'élaboration d'un état des lieux à partir duquel s'est organisé un groupe de pilotage, chargé de définir les objectifs et les moyens du projet de vie.

⁸ Descriptif d'une journée type

⁹ Annexe 2 : grille d'observation utilisée lors de la visite des services Tourmaline/Eglantine

Conduire l'élaboration de ce projet m'a permis d'entendre les commentaires des professionnels qui ont enrichi la réflexion pour élaborer un projet partagé entre tous les acteurs de l'accompagnement et mettre en place des outils opérationnels.

La restitution de cette réflexion sera présentée en trois parties. Nous verrons que le projet de vie naît de l'obligation de faire respecter le droit des usagers (I). Nous verrons ensuite, qu'il est difficile à mettre en place parce qu'il remet en question les pratiques professionnelles et la vie institutionnelle (II). Enfin, nous observerons que la pertinence du projet découle de son articulation avec le quotidien de l'accompagnement des résidents et de son mode d'évaluation (III).

1 L'obligation de faire respecter les droits des usagers se décline au travers d'outils spécifiques tel que le projet de vie pour les EHPAD.

Aujourd'hui, le droit des usagers est reconnu par tous les acteurs dans l'accompagnement des personnes âgées. Il consiste à faire participer ceux-ci à la vie de l'institution et faire respecter leurs libertés et droits individuels.

La mise en place de ce mouvement est incontestablement soutenue par le législateur qui face à l'évolution des exigences de la société, oblige les établissements, à mettre en œuvre une politique spécifique afin de répondre aux besoins de chaque résident (1.1). Plus qu'une obligation légale, le projet de vie devient un critère mis en avant par les financeurs, incitant les directeurs d'établissement à s'engager concrètement dans une amélioration continue de la qualité¹⁰. (1.2).

1.1 Le législateur exige l'élaboration d'une stratégie institutionnelle pour assurer le respect des droits des usagers.

Au fil du temps, la mission d'accompagnement de la vie sociale des résidents est devenue un contrat pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (1.1.1). Dans cette perspective, le législateur va même jusqu'à imposer la création d'une véritable stratégie pour améliorer cette prise en charge (1.1.2)

1.1.1 La mission d'accompagnement de la vie sociale des résidents d'EHPAD s'est peu à peu imposée comme une obligation législative.

La perception de la vieillesse par la société et le lobbying des associations d'usagers en France, ont fait évoluer le rôle et la mission des établissements d'hébergement pour

¹⁰ Fourcade A., Ricour L., Garnin P., Hergon E. et Boelle P-Y. sous la coordination de DURIEUX P., 1997, La démarche qualité dans un établissement de santé, les guides de l'AP-HP, pp 163.

personnes âgées. Ils ont amené le législateur à faire du maintien de la vie sociale des personnes accueillies une véritable mission.

L'histoire de l'hôpital en France, a été le témoin d'une véritable évolution des attentes de la société à l'égard des établissements chargés d'accueillir les personnes âgées. La mission initiale de protection de la cité contre les indigents s'est transformée en un véritable devoir de maintien de la vie sociale.

Les premiers établissements pour personnes âgées ont été à l'origine créés pour maintenir les vieillards à l'écart de la société.

Au Moyen-âge, les conciles (à partir de 567) imposent à tous les ordres religieux le devoir d'ouvrir « *une maison de la charité pour les pauvres, les orphelins, les vieillards, les veufs, les femmes grosses, les malades trépassant* ». Cette population, comme le laisse présager sa dénomination « *cour des miracles* » fait peur et les nobles s'efforcent alors de parquer ces « *rebuts d'humanité* » dans les hospices¹¹.

La Révolution de 1789 pose un principe nouveau : l'assistance aux nécessiteux, jusque là un devoir moral inspiré par la religion, devient un droit incontestable.

Au XIXème siècle, le droit à l'assistance aura peu d'applications pratiques et sera même contesté : ainsi se développe l'idée que le nécessiteux n'a pas le droit d'exiger un secours, il doit toujours l'accepter avec reconnaissance. Les établissements de l'époque (Hospices) sont alors loin de défendre l'idée d'une démocratie sanitaire et sociale ou des droits à l'usager.

L'article L.678 du code de la santé publique en 1958 indique que le rôle qui incombe à ces structures est exclusivement de « *pourvoir à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables*», voir « *le cas échéant* », leur assurer les soins nécessaires.

Aujourd'hui encore la loi porte une attention particulière aux personnes démunies. Ainsi, l'article L.113-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que : « *Toute personne de soixante cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit de l'aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail* ».

Pourtant, l'accueil des établissements sociaux et médico-sociaux ne se limite plus aux personnes sans ressources en marge de la société. En exemple, la Fondation Favier Val

¹¹ Leroux R., Une histoire de la gériatrie française, La Revue de gériatrie, Mai 1999, tome 24 N°5, p 387

de Marne, accueille un public varié avec des niveaux de ressources différents. 64,89%¹² des résidents bénéficient de l'aide sociale attribuée sous condition de ressources¹³. Ce chiffre est élevé, puisqu'au niveau national seulement 114 600¹⁴ personnes bénéficient de l'aide sociale d'hébergement (ASH) sur les 657 000¹⁵ personnes âgées hébergées en établissement, soit un ratio de 17,44 %. On peut donc en déduire que la mission de ces établissements ne se résume plus à l'hébergement des personnes démunies.

Certains résidents et/ou leurs familles, ont a priori des ressources suffisantes pour financer les prestations sans faire appel à l'aide sociale. Plus que le niveau de ressource, c'est aujourd'hui le degré de dépendance pour l'accomplissement des actes de la vie courante, et la nécessité de soins, qui sont dès lors l'élément déclencheur pour une entrée en établissement.

Dans ce contexte d'évolution du besoin de prise en charge, la loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, va étendre les missions dévolues aux établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant les personnes âgées. Leurs missions ne se limitent plus à l'hébergement, mais comprend désormais :

- l'évaluation et la prévention des risques ;
- la protection administrative ou judiciaire des personnes âgées ;
- les actions éducatives, médico-éducatives, thérapeutiques, pédagogiques et la formation adaptée aux besoins de la personne.
- sont également prises en compte, les actions d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociale ;
- les actions d'assistance pour effectuer les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;
- les actions contribuant au développement social et culturel, et l'insertion par l'activité économique.¹⁶

L'établissement social et médico-social a pour objectif de protéger la personne accueillie.

¹² Rapport d'activité 2008 de la Fondation Favier Val de Marne partie I : activité 2008 ; tableau 4 a. la répartition entre résidents payants – résidents aide sociale.

¹³ L'aide sociale

¹⁴ BAILLEAU G. et TRESPEUX F., Bénéficiaires de l'aide sociale en 2007, série statistique, document de travail, DREES, N°130 – avril 2009, p 10, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat130.pdf>

¹⁵ PREVOST J., l'offre en établissement pour personnes âgées en 2007, DREES, études et résultats N°689, mai 2009, pp 8, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er689.pdf>

¹⁶ Article L.311-1 du CASF

L'élargissement du rôle de l'établissement d'hébergement s'accompagne de la création de véritables droits de l'utilisateur.

La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, avait déjà affirmé la place de l'utilisateur dans l'établissement comme un des objectifs principaux, notamment en rappelant l'importance du respect de la personne et de ses droits.

Avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sanitaire et sociale, c'est une section entière, intitulée « *Des droits des usagers du secteur social et médico-social* » qui est introduite¹⁷. *L'objectif général qui incombe aux établissements sociaux et médico-sociaux est de garantir l'exercice des droits et libertés individuelles à toute personne prise en charge.*

Ces droits et libertés sont deux ordres :

- *la nécessité de respecter la liberté de l'utilisateur dans le choix des prises en charge ;*
- *l'impératif de lui ouvrir les informations le concernant.*

« Le corollaire de la liberté de choix et de la participation de l'utilisateur des services sociaux dans la définition et la mise en œuvre des prestations qui lui sont destinées tient dans l'affirmation d'un droit à l'information.

La participation et l'implication de l'utilisateur dans la conception et la réalisation des réponses à ses difficultés que l'action sociale met en œuvre, s'appuient sur l'affirmation de son droit à maîtriser toutes les données de sa situation et être informé de l'ensemble des devoirs et protections qui lui sont garanties. Notamment, il doit pouvoir obtenir la sanction contentieuse de la violation de ses droits, ce qui commence par une connaissance effective des voies de recours. ». La mission impartie aux établissements, s'accompagne d'une plus grande exigence de la part des familles et des résidents à l'égard des prestations fournies. Celle-ci contribue à mettre en place une véritable relation client/fournisseur entre l'établissement et l'utilisateur.

Toutefois, « l'action sociale et médico-sociale s'adresse par définition à des populations fragiles qui du fait de leur âge, du handicap ou de diverses difficultés matérielles et psychologiques, peuvent toujours se trouver dans une situation de dépendance à l'égard des institutions qui les prennent en charge. La législation entend pallier ces dangers en définissant plusieurs garanties dont la finalité est de restituer à l'utilisateur une marge de

¹⁷ Au chapitre 1^{er} du Livre III du code de l'action social et des familles

liberté dans le choix des prises en charge et dans les modalités de leur mise en œuvre. »¹⁸

Quatre garanties découlent du principe général de l'article L311-3 du CASF :

- le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de chacun,
- le libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes,
- une prise en charge et un accompagnement individuel « *respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* »,
- « *la participation directe avec l'aide de son représentant légal à la conception et la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement* ».

Si par le passé les prestations de l'établissement accueillant des personnes âgées pouvaient être assimilées à de la charité et devaient être acceptées avec reconnaissance, aujourd'hui, le contexte a changé. On assiste à l'émergence d'une relation client/fournisseur dans ces établissements, confortée par la mise en place d'outils obligatoires.

1.1.2 Le droit des usagers s'articule autour d'outils spécifiques visant à satisfaire les besoins de chaque résident

La loi du 2 janvier 2002 assortie les droits reconnus à l'utilisateur, d'un ensemble d'instruments destinés à en assurer la protection concrète au sein des établissements et services d'action sociale et médico-sociale. Ces outils s'organisent en deux catégories : divers documents pour cadrer la relation qui s'instaure entre chaque usager et la structure d'accueil et des mécanismes entre des instances et une organisation spécifique.

Les instruments destinés à organiser les relations entre chaque usager et les structures de la prise en charge définis par les articles L.311-4 et L.311-5 du CASF, sont : le livret d'accueil, le contrat de séjour et le recours à une personne qualifiée.

Même si certains de ces outils existaient parfois depuis longtemps, la loi du 2 janvier 2002, les inscrit dans la perspective du respect des droits des usagers et les rend effectifs et obligatoires en détaillant précisément leur contenu.

¹⁸ BORGETTO M. et LAFORE R., droit de l'aide et de l'action sociale, 6^{ème} édition, Montchrestien, Domat droit public p. 216

Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple du contrat de séjour. On note que la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance (PSD), avait déjà rendu obligatoire le contrat de séjour pour les établissements accueillant les personnes âgées.

La loi du 2 janvier 2002 apporte des précisions quant à sa nature et son contenu. Le contrat de séjour doit préciser les objectifs et le concept de la prise en charge ou l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques et du projet d'établissement. Enfin le contrat doit détailler la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel pour chaque usager.

Le décret du 26 novembre 2004 en précise les règles d'établissement et le contenu. On assiste, sur le fond à un rééquilibrage de la relation usager et institution en faveur de la personne accueillie, grâce au contrat de séjour qui constitue un véritable engagement de la structure à l'égard du bénéficiaire. Quant au contenu, il institue la notion de « client ».

La protection des droits des usagers passe enfin par un ensemble de dispositions déterminant les modalités de fonctionnement des institutions.

La loi du 2 janvier 2002, impose aux établissements de créer des instances internes mais également des documents encadrant leurs activités afin de mieux les prendre en compte. En effet, parmi ces dispositions on peut citer : le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement, mais aussi le projet d'établissement.

Dans la loi du 24 janvier 1997 instaurant la PSD ainsi que l'arrêté du 26 avril 1999, le projet institutionnel équivalent du projet d'établissement, n'était que recommandé.

A partir de 2002, l'article L.311-8 du CASF rend le « *projet d'établissement* » obligatoire dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Celui-ci définit les objectifs de la structure, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et la qualité des prestations fournies, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement.

Parmi les instruments conçus pour protéger le droit de l'utilisateur, on s'attend à remarquer « *le projet de vie* », outil que l'on retrouve dans la majorité des EHPAD.

Pourtant la notion de projet de vie reste assez confuse au regard de la variété de la sémantique employée. En fonction du type d'établissement on l'appelle : projet éducatif, projet d'insertion, projet d'accompagnement, projet individualisé de prise en charge, projet d'accompagnement individualisé etc. La tentative de la loi de 2 janvier 2002 de rassembler tout sous un même terme « *projet d'accueil et d'accompagnement* », a eu peu de succès sur le terrain.

Qui plus est la notion reste confuse en raison du manque de distinction entre projet de vie individuel et projet de vie institutionnel. D'ailleurs, très souvent l'expression « *le projet de vie* » dans les textes juridiques s'applique au sens de projet de vie individuel¹⁹. De sorte que dans la loi du 2 janvier 2002, il n'existe que deux sortes de projet institutionnel, le « *projet d'établissement* » et le « *projet de service* ».

On retrouve le terme de projet de vie au sens institutionnel dans les lois et règlements relatifs aux personnes âgées²⁰, au sens de projet d'établissement, projet d'animation ou de projet architectural.²¹ Toutefois, les articles faisant référence au projet de vie institutionnel de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ne constituent que des recommandations.

Le projet de vie institutionnel n'est donc pas juridiquement obligatoire. En revanche, on peut dire qu'il est à mi-chemin entre le projet d'accompagnement individualisé tant il touche à la prise en charge de chaque résident, et du projet d'établissement tant il permet d'élaborer une stratégie de la structure.

La législation incite les établissements à faire respecter le droit des usagers aux travers différents outils spécifiques. En revanche, le législateur n'impose pas directement la mise en place du projet de vie institutionnel. Pour autant, la pression des autorités de contrôle DDASS et Conseil Général impose son élaboration. C'est dans ce contexte que les directeurs d'établissement d'hébergement pour personne âgée mettent en œuvre un projet de vie institutionnel distinct du projet d'établissement et des plans d'accompagnement individualisés.

1.2 L'engagement du directeur est nécessaire à la mise en œuvre d'un projet de vie qui est devenue un critère pour les financeurs.

¹⁹ Le terme de « projet de vie individuel » qualifie la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie (et son représentant légal) et les équipes professionnelles

²⁰ Loi 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 (APA) et décret 2001-1085 du 20 novembre 2001 ; arrêté du 13 août modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (EHPAD)

²¹ ANESMS, repères juridiques sur les différentes notions de projet de la personne.

Plus qu'une obligation légale l'élaboration du projet de vie institutionnel est devenue un critère pour les financeurs (DDASS et CG) ce qui incite les établissements à entreprendre une démarche d'amélioration continue de la qualité (1.2.1) dans laquelle le directeur de la structure doit être partie prenante (1.2.2)

1.2.1 La mise en place des instruments visant le respect des droits des usagers, attire l'attention des financeurs.

La loi du 30 janvier 1975 avait pour souci d'organiser rationnellement les institutions sociales et médico-sociales en recherchant une meilleure allocation des moyens.

Par la suite, la loi du 24 janvier 1997 a restructuré la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux. Le budget de l'établissement est composé de trois sections.

Elles se découpent de la manière suivante :

- le tarif « *hébergement* » qui renvoie à l'ensemble des prestations d'administration de la structure, d'accueil hôtelier, de restauration et d'animation de la vie sociale de l'établissement.
- Le tarif « *dépendance* » qui recouvre les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie n'étant pas liés aux soins proprement dits
- et le tarif « *soins* » qui se rapporte aux prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes.

Pour chaque section, est établi un tarif journalier, fixé annuellement considérant l'ensemble des dépenses imputables à chacune d'entre elle. Ce dispositif est financé par l'utilisateur et le conseil général pour la partie hébergement et la dépendance, l'assurance maladie pour la partie soins. La détermination de chaque tarif repose sur la négociation d'une convention pluriannuelle entre l'établissement d'un côté, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (DDASS) de l'autre.

Cette convention financière définit les conditions de fonctionnement de la structure tant sur le plan financier que sur le plan qualité de la prise en charge et des soins.

La convention tripartite s'analyse comme un outil permettant au service de la mise en place d'une gestion de la qualité²² dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Celle-ci peut être schématisée par la roue de Deming qui définit quatre étapes : planifier, faire, vérifier et agir²³. Chacune d'entre elles entraînent la suivante, et vise à établir un cercle vertueux.

La convention tripartite incite les établissements à remplir un plan d'amélioration continue de la qualité. Il existe un cadre formalisé, annexé à la convention tripartite type intitulé : « *onglet 2 : Evaluation des objectifs conventionnels* ».

De la sorte, la Fondation Favier – Val de Marne a pour le renouvellement de sa convention tripartite en 2009 :

- rempli le cadre normatif²⁴ présentant le bilan de ses objectifs fixés en 2002 au regard de l'existant (étape : vérifier) ;
- fixé plusieurs objectifs lors de la passation de sa première convention en 2002 et formulé un plan d'actions dans le tableau qui comprend également une colonne réservée à la « *décision* ». (étape : planifier).

Les EHPAD sont donc incités à construire une démarche d'amélioration continue de la qualité pour leur établissement, les autorités de tarification vérifiant la validité des objectifs et des moyens alloués pour les atteindre.

Cette incitation est d'autant plus forte pour les établissements que, parallèlement la loi confère à la DDASS et au conseil général, un pouvoir de contrôle et de sanction.

La mission de contrôle est énoncée aux articles L 313-13 à L313-20 du CASF. « *Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.* ». De fait, cette mission relève du conseil général et de la DDASS habilités à délivrer les autorisations de fonctionner des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le contrôle peut permettre de constater « *dans l'établissement ou le service des infractions aux lois et règlements et des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers et le respect de leurs droits* », article L313-14 du CASF.

²² La gestion de la qualité est l'ensemble des techniques d'organisation qui concourent à l'obtention d'une qualité dans le cadre du pilotage de la production de biens ou de services – définition wikipédia

²³ Plan, Do, Check et Act

²⁴ Onglet 2 : Evaluation détaillée des actions des objectifs conventionnels

Cette prérogative, donne énormément de pouvoir aux tarificateurs vis-à-vis du directeur de l'établissement. Il est donné à l'autorité publique un pouvoir d'injonction lorsque des infractions et dysfonctionnements sont constatés. Lorsque ces injonctions restent sans effet, l'autorité compétente désigne un administrateur provisoire. En dernier lieu, la fermeture des établissements ou du service peut être légalement décidée.

Ce type de décision est extrême. Le conseil général et la DDASS optent plus généralement pour un système préventif. Aussi, la signature de la convention tripartite est l'occasion d'une part, de s'assurer de la mise en œuvre d'une démarche qualité : procédure de gestion des risques, projet de vie, enquête de satisfaction. Et d'autre part, de considérer la mise en place des instruments rendue obligatoire par la loi.

Parmi la liste des documents demandés à la Fondation Favier – Val de Marne dans le cadre du renouvellement de sa convention tripartite, s'insère le règlement de fonctionnement ; le contrat de séjour incluant notamment le projet d'accompagnement du résident ; le livret d'accueil ; les trois derniers procès-verbaux du Conseil de la Vie Sociale ainsi que le projet institutionnel qui comprend à la fois le projet de vie et le projet de soin.

Les voix de ceux qui sont à la fois financeurs et autorité de contrôle font écho dans les établissements. Les outils imposés sont mis en œuvre sous leur pression et selon leurs conditions. De ce fait, le projet de vie s'est imposé comme un composant du projet d'établissement. Cet élément incontournable s'impose aux établissements dans le cadre d'une incitation d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cependant quel doit-être le positionnement pour le directeur d'établissement face à l'élaboration du projet de vie institutionnel ?

1.2.2 Plus qu'une simple obligation, la mise en œuvre du projet de vie nécessite l'implication à part entière du directeur d'établissement.

Tous les manuels traitant de la qualité expliquent que l'engagement de la direction est un préalable nécessaire à la réussite de la mise en place effective de cette démarche. Satisfaire les autorités de tarification ne peut être la seule motivation de l'établissement à construire le projet de vie.

La création d'un document portant le titre de projet de vie n'est pas une finalité en soi. Plus qu'un simple papier il doit être le vecteur d'une véritable dynamique de l'établissement. Ce n'est pas parce qu'en apparence, les outils sont mis en place qu'ils impactent réellement la prise en charge et améliorent celle-ci.

L'équipe de direction de la Fondation-Favier-Val de Marne aurait pu très bien considérer qu'elle possédait déjà un projet de vie en réutilisant celui élaboré en 1994. L'enjeu n'est pas tant l'existence du document, mais bien sa mise en œuvre effective. Le directeur est garant de cette dynamique au sein de l'établissement ainsi que de la qualité des prestations

Les autorités de contrôle peuvent vérifier, imposer la planification, voir sanctionner les établissements, mais c'est à la direction qu'appartient la définition et la mise en œuvre du plan d'action.

Celles-ci, s'assurent de l'existence des documents mais ne cherchent pas à mesurer directement son impact, rôle qui incombe au directeur. D'un point de vue opérationnel, les visites des autorités de contrôle mesurent la qualité en vérifiant la formalisation des outils : « *y a-t-il ou non une procédure formalisée ?* ». Néanmoins, ils ne s'attachent pas à vérifier leur efficacité et leur pertinence. Par exemple, lors de la visite de pré-conventionnement on demande à la Fondation Favier-Val de Marne de préciser s'il « *existe un projet de vie* ». Ce qui est un préalable mais pas un indicateur de son efficacité.

En revanche, le référentiel d'autoévaluation Angélique est un outil de management nécessaire à la direction. Les questions autour du projet de vie institutionnel sont plus précises.

Dans un premier temps, l'autoévaluation :

- s'intéresse à sa forme : « *Existe-t-il un projet institutionnel ? Ce projet comprend-il les caractéristiques générales des projets de vie et de soins ? Est-il formalisé ?* »
- évalue la manière dont il a été élaboré : « *Le projet institutionnel prend-t-il en compte les souhaits et besoins des résidents et de leurs familles ? Le projet institutionnel a-t-il été soumis : au conseil d'établissement ? Aux autres instances délibératives ou consultatives (CA, CHSCT, CTE, comité d'entreprise) ? ; Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?* » (Rubrique établissement et environnement) ;

- tente également d'analyser son impact: « *l'institution propose-t-elle un cadre de vie agréable au plan : visuel, olfactif, auditif, température des locaux ?* » (Rubrique : satisfaction et attente) ;
- s'intéresse à son suivi : « *Existe t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie,...) font-elles l'objet d'une évaluation cyclique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?* » (Rubrique démarche qualité), « *Existe-t-il un suivi de mise en œuvre ?* » (Rubrique établissement et environnement).

De plus, il est possible que le projet de vie contribue à la lutte contre la maltraitance devenue un axe prioritaire du management des établissements pour personnes âgées dépendantes. Il vise en effet, à mieux respecter les droits des usagers et développer une meilleure qualité de vie. La difficulté à maîtriser le caractère polymorphe voire insidieux des situations de maltraitance en institution est un véritable enjeu qui touche aux pratiques professionnelles. Répondre à une obligation légale est un devoir pour le directeur qui engage sa responsabilité. Mais, la magie de les orchestrer et de les mettre en œuvre pour améliorer réellement la qualité repose principalement sur le management et l'encadrement.

On peut dès lors s'interroger. En quoi la mise en place du projet de vie remet- elle en cause les pratiques professionnelles en établissement ? En effet, à la Fondation Favier – Val de Marne, les équipes ont conscience de leur devoir de prise en charge sociale et reconnaissent l'EHPAD comme un lieu de vie notamment au travers leurs discours. Pour autant le projet de vie initial (1994) a été oublié et n'est plus appliqué. Le directeur garant de la dynamique de la démarche qualité doit s'interroger sur les raisons de la difficulté à mettre en œuvre un tel projet pour orienter son action et arriver à instaurer une dynamique pérenne.

2 Le projet de vie est difficile à mettre en place tant il remet en question les pratiques professionnelles et la vie institutionnelle

A l'issue de mes observations, des entretiens pratiqués auprès des personnels, des résidents et des familles ainsi que du travail conduit à la Fondation Favier-Val de Marne, il s'avère que le projet de vie remet en cause les modalités actuelles de la prise en charge pour deux raisons principales : d'une part, parce que les soins prédominent dans l'organisation de la prise en charge au détriment des activités dédiées à la vie sociale des résidents (2.1) et d'autre part, parce qu'il semble contradictoire que l'EHPAD en tant qu'établissement de vie collectif puisse apporter des réponses individuelles (2.2).

2.1 Les soins prédominent dans l'organisation de la structure souvent au détriment du maintien de la vie sociale du résident.

La prédominance du soin dans l'organisation de travail tend à perdre de vue la mission de soutien à la vie sociale du résident (2.1.1), sachant que l'accompagnement médical et paramédical semble correspondre aux premières attentes des familles et des résidents (2.1.2).

2.1.1 La prédominance du soin au sein de la prise en charge conduit à négliger la mission de maintien de la vie sociale du résident.

Le soin tient une part importante dans l'organisation des services. On remarque que le rythme des unités de vie de la Fondation Favier-Val de Marne s'articule autour des activités de soins, laissant peu de place à l'accompagnement de la vie sociale.

Pour mieux appréhender cet aspect, la direction a demandé aux agents des unités pour personnes âgées désorientées-déambulantes, dans le cadre de l'élaboration du projet de vie, de décrire une journée type au sein de leur service.²⁵

Le descriptif est assez éloquent. Il ne décrit pas le quotidien du résident dans le service mais énumère les tâches effectuées par les agents. De plus, le document rédigé par les personnels met l'accent sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge. En particulier on note que les symptômes caractéristiques de la maladie d'Alzheimer sont ressentis par le personnel comme de véritables contraintes pour le fonctionnement du service.

De plus, le temps employé au maintien de la vie sociale n'est pas clairement évoqué. On constate, que celui à ces activités se résume au temps d'animation. Celui-ci se réduit à une heure et demie par jour²⁶.

La comparaison entre le déroulement théorique de la journée type et la réalité du service²⁷, met en exergue que ce temps n'est pas respecté. Ainsi, lors des visites effectuées aux temps normalement consacrés à l'animation, les visiteurs présents soulignent la rareté des animations et les personnels avouent qu'ils sont souvent obligés, malgré eux, d'annuler les activités prévues au motif d'un manque de temps ou d'imprévu. Ils évoquent l'accompagnement d'un résident à se préparer à un rendez-vous en consultation hospitalière, une crise aiguë d'un trouble du comportement ou encore des « *changes de protection plus longs lorsque les résidents ne se laissent pas faire* », etc. C'est bien souvent la succession « d'événements de crise » qui entraîne la suppression de l'animation initialement programmée. Le temps est principalement consacré aux soins et au nursing.

Toutefois, l'animation figure malgré tout dans le cadre d'une journée théorique. « *L'animation occupe une place symbolique particulière [...] car cette activité relève complètement du versant présentable de l'institution. Elle est emblématique de l'humanisme et de l'émulation susceptible d'avoir cours dans la maison de retraite idéale. La gériatrie enjoint de ne pas seulement s'occuper des corps et de leur confort mais aussi de stimuler les esprits, de ne pas laisser les résidents se morfondre ni se couper du monde. Proposer des concerts, des jeux de cartes, des lotos ou encore des séances de*

²⁵ Voir annexe 1 : journée type dans les services Tourmaline et Eglantine

²⁶ de 16h30 à 18h

²⁷ La réalité a été évaluée sur la base des grilles d'observation (annexe 2) et sur les témoignages des professionnels et usagers.

diapositives sur un pays exotique procure également aux maisons de retraite un atout pour accroître leur prestige et leur qualité de service »²⁸. L'animation est assimilée au temps d'accompagnement à la vie sociale, et on remarque qu'elle est inscrite dans le temps d'une journée type, or, en pratique, elle est quasiment inexistante.

Par ailleurs, la place donnée au soin est induite par l'environnement du service ayant une forte connotation d'établissement sanitaire. C'est ce qui ressort de la consultation d'un groupe de résidents. A la question sur les principales caractéristiques de la maison de retraite, l'un des résidents répond avec l'approbation des autres : « *cela ressemble à un hôpital, au niveau de l'architecture : chambre, organisation et intendance* ».

Au premier abord, on peut s'étonner de cette réponse, d'autant que la Fondation Favier-Val de Marne a tenté de créer un environnement chaleureux plus proche du domicile que de l'hôpital. L'environnement architectural et la décoration ont été repensés au moment des travaux pour être le plus près possible d'un véritable lieu de vie : des cadres accrochés aux murs comme ceux que l'on retrouve chez les particuliers, des murs peints dans les tons rouges bordeaux, omniprésence du bois (parquet et portes), de petites unités avec des lieux de vie (coin salle à manger, et coin télévision, etc.).

Toutefois, cette impression partagée par de multiples résidents, peut s'expliquer par d'autres éléments de l'environnement : la présence des infirmières et des médecins dans l'établissement, les temps forts de la journée souvent ponctués par des soins, en particulier la distribution des médicaments au moment des repas, le port des blouses blanches par l'ensemble des personnels rappellent effectivement l'organisation hospitalière.

L'organigramme de la Fondation Favier – Val de Marne se rapproche lui-aussi de celui d'un hôpital : l'établissement compte des médecins, un directeur des soins, des cadres de santé, des infirmières, des aides soignantes (AS). Cette organisation est classique car elle se retrouve dans d'autres maisons de retraite. Un sociologue fait le rapprochement avec l'organisation hospitalière d'une maison de retraite privée : « *...un collectif de travail classique, de forme pyramidale, avec sa base, ses fonctions intermédiaires et sa direction, calqué sur le modèle de la hiérarchie hospitalière...* »²⁹

De plus, il n'est pas étonnant que l'organisation du service, garde une forte connotation d'activités de soins au regard de la qualification des personnels. Il existe une

²⁸ RIMBERT G., « (Ré)-animer les vieux en maison de retraite », regards sociologiques, N°32, 2007, pp. 59

²⁹ RIMBERT G., « (Ré)-animer les vieux en maison de retraite », regards sociologiques, N°32, 2007, pp. 59, description d'une maison de retraite commercial « le vieux chêne ».

prédominance des aptitudes médicales et paramédicales, soit près de 70 % du personnel employé. Cette proportion de soignants découle d'une politique menée par la direction des ressources humaines qui conduit une politique de recrutement suivi d'un plan de formation ciblé.

Dans les unités spécifiques des personnes désorientées, déambulantes du site de Bry sur Marne, tous les agents du service sont expérimentés et ont un diplôme soit d'aide soignant (1/3) soit d'aide médico-psychologique (2/3).

La qualification d'aide médico-psychologique entre dans le cadre des personnels spécifiques possédant des compétences exploitables dans le cadre d'un projet de vie sociale. En se penchant sur les fiches métiers proposées par le ministère de la santé, on identifie des différences de familles³⁰ : Soins et activités paramédicales, pour les AS et famille du social, éducatif et psychologie pour les AMP.

Leur métier est théoriquement différent : *« l'aide soignant est chargé de réaliser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, d'éducation à la santé et relationnels pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne ».*

L'AMP est *« chargé d'aider le résident, la personne handicapée ou âgée dépendante, dans les actes de la vie quotidienne afin de maintenir voire développer leur autonomie, sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical. ».*

Les fiches métiers précisent également les savoir-faire requis respectivement pour l'un et l'autre.

Les AMP ont des compétences spécifiques qui peuvent présenter des atouts majeures dans la mise en œuvre du projet de vie. Ils savent non seulement *« utiliser des techniques d'hygiène adaptées aux personnes, recueillir les informations en vue d'évaluer le degré d'autonomie de la personne accueillie, rédiger des transmissions écrites, travailler en équipe interprofessionnelle »* mais aussi: *« communiquer avec des usagers présentant des troubles de la communication » ; « animer des groupes avec des activités physiques et cognitives ».*

Malgré ces connaissances spécifiques, l'encadrement de la Fondation Favier-Val de Marne a fait le choix de ne pas distinguer dans les faits le service rendu par l'un ou l'autre des professionnels, ainsi les fiches de postes sont identiques.

³⁰ Annexes 3 et 4 : fiches métier de l'AM et de l'AS.

Leur activité principale est centrée sur les activités suivantes : « *la distribution et l'aide à la prise des repas, l'accompagnement aux gestes de la vie courante et l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et réfection des lits* ». ³¹

Ne pas distinguer les missions des AS et des AMP, est un parti pris de l'encadrement de la Fondation Favier- Val de Marne, qui estime que l'accompagnement de la vie sociale ne se résume pas seulement à l'animation mais constitue une véritable culture du « *prendre en charge* ». Engager la discussion avec le résident au moment des soins est pour eux, un acte qui permet d'entretenir la vie sociale du résident. Toutefois, la présentation de la journée des agents, peut s'analyser comme la description d'une succession de tâches, dont l'objectif est de canaliser les troubles du comportement, ce qui trahit l'absence de véritable projet institutionnel.

Le temps consacré au nursing par les AMP et les AS apparaît plus logique dans une organisation qui a prévu une équipe spécifique dédiée à l'animation et la psychomotricité. Lors de l'intervention de l'une ou l'autre de ces équipes, les agents AMP et AS considèrent qu'ils passent le relais de la prise en charge et ne s'impliquent pas dans les activités proposées par les acteurs extérieurs à leur service.

Il arrive que l'animatrice se trouve seule avec les résidents pour mettre en place une activité d'écoute musicale pendant que les AMP et AS s'occupent, dans une autre pièce à trier le linge des résidents par exemple.

Cette observation laisse à penser que dans l'esprit des personnels AMP et AS, la prise en charge d'animation ne relève pas de leur activité mais de celle d'un personnel dédié.

Au regard de cette analyse, plusieurs questions se posent : le projet de vie est-il assimilable au temps d'animation ? Le temps de soins peut-il être considéré comme du temps d'accompagnement à la vie sociale et ne pas se réduire à l'acte de soin ou de nursing proprement dit ? Pour qu'une activité soit ciblée, n'est-il pas préférable qu'elle corresponde à des temps dédiés ?

Pour trancher sur ces questions, il faut se rappeler que l'objectif de l'établissement est de répondre aux besoins et attentes des usagers (résidents et leurs proches). Aussi, on peut s'interroger sur la place que ces derniers attribuent au projet de vie, au regard de leurs attentes exprimées.

³¹ Activités principales des fiches métiers du ministère de la santé en comparaison à la description d'une journée type dans les services Tourmaline et Eglantine.

2.1.2 La prise en charge centrée sur l'accompagnement médical et paramédical permet aux équipes de répondre aux premières attentes des usagers

Ce centrage sur les soins semble s'expliquer au vu des attentes exprimées par les résidents et leurs proches dès l'entrée en institution. Il se justifie également par les caractéristiques de la population accueillie.

Les résidents pris en charge nécessitent souvent de soins. La décision d'entrée en institution s'impose dès l'apparition d'une dépendance trop lourde à prendre en charge à domicile. Pour la Fondation Favier- Val de Marne, le GIR moyen pondéré (GMP) s'élève à 726,43 en 2008. Ce qui est relativement important puisqu' en moyenne, dans les EHPAD de France, le GMP se situe autour de 575³². L'établissement accueille en grande majorité des GIR1 et GIR2 (soit respectivement 20% et 43,67%).

Il faut préciser que ce taux de dépendance est élevé et s'accompagne également d'un fort rapport de démence, soit plus de 70% des résidents, taux estimé par le médecin coordinateur de la Fondation Favier-Val de Marne.

Enfin, certaines entrées en institution sont directement liées à la « maladie », ce qui renforce l'idée de la priorité du soin. Pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, la mission soins de l'établissement est accentuée par l'utilisation du terme « *maladie* ». La prise en charge en soins correspond alors aux attentes et demandes des familles et des résidents. Les actes inhérents aux soins et au personnel soignant rassurent.

Ceci est réel pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer mais s'étend, plus généralement à tous. Lors des réunions avec les familles ou encore lors du Conseil de la Vie Sociale (CVS), les thématiques abordées par les résidents et en particulier par leurs proches, portent souvent sur le soin. Ils réclament d'être mieux informés des soins pratiqués et des consultations.

Lors de l'élaboration du projet d'enquête de satisfaction, les familles ont réclamé d'être questionnées sur la qualité des soins dispensés. A la fin de toutes les réunions avec les familles : le médecin coordinateur et les médecins de l'établissement sont accaparés par celles-ci. Autant d'indices qui dévoilent l'importance du soin pour les usagers³³

³² PREVOST J., l'offre en établissement pour personnes âgées en 2007, DREES, études et résultats N°689, mai 2009, p. 5, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er689.pdf>

³³ Revue gériatrie 2004 – article la mesure de satisfaction dans les maisons de retraite : Quel type de mesure utiliser ?

On peut également voir dans la prise en charge médicale une validation du placement de la personne en institution. Elle est un élément important dans le processus de déculpabilisation de certains proches dont un parent est placé en institution.

C'est ce qu'explique une étude sociologique sur les liens sociaux en maison de retraite faite en 2006, par la Fondation Maison des Sciences et de l'Homme pour le Centre d'Analyse Stratégique. L'admission en institution se décide souvent lorsqu'il n'y a plus d'alternative. « *Les personnes âgées peuvent alors ressentir leur entrée en maison de retraite comme une histoire sans alternative, ce qui provoque au sein de l'entourage un fort sentiment de culpabilité. Sans nier la réalité et parfois, la survenue brutale des diagnostics médicaux, ceux-ci ont la vertu d'atténuer partiellement la gêne éprouvée par les parents âgés et leurs proches en quête de solution pour éviter de peser sur les uns et les autres. La plupart des personnes âgées et des familles [...] présentent les raisons de l'entrée en établissement à partir d'un tel discours médical, ce qui est une forme de justification spontanée* »³⁴

Toutefois, il ne faut pas s'y tromper, les besoins en matière de soins ne doivent pas négliger les autres attentes des résidents et des familles. La sécurité, le linge, la restauration font partie de leurs préoccupations.

Les espoirs exprimés en première intention sont à prendre en compte mais avec discernement. Pour avoir une bonne idée des attentes et des besoins des usagers, l'établissement, en particulier le directeur, ne doit pas hésiter à utiliser plusieurs méthodes d'évaluation de ce besoin, d'autant qu'ils masquent parfois des attentes non exprimés, pas toujours identifiables de prime abord.

Certaines revendications des proches et des usagers dissimulent parfois des besoins indirectement manifestés. Les traduire relève parfois de compétences spécifiques telle que psychologie et relation humaine. Chacun avec son vécu et ses valeurs peut interpréter les attentes de l'autre.

Ce phénomène a été exprimé, lors d'une réunion des familles concernant les résidences Tourmaline et Eglantine. Les usagers nouvellement arrivés dans l'établissement dénoncent le manque d'informations fournies par la structure lors de l'admission. Néanmoins les proches dont le parent réside à la Fondation Favier-Val de Marne depuis plusieurs années, évoquent le même sentiment et avouent avec recul que celui-ci est en partie lié au désarroi vécu lors de l'admission de leur proche. Ils expliquent également la

³⁴ JAUJOU N., L'EHPAD pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique, étude réalisée pour le centre d'analyse stratégique par la Fondation Maison des Sciences et de l'Homme, tome 1, p 39, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/EtudeEHPADtome1.pdf>

non assimilation des renseignements fournis tant ils leur étaient difficile d'accepter l'institutionnalisation de leur proche.

En conséquence, certaines revendications peuvent dissimuler d'autres besoins que ceux exprimés. Par exemple, le besoin de soutien psychologique face à la dépendance, le besoin d'être impliqué dans la prise en charge de son parent ou encore le besoin d'entrer en contact avec leur proche, sont très rarement formulés mais correspondent à de véritables nécessités. Répondre à ces besoins n'en est pas moins technique, et demande des compétences spécifiques dont les AS et les AMP disposent.

L'attitude médicale n'est pas la seule manière de répondre aux besoins de la personne âgée. La vieillesse entraîne d'autres difficultés notamment en termes de sociabilité. Elle a tendance à s'isoler et rencontre des difficultés à conserver une vie sociale. L'institutionnalisation accentue particulièrement ce phénomène, car coupée de son environnement habituel, elle doit se reconstruire dans un environnement nouveau et appréhender de nouvelles règles liées à l'organisation de la structure.

L'organisation du travail des équipes et la qualification des personnels laissent à penser que la principale mission de l'établissement est de soigner la personne accueillie. Cette idée est renforcée par les attentes formulées des familles souvent axées sur les soins. Pourtant, le secteur social et médico-social revendique sa différence par rapport aux établissements hospitaliers et ambitionne sa caractéristique de lieu d'existence. Ce paradoxe s'explique en partie par la difficulté dans le quotidien à concilier bien-être individuel de la personne et établissement collectif.

2.2 La difficile conciliation entre bien-être individuel et solution collective représente un frein à la mise en œuvre du projet de vie.

La nécessité d'apporter une réponse individualisée remet en question la notion de prise en charge des maisons de retraite, culturellement et structurellement collective (2.2.1). Le manque de moyens humains et matériels est souvent mis en avant pour expliquer les difficultés à mettre en œuvre un véritable projet de vie (2.2.2).

2.2.1 La culture de la prise en charge collective représente un obstacle à la mise en œuvre du projet de vie.

Il semble exister une contradiction entre une organisation proposée par un établissement collectif et une réponse adaptée aux besoins individuels. La problématique se pose alors de savoir comment la structure doit s'organiser. On peut souligner que la réponse en termes de soins se fait nécessairement de manière individuelle. En revanche, pour les prestations de vie courante telles que : sécurité, gestion du linge, restauration, les réponses sont collectives.

Répondre aux besoins de l'individu nécessite une approche particulière, vite confrontée à une organisation collective existante. Le personnel adapte lui-même cette variation.

Mais, lorsque les changements touchent profondément l'organisation et concernent plusieurs acteurs, les décisions de modification du travail doivent nécessairement être actées par la hiérarchie, légitime à agir sur l'ensemble des services et catégorie de personnels.

Modifier les heures de repas touche à la vie du service et aux habitudes de chaque usager, mais également à l'organisation de travail des cuisines, du personnel de service et des activités qui viennent en amont ainsi qu'en aval. Ces changements impliquent parfois un matériel spécifique, « *matériel pour réchauffer les repas* ».

Les agents repèrent souvent les dysfonctionnements et ont la plupart du temps des solutions à proposer. Néanmoins, il leur est difficile de les mettre en œuvre sans l'appui de leur encadrement pour légitimer le changement à l'égard des autres personnels ou services.

De plus, face aux attentes des usagers difficilement exprimées ou difficilement recueillies, l'intérêt et l'efficacité de l'organisation déterminent la prestation sans que soient évaluées les implications en matière de qualité et prise en charge individuelle.

Pour le personnel de nuit, changer les protections de tous les résidents incontinents, à la même heure rationalise l'organisation du travail sans respecter le rythme et le sommeil de l'individu.

Ce travers ne se retrouve pas partout, il est vrai que l'organisation de travail répond à certaines demandes spécifiques. Toutefois, ces réponses sont souvent « *personne dépendante* », variable en fonction de l'acteur et de sa propre perception de la situation, qui lui permet d'estimer les priorités entre organisation collective et besoin individuel.

Ainsi, une famille, lors d'un entretien avec le directeur adjoint de la structure fait le récit d'une scène dans une des unités de vie de la Fondation Favier-val de Marne au moment

du goûter. Elle raconte qu'elle a demandé à un agent la possibilité d'obtenir un bol parce que la tasse ne permettait pas à son parent, de tremper son gâteau dans le café.

L'agent aurait répondu qu'il ne pouvait accéder à sa demande parce que le service à cette occasion se fait uniquement dans les tasses.

Ce type de réponse peut scandaliser. En fait, l'agent a répondu en fonction du cadre collectif et décide ou non de déroger à cette organisation (tout dépend de son affect, du temps disponible, de l'importance qu'il attache à la demande, ainsi que des conséquences qui en découlent...).

Les résidents et leurs familles semblent s'accommoder des désagréments induits, par la vie en collectivité, sur la vie quotidienne.³⁵ D'un point vu collectif, c'est « *acceptable* » d'avoir une perte de vêtement, d'un point de vue individuel, beaucoup moins. Pourtant, les familles semblent résigner à faire face à ces gênes. Elles se plaignent, toutefois, elles conviennent la difficulté de faire autrement.

De plus, pour les résidents, la vie en collectivité et ses désagréments font partie du quotidien. Aussi, un résident admittra, faisant référence au bruit dans les couloirs de l'EHPAD le soir : « *C'est normal, cela fait partie de la vie en collectivité* ».

La résignation cautionne en quelque sorte le fait que certains dysfonctionnements deviennent des désagréments « *normaux* » issus de la vie en collectivité. Cette situation s'explique également par l'impuissance des résidents et des familles à faire face à ces désagréments.

Les familles parlent de leur problème à titre individuel. Les équipes tentent de répondre au mieux au cas par cas, adaptant la prestation qui leur est fournie. Toutefois, lorsque les situations, touchent le domaine collectif, les réponses sont plus longues à se mettre en place notamment parce que les sources collectives d'un problème sont parfois difficiles à identifier.

Au Conseil de la Vie Sociale, instance dans laquelle on s'attend à entendre des sujets qui intéressent l'établissement, les thèmes abordés relèvent en réalité rarement de l'ordre du collectif mais principalement de l'individuel. Ils prennent en outre une forme anecdotique, qui ne permet pas de donner satisfaction à la personne qui les évoque.

Or, l'organisation et les moyens des représentants des usagers ne sont pas appropriés pour faire valoir des problèmes liés à l'organisation de la prestation.

³⁵ Interview d'un groupe de résidents sur les changements liés à l'entrée en institution

Cela supposerait une concertation, entre les familles et les résidents mais aussi une connaissance approfondie de l'établissement.

Les conditions requises pour ce préalable sont difficiles à établir. Si le directeur peut remettre dans son contexte collectif un problème propre à un individu, son action reste toutefois limitée.

D'autres moyens peuvent, être formulés par l'établissement pour donner de la matière collective aux représentants des usagers : rapports sur le recensement des besoins et attentes de l'utilisateur, comptes rendus des groupes de parole, questionnaire de satisfaction, etc.

Si le CVS rencontre de grande difficulté à évoquer des problèmes collectifs sans en parler à titre individuel, il a néanmoins la légitimité pour valider et critiquer les propositions amenées par l'établissement. L'avis du conseil de la vie sociale est souvent riche d'enseignement et donne un regard d'utilisateur sur les organisations et outils proposés par le directeur d'établissement.

Dans un autre registre, on peut s'apercevoir également que l'animation au sens traditionnel est toujours vue sous l'angle collectif. Le terme animation est utilisé pour désigner les « *méthodes de conduite d'un groupe qui favorisent la participation de ses membres à la vie collective* »³⁶. Or, l'animation fréquemment exercée dans les maisons de retraite ne semble plus adaptée à son public. On parle de « *dégradation des activités d'animation.* ».

Un sociologue évoque dans l'une de ses enquêtes, au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées : « *cette solitude durant les séances de karaoké. Elle est d'autant plus visible que, selon les observations répétées, les rares personnes qui se détachent de la masse inerte du public, notamment en danse, ne sont pas des résidents mais des volontaires parmi le personnel, les familles présentes et habituées des lieux* ». « *La forme d'animation encouragée est recherchée par l'animatrice s'appuyant sur la participation active du public, [...] s'avère de plus en plus inadéquate et génère toujours plus de frustration* ». Un travail d'adaptation est donc nécessaire afin qu'elle soit adaptée aux besoins d'un public dépendant

La prestation des EHPAD repose sur les ressources humaines de l'établissement. Force est de constater que la prise en charge individualisée des résidents ne va pas de soit, car l'organisation collective existe de fait et pèse de manière importante dans les décisions.

³⁶ Définition du mot « Animation » du dictionnaire d'apprentissage de la langue française Le Micro-Robert rédaction dirigée par Alain Rey- édition 1988, page 47.

La réalité des difficultés individuelles ne doit pas être sous estimée et doit permettre de questionner les organisations collectives pour qu'elles s'adaptent à une prise en charge personnalisée.

2.2.2 Le manque de moyens est un argument récurrent pour expliquer les difficultés de maintenir une vie sociale pour le résident

Le manque de moyens humains, est souvent un argument utilisé pour expliquer les difficultés de l'institution à mettre en place le projet de vie (développer l'animation, accompagner les résidents à l'extérieur du service, ...) voire même parfois justifier certaines maltraitances institutionnelles.

Le ratio d'encadrement en soignants sur le nombre de résidents est souvent présenté par les acteurs du secteur social et médico-social, comme un indicateur nécessaire pour mesurer la qualité en matière d'hygiène, d'alimentation, de sécurité et de continence.

Un taux d'encadrement de 0,6 soignant par résident est jugé acceptable comparé à la moyenne dans le secteur public, qui est de 0,3 soignant par résident. *« Avec un ratio de 0,3 soignant par lit, on ne laisse pas à nos aînés le temps d'avaler leur repas. Ils ne sont pas toujours bien hydratés, les soins buccodentaires restent sommaires, un bain n'est pas donné tous les quinze jours en plus de la toilette, faute de temps »*³⁷.

A la Fondation Favier- Val de Marne, le ratio d'encadrement est au dessus de la moyenne de l'encadrement du secteur public, puisqu'il atteint 0,53 agent soignant par lit.³⁸ Néanmoins, le manque d'effectif est retenu par les professionnels pour justifier les difficultés à proposer d'autres prestations que celles liées aux soins et notamment celles concernant la vie sociale du résident³⁹.

Bien que le nombre d'agents soit indéniablement un facteur important de qualité dans la prise en charge et de lutte contre la maltraitance, il faut toutefois, rester prudent quant à cet argument, car, s'il existe une évidente corrélation, il ne va pas de soi qu'avec plus de personnel on privilégiera d'avantage la vie sociale du résident.

Cela s'accompagne nécessairement d'un projet proposant un changement de culture de cette prise en charge. Le risque étant de mettre davantage de personnel pour faire ce que l'on fait déjà.

³⁷ LECLAIR A., « des indicateurs pour choisir une bonne maison de retraite », Le Figaro, 06/04/09.

³⁸ Confère rapport d'activité 2008 de la Fondation Favier Val de Marne partie II : les dépenses de personnel, 1. Emploi page 6.

³⁹ Réunions de bâtiment et entretien avec les personnels de la Fondation Favier-Val de Marne.

Par ailleurs, la nécessité de changer la culture de prise en charge peut s'illustrer par le comportement des équipes face aux tentatives individuelles d'accompagner le résident. Le médecin coordinateur et les cadres de santé de la Fondation Favier -Val de Marne soulignent que certains personnels, dénigrent leurs collègues qui promènent les résidents pendant que les autres s'occupent du nursing et des soins. Ceci démontre qu'à l'heure actuelle l'accompagnement à la vie sociale n'est pas perçu comme une véritable mission de l'établissement.

Dans le même ordre d'idée, le manque de moyens matériels est mis en avant par les acteurs pour expliquer la difficulté de mettre en place un accompagnement à la vie sociale. « *On n'a pas les moyens, il nous faut du matériel, etc.* ». Lors de la réflexion sur la mise en œuvre du projet de vie les équipes en viennent très vite à demander des moyens matériels supplémentaires. Les agents de la Fondation Favier –Val de Marne ont évoqué lors des discussions sur le projet de vie : des idées qui supposent toutes, des moyens supplémentaires et souvent coûteux : une baignoire, un parcours de santé extérieur, etc. Ces demandes sont difficilement honorables compte tenu des montants qu'elles engagent au regard de la situation budgétaire de l'établissement.

La fondation Favier-Val de Marne sortant d'une période de travaux de rénovation des bâtiments, a peu de souplesse en matière budgétaire. Contraint par la réalité financière, le directeur priorise les investissements et d'autres consommations comme : l'achat de lit, de matériel médical, de matériel de réparation de la structure. Ce qui conforte l'idée non avouée que le projet de vie passe au second plan.

Enfin, ces demandes émises par le personnel reportent la mise en place effective d'un projet de vie et le condamne de fait : « *quand nous aurons une baignoire nous pourrions mener un projet avec les résidents* ». Pourtant en parallèle, on s'aperçoit que les moyens existants ne sont pas toujours pleinement exploités. La Fondation Favier – val de Marne dispose d'atouts essentiels pour garantir une vie sociale : un parc, des lieux de vie conviviaux dans chaque unité de vie, mais également une grande cafétéria, une équipe d'animation, des chambres individuelles en grand nombre, un équipement audiovisuel, et surtout des compétences.

On doit s'interroger pour savoir si véritablement ce sont les moyens qui manquent ou une véritable volonté qui permettrait de combiner les moyens existants déployés pour moderniser la prise en charge.

Le projet de vie demande un véritablement changement de la prise en charge et remet en question l'organisation et les préjugés ancrés dans la culture de l'établissement (usagers et personnel). Il est clair que sa mise en œuvre ne va pas de soi, qu'elle doit faire l'objet d'une attention toute particulière du directeur afin de conduire le changement et améliorer véritablement la qualité de la prise en charge de chaque résident.

3 L'apport du projet de vie tient au caractère stratégique du document et à son implication dans la prise en charge quotidienne des résidents.

La conception du projet de vie est l'opportunité d'insuffler une nouvelle dynamique à l'établissement et améliorer la qualité de sa prise en charge de manière continue. Dans cette perspective, il doit, d'une part, permettre de clarifier le cadre stratégique et légitime de l'accompagnement (3.1), et d'autre part, prévoir son ancrage quotidien dans les pratiques professionnelles régulièrement évaluées (3.2).

3.1 Le projet de vie doit définir le cadre stratégique et légitime de la prise en charge

Le projet de vie doit définir le cadre générale de la mission de maintien de la vie sociale (3.1.1) et être cohérent avec le pilotage général de la structure (3.1.2).

3.1.1 Le projet de vie doit clairement définir l'orientation générale de la structure pour favoriser la vie sociale de chaque résident

Le projet de vie institutionnel est construit selon la logique du projet d'établissement. Il est composé de deux parties. La première définit les objectifs du projet tandis que la seconde décline les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre.

Il doit spécifier l'orientation vers laquelle doit tendre l'action des professionnels. Il sert de cadre en incitant l'établissement à positionner la mission de l'accompagnement de la vie sociale et identifier ce que l'utilisateur est en droit d'attendre de la prestation.

La Fondation Favier- Val de Marne, condamne la pression que certains agents exercent sur leurs collègues accompagnant les résidents, en sortie extérieure. En élaborant le projet de vie, il place ces actions au cœur de la prise en charge en leur donnant une véritable légitimité institutionnelle actée par l'ensemble des acteurs. Cela permet de dépasser le débat sur la légitimité que peut avoir un soignant à sortir un résident, et conduit à mobiliser les esprits sur l'organisation nécessaire pour y parvenir.

Il apporte des précisions sur la manière dont l'établissement envisage de répondre à sa mission.

La Fondation Favier – Val de Marne, a choisi quatre objectifs :

- « *Accueillir et connaître le résident* »,
- « *Obtenir l'adhésion des familles* »,
- « *Maintenir les capacités physiques et psychiques* »
- « *Favoriser, stimuler la communication avec le résident* ».

Elle a défini des « *objectifs de progrès* »⁴⁰, formulés dans un esprit dynamique en évitant soigneusement d'être descriptifs. Le groupe de travail a donc veillé à ce que chacun des objectifs commence par un verbe d'action. Ainsi énoncés, ils donnent une « *dimension prospective et dynamique du projet qui témoignent que l'établissement a évalué les manques (ou les déficits) à traiter, et/ou la possibilité d'améliorer encore le niveau qualitatif des prestations offertes* ».

Ces objectifs doivent permettre de rattacher chacune des tâches de la prise en charge.

A titre d'exemple, la tâche « la toilette » utilisée dans le descriptif d'une journée type dans le service Tourmaline et Eglantine pouvait être interprétée dans le sens d'un objectif du respect de l'hygiène. Le projet de vie lui attribue une toute autre finalité :

- elle est l'opportunité de « *favoriser et stimuler la communication avec le résident* ». Au cours de celle-ci, le personnel entre en relation avec le résident et peut communiquer avec lui de manière privilégiée,
- elle est également l'occasion de « *maintenir les capacités physiques et psychiques du résident* » et l'encourager à avoir un maximum d'autonomie.

La définition des objectifs donne donc du sens à l'action des professionnels.

Les moyens quant à eux, illustrent les orientations choisies par l'établissement en leur donnant un axe de lecture plus précis. .

⁴⁰ BECKER JC, *Projet d'établissement comment le concevoir et le formaliser*, collection action sociales/références, éditeur ESF, 2004, pp 121 /183

Le projet de la Fondation Favier- Val de Marne propose d'atteindre l'objectif « *Obtenir l'adhésion des familles* » en mettant en œuvre plusieurs moyens :

- *en « améliorant l'information des familles sur le projet de service et son fonctionnement, sur le projet individualisé de son proche et sur les activités proposées dans le service »*,
- *« en créant un lieu d'échange permettant aux familles de mieux s'exprimer »*
- *« en amenant les familles à participer à la vie du service »*,
- *« en rendant le cadre de vie plus attractif aux visiteurs »*
- *« en organisant des temps conviviaux où les familles seront invitées à participer »*.

La Fondation Favier-Val de Marne a tenté de faciliter la lecture du projet de vie en s'appuyant sur une présentation dans un tableau, des moyens par objectif. Toutefois, au-delà de la forme, la manière dont sont impliqués les personnels pour définir les objectifs et les moyens reste essentielle au devenir du projet de vie. Elle vise à convaincre les acteurs de la nécessité de changer leurs pratiques, et de se rassembler autour d'objectifs communs.

Il est important que les objectifs et les moyens soient définis avec les acteurs de la prise en charge. Les professionnels apportent leur expertise nécessaire à la définition du projet afin de garantir des choix et des moyens réalistes au vu des caractéristiques de la population accueillie et de leur expérience.

La réflexion doit être menée en équipe, par « *la composante des différentes fonctions des agents d'une unité de vie* »⁴¹ : AS, AMP, infirmière, personnel hôtelier, animatrice, parce qu'au cours de la réflexion, « *les objectifs se clarifient peu à peu. Le désir des soignants se développe. Leur maturité face au changement évolue positivement.* ».

Le groupe de travail de la Fondation Favier- Val de Marne était constitué des cadres de santé, de la psychologue, du médecin coordinateur, de la responsable d'animation, du directeur adjoint de la structure et du Directeur des soins. On remarque que le groupe de travail se composait exclusivement de l'encadrement.

⁴¹ EVEN O., *Projet de vie et organisation du travail en long séjour, gestion hospitalière*, avril 1998, N° 375, p 284.

On peut regretter l'absence des professionnels de terrain directement impliqués dans la mise en œuvre du projet de vie au quotidien. Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant que les agents aient été exclus de la réflexion. Le groupe s'est appuyé sur des travaux émis par les équipes (descriptif d'une journée type, liste des animations proposées par eux...). De plus le groupe s'est enclins à largement communiquer sur l'élaboration du projet de vie à l'occasion de réunions de services, qui a par ailleurs permis de faire évoluer la réflexion. Néanmoins, ce travail devra faire l'objet d'une appropriation de son contenu par les équipes. La démarche n'est donc pas terminée, l'établissement a prévu la constitution d'un nouveau groupe de travail qui associera au groupe de pilotage initial, des infirmiers, AS et AMP de jour et de nuit, ainsi que des ergothérapeutes et psychomotriciens.

La réflexion au niveau hiérarchique apparaît toutefois comme une étape intermédiaire indispensable. En effet, la conviction de l'encadrement de proximité autour de ces principes est un point crucial.

Le projet nécessite l'harmonisation des pratiques professionnelles, ce qui implique également celles de l'encadrement. Le travail sur le projet de vie est l'opportunité de réfléchir à l'organisation afin de rationaliser les pratiques et d'éviter des redondances ou des oublis. Il doit également servir à simplifier les organisations et leur lisibilité pour améliorer la qualité des prestations. L'encadrement de proximité conduira le changement sur la base des objectifs de la prise en charge ainsi clarifiés au niveau de l'institution.

L'aboutissement de ces réflexions est la traduction écrite du projet de vie. Il permet d'y associer à terme les résidents, la famille, les proches, voir le cas échéant les intervenants extérieurs.

Les acteurs de la Fondation Favier-Val de Marne ont montré un grand intérêt à ce que les familles soient intégrées dans ce projet. La formalisation écrite de celui-ci servira de support expliquant la prise en charge (quel est son rôle, ses objectifs et ses moyens mis en œuvre.). Le projet sera plus facile à transmettre aux familles (oralement ou par écrit) parce qu'il a été éclairci. Il permet à l'institution d'avoir un discours cohérent.

On pourrait envisager que les familles soient incluses dans l'élaboration du projet de vie en tant qu'acteur de l'accompagnement de la vie sociale. Toutefois, ce point n'a pas été envisagé à la Fondation Favier – Val de Marne, d'une part, parce que la structure a d'autres moyens d'évaluer les attentes (réunions des familles), et d'autre part, parce que de nouveaux outils (questionnaires de satisfaction) se mettent tout juste en place. Toutefois, inclure les familles dans l'élaboration du projet de vie pourrait être envisagé dans le futur.

3.1.2 La conception du projet de vie implique la stratégie de l'ensemble de l'établissement.

Le projet de vie dépasse la notion de projet de service parce qu'il est transversal et implique toute l'institution : administration, logistique, médical, paramédical, animation. Le directeur a donc une place essentielle dans l'élaboration de celui-ci afin qu'il reste réaliste et cohérent au vu des autres projets de l'établissement.

Dans un premier temps, le projet de vie permet de structurer la dynamique de l'établissement formalisée. Il rappelle et officialise que la résidence a une double mission non seulement celle d'apporter les soins (projet de soins) mais aussi celle de favoriser le lien social du résident (projet de vie sociale). Le directeur, en demandant, à ses équipes d'élaborer un projet de vie, positionne le maintien de la vie sociale de l'usager comme une mission à part entière de l'établissement. Toutefois, cet intérêt ne se limite pas à un discours et impacte obligatoirement la gestion. La définition des objectifs et des moyens constitue un véritable choix stratégique.

Le projet de vie, doit être cohérent et coordonné à la gestion institutionnelle : notamment au projet d'investissement, au plan de formation, à la gestion des ressources humaines. Les projets doivent présenter une cohésion afin qu'ils fassent apparaître une logique indispensable au pilotage de l'établissement.

Par ailleurs, le projet de vie incite le directeur à définir les priorités et valider les moyens. Plusieurs critères peuvent permettre de sélectionner les objectifs les plus pertinents : Identifier les priorités mises en valeur par les équipes, distinguer celles qui répondent aux besoins exprimés par les usagers, relever les bénéfiques pour le résident au regard du coût matériel et financier pour la structure, examiner la proportion des résidents qui peuvent en bénéficier.

La logique des projets institutionnels, garantie par la participation du directeur aux réflexions, peut être obtenue en se rapportant aux autres travaux de l'établissement. Il fera converger le projet de vie vers les objectifs déjà en place.

Le plan d'actions du projet peut contribuer à répondre aux points faibles identifiés lors de l'autoévaluation Angélique. Ses axes doivent être adaptés aux opportunités et limites imposées par la planification financière ou des projets inscrits dans la convention tripartite.

L'objectif défini dans le projet de vie de la Fondation Favier – Val de Marne : « favoriser et stimuler la communication avec le résident » nécessite les moyens suivants :

- «former à repérer les troubles du comportement »,
- «former à entrer en contact avec le résident en régulant les troubles du comportement » ;
- «former à la méthode « Humanitude » au sein de l'établissement ».

La définition des moyens nécessaires à la mise en place du projet de vie, impacte le plan de formation qui intègre déjà d'autres axes stratégiques :

- l'évolution de carrière des personnels ou la gestion des effectifs : « *Apprendre comprendre et s'exprimer* », « *préparation aux concours de l'IFSI* », « *Formation AMP* », « *Diplôme d'Etat d'Infirmier* » etc. ;
- l'hygiène, la sécurité et les soins : « *formation à la sécurité incendie* », « *formation à la manutention des personnes* », « *entretien et désinfection des surfaces* »
- l'évolution de la réglementation « *Habilitation électrique* »

Le directeur doit combiner tous ces projets, en outre il peut être amené à les prioriser. A titre d'exemple, la Fondation Favier – Val de Marne définit ainsi les priorités de son plan de formation de la manière suivante : « *les actions prioritaires correspondent à des objectifs d'établissement : assurer la prévention, renforcer les actions de formations obligatoires d'une part, et accompagner l'évolution des services, d'autre part* ». ⁴²

La perception générale de la structure est nécessaire à orchestrer les différents projets qui arrivent à des temps différents.

La planification est donc une condition nécessaire à leur mise en œuvre. Il faut non seulement que le chef d'établissement s'assure de l'efficacité des moyens dont il dispose mais aussi qu'il ait une vue prospective pour identifier des moyens supplémentaires qu'il devra dégager pour la mise en œuvre du projet.

La construction de ce dernier doit s'envisager en premier lieu à moyens constants, avant d'en envisager de nouveaux qui devront se justifier. Dans le cadre de la négociation de moyens supplémentaires, le document écrit est alors un vecteur de communication, une assise de négociation qui donne une visibilité sur les projets de l'établissement et sur ses bénéfices attendus pour la population accueillie. Le projet de vie pourra notamment être un support de base pour convaincre et obtenir des ressources supplémentaires auprès des financeurs.

⁴² Plan de formation 2009 de la fondation Favier-val de marne, page 3.

En le mettant en place, l'établissement aspire à créer une nouvelle dynamique dans la prise en charge et donner du sens à l'action des professionnels. Toutefois, cela ne suffit pas à faire vivre le projet de vie. Celui-ci doit disposer d'un ancrage dans le quotidien de la prise en charge, faire l'objet d'une évaluation et responsabiliser les acteurs.

3.2 La conception du projet de vie doit prévoir son ancrage dans le quotidien de la prise en charge et un suivi régulier

Le projet de vie a la particularité de faire partie intégrante de l'activité de la structure. Il ne s'agit pas d'un projet ponctuel. Il doit donc être correctement accompagné afin d'éviter qu'il ne s'essouffle dans le temps. Aussi, il doit s'inscrire dans le quotidien de la prise en charge des équipes (3.2.1) tout en planifiant son plan d'actions ainsi que les modalités de son suivi (3.2.2).

3.2.1 L'articulation entre le projet de vie et les pratiques professionnelles doit faire l'objet d'un accompagnement spécifique

Le projet de vie doit être élaboré dans une perspective de sa mise en œuvre. Il n'a de sens que s'il prévoit sa déclinaison dans le quotidien de la prise en charge. Il accompagne et fait évoluer les pratiques pour mieux s'adapter aux besoins de la population, tout en faisant respecter les droits des usagers.

Il implique une réorganisation du travail qui doit être acceptée par tous les acteurs qui doivent être convaincus de la nécessité de modifier leurs pratiques et être en mesure d'identifier clairement les répercussions dans leur quotidien. Cette démarche ne va pas de soi et demande à être accompagnée par l'encadrement.

Ce dernier doit mettre en valeur les compétences des professionnels et leur cohésion. Il doit réussir à convaincre de la nécessité du changement notamment en l'illustrant à partir des pratiques, et amener les équipes à prendre conscience, que cela améliore la prise en charge de l'utilisateur.

Le projet donne un sens collectif au travail de chacun. « *Les membres d'une organisation ne sont pas en effet rattachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer s'ils sont capables de trouver les intérêts dans les enjeux qu'on leur propose.* »⁴³

⁴³ M CROZIER – E FRIEDBERG, *l'acteur et le système*, Paris Seuil, 1977, p 386.

En construisant le projet de vie à partir de l'existant, son ancrage dans le quotidien des équipes paraît plus évident.

A la Fondation Favier- Val de Marne, il a été demandé au personnel de recenser les actions actuelles liées à l'accompagnement de la vie sociale des résidents. La finalité de cet exercice ne sera pas de sanctionner mais bien de souligner la manière dont le maintien de la vie sociale est actuellement articulé dans le quotidien. Cette analyse pourra s'effectuer sur le mode d'une autoévaluation reposant sur le cadre de référence que constitue le projet de vie. L'encadrement et les personnels pourront, ensemble, mettre en perspective leurs actions avec les objectifs définis dans le projet.

Il est important pour mener correctement l'accompagnement au changement que les agents ne subissent pas le projet de vie mais soient véritablement auteur et acteur de sa mise en œuvre. La concertation des personnels en contact quotidien avec les usagers devra aboutir sur l'adaptation formalisée d'une journée type. *« L'équipe a besoin d'être guidée pour structurer son action, le tableau de planification doit indiquer par tranches horaires mesurables (et modulables en cas d'imprévisibilité) les temps qui ponctuent le déroulement d'une journée de travail. Ces temps s'inspirent des constantes de la vie quotidienne et du vécu antérieur de la personne âgée chez elle. On pourrait les énumérer ainsi : temps nursing (toilette, lever, coucher, change), temps vie personnelle, temps référent, temps vie sociale, temps tâches, temps transmissions, réunions d'équipes »⁴⁴.*

Ce travail de planification quotidienne devra être complété par une programmation à moyen terme, parce que certains objectifs à visée sociale ne seront pas toujours de l'ordre du quotidien mais relèveront d'une fréquence hebdomadaire ou mensuelle, voire annuelle.

Plus le projet de vie est programmé et organisé dans les pratiques professionnelles, plus il a de chance d'être mis en place.

La divulgation et l'appropriation du projet par les acteurs sont primordiales dans sa mise en œuvre. Il se mesure au vu du discours des acteurs, qui semble être un indicateur pertinent de leur adhésion au projet.

L'encadrement est le premier émetteur du projet de vie. Sa conviction se reflète dans leur manière de communiquer avec les équipes : réunion, intervention dans les services. Chacune de ces rencontres est l'occasion de communiquer sur les objectifs du projet de

⁴⁴ EVEN O., *Projet de vie et organisation du travail en long séjour, gestion hospitalière*, avril 1998, N° 375, p 285.

vie et de les illustrer à partir des pratiques professionnelles et des situations rencontrées dans la prise en charge.

La culture du projet de vie peut commencer à se mesurer à partir du moment où les objectifs et les moyens sont acceptés par les personnels, puis par les autres acteurs : les familles ou les prestataires extérieurs, par exemple.

A la Fondation Favier- Val de Marne, dès la conception du projet de vie, les messages ont été diffusés aux équipes lors des réunions mensuelles, ou encore lors de rencontres avec les prestataires de service de l'établissement. On a pu observer qu'au fur et à mesure des réflexions, les messages émis par les membres du groupe de travail étaient de plus en plus homogènes, plus claires et donc mieux compris. On peut estimer qu'une certaine culture s'instaure au sein de l'établissement. Toutefois, celle-ci ne sera totalement satisfaisante que lorsque les agents diffuseront à leur tour ces messages.

Le projet de vie apporte une force au discours et une ligne directrice pour une meilleure prise en charge, toutefois, il n'acquiert de crédibilité que s'il se concrétise de manière durable.

3.2.2 Le projet de vie doit contenir un dispositif d'évaluation et de responsabilisation.

La pérennité du projet tient compte de la planification de la mise en œuvre du projet qui doit responsabiliser les acteurs.

En particulier les moyens à mettre en place doivent être définis de manière progressive et s'échelonner dans le temps. Le projet peut prévoir d'alterner la mise en place de nouvelles méthodes de travail (procédure, organisation nouvelle.), avec la mise en place de nouveaux matériels (l'achat, le projet et la procédure d'utilisation.).

La mise en œuvre du projet doit indiquer des délais de mise en œuvre et définir des référents.

Chacun doit savoir qui fait quoi, où, quand, pendant combien de temps et pourquoi. Il est important que pour chacune des étapes ou sous projets soit définie une personne responsable, c'est-à-dire une personne garant de son état d'avancement. Cela ne signifie pas qu'il est le seul à mettre en œuvre le projet mais il est la personne ressource et centralise les informations afférentes à ce mini projet. Le degré d'implication peut varier en fonction du souhait et de l'intérêt des agents. Les aspirations professionnelles pourront être prises en compte et permettre à certains de s'impliquer.

Cette structuration est essentielle au déroulement du projet qui doit également comprendre un suivi.

L'évaluation doit permettre de mesurer l'état d'avancement du projet et son impact dans la prise en charge. Pour se sentir impliqués dans le projet, les acteurs ont besoin d'avoir une visibilité sur sa mise en œuvre. Ce suivi est l'opportunité de mesurer les écarts entre les moyens programmés et ceux effectivement été mis en œuvre. C'est l'occasion de justifier les retards dans la programmation et de valoriser ce qui a été mis en place.

C'est également important que l'évaluation du projet mette en exergue les bénéfices obtenus pour le résident. Notamment au vu de sa satisfaction ou de la réponse apportée à ses besoins. Les indicateurs de la satisfaction des usagers doivent être conçus afin d'évaluer la attentes en matière de maintien de la vie sociale.

Le bilan d'étape du projet de vie permet de maintenir la cohésion d'équipe et de rappeler les valeurs de l'établissement. Mais c'est aussi la possibilité de réajuster, si nécessaire les objectifs ou d'apporter des précisions afin de poursuivre la dynamique et s'assurer qu'elle ne s'essouffle pas.

La mise en place de l'évaluation doit être prévue dès sa conception et faire partie intégrante du projet. Les équipes sont parfois méfiantes quant à son mode d'exécution et y voir un mode de contrôle. C'est la crainte d'être jugée et de voir ses pratiques professionnelles remises en cause. Elle peut s'exprimer de manière collective mais elle repose avant tout sur des peurs individuelles.

A long terme la légitimité repose, pourtant, sur les résultats de son évaluation. Voilà la situation actuelle, les moyens prévus, ceux effectivement mis en œuvre, les objectifs qui restent à atteindre et les bénéfices obtenus par le résident.

La conception du projet de vie doit prévoir son intégration au quotidien de la prise en charge si elle souhaite relever le défi d'une culture d'établissement. Son suivi et son évaluation ne doivent pas être négligés et doivent faire partie de l'accompagnement au changement. De plus, l'évaluation assure une légitimité à long terme du projet de vie nécessaire à la communication avec les usagers mais aussi à la négociation avec les autorités de contrôle.

Conclusion

L'EPHAD a évolué au fil du temps, son rôle de charité s'est transformé en une mission de soin et de maintien de la vie sociale. Le législateur et les autorités de contrôle accompagnent ce changement en obligeant les établissements à mettre en place les instruments permettant de faire respecter le droit des usagers et améliorer leur qualité de vie. La rédaction du projet de vie, articulation entre le projet d'accompagnement individualisé et projet d'établissement, répond à ces attentes. Toutefois, la manière dont s'implique le directeur conditionne la dynamique positive du projet dans la prise en charge tant il remet en question les pratiques professionnelles et la vie institutionnelle. Il propose de rééquilibrer une prise en charge trop orientée vers le soin. Il s'attache à déterminer comment organiser le collectif pour qu'il réponde aux besoins individuels et propose de revoir les pratiques professionnelles en ce sens. Il conduit notamment à ne pas centrer l'attention sur les manques de moyen matériel et humain, sans avoir préalablement défini les objectifs.

La légitimité de la démarche est concomitante à la réussite du projet. Porté par le directeur et l'encadrement, elle doit nécessairement impliquer les équipes et trouver un enracinement dans le quotidien. Sa mise en œuvre doit avoir des implications concrètes et réalistes dans la manière d'accompagner le résident. Traduction des tâches en objectifs pour le résident, le projet de vie apporte du sens aux pratiques professionnelles et assure une coordination dans la prise en charge. Le directeur quant à lui, doit garantir la réalisation du projet en assurant sa cohérence avec la gestion de l'établissement et la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation à court et moyen terme.

Le projet de vie est donc une véritable opportunité dans le management et la gestion des structures. Il attribue au maintien de la vie sociale, une place de choix dans les valeurs de l'établissement d'hébergement. D'autant que ce dernier extrait de fait, la personne âgée de son cadre sociale habituelle. En portant une attention particulière à ses liens sociaux, la structure s'engage à ce que le résident vieillisse dans les meilleures conditions.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi N°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. NOR: MESX0000158L, JO du 3 janvier 2002, p 124.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, JO du 1^{er} juillet 1975, p 6596.

Loi no 97-60 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, JO N°21 du 25 janvier 1997, NOR: TASX9601721L, p 1280.

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 code de l'action sociale et des familles, NOR : SOCA0422436D, JO n°276 du 27 novembre 2004 page 20155, texte n° 30.

Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, NOR : MESA9921085A, JORF n°98 du 27 avril 1999 page 6255.

Ouvrage

AMYOT (Jean-Jacques), MOLLIER (Annie) Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées. 242 p., ann., réf. 2p.

BECKER JC, Projet d'établissement comment le concevoir et le formalise, collection action sociales/références, éditeur ESF, 2004, pp 183.

BORGETTO M. et LAFORE R., droit de l'aide et de l'action sociale, 6^{ème} édition, Montchrestien, Domat droit public.

DELAMARRE (Cécile), CHAMPVERT (Pascal), SERVAIS (Michel) / préf Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. 222 p., réf. 1p.

Fourcade A., Ricour L., Garnin P., Hergon E. et Boelle P-Y. sous la coordination de DURIEUX P, 1997, La démarche qualité dans un établissement de santé, Doin, pp 163.

PRIOU (Johan) ; Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale. Projet de vie et participation sociale. 326p

SIDER (M.) ; L'entrée en institution. ; GERONTOLOGIE ET SOCIETE ; fascicule 112 ; pp. 199-213, réf. Bibl.

VILLEZ (Alain) ; Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification. ; Paris : Dunod, 2005 ; 392 p., tabl., réf. 2p.

Articles (de périodiques)

EVEN O., « projet de vie et organisation du travail en long séjour, Gestion Hospitalière, avril 1998, N°375, P 2846286

LECLAIR A., « des indicateurs pour choisir une bonne maison de retraite », Le Figaro, 6 avril 2009.

LEROUX R., mai 1999, « Une histoire de la gériatrie française », La Revue de gériatrie, tome 24, Volume N°5, pp. 387-392.

RIMBERT G., « (Ré)animer les vieux en maison de retraite », regards sociologiques, N°32, 2007, pp. 59-68

Rapports

ANESMS, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles : les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2009, pp.47

BAILLEAU G. et TRESPEUX F., Bénéficiaires de l'aide sociale en 2007, document de travail, DREES, séries statistiques, N°130 – avril 2009, pp. 96, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat130.pdf>

JAUJOU N., L'EHPAD pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique, étude réalisée pour le centre d'analyse stratégique par la Fondation Maison des Sciences et de l'Homme, tome 1, pp 256, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/EtudeEHPADtome1.pdf>

PREVOST J., l'offre en établissement pour personnes âgées en 2007, DREES, études et résultats N°689, mai 2009, pp. 8, [visité le 31 juillet 2009], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er689.pdf>

Thèses et mémoires

DUPUICH L., 1999, *Stratégies pour un équilibre entre le sanitaire et le social au sein d'une M.A.P.A.D.*; formation CAFDES : école nationale de santé publique, [visité le 20 avril 2009], Disponible sur Internet : <http://ressources.ensp.fr/memoires/2000/cafdes/dupuich.pdf>

Sites internet

HERVY M.P & SALOM M., Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [visité le 26 juillet 2009], disponible sur le site <http://cvs.bruyeres.free.fr/pdf/ehpad.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Journée type à Tourmaline et Eglantine

Annexe 2 : grille d'observation utilisée lors de la visite des services Tourmaline/Eglantine

Annexe 3 : Fiche métier AS

Annexe 4 : Fiche métier AMP

ANNEXE 1 : journée type lieux de vie Tourmaline/Eglantine

Travail réalisé par les agents de l'équipe de Tourmaline/Eglantine

<p>JOURNÉE TYPE – TOURMALINE</p> <p>FONDATION FAVIER VAL DE MARNE</p>

Ce document est une synthèse des événements d'une journée dans le service Tourmaline/Eglantine.

Il a été réalisé par les agents de l'équipe, dans l'optique d'une réflexion sur le projet de vie de ce service.

Il a permis d'énumérer les actes quotidiens et ainsi de faire émerger les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents désorientés, valides et déambulants.

Vous remettre cet écrit nous semble nécessaire afin de vous associer pleinement à l'occasion de la mise à jour du projet de vie du service.

Nous souhaitons que ce document serve de base d'échanges à notre rencontre de ce soir.

7 heures du matin :

- ▶ Prise du pain
- ▶ Récupérer au P.C infirmiers les plans de soins et les transmissions écrites
- ▶ Prise de température du frigo
- ▶ Préparation du petit déjeuner par un agent pendant que le 2ème agent fait le tour des chambres
- ▶ Les résidents qui déambulent sont servis les premiers
- ▶ Le 2ème agent s'occupe des résidents souillés et de leur chambre
- ▶ Les autres résidents sont réveillés au fur et à mesure et sont emmenés en salle à manger pour le petit déjeuner, ensuite nous débarrassons le matériel utilisé (verres, bols, brocs, couverts.....)
- ▶ Une fois le petit déjeuner servi (l'A.S ou l'A.M.P), nous commençons à faire les toilettes des résidents
- ▶ Certains résidents manifestent de l'agressivité face à la toilette et refusent de coopérer avec nous. (Cela peut durer 30 minutes à 1 h 30 pour obtenir une réponse de leur part, il faut communiquer, rassurer et expliquer à maintes reprises ce que l'on va faire. Parfois nous recevons des coups de poing, des crachats, des gifles, des pincettes des résidents sans oublier les insultes.

- ▶ A plusieurs reprises, on est amené à refaire les mêmes tâches :
 - Hygiène corporelle
 - Changes
 - Nettoyage des murs, des sols des chambres souillées
- ▶ Souvent nous recherchons leurs objets perdus : chaussures, vêtements, pendules, montres, lunettes, dentiers, bibelots (les résidents qui déambulent de chambre en chambre déplacent sans arrêt tous ces objets)

Nous consacrons beaucoup de temps à ces recherches quotidiennement.

- ▶ La réfection des lits se fait également plusieurs fois, car les chambres ne sont pas fermées.

Repas

- ▶ Réception du repas, contrôle, prise de température ensuite vers 12h réchauffage du repas
- ▶ Mise en place des couverts
- ▶ Installation des résidents et souvent réinstallation des résidents
- ▶ Distribution du repas avec intervention de l'infirmière pour la distribution des médicaments
- ▶ Difficultés rencontrées : certains résidents continuent à déambuler, d'autres ont besoin d'être stimulés, et certains trop pressés ont besoin d'être freinés.
- ▶ A la fin du repas les résidents sont accompagnés au salon

- ▶ Nettoyage de la salle, parfois à refaire plusieurs fois car les résidents déambulent.
- ▶ Vaisselle, rangements

Après-midi, 13h 45 :

- ▶ Transmission orale avec l'équipe du matin
 - ▶ Informations sur l'état de santé des résidents (comportements)
 - ▶ Préparation à l'accueil des familles :
 - leur écoute
 - leurs questionnements
 - leurs demandes
 - ▶ Hydratation des résidents puis tour des chambres pour la sécurité de ceux-ci
 - ▶ Changes des personnes souillées, se font régulièrement et souvent car certains résidents ont tendance à jouer avec leurs excréments et à badigeonner le mobilier et les murs, ce qui nécessite un nettoyage en permanence ;
 - ▶ Recherche également des objets perdus réclamés par les familles
- Certaines familles s'interrogent sur l'intrusion des résidents dans les chambres de leurs parents et sur le fait que les chambres restent ouvertes

Durant l'après-midi :

Certains résidents se déshabillent dans les couloirs, crachent, urinent et font leur besoins (radiateurs, derrière les portes,) ; il faut donc parfois les relaver, les rhabiller, nettoyer leur environnement, déplacer les meubles...

Nous devons être très vigilants, avoir une surveillance constante face à des comportements imprévisibles de certains résidents.

▶ 16H00 : préparation du goûter

Boissons chaudes, froides, gâteaux divers, hydratation.....

Puis nettoyage du matériel utilisé

Intervention de l'infirmière : prise de médicaments pour les résidents agités

▶ 16h30 : activités mises en place

Différentes activités leur sont proposées :

- activité florale, découpage, peinture
- utilisation de la mémoire visuelle
- jeux qui permettent de réfléchir sur une question posée ou une situation

Ces activités sont souvent perturbées par les autres qui déambulent (dérobent le matériel, crient,... ce qui empêche la concentration et la production des résidents qui participent à cette activité)

Pour les résidents plus perturbés, les activités sont plus restreintes : la musique douce est pour eux un moment de détente et leur procure un certain bien-être.

Parfois la réalisation de certaines activités est impossible car les résidents refusent d'y participer.

▶ 18H00 :

Nous nous occupons plus particulièrement des résidents agités :

- les conduire aux toilettes
- les changer si besoin
- faire leur toilette intime
- les mettre en pyjama

▶ 18h45 :

Mise en place des couverts et installation des résidents en salle à manger

Certains résidents mangent de manière autonome, d'autres sont à stimuler (aide au repas).

Intervention de l'infirmière pour la distribution des médicaments.

Parfois le repas se déroule dans des conditions difficiles :

- déambulation
- cris

Nous sommes constamment à la recherche de nos résidents, dans les couloirs, les chambres les salles de bains, parfois même dans les placards...

► 20H00 :

Nous débarrassons les tables

Nettoyage

Vaisselle

Lavage du sol

► 20H30 :

Accompagnement des résidents dans leur chambre et souvent nous sommes obligées de raccompagner certains résidents qui déambulent sans cesse.

Changes

Couche

► 21H00 :

Transmission écrite et orale avec l'équipe de nuit

Fermeture des locaux de service (sécurité)

Surveillance

ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATION UTILISEE LORS DE LA VISITE DES SERVICES TOURMALINE/EGLANTINE

GRILLE D'OBSERVATION : RELATIONS SOCIALES/ENVIRONNEMENT

HEURE DEBUT DE VISITE :

HEURE FIN DE VISITE

ACTIVITE THEORIQUE (Journée type)

Description de l'environnement (bruit, odeur, température, visuel...)

ma perception
commentaire du personnel
commentaire résidents
commentaire visiteurs

remarques diverses :

--

QUI	TACHES/ACTIVITES	LIEU/MATERIEL	COMMUNICATION ET CONTACT (avec qui, sujet, comment...)

PROFESSIONNELS PRESENTS DANS LE SERVICE :

NOMBRE DE RESIDENT LIEUX DE VIE :

NOMBRE DE RESIDENTS DEAMBULANTS AU MOMENT DE LA VISITE :

EXPLICATION DES ECARTS AVEC LA JOURNEE THEORIQUE :

AIDE-SOIGNANT

SOINS

DÉFINITION

- Réaliser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, d'éducation à la santé et relationnels pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne

SPÉCIFICITÉS DANS LE MÉTIER

- Exercice à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD)

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Soins d'hygiène, et de confort à la personne
- Observation et recueil de données relatives à l'état de santé de la personne
- Aide de l'infirmière dans la réalisation des soins
- Entretien de l'environnement immédiat de la personne et réfection des lits
- Entretien du matériel de soins
- Transmission des observations par écrit et par oral pour maintenir la continuité des soins
- Accueil, information, accompagnement et éducation des personnes et de leur entourage
- Accueil et accompagnement des stagiaires en formation
- Aide et accompagnement aux activités quotidiennes (repas, toilette...)
- Entretien du matériel et gestion des stocks de matériels
- Aide, soutien psychologique aux patients et à l'entourage
- Réalisation d'animations à destination des personnes hospitalisées ou des résidents

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Cadres de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales pour la gestion des activités
- Services logistiques pour les prestations hôtelières

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Identifier les besoins fondamentaux et apprécier l'état de santé d'une personne ou d'un groupe et adapter sa réponse
- Maintenir ou restaurer l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne
- Utiliser les règles et les protocoles d'hygiène lors des soins
- Utiliser les techniques de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients
- Communiquer avec les patients ou leur entourage dans le cadre d'une relation d'aide
- Utiliser les techniques et les protocoles d'entretien des locaux et du matériel dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales
- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
- Organiser son travail au sein d'une équipe interprofessionnelle
- Discerner le caractère urgent d'une situation de soins pour alerter
- Transmettre son savoir professionnel aux stagiaires et aux nouveaux agents

➤ CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Anatomie, physiologie	Hygiène hospitalière	Techniques et protocoles de soins	Communication et relation d'aide	Éthique et déontologie	Techniques de manutention	Bureautique
2	2	2	2	1	1	1

1 : Connaissances générales 2 : Connaissances détaillées 3 : Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Manutention fréquente des patients
- Travail week-end, nuit et jours fériés

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Diplôme professionnel d'aide-soignant

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles courtes

- Auxiliaire de puériculture
- Aide médico-psychologique
- Agent de stérilisation

Passerelles longues

- Métiers des soins et des activités paramédicales

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Aide-soignant

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> ● Augmentation probable des pathologies chroniques et des soins de longue durée, liés à l'allongement de la durée de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des activités et des compétences en accompagnement de vie et de fin de vie, connaissances des pathologies de fin de vie, de la maladie d'Alzheimer, de la douleur, relation d'aide
<ul style="list-style-type: none"> ● Modification de la demande des patients : droit à l'information, exigence de qualité... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des connaissances sur les droits des patients, et des savoir-faire en communication
<ul style="list-style-type: none"> ● Modification des modes de prises en charge des patients : hospitalisation de courte durée, hospitalisation de jour... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des capacités d'adaptation
<ul style="list-style-type: none"> ● Introduction de logiciels de gestion dans les établissements de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des compétences pour utiliser l'outil informatique
<ul style="list-style-type: none"> ● Ouverture sur les réseaux pluriprofessionnels de soins (participation à l'accueil des patients, de leur famille...) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des compétences en relation, et en communication, connaissances des réseaux
<ul style="list-style-type: none"> ● Ouverture de postes en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des compétences en santé mentale

FAMILLE: Soins et activités paramédicales

SOUS-FAMILLE: Assistance aux soins

CODE MÉTIER: 1A101

AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

DÉFINITION

- Aider le résident, la personne handicapée ou âgée dépendante, dans les actes de la vie quotidienne afin qu'ils maintiennent et développent leur autonomie, sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Accompagnement physique et psychologique individualisé dans les gestes de la vie courante
- Recueil et transmission des informations pour l'équipe pluridisciplinaire en vue de l'élaboration de projets personnalisés
- Accompagnement à l'extérieur pour maintenir une vie sociale (course, promenade, etc.)
- Co-animation d'activités culturelles, sportives, ludiques, éducatives, sociales
- Distribution des repas
- Aide à la prise des repas

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Équipes médicales et paramédicales pour l'assistance dans les actes professionnels
- Équipes pluridisciplinaires sociales, ou médico-sociales ou éducatives pour la mise en œuvre des projets éducatifs, sociaux ou médico-sociaux
- Services logistiques pour l'approvisionnement et l'équipement
- Autres établissements et/ou les associations pour échanges d'expérience et de pratiques

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Utiliser des techniques d'hygiène adaptées aux personnes
- Recueillir les informations en vue d'évaluer le degré d'autonomie de la personne accueillie
- Rédiger des transmissions écrites
- Communiquer avec des usagers présentant des troubles de la communication
- Animer des groupes avec des activités physiques et cognitives
- Travailler en équipe interprofessionnelle

➤ CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Techniques d'animation de groupe	Techniques de communication	Psychopédagogie	Hygiène générale	Techniques de manutention
2	2	2	1	1

1 : Connaissances générales 2 : Connaissances détaillées 3 : Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Travail week-end et jours fériés
- Servitudes d'internat

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles courtes

- Aide-soignante
- Auxiliaire de puériculture

Passerelles longues

- Moniteur éducateur
- Éducateur spécialisé

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Aide médico-psychologique

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des besoins des particuliers dans le cadre du maintien au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des réseaux de soins coordonnés et renforcement du travail pluridisciplinaire (CCAS, structures de portage de repas, médecins et infirmières libérales...)
<ul style="list-style-type: none"> ● Évolution démographique en nombre (papy-boom) et en dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcement des connaissances en matière de gériatrie, des soins palliatifs, prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer...

FAMILLE: Social, éducatif et psychologie

SOUS-FAMILLE: Éducation et accompagnement social

CODE MÉTIER: **2A101**