



EHESP

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

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Être « chez soi » en établissement
hébergeant des personnes âgées
dépendantes**

*Réflexion menée au sein des hôpitaux locaux de
Forcalquier et de Banon*

Céline TETU

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements à mon maître de stage, Monsieur Christian DROUOT, pour m'avoir accueilli, accompagné tout au long de ma période de professionnalisation et m'avoir laissé une grande latitude d'action dans le choix de mon sujet de mémoire et dans sa réalisation.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des professionnels qui m'ont accordé un peu de leur temps afin de me faire partager leurs points de vue et leurs approches de l'accompagnement de la personne âgée ainsi qu'à ma collègue Laure LAGABRIELLE qui m'a permis de découvrir l'approche québécoise du « milieu de vie »

Mes remerciements sont enfin adressés aux responsables du service Culture Bleue de la Bibliothèque Départementale de l'Ardèche qui m'ont fait prendre conscience de l'importance de l'accompagnement social de la personne âgée en établissement, à mes proches pour leur contribution à la relecture de mon travail et enfin à ma grand-mère qui est entrée au foyer logement de Forcalquier durant mon stage et m'a permis d'avoir une vision plus concrète des enjeux du vieillissement et de l'isolement des personnes âgées.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	4
1 De la vie à domicile à l'hébergement en établissement.....	5
1.1 L'entrée en établissement d'une personne âgée dépendante : rupture ou soulagement ?.....	5
1.1.1 L'entrée en établissement : une décision prise en dernier recours pour faire face à la perte d'autonomie	5
1.1.2 Entrée en établissement et rupture de l'isolement.....	7
1.1.3 Le soulagement de l'entourage familial et des aidants	9
1.2 L'appropriation d'un nouvel espace de vie.....	10
1.2.1 Le départ du domicile vécu par la personne âgée comme une perte d'identité sociale	10
1.2.2 L'appropriation fragile d'un nouveau « chez soi ».....	12
1.2.3 Le nouveau « chez soi » est aussi un espace de travail.....	15
1.3 Les EHPAD des hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon : des institutions soumises à des contraintes invariables.....	16
1.3.1 Les contraintes en matière de sécurité incendie et de sécurité des personnes ..	17
1.3.2 Les contraintes en matière d'hygiène	18
1.3.3 La mise en œuvre de la démarche qualité.....	20
2 Identité individuelle des personnes âgées et composantes organisationnelles de l'institution : une conciliation parfois difficile	23
2.1 Une tendance constatée à la surmédicalisation du vieillissement.....	23
2.1.1 Une perception négative de la vieillesse et du vieillissement	23
2.1.2 Un système médical peu adapté aux personnes âgées.....	25
2.1.3mettant en lumière des besoins importants de formation et d'information	26

2.2	Une architecture très hospitalière	28
2.2.1	L'importance de l'ouverture des établissements sur l'extérieur	29
2.2.2	Des lieux de vie collectifs qui doivent être accessibles et identifiés	30
2.2.3	L'expérience réussie de l'espace Symphonie	32
2.3	Projet médico-social et projet de vie individuel	34
2.3.1	L'individualisation de l'accompagnement de la personne âgée	34
2.3.2	L'animation : un élément essentiel du projet médico-social	37
2.3.3	Le respect des choix de la personne âgée	39
3	Vers une personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes au sein des hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon	43
3.1	Assurer une continuité de l'accompagnement des personnes âgées	43
3.1.1	La mise en place de référents	43
3.1.2	Des missions plus transversales confiées aux agents	45
3.2	L'ouverture de l'établissement sur son environnement	47
3.2.1	Les bénévoles : un relai précieux pour les équipes en matière d'accompagnement social.....	48
3.2.2	L'utilisation des nouvelles technologies pour renforcer le lien entre les résidents et les familles	49
3.2.3	Favoriser l'accès à la culture	50
3.3	Des résidents, véritables acteurs de leur prise en charge	51
3.3.1	Tenter de recréer une vie de quartier	51
3.3.2	La mise en place du Conseil à la Vie Sociale.....	53
	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources

AMP : Aide Médico Psychologique

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

AS : Aide Soignante

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CAE : Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCLIN : Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CVS : Conseil à la Vie Sociale

DESSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico Social

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ERP : Etablissement Recevant du Public

FNG : Fondation Nationale de Gérontologie

FHF : Fédération Hospitalière de France

GIR : Groupe Iso Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

« L'hôpital local est un établissement public de santé à part entière (...). Pour autant parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales. (...). A ce titre :

- il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité (...);
- il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie (...)»¹.

De cet extrait de la circulaire de 2003 relative aux missions de l'hôpital local, il apparaît que les hôpitaux locaux sont à la fois des établissements de proximité délivrant des soins de premier niveau mais sont également des acteurs essentiels de l'accompagnement des personnes âgées. C'est en partant de cette spécificité qui fait de l'hôpital local un acteur clé du secteur sanitaire mais aussi du secteur médico social que j'ai pu définir le thème de mon mémoire et m'intéresser aux difficultés rencontrées par l'institution pour concilier l'aspect médical et l'aspect social de l'accompagnement des personnes âgées afin de leur assurer une prise en charge de qualité tenant compte de leurs attentes et de leurs besoins.

L'étude que je vous propose porte sur les hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon, deux établissements situés dans le département des Alpes de Haute Provence au sein desquels j'ai réalisé mon stage de professionnalisation. Ces deux établissements sont liés par une convention de direction commune depuis le 1^{er} décembre 2007.

L'hôpital local de Forcalquier dispose à ce jour d'une capacité de 146 lits et 38 places de SSIAD. Les 146 lits comprennent :

- 111 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont 13 au sein d'un espace protégé, dédié à l'accueil des personnes désorientées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.
- 35 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dont 13 lits de soins de suite indifférenciés et 22 lits de Rééducation Réadaptation Fonctionnelle à orientation orthopédie-traumatologie.

¹ Circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Par ailleurs, l'établissement dispose d'un service de portage de repas à domicile et assure par convention avec le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), la direction du Foyer logement St Michel d'une capacité de 38 places.

L'hôpital local de Banon est géographiquement plus isolé et a été entièrement reconstruit en 1985. Il dispose d'une capacité de 68 lits soit :

- 5 lits de médecine
- 27 lits de soins de suite indifférenciés
- 36 lits d'EHPAD

Les deux établissements se sont très tôt engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité que ce soit au niveau de la prise en charge sanitaire ou de la prise en charge médico-sociale. L'hôpital de Forcalquier a été certifié pour la seconde fois en février 2007, sa convention tripartite renouvelée en 2008 et celui de Banon certifié en 2007 avec une convention tripartite signée en 2006. Le projet d'établissement est en cours de réécriture pour les deux structures. Un projet de restructuration sera mis en œuvre après validation du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) sur le volet SSR.

Les missions qui m'ont été confiées (aide à l'élaboration et à la mise en place d'un projet pluriannuel d'animation, participation à la démarche de réorganisation du travail sur l'EHPAD de Forcalquier, participation aux groupes de travail dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement sur les deux établissements...) et les observations que j'ai eu l'occasion de réaliser durant cette période de professionnalisation m'ont amené à faire le constat suivant : lorsqu'une personne âgée ne peut plus, pour diverses raisons, rester à son domicile et entre en établissement, il se produit alors très souvent une rupture avec sa vie passée.

En choisissant le thème « Être chez soi en EHPAD » je souhaite orienter ma réflexion sur le fait de savoir si l'hôpital local qui est identifié avant tout par le personnel qui y travaille mais également par l'extérieur (usagers, personnels médicaux et para médicaux...) comme un lieu de soins, peut être aussi un lieu dans lequel la personne âgée accueillie va pouvoir poursuivre sa vie de la même façon qu'elle l'aurait fait à son domicile.

L'hôpital local que ce soit sur Forcalquier ou Banon, est ici envisagé plus spécifiquement à travers son activité d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Les notions de « lieu de vie » et de « chez soi » ont une signification différente. Un lieu de vie c'est un espace où l'on peut dormir, se restaurer, accomplir les actes essentiels de la vie (se laver, s'habiller...), ce n'est toutefois pas un espace exclusivement privé. Un lieu de vie peut comporter des espaces privés ainsi que des espaces collectifs. La notion de « chez soi » se distingue par le fait qu'elle comporte une dimension affective, elle renvoie

à l'identité individuelle de chacun. Selon B.ENNUYER², la notion de « chez soi » est un « mécanisme d'appropriation d'un lieu que l'on fait sien et cette appropriation du lieu permet la constitution d'un soi, d'une existence psychique ». Chaque individu a une définition spécifique du « chez soi », c'est une notion délicate à utiliser et il arrive que certaines personnes ne se sentent jamais chez elles même lorsqu'elles disposent de leur propre domicile.

Tout au long de ma réflexion, je me suis donc attachée à montrer pourquoi est-il difficile de concilier l'identité individuelle de la personne âgée et les composantes organisationnelles d'un établissement ?

Cette problématique transversale est en lien direct avec les missions des Directeurs d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux (DESSMS). Elle me permet d'aborder tout ce qui touche aux orientations de l'établissement (projet d'établissement : projet médico-social, projet de soins...), à la gestion des ressources humaines (organisation du travail, formation et qualification du personnel), aux conditions d'accueil des usagers (architecture, confort des bâtiments...) mais également à la qualité des prestations proposées. Par ailleurs, le fait que les établissements soient en direction commune, m'a permis de disposer d'éléments d'analyse comparatifs.

Dans un premier temps je souhaite m'arrêter sur ce qui constitue pour les personnes âgées un moment délicat de leur existence, à savoir le passage de la vie à domicile à l'hébergement en établissement (1). L'ensemble des enjeux que cela recouvre aussi bien pour la personne âgée que pour son entourage ainsi que pour l'établissement et le personnel qui y travaille, me permet ensuite de montrer que la conciliation n'est pas toujours chose aisée entre l'identité individuelle des personnes âgées accueillies et les composantes organisationnelles de l'institution (2). Ce constat réalisé sur mes lieux de stage est également vérifiable dans d'autres établissements comparables.

Enfin je terminerai ma réflexion en exposant qu'une intégration réussie implique nécessairement pour l'établissement de s'orienter vers une personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées accueillies (3).

² ENNUYER B. 2006, Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation. Paris, Dunod.

Méthodologie

Au niveau de la méthodologie utilisée pour mener ma réflexion, je me suis tout d'abord attachée à définir les notions de lieu de vie, de « chez soi » et de domicile en vue de préciser ma problématique. Cela m'a ensuite permis d'étendre plus largement ma recherche bibliographique (évolution du profil des résidents accueillis en établissement, droits des usagers, entrée en établissement, bientraitance, animation et développement de la vie sociale, lutte contre l'isolement, projet d'établissement et projet de vie, humanisation des établissements, formation et épuisement professionnel,...).

Les documents spécifiques aux deux établissements (conventions tripartites, rapports de certification, autoévaluation réalisée à l'aide de l'outil ANGELIQUE, programmes d'amélioration de la qualité, comptes rendus des groupes de travail organisés dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement, résultats de l'audit réalisé sur l'organisation du travail au sein de l'EHPAD sur Forcalquier,...) ainsi que les outils de planification (SROS et schéma gérontologique) m'ont apporté des éléments contextuels.

L'ensemble des constats et des éléments d'analyse qui ressortent des différentes réunions et groupes de travail auxquels j'ai participé, ont été complétés par des entretiens individuels avec le Directeur, l'attachée de direction, les cadres de santé des deux établissements, la psychologue qui intervient sur les deux structures, les animateurs et le médecin coordonnateur de Forcalquier. Chaque entretien individuel (avec les cadres de santé, la psychologue et le médecin coordonnateur de Forcalquier) a été réalisé à partir d'une grille d'entretien semi-directive élaborée préalablement (jointe en annexe).

Afin d'éviter tout excès de formalisme et dans un souci de plus grande liberté de parole, les impressions et réactions des agents (IDE, AS, ASH) ainsi que celles des personnes âgées ont été recueillies lors de la tenue des différents groupes de travail, de réunions ou d'animations.

Enfin j'ai eu l'opportunité de visiter l'hôpital local des Méés ainsi que l'EHPAD d'Oraison, établissements tous deux situés sur le même secteur géographique que mon lieu de stage, de façon à disposer d'éléments de comparaison.

1 De la vie à domicile à l'hébergement en établissement

La personne âgée vit souvent son entrée en établissement comme un moment difficile voire comme une rupture. Une telle décision permet pourtant de mettre fin à son isolement mais aussi de soulager l'entourage familial qui n'était plus en mesure (physiquement et techniquement) d'assurer l'accompagnement de son ou de ses parents.

1.1 L'entrée en établissement d'une personne âgée dépendante : rupture ou soulagement ?

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années l'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tardivement. Celle-ci apparaît comme une solution prise en dernier recours lorsque les aidants familiaux ou institutionnels ne disposent plus des moyens suffisants pour faire face à l'accroissement de la perte d'autonomie. Les personnes âgées sont rarement actrices d'une telle décision qui leur permet pourtant de sortir de l'isolement et rassure leur entourage familial.

1.1.1 L'entrée en établissement : une décision prise en dernier recours pour faire face à la perte d'autonomie

Comme dans la plupart des établissements en France accueillants des personnes âgées dépendantes, l'âge moyen d'entrée en établissement est de 84 ans³ sur le département des Alpes de Haute Provence.

Deux raisons peuvent expliquer cette entrée de plus en plus tardive. Tout d'abord il y a l'espérance de vie sans incapacité qui s'accroît régulièrement (68,1 ans pour les hommes et 69,7 ans pour les femmes⁴) avec les progrès médicaux mais il y a également le maintien à domicile qui est encouragé par les pouvoirs publics afin de garantir aux personnes âgées une liberté de choix au niveau de leur prise en charge. 75% des personnes âgées de plus de 85 ans vivent à leur domicile⁵.

³ Schéma départemental de l'organisation sociale et médico sociale des Alpes de Haute Provence – L'action en faveur des personnes âgées, 2008-2012

⁴ Chiffres issus d'une étude réalisée en novembre 2008 par le magazine « The Lancet »

⁵ DREES Mai 2009, « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 ». n°689

Au 31 décembre 2007⁶, 657 000 personnes âgées de plus de 60 ans étaient accueillies en établissement dont 515 000 en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

L'augmentation de l'âge d'entrée en établissement a pour conséquence de modifier profondément le profil et les besoins des personnes âgées accueillies. Les résidents présentent une perte d'autonomie physique accrue et une accentuation de la dépendance psychique est constatée. 8 résidents sur 10 présentent des atteintes neurologiques ou psychiatriques et cumulent en moyenne 7 pathologies⁷.

Sur Forcalquier et Banon, la moyenne d'âge des résidents accueillis est de 84 ans. Les femmes sont représentées à hauteur de 75% et les hommes 25%. 80% des résidents sont issus du milieu rural (agriculteurs, bergers, ouvriers,...) et ont toujours vécu dans l'environnement immédiat (communes avoisinantes). Les autres résidents sont arrivés sur le département pour des raisons de rapprochement familial.

Les facteurs prédictifs de l'entrée en établissement se retrouvent souvent d'une personne âgée à une autre. Il peut s'agir de l'âge, du fait de vivre seul, du statut marital, des incapacités pour les actes de la vie quotidienne, de moins bonnes performances cognitives, de la nécessité de soins médicaux importants, de la prise de traitements, de la disponibilité d'un seul aidant informel ou encore des antécédents d'hospitalisation.

Sur l'ensemble des résidents, les 2/3 nécessitent une aide dans l'accomplissement des actes quotidiens et 30% sont totalement dépendants voire en fin de vie.

L'entrée en établissement est tardive pour les raisons que nous venons d'évoquer et par ailleurs, les personnes âgées ont généralement une perception négative de l'institution.

Dans l'imaginaire collectif du XX^{ème} siècle, l'hospice était un lieu réservé aux vieux et plus particulièrement aux vieux pauvres. Les termes ont été modifiés et le législateur a impulsé un mouvement d'humanisation il y a plus d'une trentaine d'années mais la représentation sociale de l'entrée en institution reste pour les personnes âgées, celle du placement. La demande d'entrée en établissement s'entend comme une demande d'hospitalité « faute de mieux » lorsque les autres solutions ont été épuisées. Les établissements gériatriques gardent alors leurs fonctions d'hospice et d'hospitalité traditionnelle : ils s'offrent comme lieu de vie, voire de fin de vie pour ceux qui ne peuvent plus rester là où ils vivaient jusqu'à présent.

⁶ Enquête DREES précédemment citée.

⁷ DREES, « Les pathologies des personnes âgées vivant en institution », n°494 juin 2006

Seuls 5% de la population accueillie est actrice de son entrée⁸ et refuse de faire peser sur leurs enfants le fardeau de l'accompagnement de la maladie, de la vieillesse et de la mort. La personne âgée prend alors la décision difficile d'entrer dans une collectivité qui va être son dernier domicile alors que la majorité d'entre elles ont le souhait de mourir chez elles.

La proportion de résidents participant directement à la demande d'admission diminue à mesure que la médicalisation de la structure s'accroît.

L'institution est perçue négativement dans la mesure où elle concentre tous les stades et toutes les formes du vieillissement notamment les plus dégradés mais aussi parce que la personne âgée va y occuper la place d'une autre personne âgée décédée. L'entrée à l'hôpital n'a pas la même signification car il est possible d'espérer que le malade dont on prend la place était guéri. De telles situations de non choix accentuent les tendances pathologiques des résidents et renvoient au personnel soignant une image peu valorisante de leur activité.

1.1.2 Entrée en établissement et rupture de l'isolement

L'entrée en établissement n'est pas perçue positivement par les personnes âgées cependant elle présente aussi beaucoup d'avantages notamment celui de mettre fin à leur isolement.

Excepté lors de l'épisode caniculaire de l'été 2003, le phénomène de l'isolement des personnes âgées est assez peu visible. En quarante ans la proportion de personnes vivant seules, toutes classes d'âge confondues, a plus que doublé, passant de 6,1% de la population en 1962 à près de 14% en 2004 soit 8,3 millions de personnes dont 5 millions de femmes⁹.

Avec la diminution des cohabitations intergénérationnelles, l'isolement résidentiel constitue le mode de vie le plus courant chez les personnes de plus de 60 ans même si cela n'est pas toujours synonyme d'isolement social. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes contribuent à ce que le plus souvent, « les femmes vieillissent seules et les hommes vieillissent à deux ». Une femme sur cinq âgée de 75 ans et plus vit en couple ce qui est le cas de deux hommes sur trois aux mêmes tranches d'âges.

⁸ DREES, série Etudes et Recherches, « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et limites du maintien à domicile », n°83 novembre 2008

⁹ D ARGOUD « L'isolement des personnes âgées : quelles réponses pour quel problème ? », juin 2008

De l'isolement peut naître un sentiment de solitude parfois à l'origine d'une souffrance. Il n'existe pas de définition uniformisée de la solitude et celle-ci correspond le plus souvent à la perception d'une déficience du réseau de relations sociales.

Un collectif d'organisations non gouvernementales intitulé « Combattre la solitude des personnes âgées » a mené en 2006, une enquête afin d'appréhender le phénomène de solitude et d'isolement des personnes âgées¹⁰.

L'analyse multicritères de l'enquête a permis de mettre en évidence un groupe de personnes, âgées le plus souvent de 79 à 83 ans qui sont isolées et se sentent très souvent seules. Elles n'ont pas ou plus de conjoint, ont des problèmes de santé invalidants et sortent peu de chez elles. Lorsqu'elles sont interrogées individuellement, les personnes citent la perte d'un être cher (37,5 %), puis l'éloignement de la famille (30,7 %), la maladie et /ou le handicap (27,5 %), l'incompréhension et le manquer d'écoute (16,9 %) comme facteurs à l'origine de la solitude.

La problématique du suicide des personnes âgées est également à rapprocher de la problématique de l'isolement. Au niveau national, le taux de décès volontaire est, surtout chez les hommes de plus de 75 ans, 7,5 fois plus élevé que la moyenne du taux de mortalité par suicide toutes classes d'âge confondues. L'âge le plus critique se situe entre 85 et 89 ans. Les raisons à l'origine de cette décision sont multiples et personnelles mais nous retrouvons fréquemment le veuvage, les traumatismes liés à la guerre, la souffrance d'une maladie de longue durée, la solitude et le sentiment de ne plus servir à rien ni à personne.

L'entrée en établissement permet de rompre avec cet isolement. Il arrive que certaines personnes malmenées par une vie de précarité, ou encore isolées et sans famille trouvent en établissement un véritable foyer parfois pour la première fois de leur existence.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, l'entrée est un moment brutal, une rupture qui présente aussi de nombreux avantages. L'établissement offre une sécurité avec la présence permanente du personnel et un entourage constant, un confort (certaines personnes vivant auparavant dans un habitat ne présentant pas tout le confort en matière d'équipements sanitaires), une possibilité de nouer de nouvelles relations et d'accéder à des activités parfois méconnues auparavant (activités artistiques, spectacles, sorties au restaurant...).

¹⁰ Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées », Rapport d'enquête « Isolement et vie relationnelle », septembre 2006.

Selon la psychologue qui intervient sur Forcalquier et sur Banon, l'adaptation aux règles de la vie en collectivité a un côté structurant et l'émulation est très positive, il y a toujours du monde auprès des personnes âgées.

Toutefois, comme nous l'avons indiqué, la perception de la solitude reste très subjective et personnelle. Il arrive que des personnes âgées, bien que très entourées au sein de l'établissement ressentent la solitude.

1.1.3 Le soulagement de l'entourage familial et des aidants

La structure familiale traditionnelle s'est profondément transformée au cours des cinquante dernières années et les familles recomposées ont connu un développement important. La prise en charge des parents au domicile n'est plus la norme car les logements ne sont pas adaptés par leur taille, l'activité professionnelle des deux membres du couple ne permet pas ou plus de consacrer du temps à cette prise en charge et les enfants sont éloignés géographiquement de leurs parents le plus souvent pour des raisons professionnelles. Cela ne signifie pas pour autant que les enfants ne se préoccupent plus de leurs parents et vice versa.

La famille reste le dernier rempart de la société contre l'exclusion. Il arrive que certains ménages soient encore en activité et aient à faire face aux besoins de leurs parents en perte d'autonomie ainsi qu'aux besoins de leurs enfants qui compte tenu du contexte économique, ont fait le choix de retarder leur entrée sur le marché du travail en prolongeant la durée de leurs études.

La famille est le premier lieu de ressources pour la personne âgée en demande de soutien. L'aide informelle apportée aux personnes âgées dépendantes par leur entourage familial représente plus des trois quarts de l'aide totale.

Les conjoints, quand ils sont encore vivants, sont ceux qui apportent l'aide la plus importante. Toutefois la majorité des personnes âgées dépendantes étant veuves, les aidants sont principalement les enfants et trois fois sur quatre ce sont des femmes. L'idée reste toujours ancrée dans la société que la production domestique de soins reste une affaire de femme.

Les aidants familiaux se placent souvent sur un plan affectif (sentiment moral d'obligation trouvant son origine dans les histoires personnelles), ils refusent de voir la situation dans laquelle se trouve leur parent et ne souhaitent pas faire appel à des aidants extérieurs. 26% des personnes les plus dépendantes (GIR 1-2) sont exclusivement prises en charge à leur domicile par un proche.

De telles situations sont génératrices d'épuisement avec un risque de glissement vers des situations de maltraitance (envers la personne âgée ou envers l'aidant familial). De nombreuses études montrent que les aidants familiaux payent leur dévouement, tant au niveau de leur propre santé, physique ou morale, que sur le plan personnel et familial, lorsque l'aide qu'ils apportent les accapare tellement que leurs relations avec leurs enfants ou leur conjoint en souffrent.

En 2006, la Fondation Médéric Alzheimer a mené une enquête auprès des consultations mémoire sur la santé des aidants familiaux. Dans la majorité des questionnaires reçus (54 %), la fatigue et l'épuisement psychologique ou physique, constituent les plaintes les plus fréquemment entendues ; 34 % signalent un état dépressif, 24 % une angoisse et une anxiété, et 16 % des troubles du sommeil.

La nécessité de « créer un droit au répit pour les aidants familiaux » est un des objectifs du Plan Solidarité Grand Age. Les aidants familiaux qui ne peuvent plus faire face seuls à la perte d'autonomie de leur parent ressentent un sentiment de culpabilité lorsqu'il s'agit d'envisager une prise en charge en établissement mais cela constitue également un soulagement pour ces personnes fragilisées.

1.2 L'appropriation d'un nouvel espace de vie

La décision d'entrer en établissement constitue dans la vie de la personne âgée une véritable rupture, le départ du domicile étant souvent ressenti comme une perte d'identité sociale. Dès son arrivée, tout est mis en œuvre dans les établissements pour que la personne âgée puisse s'approprier son « nouveau chez soi ».

Cette appropriation apparaît bien souvent fragile en raison de l'évolution de l'état de santé de la personne mais aussi compte tenu du fait que le « nouveau chez soi » est à la fois un espace de vie et un espace de travail.

1.2.1 Le départ du domicile vécu par la personne âgée comme une perte d'identité sociale

Dans notre société le fait d'avoir un domicile est considéré comme un symbole d'inclusion sociale et donc d'intégration. Au-delà de l'aspect matériel (habitat, construction), le domicile revêt un caractère familial, social et moral.

Selon B.ENNUYER, le domicile est un « lieu collectif d'inscription juridique, sociale et familiale, un lieu de souveraineté et d'identité personnelle, un lieu d'identité psychique ».

D'un point de vue juridique, le domicile est un « lieu où la loi présume que la personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs. »¹¹

L'identité est pour un individu, le fait de pouvoir être légalement reconnu comme tel sans nulle confusion, grâce aux éléments (état civil, signalement, domiciliation) qui l'attestent et l'individualisent. Le risque pour la personne âgée lors de son entrée en établissement est que son identité individuelle se fonde dans une identité collective de résident d'autant que celle-ci se sépare d'une grande partie de son environnement.

La conférence de consensus organisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et la Fédération Hospitalière de France (FHF) en 2004 sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico-sociaux¹², a énuméré les composantes de l'exercice de la vie personnelle à domicile.

Ces dernières comprennent principalement les visites, le maintien de liens familiaux, personnels, affectifs et sociaux, le secret des correspondances, la confidentialité des échanges et des informations, la libre administration des ressources et des biens personnels, le respect des convictions politiques, religieuses ou philosophiques et la facilitation de leur exercice, le respect de l'intimité de la personne et de son intégrité corporelle ainsi que la nécessité de jouir d'un espace privatif comportant les principales caractéristiques afférentes à un tel espace (apport de mobilier, personnalisation de l'espace, décoration de son choix).

Une majorité d'EHPAD s'efforcent de préserver à travers le projet de vie, l'ensemble de ces composantes toutefois il arrive qu'il y ait quelques aménagements tenant compte de l'état de santé de la personne et des contraintes organisationnelles de l'établissement.

Au niveau de l'espace privatif par exemple, il n'est pas possible de disposer du même nombre de pièces et d'une surface semblable à celle du domicile même si les résidents ont la possibilité de le personnaliser. Par ailleurs, l'espace est dit plutôt privatif que privé car la personne âgée n'est ni propriétaire, ni locataire de sa chambre (pas de contrat de location signé lors de l'entrée en établissement).

Dans une majorité d'établissements, la personne âgée ne peut pas entrer avec son animal domestique et entraîne une rupture affective très forte.

L'évolution de l'état de santé de la personne peut justifier la mise en place d'une mesure de protection juridique destinée à protéger ses ressources et ses biens.

¹¹ ENNUYER B. 2006, Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation, Paris, Dunod.

¹² CONFERENCE DE CONSENSUS organisée par l'ANAES et la FHF. « Liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico sociaux et obligation de soins et de sécurité ». 24 et 25 novembre 2004

Enfin l'intervention régulière de l'équipe soignante peut se traduire pour la personne âgée par le sentiment d'être dépossédée de sa vie privée.

Il convient toutefois de nuancer un tel constat car il arrive que la personne âgée se trouve également dépossédée de sa vie privée au domicile en raison de la multiplicité des intervenants extérieurs.

Le libre choix du domicile est la première des orientations du Plan Solidarité Grand Age. Diverses mesures ont été prises par les pouvoirs publics afin de permettre aux personnes âgées de se maintenir chez elles malgré une perte accrue de l'autonomie (évolution du nombre de places d'HAD, de SSIAD, de services à domicile, maillage satisfaisant du territoire pour les soins de premier recours, mesures prises pour assurer aux aidants familiaux un droit de répit, développement de l'accueil familial, aménagement du domicile...). A ce jour, 1 100 000 personnes de plus de 60 ans ont recours à un service d'aide à domicile¹³.

Le maintien à domicile représente un idéal de prise en charge permettant aux personnes âgées de rester dans un espace privé qu'elles ont investi affectivement, toutefois l'accroissement de la perte d'autonomie nécessite des interventions approfondies et répétées de personnels à domicile (aide ménagère, portage des repas, toilettes et soins infirmiers).

La multiplicité de ces interventions peut donner l'impression que celles-ci se font au détriment de l'univers privé: impossibilité de sortir de chez soi avant l'arrivée de tel ou tel personnel susceptible d'être retardé dans son travail à cause des relations de service engagées auprès d'autres usagers. Ce sentiment d'intrusion progressive des services de maintien à domicile dans la vie privée peut entraîner une certaine forme de lassitude des personnes âgées et de leur entourage. La Cour des Comptes¹⁴ confirme ce constat et insiste sur la multiplicité des intervenants (services « très nombreux, éclatés et peu polyvalents ») au domicile autour d'une même personne ainsi que sur le manque de coordination de ceux-ci.

1.2.2 L'appropriation fragile d'un nouveau « chez soi »

La personne âgée qui entre en établissement, quitte son environnement familial pour entrer dans une collectivité où elle sera hébergée (définition du terme EHPAD). Le terme

¹³ DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE. Janvier- mars 2003, « Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement ». DREES, n°1.

¹⁴ Rapport de la Cour Des Comptes. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ». 2008

d'hébergement renvoi au fait de loger quelqu'un à titre provisoire dans l'attente qu'il trouve ou retrouve son « chez soi ». Par ailleurs comme nous l'avons vu précédemment, c'est l'état de santé de la personne âgée qui a nécessité son entrée en établissement. Toutes ces circonstances risquent de rendre complexe l'appropriation d'un nouveau « chez soi » d'autant que ce processus, indispensable à l'équilibre de la personne âgée, peut être fragilisé avec l'évolution de la dépendance.

Selon I.MALLON, « les proches et les professionnels constituent le point d'appui d'un nouvel équilibre mais ne peuvent à eux seuls être garants d'une adaptation réussie »¹⁵.

En effet c'est avant tout la personne âgée devenue résidente qui doit être la principale actrice de son adaptation au sein de l'établissement. Celle-ci passe tout d'abord par l'appropriation des locaux et le repérage dans l'espace.

Une visite complète de l'établissement à l'arrivée de la personne âgée permet un premier repérage qui sera ensuite facilité par une signalétique adaptée aux personnes malvoyantes et aux personnes désorientées (jeu sur les couleurs, les formes, les images, les objets familiers), ainsi que par des zones de circulation dépourvues d'obstacles, éclairées en permanence et disposant d'une main courante facilement saisissable.

L'appropriation symbolique des lieux privés et collectifs est aussi très importante. La personne âgée a la possibilité d'apporter des meubles et des objets personnels de façon à personnaliser la décoration de sa chambre. Dans certains établissements lorsque l'entrée n'est pas réalisée en urgence, la chambre est refaite (tapisserie ou peinture) selon les goûts de la personne. La personnalisation est moins évidente à réaliser lorsque la personne âgée intègre une chambre double (même si la tendance est à la diminution voire à la suppression de ce type de chambres) ou lorsqu'elle n'a pas ou plus de proches susceptibles de lui apporter des effets personnels.

Au sein des EHPAD de Forcalquier et de Banon, le constat a été fait qu'une partie des chambres n'étaient pas du tout personnalisées et il a été décidé dans le projet médico social, que les animateurs seraient chargés après recueil du goût des résidents, de leur acheter un ou plusieurs éléments de décoration.

Afin que le nouveau lieu de vie s'inscrive dans la continuité de l'ancien domicile, les résidents doivent pouvoir espérer jouir souverainement de leurs forces, indépendamment de l'activité de l'ensemble des personnels de l'institution. La défense de

¹⁵ MALLON I. 2003, « Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un chez soi ». EMPAN 2003-4 n°52, p 126-133.

cette indépendance se traduit par la construction pas toujours simple de barrières symboliques.

La porte d'entrée est une des barrières symboliques les plus importantes, elle marque la limite de la maison conçue comme intériorité et protège le dedans de la menace du dehors. En pratique, les résidents ne disposent pas pour des raisons de sécurité incendie, de la clé fermant leur porte de chambre. De même, lorsque les résidents rentrent dans leur chambre ou que les familles viennent rendre visite à leurs proches, le passage ne se fait pas directement de l'espace public extérieur à l'espace privatif, il est nécessaire de passer par l'espace institutionnel (passage devant l'accueil, dans les couloirs ou encore devant le bureau des infirmières).

L'aménagement de la chambre est effectué dans un but fonctionnel pour le personnel (exclusion de meubles lourds ne pouvant être déplacés).

La mise en place de barrières symboliques n'est pas non plus facile lorsque la personne âgée occupe une chambre double avec un autre résident ou prend ses repas à la table de résidents avec lesquels elle n'a pas forcément d'affinités.

De même les comportements de certains résidents psychologiquement troublés ou « désorientés » dérangent parfois la quiétude du voisinage et empiètent sur les frontières des parties privées (confusion des étages, des couloirs, des portes de chambres, balades nocturnes, crises d'angoisse, gestes de violence, déambulations incessantes).

Enfin, la recomposition d'un nouveau « chez soi » et la défense des limites de cet espace au sein de la collectivité ne paraît jamais acquis de façon définitive avec l'évolution des pathologies des personnes âgées. L'équipement des espaces privés en matériel médical n'est pas systématique dans les établissements médico-sociaux et résulte de prescriptions médicales individuelles. Pour les établissements intégrés à un hôpital où souvent les résidents nécessitent une médicalisation plus importante, l'espace privatif ressemble à un univers standardisé avec un équipement quasi systématique en lits médicalisés, il s'agit pour le personnel de pouvoir intervenir rapidement et de manière rationnelle. L'intrusion de personnel soignant de plus en plus fréquente dans les espaces privés avec l'évolution de la dépendance modifie profondément l'agencement des lieux qui doit être adapté à l'utilisation de fauteuil roulant et d'autres accessoires. L'évolution des pathologies restreint également le déplacement des personnes âgées dans les espaces collectifs et extérieurs où l'aide d'une tierce personne pour se lever ou encore conduire le fauteuil est indispensable.

1.2.3 Le nouveau « chez soi » est aussi un espace de travail

Nous avons vu précédemment que l'appropriation d'un nouveau « chez soi » n'était pas chose facile pour les personnes âgées accueillies en établissement d'autant que celui-ci en plus d'être un espace de vie à la fois privatif et collectif, est également un espace de travail.

L'établissement est un espace familial que le soignant s'est approprié dans le cadre de l'exercice de ses missions et il n'apparaît pas toujours évident de concilier l'espace privé et intime du résident avec l'espace de soins.

La principale contrainte porte sur les horaires de travail. Ceux-ci rythment la journée des résidents mais n'en demeurent pas moins indispensables au bon fonctionnement de l'institution. Une organisation pré-définie de la journée conduit à l'uniformisation des pratiques (horaires des repas, des toilettes, des soins, des animations...) et présente le risque d'une restriction de l'autonomie de la personne âgée.

L'autonomie ne s'oppose pas à la dépendance, elle s'inscrit dans un rapport entre un organisme et son environnement. Une personne peut être à la fois dépendante sur le plan physique (avoir besoin d'aide pour les activités de la vie courante) et parfaitement autonome sur un plan psychologique. Le maintien de l'autonomie consiste à optimiser les compétences qui demeurent mobilisables et compenser les pertes incontournables par des savoirs faire ou des connaissances accrues.

Etre autonome c'est rester maître de la conduite et de l'organisation de sa vie. Trois conditions doivent pour cela être réunies:

- « avoir la capacité de s'autodéterminer c'est-à-dire de faire des choix, de prendre des décisions libres et d'agir conformément à ses besoins »
- « vouloir exercer cette capacité, c'est-à-dire être motivé pour se prendre en charge et décider par soi même »
- « pouvoir exercer cette capacité, c'est-à-dire vivre dans un environnement favorable à l'exercice de l'autonomie ».

Le quotidien de la personne âgée en établissement, même si les habitudes de vie sont prises en compte par l'ensemble des agents, reste subordonné à l'organisation du travail. A titre d'illustration, les personnes âgées qui le souhaiteraient n'ont pas la possibilité de participer aux tâches ménagères comme l'entretien de leur chambre, l'aide à la distribution du linge ou encore la mise du couvert avant les repas. De même les résidents n'ont pas la possibilité de choisir l'horaire de leur repas ou encore de leur toilette et de leurs sorties à l'extérieur lorsqu'ils ont besoin d'une aide. C'est en ce sens que l'on peut parler de restriction de l'autonomie des résidents.

Le fait que l'espace de travail des agents soit aussi un espace de vie amène les établissements à réfléchir à une organisation du travail qui soit soucieuse du bien être de la personne âgée afin d'atténuer les effets que cela pourrait avoir sur l'autonomie.

Les cadres de santé de Forcalquier et de Banon rappellent régulièrement à leurs équipes la nécessité de concevoir l'exercice de leurs missions au sein d'un lieu de vie. Cela renvoi directement à la mise en œuvre de valeurs éthiques telles que la dignité de la personne âgée, le respect de son intimité mais également la mise en œuvre de la bientraitance.

La bientraitance peut être définie selon l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale (ANESM)¹⁶ comme une « culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ». Ce peut être également un ensemble de comportements, d'attitudes qui prend en compte la situation de la personne, s'adapte à des besoins divers (psychologiques, physiologiques, affectifs, etc...) avec pour objectif de lui permettre un développement harmonieux.

Toute la difficulté pour les équipes et les cadres, consiste à trouver le juste équilibre entre la distance professionnelle et la relation de proximité, entre les contraintes en matière d'organisation du travail et le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Il existe toutefois d'autres contraintes institutionnelles invariables auxquels sont soumis les établissements. Celles-ci ont une incidence directe et indirecte sur les conditions d'accueil et l'accompagnement proposé aux personnes âgées.

1.3 Les EHPAD des hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon : des institutions soumises à des contraintes invariables

Les contraintes en matière de sécurité, d'hygiène ou de qualité de la prise en charge sont invariables et communes à l'ensemble des EHPAD que ceux-ci soient autonomes ou attachés à un établissement sanitaire comme c'est le cas sur Banon et Forcalquier.

¹⁶ AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION MEDICO SOCIALE. « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Juillet 2008.

1.3.1 Les contraintes en matière de sécurité incendie et de sécurité des personnes

Les EHPAD de Forcalquier et de Banon sont des établissements attachés à un établissement de santé et sont donc soumis à la réglementation incendie des Etablissements Recevant du Public de type « U »¹⁷ contrairement aux EHPAD autonomes pour qui la réglementation de type « J » s'applique.

Cette réglementation est assez contraignante et impose certaines règles de fonctionnement qui doivent figurer dans le règlement intérieur et être expliquées aux résidents, au personnel ainsi qu'aux familles.

A titre d'exemple, les résidents n'ont pas la possibilité de fermer leur chambre à clé. Le plus souvent, ils ne peuvent fumer dans leur chambre même si celle-ci est considérée réglementairement comme leur domicile. Les chambres sont équipées de détecteurs de fumée mais le risque d'incendie est important dans la mesure où de nombreux résidents souffrent de troubles du comportement. Les locaux sont strictement cloisonnés et il n'est pas possible d'ouvrir les espaces sur les circulations.

Le mobilier, les revêtements (murs, sols, plafonds) et la literie doivent satisfaire à des exigences de comportement au feu réduisant ainsi la possibilité pour les résidents de personnaliser leur intérieur. Ils ne peuvent amener dans leur chambre que des appareils électriques, sous réserve que ceux-ci ne dépassent pas une certaine puissance et qu'ils ne soient pas de nature à mettre les mettre en danger. Sur Forcalquier et Banon, les résidents peuvent avoir dans leur chambre un réfrigérateur (de type « table-top ») mais les appareils de cuisson sont proscrits.

L'ensemble de ces exemples nous permet de montrer que les résidents ne jouissent pas pleinement de leur espace privatif comme ils pourraient le faire à domicile. Ces contraintes n'en demeurent pas moins nécessaires à la protection des personnes vivant au sein de la collectivité et engagent la responsabilité du directeur à défaut de respect de celles-ci.

Les contraintes d'un établissement en matière de sécurité concernent aussi la sécurité des personnes. Les familles se montrent de plus en plus procédurières, elles sont à la recherche du risque zéro et de la protection maximum pour leurs proches. Cette demande ne doit pourtant pas aboutir à une restriction injustifiée de la liberté d'aller et venir.

¹⁷ Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public,

L'ANAES et la FHF¹⁸ définissent la liberté d'aller et venir comme la « possibilité de mener une vie ordinaire » en s'appuyant sur des notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. La liberté d'aller et venir n'a pas de raisons d'être limitée pour les résidents sauf exceptionnellement dans « des conditions strictement définies pour des raisons médicales ».

Le Centre d'Analyse Stratégique¹⁹ souligne également qu'il existe de nombreux freins à cette liberté. Selon lui, il est normal qu'en établissement sanitaire des restrictions soient justifiées pour assurer la réalisation des soins nécessaires mais en EHPAD, le projet de vie doit rester la préoccupation centrale. Avant de prendre en compte les déficiences ou le diagnostic médical, les équipes se doivent d'analyser les capacités préservées des résidents et les compensations possibles (accompagnement, aides techniques adaptées...). Les restrictions les plus importantes à la liberté d'aller et venir concernent les résidents des espaces protégés de type « cantou ». L'accès y est sécurisé (digicode, porte fermée à clé...) dans le but de protéger les personnes désorientées qui ont souvent tendance à fuguer. Celles-ci ont toutefois la possibilité d'aller et venir comme elles le souhaitent au sein de cet espace (espace intérieur et extérieur de déambulation).

Les mesures prises pour assurer la sécurité des personnes varient d'un établissement à un autre selon le type de public accueilli mais également selon la situation de l'établissement dans son environnement. Un établissement implanté au cœur de la ville aura un rapport plus étroit à la vie sociale favorable aux résidents (possibilité de se rendre au marché, d'aller boire un café,...) mais sera moins facilement sécurisable qu'un établissement plus éloigné du cœur de la cité.

1.3.2 Les contraintes en matière d'hygiène

Les EHPAD sont aussi soumis à des contraintes invariables en matière d'hygiène des soins, d'hygiène des locaux et de l'environnement ainsi que de prévention du risque alimentaire.

Les personnes âgées représentent une population fragile à haut risque infectieux. Elles souffrent souvent de poly pathologies, peuvent être dénutries, incontinentes voire alitées. La vie en établissement favorise aussi la transmission croisée de nombreuses infections compte tenu du nombre élevé de résidents, de la multitude d'activités

¹⁸ CONFERENCE DE CONSENSUS organisée par l'ANAES et la FHF. « Liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico sociaux et obligation de soins et de sécurité ». 24 et 25 novembre 2004.

¹⁹ CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. « L'EHPAD : pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique » (tome I et II). Juin 2006.

pratiquées en commun (repas, animations...), ainsi que du fait que ce soit un lieu ouvert à de nombreuses personnes extérieures (familles, médecins traitants, intervenants extérieurs, bénévoles).

Les deux types d'infections prédominantes en EHPAD sont les infections respiratoires (1^{ère} cause de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD et 1^{ère} cause de transfert vers l'hôpital) et les infections urinaires. Les épidémies sont également fréquentes qu'elles soient d'origine virale (grippe, gastroentérite), bactérienne (pneumonie, infection à clostridium difficile) ou parasitaire (gale).

Même si ce sont avant tout des lieux de vie, les EHPAD doivent avoir une politique en matière d'hygiène des soins quasi semblable à un établissement de santé afin de protéger les personnes accueillies. Les mesures prises en matière d'hygiène des mains sont identiques, le personnel est en tenue professionnelle (renforcement du caractère hospitalier de la prise en charge : port de gants, parfois de masques), un circuit des déchets à risque est mis en place, le circuit de l'eau est régulièrement contrôlé et une politique de vaccination des résidents ainsi que du personnel est organisée.

Sur Forcalquier et Banon, les EHPAD étant partie intégrante des établissements de santé, c'est l'équipe opérationnelle d'hygiène qui intervient pour mettre en place des mesures et des protocoles d'hygiène, organiser des sessions de formation du personnel et diffuser l'information sur l'hygiène des soins. Les Centres de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) élaborent spécifiquement des kits à destinations des EHPAD contenant toutes les mesures en présence de bactéries multi résistantes (précautions standards et complémentaires, conduites à tenir, recommandations).

L'hygiène des locaux et de l'ensemble de l'environnement du résident doit satisfaire à des normes rigoureuses. Il existe des protocoles et des méthodes de nettoyage formalisés (produits détergents et désinfectants à employer, matériel nécessaire...) mais cela ne laisse plus beaucoup de place à l'autonomie des personnes âgées. En effet pour les résidents qui le souhaiteraient et seraient en mesure de le faire, il ne leur est pas possible de s'occuper de l'entretien de leur chambre (faire le lit tous les matins, disposer d'un balai et s'occuper de faire les poussières...) or les personnes âgées ont le sentiment de ne plus exister lorsqu'elles ne peuvent plus faire.

Au niveau de l'hygiène corporelle, il arrive que les modalités de fonctionnement de l'établissement aillent à l'encontre des habitudes des résidents. C'est le cas par exemple des douches dispensées quotidiennement alors que les résidents n'en prenaient chez eux

qu'une par semaine, ou des douches données le matin alors que la préférence va à la douche prise le soir.

Enfin concernant la prévention du risque alimentaire, les normes HACCP²⁰ sont mises en œuvre et les cuisines sont régulièrement soumises à des contrôles bactériologiques effectués par des organismes indépendants ou par les services vétérinaires. Ces mesures peuvent s'avérer très contraignantes et ne favorisent pas l'appropriation par les personnes âgées de leur nouveau domicile.

Selon le mode de confection des repas (liaison chaude ou liaison froide), tous les plats ne peuvent être réalisés et certaines préparations perdent une grande partie de leurs qualités gustatives (exemple des gratins qui supportent assez mal le réchauffage en chariot). La cuisine est le seul lieu où sont confectionnés les repas et stockés les denrées alimentaires. Aucune denrée alimentaire ne peut être conservée dans les réfrigérateurs installés dans les services et le personnel n'a donc pas les moyens de répondre aux demandes des résidents en dehors des horaires de repas et des horaires de présence du personnel en cuisine.

De même les locaux des cuisines sont des lieux « propres » où seuls sont autorisés les personnels habillés d'une tenue professionnelle. Les résidents autonomes n'y ont plus accès pour aider à la confection des repas ou au portage des chariots dans les services comme cela se faisait il y a une trentaine d'années. Il arrive que, soient organisées des activités cuisine au sein de chaque service dans le cadre des animations. Toutefois seul un certain nombre d'ingrédients peut être utilisé pour des raisons de sécurité alimentaire (les œufs et beaucoup de produits frais sont proscrits). L'ensemble de ces restrictions suscitent l'interrogation et parfois la colère des résidents. Il est en effet légitime de se demander si l'application de toutes ces normes n'est pas disproportionnée et inadaptée à l'accompagnement que l'on souhaite proposer aux personnes âgées.

1.3.3 La mise en œuvre de la démarche qualité

La démarche qualité dans les EHPAD a été mise en œuvre avec l'évolution démographique et sociale de la population accueillie. Depuis l'humanisation des établissements dans les années 70, les personnes âgées accèdent de plus en plus à un statut de client. Celui-ci tient sans doute mieux compte de la contribution financière qu'elles apportent au financement des prestations dont elles ont besoin pour vivre. De

²⁰ Hazard Analysis Critical Control Point: lors de la confection des repas, mise en évidence des points critiques où des risques alimentaires peuvent se présenter, définition et mise en œuvre des procédures de contrôle et des actions correctives de ces points critiques, vérification et suivi de l'efficacité des procédures mises en œuvre.

plus avec l'arrivée du secteur concurrentiel privé, on assiste à une marchandisation du secteur médico-social.

Le concept de l'évaluation et de la qualité des soins est apparu dans le secteur hospitalier en 1991. Dans le secteur médico-social, la qualité et l'évaluation ont fait leur entrée dans un premier temps avec la réforme de la tarification initiée en 1999 ainsi qu'avec le conventionnement tripartite²¹. La loi du 02 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico sociale est venue renforcer ce processus.

Les établissements doivent élaborer un projet d'établissement adapté aux résidents, disposer d'une charte des droits et libertés de la personnes accueillie, d'un règlement de fonctionnement, d'un livret d'accueil et établir avec le résident un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge. La priorité est donnée au respect des droits fondamentaux des résidents et à l'individualisation de la prise en charge.

L'émergence de la démarche qualité dans les établissements médico-sociaux a eu pour effet de diversifier la composition des équipes de professionnels qui ne sont plus seulement composées de soignants mais aussi d'animateurs, de psychologues, d'ergothérapeutes,...

Des outils ont été spécifiquement mis en place pour mesurer les besoins des résidents. Il s'agit de la grille AGGIR qui va évaluer la dépendance des résidents et ses difficultés à réaliser les actes essentiels de la vie, mais également de l'outil PATHOS qui mesure les besoins des résidents en termes de soins. Chacun de ces outils traduit une volonté de recueil des besoins sous l'angle des pathologies et déficiences des résidents. Ils ne permettent toutefois pas d'appréhender les besoins en matière de lien social et de déterminer les mesures à mettre en œuvre pour compenser les pertes liées à l'âge.

Pour les EHPAD intégrés à un établissement de santé, comme c'est le cas à Forcalquier et à Banon, les contraintes issues de la mise en œuvre globale de la démarche qualité sont d'autant plus importantes que l'établissement est soumis aux règles de la certification sanitaire.

Les EHPAD ne sont pas directement concernés mais les mesures mises en œuvre ont un impact direct sur la prise en charge. Une partie importante des critères d'évaluation porte sur la qualité des soins (la gestion des risques, des événements indésirables, la maîtrise du risque infectieux, la gestion des plaintes et des réclamations sont par exemple classés comme pratique exigible prioritaire) ainsi que sur la prise en charge du patient (gestion des données, prise en charge de la douleur, de la fin de vie...).

²¹ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 04 mai 2001 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD

L'ensemble du personnel est impliqué dans la démarche de certification (groupes de travail, mise en place de procédures, élaboration de protocoles...) et cela influence directement le fonctionnement de l'EHPAD laissant penser que les exigences ne sont pas adaptées à la prise en charge médico sociale et vont parfois à l'encontre du souhait des résidents de reconstruire un nouveau « chez soi ».

Le passage de la vie à domicile à la vie en hébergement représente un moment difficile dans la vie d'une personne âgée qui en plus de faire face à l'accroissement de son niveau de dépendance, doit s'adapter à une vie en collectivité avec tous les avantages et les inconvénients que cela recouvre. L'expérience recueillie au cours de mon stage de professionnalisation m'a permis d'étudier les raisons pour lesquelles la conciliation entre l'identité individuelle des résidents et les composantes organisationnelles de l'institution n'est pas toujours évidente.

2 Identité individuelle des personnes âgées et composantes organisationnelles de l'institution : une conciliation parfois difficile

Trois raisons peuvent être avancées à l'appui de mon propos. Il y a tout d'abord une tendance croissante à la surmédicalisation de la prise en charge des personnes âgées pouvant être expliquée pour partie par une architecture des bâtiments restée très hospitalière. Mais il y a également la nécessité d'avoir un projet médico social cohérent avec les projets de vie individualisés afin de prendre en compte la réalité des besoins de la personne âgée.

2.1 Une tendance constatée à la surmédicalisation du vieillissement

« Le vieillissement est un phénomène biologique universel et inéluctable. La vieillesse est un phénomène culturel, une création humaine. »²²

2.1.1 Une perception négative de la vieillesse et du vieillissement

Dans les sociétés occidentales, la vieillesse a tendance à être perçue négativement. La progression de la vie humaine se déroulerait en trois phases : la progression avec l'enfance et la jeunesse suivie d'une longue période en plateau puis le déclin²³.

Selon le Dr FORETTE²⁴, le vieillissement est une « action du temps sur les êtres vivants » qui peut avoir des effets destructeurs et constructifs. Il se caractérise par le ralentissement du fonctionnement des facultés et peut être marqué par des limites fonctionnelles (problèmes pour réaliser tel et tel mouvement).

A tout âge il est possible d'acquérir et de progresser mais l'on peut aussi être confronté à des pertes, des privations, des meurtrissures qui ont tendance à fragiliser de façon plus importante les personnes âgées.

²² THIEBAUD D « Comprendre le vieillissement, libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse », Lyon : Chroniques sociales 2005

²³ PICHAUD C, THAREAU I, GUISET M-J. 2007, Vivre avec des personnes âgées. A domicile, en établissement, Lyon : Chronique Sociale.

La vieillesse est aussi assimilée à la maladie or il apparait que nombre de pathologies observées chez les personnes âgées sont attribuées à tort à leur âge alors qu'elles viennent de maladies passées qui ont été négligées ou inaperçues.

Le décalage entre ce que ressentent les personnes âgées et ce que les autres voient d'eux peut être à l'origine de difficultés et de grandes souffrances. « Vieillir est la rencontre entre la manière dont la vieillesse est vécue par chacun et la manière dont elle est socialement représentée »²⁵. Une personne quel que soit son âge, a droit à la reconnaissance de sa dignité même si elle n'est pas « utile » au sens de productive, qu'elle est réduite à l'inactivité pour des raisons physiques ou psychiques. Les personnes âgées ne présentent pas de caractéristiques particulières par rapport aux autres générations, elles ne font que poursuivre leur vie d'adulte.

Le travail auprès des personnes âgées n'a jamais été véritablement valorisé et n'est pas considéré comme gratifiant à l'inverse, par exemple, du travail réalisé par le personnel des services hospitaliers dits « techniques » (chirurgie, réanimation...).

Un tel constat a été confirmé dans les conclusions de l'audit réalisé en juin 2007 par un prestataire extérieur, à la demande du directeur, sur l'organisation du travail au sein de l'EHPAD de Forcalquier.

Jusqu'à environ il y a une dizaine d'années, le personnel soignant venait travailler auprès des personnes âgées « faute de mieux » sans aucune motivation particulière. Sur Forcalquier et Banon, les équipes n'étaient pas fixes sur les plannings et il était fréquent que le personnel passe d'un lieu à un autre en fonction des besoins quotidiens (cela étant d'autant plus facile que l'EHPAD et l'hôpital se trouvent dans les mêmes bâtiments).

De plus il arrive que les personnes qui choisissent d'effectuer la formation d'aide soignante (AS) soient plus motivées par la rapidité de la formation et l'importance des débouchés professionnels que par le souhait d'accompagner les personnes âgées dans leur dernière période de vie.

Les cadres de santé des deux établissements m'ont toutefois précisé que les choses avaient évolué. Le personnel est maintenant volontaire pour venir travailler au sein des EHPAD et ce notamment en raison de la mise en place de nombreux projets valorisants dans le cadre de la démarche qualité.

²⁴ Président de la FNG

²⁵ CARADEC V. 2001, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris : Nathan Université.

2.1.2 Un système médical peu adapté aux personnes âgées...

La surmédicalisation du vieillissement peut s'expliquer par un système médical qui ne s'est pas adapté aux besoins des personnes âgées. En effet, il n'existe pas forcément de lien entre l'évolution des pathologies du vieillissement et la nécessaire médicalisation.

A titre d'exemple, les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes désorientées présentant des troubles du comportement ou des troubles cognitifs, or ce type de pathologies ne nécessite pas de soins techniques mais simplement une attention accrue de la part du personnel ainsi qu'un accompagnement favorisant le maintien et la valorisation de l'autonomie.

La forte médicalisation constatée sur Forcalquier et Banon est héritée de l'activité hospitalière et se retrouve au niveau du fonctionnement des structures. L'ensemble du personnel porte une tenue professionnelle y compris les animateurs, le vocabulaire employé fait souvent référence au « patient » plutôt qu'au « résident » même si une attention particulière y est portée et les cadres de santé peuvent avoir des responsabilités allant au-delà de l'organisation des soins (responsabilité de l'équipe des animateurs par exemple). Par ailleurs, la réputation de l'établissement en termes de qualité des soins dispensés incite les médecins et les établissements de santé à leur adresser en priorité des personnes âgées nécessitant des soins.

La notion de soin chez les personnes âgées ne doit pas simplement être réduite à l'accomplissement d'actes techniques ayant pour unique finalité la guérison. Les équipes soignantes et les médecins doivent être en mesure de soigner mais aussi de prendre soin c'est-à-dire concourir au maintien ou à la restauration de la santé par d'autres approches comme la prévention, l'approche sociale.

Sur l'EHPAD de Forcalquier, les personnes âgées accueillies sont fortement médicalisées. La cadre de santé s'inquiète de l'évolution à la hausse de cette tendance sur les six premiers mois de l'année. La quasi-totalité des personnes âgées accueillies à la sortie de l'hôpital se trouvent placée sous oxygène et celles-ci ont de lourds traitements alors que leur état de santé, selon le médecin coordonnateur, ne le nécessite pas forcément. Les infirmières n'ont pas de pansements lourds à faire mais regrettent qu'elles aient la majorité de leur temps occupé avec les médicaments (vérification du stock et de l'ordonnance) au détriment de ce qui pourrait se faire dans d'autres domaines (nutrition,...).

Une réflexion d'ensemble est à mener avec le corps médical et plus particulièrement avec les médecins libéraux sur la prescription des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux. Selon le médecin coordonnateur, le corps médical doit avoir avec les

personnes âgées une approche tout à fait différente et adopter parfois une attitude de renoncement plutôt que de privilégier l'acharnement thérapeutique (abandon de l'idéal de guérison pour favoriser un accompagnement de qualité jusqu'à la fin de vie).

Les choses vont sans doute évoluer vers une modération de la médicalisation avec la réintégration des dispositifs médicaux et des médicaments dans le forfait soins. Par ailleurs, le médecin coordonnateur souligne la difficulté de travailler avec un nombre de médecins libéraux très important (14 sur Forcalquier, 3 sur Banon) et rappelle le risque de s'aventurer sur le terrain de la liberté de prescription d'autant que les familles sont aussi demandeuses d'une médicalisation importante.

Sur Banon, compte tenu de la taille et du nombre de résidents, les médecins libéraux qui interviennent sont moins nombreux et plus attentifs aux personnes âgées. Cela tient à la technicité moins importante de l'activité de l'hôpital local depuis la fermeture de la spécialité de rééducation en cardiologie et à la proximité de la population avec leurs médecins (les personnes âgées conservent pour la plupart leur médecin traitant après leur admission).

Au niveau du personnel, la relation au soin des personnes âgées est en pleine évolution sur les deux établissements avec la participation de l'ensemble des agents à l'élaboration des projets de vie individualisés et le développement du travail pluridisciplinaire. Les actions de formation et d'information sur l'accompagnement des personnes âgées vont également permettre d'accélérer cette tendance à l'individualisation de la prise en charge.

2.1.3mettant en lumière des besoins importants de formation et d'information

La tendance à la surmédicalisation du vieillissement peut s'expliquer en grande partie par le manque de culture médico-sociale au sein des équipes médicales et paramédicales.

L'audit réalisé en juin 2007 sur l'organisation du travail au sein de l'EHPAD de Forcalquier souligne que le manque de culture médico-sociale « fragilise et isole les personnes » entraînant une rupture d'appartenance avec l'institution et d'autres métiers, ainsi qu'une absence de reconnaissance de leur utilité fonctionnelle. La culture de projet est inexistante et le personnel semble plutôt avoir une motivation économique qu'une motivation vocationnelle pour venir travailler dans l'établissement. Cela n'est pas sans provoquer de l'agressivité, des conflits relationnels et a une incidence directe sur la qualité de l'accompagnement des résidents. Le personnel se contente d'effectuer de simples tâches répétitives et obligatoires sans s'interroger sur le pourquoi et le pour qui on le fait.

Par ailleurs, les EHPAD situés en zone rurale se trouvent confrontés à des problèmes de recrutement de personnes qualifiées. Le recrutement se fait souvent dans l'urgence pour remplacer un autre personnel sans possibilité de faire un choix en fonction des compétences et des motivations de la personne.

A titre d'exemple, il y a un très grand turn over dans le personnel recruté en Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CAE). Les cadres de santé de Forcalquier et de Banon soulignent la lassitude du personnel face au temps passé en explication et en formation des CAE.

L'acquisition d'une culture médico-sociale nécessite aussi une solide formation qu'elle soit initiale ou continue.

Le directeur et les cadres de santé veillent chaque année, lors de l'élaboration du plan de formation, à ce qu'un maximum d'agents puisse partir en formation (y compris en formation qualifiante). Le retour qui en est fait par le personnel est plutôt positif mais il y a toutefois de grandes attentes, les formations réalisées n'étant pas assez spécialisées sur la gérontologie²⁶ et la gériatrie²⁷.

La formation permet la valorisation du métier, indispensable au regard de l'impact de plus en plus important du vieillissement, de l'évolution de la dépendance cognitive et de l'affection du lien relationnel. Le manque de formation risque de générer de l'épuisement professionnel et de l'absentéisme rendant difficile l'organisation du travail autour du résident. Selon la psychologue et le médecin coordonnateur de Forcalquier, tout nouveau personnel devrait être formé à minima sur ce qu'est une personne âgée et sur les faiblesses qu'elle peut présenter.

Le manque de formation en gérontologie se retrouve également au niveau des formations professionnelles initiales. La formation des aides soignantes (AS) ne comporte pas de psychologie et une faible part des enseignements concerne l'accompagnement des personnes âgées. La formation d'aide médico psychologique (AMP) est plus complète dans le sens où ces dernières sont formées à la construction ou à la reconstruction de l'identité des personnes en difficulté. Il n'existe toutefois pas de différence au niveau indiciaire entre les AS et les AMP. C'est donc à l'établissement via le directeur et les cadres de santé, de déterminer la reconnaissance et la place donnée aux AMP au sein des équipes.

²⁶ La gérontologie désigne l'étude du vieillissement dans toutes ses dimensions notamment sociale, démographique, économique, psychologique, anthropologique et culturelle.

²⁷ La gériatrie est la médecine des personnes âgées et constitue une composante de la gérontologie

Le 6^{ème} objectif du plan Alzheimer 2008-2012 porte sur la valorisation des compétences et le développement des formations professionnelles. Le plan note qu'il existe un réel décalage entre les besoins recensés et les personnes formées. Les jeunes professionnels sont peu formés à la prise en charge de la grande dépendance, des troubles du comportement et des états d'agitation. Il n'existe pas non plus d'enseignement transversal dans les différents diplômes sur les troubles cognitifs et comportementaux.

La psychologue ainsi que le médecin coordonnateur mettent en place des actions pour pallier au manque de formation spécialisée en gérontologie ainsi qu'aux effets qui en découlent sur l'accompagnement.

Le recrutement de la psychologue commune aux deux établissements s'est révélé bénéfique pour le personnel au niveau de la gestion de l'épuisement professionnel. Le personnel peut discuter des problèmes rencontrés avec une personne neutre, connaissant la nature du travail effectué auprès des résidents. La psychologue souhaiterait mettre en place des réunions de régulation avec le personnel où les pratiques professionnelles seraient analysées. Il y a aussi un travail à mener avec le personnel sur tout ce qui concerne le décès (coin recueillement, accompagnement du personnel...).

Enfin, en collaboration avec la psychologue, les médecins coordonnateurs de Forcalquier et de Banon organisent des formations-informations thématiques (nutrition, bientraitance, prévention des chutes,...), de façon régulière, ouvertes à l'ensemble du personnel des établissements ainsi que parfois aux familles selon le thème abordé.

La surmédicalisation du vieillissement ne facilite pas l'appropriation par la personne âgée de son nouveau lieu de vie, son état de santé et ses pathologies étant devenu la préoccupation principale, l'axe autour duquel s'organise son accompagnement. L'architecture revêt aussi une importance essentielle dans l'appropriation symbolique des lieux.

2.2 Une architecture très hospitalière

Sur la commune de Forcalquier, l'hôpital St Michel a succédé en 1926 à l'ancien hospice situé dans un autre quartier. De 1962 à 1985, l'hôpital disposait d'un service de maternité, en 1971 un nouveau bâtiment de médecine a été construit et le plateau technique de rééducation a été mis en place en 1992. Au niveau de la maison de retraite, celle-ci a été humanisée de 1995 à 1998 et l'espace protégé dédié aux résidents souffrants de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés a été ouvert en 2005. L'hôpital et l'EHPAD se trouvent sur le même site et les bâtiments sont reliés entre eux.

L'hôpital de Banon fut créé au début du XXème siècle par donation d'un habitant ayant fait fortune en Afrique. Il a été entièrement reconstruit en 1984-1985 et a accueilli une unité de rééducation fonctionnelle cardiologique jusqu'en 2002.

L'histoire de ces deux établissements peut expliquer qu'ils aient une architecture hospitalière assez marquée pouvant présenter quelques inconvénients.

2.2.1 L'importance de l'ouverture des établissements sur l'extérieur

L'ouverture des établissements sur l'extérieur est un critère très important pour les personnes âgées accueillies puisqu'il symbolise l'ouverture à la vie sociale, il permet également d'atténuer le sentiment d'enfermement.

L'ouverture vers l'extérieur se caractérise par la situation géographique de l'établissement. Est-il en zone urbaine, intégré à la cité ou plus excentré ? Les deux établissements ne sont pas trop à l'écart du centre ville mais l'accès n'est possible qu'aux résidents autonomes (environ 10 minutes de marche).

L'ouverture vers l'extérieur peut aussi concerner l'accessibilité des espaces extérieurs. Cette accessibilité est facilitée dans les établissements construits de plain pied mais cela concerne des établissements souvent récemment construits (ex de l'Ehpad situé sur la commune d'Oraison).

Les deux EHPAD de Forcalquier et de Banon sont intégrés dans les bâtiments de l'hôpital et ont été construits selon les normes hospitalières même si plusieurs phases de travaux ont permis de réaliser des aménagements.

L'EHPAD de Forcalquier est sur 3 niveaux. Au rez de chaussée, il y a l'accueil, le salon de coiffure, un grand hall équipé de canapés pour les résidents et les familles ainsi que des tables pour l'organisation de repas thématiques. De façon générale, le hall n'est pas occupé par les résidents. Aux deux autres niveaux, il y a les chambres des résidents, les salles de soins ainsi que les locaux techniques. Il n'y a pas de terrasse et les résidents qui souhaiteraient sortir doivent emprunter l'ascenseur. Les résidents les plus dépendants ne peuvent le faire sans l'aide d'un membre du personnel ou l'aide d'un de leur proche. De ce fait, même si le résident jouit pleinement de la liberté d'aller et venir, celle-ci n'est effective qu'en fonction de la disponibilité du personnel ou de la famille.

Sur Banon, les obstacles sont semblables car l'EHPAD est situé au second étage de l'hôpital, les résidents étant obligés d'emprunter l'ascenseur pour se rendre à l'extérieur. Les résidents accueillis sur les deux établissements sont majoritairement d'origine rurale (agriculteurs, ouvriers, bergers) et avaient pour la plupart l'habitude de travailler à l'extérieur. Le fait de pouvoir sortir de la structure est pour eux essentiel et les obstacles

qui se présentent en termes d'accès ont tendance à accentuer le sentiment d'enfermement.

Les espaces verts ne sont pas très nombreux et n'incitent pas forcément les résidents à sortir. Sur Banon, l'hôpital étant bâti sur un terrain escarpé, le jardin est en hauteur et est inaccessible à la majorité des résidents car fortement pentu. Sur Forcalquier, les espaces verts ne sont pas non plus vraiment accessibles et leur surface va être réduite avec les travaux d'extension de l'EHPAD destinés à diminuer le nombre de chambres doubles. L'aménagement d'un parcours de marche est prévu ainsi que l'aménagement d'un jardin potager. Un premier jardin potager a déjà été créé au sein de l'espace protégé au début de l'été ainsi qu'une tonnelle permettant d'organiser de nombreux repas à l'extérieur durant la période estivale.

Les cadres de santé des deux établissements font remarquer que des structures fortement médicalisée et pas forcément très fonctionnelles au niveau architectural, ont tendance à accueillir de plus en plus de résidents très dépendants voire en fin de vie.

Les établissements doivent aussi être ouverts sur l'extérieur pour les résidents les plus dépendants. Cela se traduit par l'importance des ouvertures destinées à faire entrer le soleil, la lumière, à permettre aux résidents de s'envoler psychiquement et de continuer à observer la vie extérieure. De grandes baies vitrées sont essentielles, elles peuvent toujours être occultées l'été par des stores et les pièces rafraichies grâce au fonctionnement de la climatisation. Il arrive souvent que les fenêtres de chambre soient mal positionnées ou dimensionnées et il est important que celles-ci soient à portée de regard lorsque l'on est dans son fauteuil ou lorsque l'on est alité.

2.2.2 Des lieux de vie collectifs qui doivent être accessibles et identifiés

L'accessibilité et l'identification des lieux de vie collectifs est aussi essentielle que l'ouverture sur l'extérieur dans le cadre du processus d'appropriation des lieux. Pour être occupés et investis, les espaces doivent avoir un statut et une ou plusieurs fonctions.

Le schéma idéal qui a tendance à être reproduit dans les établissements récemment construits est celui de la place du village. Les chambres des résidents sont positionnées à proximité d'un espace central de vie et l'accès y est direct même pour les personnes à mobilité réduite (peu de distance à parcourir). A chaque moment de la journée il est toujours possible d'y venir pour discuter avec d'autres résidents ou avec la

famille, d'y regarder la télévision ou simplement observer l'activité qui s'y déroule. Cette « place du village » est un lieu toujours animé, où il y a une présence constante.

L'architecture préexistante comme c'est le cas sur Forcalquier et Banon ne permet pas d'envisager de tels aménagements. Les bâtiments des deux établissements se caractérisent par de longs couloirs où les résidents selon la situation de leur chambre, peuvent se sentir isolés (distance beaucoup plus longue pour percevoir ce qu'il se passe dans le lieu de vie collectif et avoir la possibilité et l'envie de s'y rendre). Il semble difficile que tous les résidents d'un même niveau puisse se connaître.

Le projet d'extension de l'EHPAD de Forcalquier destiné à diminuer le nombre de chambres doubles risque de renforcer cet effet d'isolement dans la mesure où une nouvelle aile avec de nouvelles circulations sera adjointe aux bâtiments préexistants. Il est également à noter que les résidents se sentent plus en sécurité et empruntent plus facilement les couloirs pour se rendre d'un point à un autre lorsque ceux-ci bénéficient d'un éclairage naturel, c'est une fois de plus l'ouverture vers l'extérieur qui est recherchée. Des couloirs se terminant en cul de sac peuvent se révéler très anxiogènes.

Sur Banon, la taille de l'établissement fait que les couloirs sont moins longs même s'ils ont été conçus comme à Forcalquier en tant qu'espaces fonctionnels de distribution. Ils ne se prêtent pas vraiment à la déambulation des résidents désorientés.

Les lieux de vie ne doivent pas seulement être accessibles, ils doivent aussi être clairement identifiés. La signalétique doit être adaptée aux besoins des résidents qui peuvent présenter des problèmes de vision ou être désorientés. La diversification des lieux et des ambiances favorise le repérage des résidents désorientés. Les systèmes de signalétiques ou de colorations différenciées par étage ou par secteur peuvent donc être utiles pour corriger la banalisation de l'espace. Il est aussi possible d'inscrire la différenciation dans l'espace lui-même en agissant sur tous les éléments possibles : formes, lumières, relations aux espaces extérieurs. Les objets familiers peuvent être utilisés ainsi que des éléments qui invitent à l'apaisement comme un aquarium par exemple.

Sur Forcalquier, les espaces où les résidents prennent leurs repas servent aussi d'espace d'activités comme c'est le cas dans de nombreux établissements. Ce ne sont pas des lieux spécifiques, ce sont des lieux de passage qui s'inscrivent dans la continuité des circulations, ils ne sont pas personnalisés en fonction de leur usage. A titre d'illustration, les animateurs ne peuvent pas y laisser de matériel et ces derniers soulignent la difficulté qu'ils ont à mettre en place certaines activités avec les résidents qui nécessitent du calme et de la concentration. C'est le cas des ateliers mémoire où l'attention des résidents est distraite par l'environnement (passage du personnel, visite des familles, déambulation de

résidents venant perturber l'atelier, bruits parasites avec la télévision ou les conversations...).

De même le rez de chaussée n'est pas investi par les résidents car rien ne les incite à y venir. Une des propositions du projet médico-social consisterait à investir les locaux de l'ancienne cafétéria afin d'y créer un lieu convivial et accueillant incitant les résidents à quitter leur chambre et à s'y rendre (possibilité d'y venir pour prendre un café, pour discuter ou encore participer à une animation).

Sur Banon, la salle d'animation, qui est aussi la salle de restauration est clairement identifiée et a été personnalisée par l'animatrice en tant que tel (objets de cuisine rétro...). Celle-ci est attenante au salon de télévision. Son positionnement n'est pas central, elle se situe en fond de couloir mais les circulations sont beaucoup plus petites en raison de la taille de la structure. L'animatrice m'a fait remarquer qu'un temps d'adaptation avait été nécessaire aux résidents pour identifier ce lieu comme un lieu de restauration, un lieu de vie. La cadre de santé souligne également que certains espaces mis à disposition des résidents afin qu'ils se l'approprient comme ils le souhaitent (notamment au niveau de la disposition du mobilier) ne sont pas ou peu occupés car non identifiés comme lieu de vie.

2.2.3 L'expérience réussie de l'espace Symphonie

L'architecture hospitalière n'est pas toujours très propice à l'appropriation des lieux par les résidents. Il convient toutefois de noter l'expérience réussie de l'espace protégé Symphonie dédié à l'accueil de 13 résidents souffrants de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés au sein de l'EHPAD de Forcalquier.

Le nombre de places disponibles sur ce type de structure au niveau national reste à ce jour assez limité et les files d'attente sont importantes. Le plan Alzheimer 2008-2012 recense 18 000 places réparties dans 1135 unités spécifiques sur un total de 6100 établissements accueillants des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Contrairement aux autres services de l'EHPAD, le secteur Symphonie est limité à 13 places et la liberté d'aller et venir des résidents y est réduite (système de digicode) afin que ceux-ci ne se mettent pas en danger (risque important de fugue).

L'organisation spatiale est faite selon le modèle du village. Il y a les chambres disposées autour d'un espace de vie collectif comprenant un petit coin cuisine et une sortie de plain-pied sur un jardin clos avec un coin potager. Il y a 4 agents pour 13 résidents ce qui permet de proposer un accompagnement beaucoup plus personnalisé adapté au rythme de vie sans que cela ai un impact sur le fonctionnement général.

L'ensemble des agents qui travaillent à l'espace Symphonie en ont fait la demande. Ils font preuve d'une certaine polyvalence dans la mesure où ils s'occupent de façon générale de l'environnement du résident. Les pathologies des résidents de l'espace Symphonie (maladie d'Alzheimer, troubles du comportement, désorientation) nécessitent une présence constante du personnel. La fatigue psychologique qui en résulte est plus importante que dans d'autres services de l'EHPAD mais le travail est valorisé car les agents se positionnent non pas dans une démarche de soin mais dans une démarche de « prendre soin ».

Ce n'est plus un travail par tâches en fonction des qualifications de chacun mais plutôt un travail en mode projet. A travers l'ensemble des actes de la journée, les agents ont pour mission d'aider les résidents à conserver leur autonomie voire à compenser les pertes par de nouvelles acquisitions.

Ce cadre de vie structuré fait de repères (personnel stable, peu de va et vient, résidents se connaissant, espace de vie à taille humaine) contribue à rassurer les résidents souvent très angoissés et facilite l'accompagnement. Les familles sont très présentes et se sentent rassurées par une telle prise en charge.

Il n'existe pas de norme et de consensus sur ce que pourrait être une structure d'hébergement collectif à taille dite « humaine », cela dépendant fortement de ce qu'à une époque donnée la société définit comme étant humainement acceptable. En 1982, la Fondation de France avait commandé une étude au Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes de Personnes Agées (CLEIRPPA) sur les établissements d'hébergement collectif. Dans les conclusions, celui-ci indiquait que « plus la maison est petite, mieux le personnel peut tenir compte des goûts, désirs et besoins individuels, plus il est possible d'y instaurer une atmosphère familiale et meilleures sont les relations entre les pensionnaires aussi bien qu'entre ces derniers et le personnel »²⁸. Ce constat allait donc déjà dans le sens de la nécessité d'avoir des structures ou des secteurs de petite taille afin que la personne âgée puisse mener une existence dans la continuité de sa vie à domicile.

Il apparaît difficile de transposer cette organisation à l'ensemble de l'EHPAD car cela nécessiterait des moyens en personnel beaucoup plus importants (2 personnes pour 20 résidents alors qu'actuellement il y a 3 agents pour 40 résidents) et l'architecture ne s'y prêterait pas forcément.

²⁸ CLEIRPPA « Des lieux de vie jusqu'à la mort », 1982

Il est toutefois possible de trouver des aménagements au sein de chacun des secteurs existants. Sur Banon il n'y a qu'un seul secteur, les résidents n'étant qu'au nombre de 36. Sur les deux établissements, dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement, les cadres de santé adaptent l'organisation du travail afin que le personnel se place dans une démarche projet vis-à-vis du résident accompagné.

2.3 Projet médico-social et projet de vie individuel

Le projet médico-social en EHPAD constitue la feuille de route des équipes pluridisciplinaires. La loi de 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rappelle que ce dernier doit être partie intégrante du projet d'établissement.

A partir des objectifs contenus dans le projet médico-social ainsi que du recueil des besoins et des attentes des résidents, un projet de vie individualisé est élaboré afin d'individualiser l'accompagnement.

Le projet de vie individualisé favorise la conciliation entre les composantes organisationnelles de l'établissement et les besoins des résidents. Il est à noter également que le projet d'animation est un élément essentiel du projet médico-social, il permet de faire le lien avec les projets de vie individualisés. Enfin au-delà de l'individualisation de l'accompagnement, il convient avant tout de respecter les choix de la personne âgée quelles que soient les difficultés de santé qu'elle rencontre.

2.3.1 L'individualisation de l'accompagnement de la personne âgée

Au fil des évolutions législatives²⁹, la fonction des établissements hébergeant des personnes âgées a évolué. Avant 1975, les établissements appelés hospice étaient des « asiles de vieillards » ayant pour fonction de resocialiser les couches les plus modestes de la société. La singularité des individus était ignorée et les structures fonctionnaient dans une logique de charité et d'assistance.

Les réformes successives et notamment celle de 1999³⁰ relative aux modalités de tarification de l'hébergement des personnes âgées et celle de 2002³¹ ont modifié les orientations des services gérontologiques en faisant passer les éléments du projet de vie de la personne âgée au premier plan des préoccupations de tous les acteurs

²⁹ Loi du 30 juin 1975 mettant fin aux hospices pour en faire des maisons de retraite

³⁰ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

professionnels. Une large place est concédée aux prérogatives individuelles des personnes âgées et les établissements doivent mettre en œuvre les moyens permettant de garantir l'épanouissement de celles-ci. La première charte des personnes âgées a été élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) en 1987 et en 2002 le législateur a rendu obligatoire dans les établissements la charte des droits et libertés de la personne accueillie (celle-ci doit être annexée au livret d'accueil) ainsi que l'élaboration du projet médico social.

Le projet médico-social, pour être effectif, doit être décliné en projets de vie individualisés qui recouvrent l'ensemble des aspects de l'accompagnement et permettent aux résidents de mener une vie dans la continuité de celle menée au domicile. Les projets de vie individualisés vont dans le sens d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement proposé mais réinterrogent également le fonctionnement et l'organisation du travail de l'établissement.

Sur Forcalquier, c'est à partir des conclusions de l'audit mené en 2007 que des mesures ont été prises par la direction et la cadre de santé afin que les équipes recentrent leur travail autour du résident. L'objectif étant que les agents ne travaillent plus simplement par tâches en fonction de leurs qualifications mais travaillent en mode projet c'est-à-dire en tenant compte du résident dans sa globalité.

La distribution des petits déjeuners se fait en chambre en tenant compte des souhaits des résidents au niveau de l'heure de réveil et l'organisation des toilettes le matin a été revue. Les plans de toilettes sont remis à jour et les résidents répartis par listes (3 listes par secteur avec chacune une dizaine de résidents). Chaque AS est responsable d'une liste et en change à chaque roulement de planning. Les listes sont régulièrement remises à jour en fonction de l'évolution de l'état de santé du résident ainsi que des entrées et des sorties. Elles sont composées équitablement et ont un caractère impératif.

Cette nouvelle organisation a eu pour effet de permettre aux agents de mieux connaître les résidents et d'être valorisés dans leurs missions. Au niveau des agents eux-mêmes, cela a généré plus d'entraide, de solidarité et d'équité au niveau de la charge de travail.

Une telle organisation est toutefois plus compliquée à mettre en place l'après midi lorsque les agents ne sont qu'au nombre de deux par secteur. Il est important que la cadre de santé en vérifie l'application et la réajuste en permanence car les habitudes ont tendance à revenir rapidement (réunions régulières avec l'ensemble des équipes pour faire le point).

³¹ Loi n° 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale et faisant entrer les EHPAD dans le champ des établissements médico sociaux

La réorganisation du travail constitue la porte d'entrée du projet de vie individualisé. A cet effet, une plage horaire est mobilisée chaque semaine afin que les équipes pluridisciplinaires (AS, IDE, cadre de santé, psychologue, animateurs) élaborent ou réactualisent les projets de vie individualisés.

Sur Banon, l'établissement étant beaucoup plus petit, le changement vers une individualisation de l'accompagnement s'est fait différemment. La mise en place des projets de vie individualisés avait été débuté il y a deux à trois ans mais avait été mise en attente le temps que le personnel en poste se stabilise. L'équipe pluridisciplinaire (AS référente, IDE référente, psychologue, cadre de santé, AS présente à ce moment et médecin coordonnateur) se réunit à nouveau chaque semaine.

Le médecin coordonnateur de Forcalquier reconnaît les avantages de cette nouvelle approche en ce qui concerne l'individualisation de l'accompagnement du résident mais rappelle toutefois qu'il convient de trouver un juste milieu afin que le temps passé par les équipes au niveau organisationnel (réunions d'étape concernant la nouvelle organisation, temps passé à l'élaboration et à la remise à jour des projets de vie individualisés) ne se fasse pas au détriment du temps passé auprès du résident.

Les projets de vie individualisés doivent être régulièrement actualisés. Dans ses recommandations³², l'ANESM préconise de s'interroger régulièrement sur la pertinence du projet individualisé dans la mesure où la situation des résidents évolue sans cesse (au niveau de l'état de santé, des attentes et de leur potentiel). Il ne peut conserver ou acquérir un sens pour la personne âgée que si le rythme des actions est adapté à son propre rythme de pensée et d'action. Le personnel qui recueille l'information doit selon les moments faire preuve d'écoute, être dans l'attente ou encore dans la stimulation, effectuer un recadrage.

Le recueil des habitudes et des rythmes de vie ne suffit pas à connaître l'histoire de vie du résident et à élaborer le projet de vie individualisé. Se pose alors la question du respect de la vie privée, du périmètre de l'information que l'on recueille et de l'usage que l'on en fait. Lorsqu'une personne âgée entre en établissement, les agents souhaitent rapidement recueillir ses habitudes de vie et en savoir plus sur son histoire afin de commencer à élaborer le projet de vie individualisé. Or ne faut-il pas plutôt chercher à nouer un lien avec la personne sans se montrer trop intrusif et la laisser, si elle le souhaite, se livrer au fur et à mesure?

³² AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION MEDICO SOCIALE. « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2008.

L'entourage de la personne peut être sollicité pour le recueil de certaines informations. En tout état de cause il est important d'indiquer au résident pourquoi souhaite-t-on recueillir des informations sur son histoire de vie et qui connaîtra cette information ? Un exemplaire du projet de vie individualisé lui sera remis.

2.3.2 L'animation : un élément essentiel du projet médico-social

Le projet d'animation est avec le projet de soins, un des piliers principaux du projet médico-social. L'animation est une composante essentielle du maintien et du développement de la vie sociale. En pratique elle n'est pas forcément reconnue et valorisée en tant que tel comme en témoigne par exemple la part du budget global des établissements qui lui est consacrée (39 € par an et par résident sur Forcalquier en 2009, 118 € pour la même année sur Banon)³³. Ce constat est d'autant plus vrai dans les établissements fortement médicalisés, de taille plus importante.

L'animation peut être définie comme un ensemble de « méthodes de conduite d'un groupe dont l'objectif est de favoriser l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective »³⁴. Les réflexions menées sur l'animation en EHPAD n'ont débuté qu'il y a environ une vingtaine d'années.

Les méthodes ont évolué de la pratique d'activités occupationnelles vers des projets construits à partir des souhaits et des attentes des résidents. Cette évolution s'est tout d'abord concrétisée par la reconnaissance de la fonction animation au sein de l'équipe pluridisciplinaire des établissements. Jusqu'à la fin des années 90, peu de structures disposaient d'un poste d'animateur identifié et cette fonction était très peu valorisée. Le poste était réservé au reclassement des personnels ne pouvant plus exercer leurs missions habituelles généralement pour des raisons de santé. Les établissements de Forcalquier et Banon ont un ratio intéressant en animation (2 pour 111 résidents et 1 pour 36 résidents) et les postes sont occupés par des personnes diplômées en animation.

L'animation permet le choix, l'expression d'opinions, l'émergence de désirs, elle réintroduit de la spontanéité, de l'imprévu dans l'établissement et peut avoir une influence très nette sur la sensation de bien être et le sentiment d'ennui. Elle est orientée vers des réponses visant l'intégration des personnes et leur participation à la vie sociale.

³³ En 1982, la circulaire Franceschi prévoyait déjà que 3% du budget global d'un établissement serait consacré à l'animation

³⁴ Définition donnée dans le dictionnaire Petit Robert

Le lien social n'est pas une activité occupationnelle et la vocation de l'animation n'est pas le soin (elle est à distinguer des ateliers thérapeutiques qui sont réalisés par des soignants avec des objectifs et une évaluation).

Afin de marquer cette distinction il apparaît souhaitable que les animateurs ne soient pas sous la responsabilité hiérarchique du cadre de santé mais plutôt sous celle du directeur comme c'est le cas à Banon, les compétences et les fonctions étant totalement distinctes. De même une réflexion peut être engagée sur la nécessité ou non que les animateurs travaillent en tenue professionnelle plutôt qu'en tenue civile.

L'animation permet de travailler sur les rôles qu'a la personne âgée au sein de la société (travail ou réactivation d'un rôle ancien perdu, création d'un rôle nouveau et découverte d'une activité nouvelle). L'être humain se définit sur le plan social par les rôles qu'il a or ceux-ci évoluent et se transforment tout au long de la vie, il arrive même que ceux-ci vieillissent mal en raison de difficultés de santé et de l'isolement. B HERVY³⁵ évoque « la mort sociale avant la mort biologique » pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer car les rôles ne se transforment plus, ils disparaissent.

En établissement, le projet d'animation est à l'interface du projet médico-social et des projets de vie individualisés. Il définit, en effet, en grande partie les objectifs de l'accompagnement social des résidents tout en tenant compte des attentes, des besoins et des désirs de ceux-ci tels que retracés dans le projet de vie individualisé.

Les projets d'animation de Forcalquier et de Banon, récemment élaborés, ont pour objectif principal l'individualisation de l'animation afin que celle-ci soit accessible à tous les résidents et s'adapte à l'accroissement de la perte d'autonomie de certains d'entre eux.

Les animateurs sont, par exemple, associés aux transmissions du début de semaine afin d'être informés des faits marquants relatifs aux résidents. Ils participent également aux travaux d'élaboration des projets de vie individualisés en lien avec la psychologue et le médecin coordonnateur.

Sur Forcalquier les animateurs ont élaboré en collaboration avec la psychologue et le médecin coordonnateur un outil de travail leur permettant de connaître les capacités des résidents.

³⁵ HERVY B. 2006, L'animation en institution : l'animation sociale auprès des personnes âgées, Erès.

Sous forme de tableau régulièrement mis à jour, cet outil est destiné à valoriser les capacités des résidents (langage, compréhension, praxie, vision...) requises pour différents types d'activités (atelier mémoire, lecture du journal, films et activités musicales, activités manuelles, repas, sorties). Il permet surtout de ne pas mettre en échec les résidents. De même avec l'équipe du secteur Symphonie, les animateurs ont redéfini l'offre d'animation (recensement des besoins en matériel, soutien et conseil méthodologique des équipes, consultation des équipes avant élaboration du planning d'animation).

Enfin avec l'arrivée plus importante en établissement de personnes âgées souffrants de troubles cognitifs et de troubles du comportement, les animateurs ont souligné la nécessité de faire évoluer l'offre d'animation afin qu'elle soit la plus adaptée aux souhaits et aux besoins. Cette évolution passe par la formation, au même titre que les soignants, à l'accompagnement des personnes souffrants de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ainsi qu'à l'acquisition de supports adaptés (livres d'images, supports musicaux, jeux faisant appel aux sens...) sur le modèle de ce qui se fait en établissement accueillant des adultes handicapés.

2.3.3 Le respect des choix de la personne âgée

La mise en place d'un projet médico-social et l'élaboration de projets de vie individualisés sont des avancées qui permettent d'adapter l'accompagnement au plus près des besoins et des attentes de la personne âgée. Toutefois le projet de vie individualisé ne doit pas être la traduction de ce que souhaiteraient mettre en place les équipes ou encore de ce que demandent les familles. Il doit être la traduction réelle des souhaits de la personne âgée, le respect de ses choix. L'ANESM rappelle que la participation de la personne à son propre projet n'est pas une obligation mais un droit au regard de la loi du 02 janvier 2002³⁶.

Le respect de la liberté d'expression et de choix de la personne accueillie c'est aussi pour le personnel, entendre que celle-ci refuse de s'intégrer à l'établissement et ne souhaite pas recréer de liens sociaux. Ce peut être également à un moment donné, le refus de s'exprimer sur son histoire de vie ou encore le refus de participer aux activités et animations proposées. Dans ce dernier cas de figure, le personnel et les animateurs doivent être vigilants et veiller à ce que les résidents ne se replient pas sur eux-mêmes.

³⁶ AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION MEDICO SOCIALE. « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2008.

Ils peuvent inciter et stimuler régulièrement les résidents qui se montreraient plutôt indécis. La frontière entre la stimulation et l'obligation n'est pas évidente à déterminer et renvoie à la réflexion plus large de la frontière entre bienveillance et maltraitance.

Le respect des choix de la personne âgée c'est également lui permettre, alors qu'elle se trouve dans un cadre relativement contraignant, de continuer à exercer sa citoyenneté. La citoyenneté d'un point de vue juridique, est la possession de la nationalité française ainsi que des droits et obligations civils et politiques qui s'y rapportent. C'est aussi la possibilité pour une personne de participer à la vie de la « cité ». Différentes sortes de droits se rattachent à la notion de citoyenneté :

- Les droits civils et les libertés essentielles (se marier, être propriétaire, le droit à la sûreté, à l'égalité devant la loi, l'accès aux emplois publics, la liberté de pensée, d'expression, d'opinion, de religion, de circulation, de réunion, d'association ou de manifestation),
- Les droits politiques (droit de voter, d'être élu...),
- Les droits sociaux (droit au travail, droit de grève, droit à l'éducation, à la sécurité sociale).

En EHPAD, l'accent est mis sur la garantie de l'exercice du droit de vote, la liberté de religion, la liberté d'expression et de circulation ainsi que le droit à l'information. Concernant la liberté de religion, l'ensemble des informations nécessaires à l'exercice du culte sont mentionnées dans le livret d'accueil du résident aussi bien sur Forcalquier que sur Banon.

Au niveau de la participation à la vie de l'établissement, une réunion des familles est organisée plusieurs fois par an à laquelle les résidents participent avec leurs proches. Cette rencontre se substitue à la mise en place d'un Conseil à la Vie Sociale (CVS). La finalité n'est pas la même car ce sont plutôt les familles qui s'expriment lors de cette réunion et non les résidents eux-mêmes, or il est courant d'observer que parents et enfants quel que soit l'âge, ne parlent pas toujours d'une même voix.

Sur Forcalquier, des groupes de parole coordonnés par les animateurs sont organisés avant chaque commission d'animation (une fois par trimestre) afin que les résidents puissent s'exprimer de façon informelle et conviviale sur les activités qui leur ont été proposées. Les animateurs se font ensuite le relai en commission d'animation des observations formulées.

Enfin concernant l'exercice du droit de vote, il n'existe pas de procédure prédéfinie sur les deux établissements, l'initiative est laissée à la famille du résident. Or cela passe souvent

au rang des préoccupations secondaires. Les familles qui sont très présentes peuvent emmener leur proche voter ou demander à l'établissement que cela se fasse par procuration. A l'entrée en établissement, il pourrait être envisageable de demander aux résidents s'ils souhaitent être inscrits sur les listes électorales de la commune (lorsque ce n'est pas déjà le cas) et au moment des élections un point d'information pourrait être réalisé par les animateurs. Ceux-ci organiseraient un système de navette pour emmener les résidents les plus autonomes au bureau de vote et le système de vote par procuration continuerait à être proposé aux résidents plus dépendants.

Le respect des choix de la personne âgée doit également être garanti aux résidents qui souffrent de troubles du discernement. Il arrive souvent que ces résidents bénéficient d'une mesure juridique de protection (tutelle, curatelle) mais il n'en demeure pas moins qu'ils doivent être consultés sur toutes les décisions les concernant.

Au niveau des décisions médicales, la loi du 04 mars 2002³⁷ précise que les majeurs protégés doivent recevoir une information sur leur état de santé et participer à la décision d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Leur consentement doit être systématiquement recherché.

Par ailleurs les dispositions relatives à la réforme de la protection juridique des majeurs³⁸ précisent que le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement ainsi que le contrat de séjour doivent être remis par l'établissement à la personne protégée ou, si son état ne lui permet pas d'en mesurer la portée, à un tiers proche de la personne.

Des réflexions sur ce sujet doivent être engagées à Forcalquier et à Banon. Celles-ci pourront s'appuyer sur la réflexion menée au sujet du statut juridique de la personne âgée souffrant de troubles cognitifs dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

³⁷ Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁸ Loi n°2007-308 du 05 mars 2007 relative à la réforme de la protection juridique des majeurs

3 Vers une personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes au sein des hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon

Les moyens mis en œuvre par l'ensemble des équipes pour tendre vers une individualisation de l'accompagnement constituent une réelle avancée en matière de démarche qualité. La personne âgée est considérée dans son individualité avec des besoins et des attentes spécifiques. Les règles de fonctionnement et d'organisation sont mises en œuvre en tenant compte le plus possible des caractéristiques de chacun des résidents afin que ceux-ci aient la possibilité de s'approprier leur nouveau « chez soi », leurs nouvelles conditions de vie.

Toutefois l'idéal en termes d'accompagnement serait d'aller au-delà de l'individualisation pour tendre vers une personnalisation des prestations proposées. Personnaliser signifie adapter l'accompagnement à chaque résident. Compte tenu des moyens supplémentaires (humains et financiers) que cela nécessiterait, l'intégralité de l'accompagnement ne peut faire l'objet d'une personnalisation mais certaines mesures peuvent être mises en œuvre pour aller au-delà de l'individualisation.

3.1 Assurer une continuité de l'accompagnement des personnes âgées

La continuité de l'accompagnement des personnes âgées est assurée au quotidien dans les établissements, le personnel y étant présent en permanence. Je souhaitais plutôt évoquer dans cette partie la continuité de l'accompagnement entre les différents agents et ainsi faire une première proposition se traduisant par la mise en place de référents complétée par une seconde portant sur la nécessité de confier aux agents des missions plus transversales.

3.1.1 La mise en place de référents

Le référent est habituellement défini comme étant la personne ressource chargée d'un suivi ou d'un accompagnement. Une personne peut être référente sur une thématique donnée mais peut aussi être référente de l'accompagnement d'une ou plusieurs personnes.

Le fait d'introduire la notion de référent en EHPAD répond à plusieurs objectifs. Tout d'abord cela permet aux familles et aux résidents, de disposer d'un interlocuteur identifié. Cette proposition favorise également la transmission de la connaissance et de l'information afin que puissent travailler ensemble, des personnes de cultures professionnelles différentes.

La cadre de santé ainsi que le médecin coordonnateur sont déjà les deux principaux référents auxquels la famille peut s'adresser au sujet de leur proche aussi bien sur Forcalquier que sur Banon. En leur absence l'infirmière présente est en mesure de recueillir les demandes des familles et de leur apporter une réponse.

Le fait d'être référent permet de responsabiliser le professionnel quant aux missions qu'il accomplit mais c'est aussi un moyen de valoriser sa fonction.

Il pourrait dans un premier temps être proposé aux infirmières d'être référentes sur différentes thématiques relatives à la prise en charge gériatrique (prévention des chutes, lutte contre la douleur, incontinence, nutrition, ...). Ces thématiques seraient définies en amont par la cadre de santé et le médecin coordonnateur et leur seraient ensuite proposées selon leurs affinités. Les infirmières selon la ou les thématiques choisies, se formeraient et s'informerait régulièrement sur le sujet pour pouvoir ensuite animer en interne (avec l'appui possible du médecin coordonnateur) de courtes formations destinées à l'ensemble de leurs collègues. Il est possible d'envisager une mutualisation des compétences au niveau des thématiques de référence entre l'établissement de Forcalquier et celui de Banon.

La transmission de l'information et des connaissances entre agents de cultures professionnelles différentes reste à ce jour selon le médecin coordonnateur de Forcalquier, un point critique de l'organisation du travail en EHPAD.

Le ou les choix réalisés pourraient être évoqués lors de l'entretien annuel d'évaluation et mentionnés à l'appui des demandes de formation pour l'année.

La mise en place de cette proposition suppose que les infirmières soient motivées pour s'engager dans une telle démarche mais permet par la suite de disposer d'une personne ressource identifiée comme tel par les professionnels. L'autre avantage porte sur la possibilité d'étoffer le plan de formation des établissements avec des formations plus spécialisées en gériatrie comme le demandent les agents.

Au niveau des obstacles potentiels, la cadre de santé peut se heurter à un refus ou à un manque d'implication mais se doit de rappeler aux intéressées que cela fait parti des objectifs professionnels de l'année à venir et insister sur l'importance de ce dispositif en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Il convient également d'envisager les hypothèses où une des infirmières référentes est absente pour une période assez longue ou décide de travailler dans un autre service. De même quelle

réponse apporter aux infirmières souhaitant changer de thématiques ? Toutes ces interrogations doivent être envisagées par la cadre de santé. Le directeur n'intervient que lors de la discussion initiale de mise en place avec la cadre de santé et le médecin coordonnateur.

Au niveau des AS, la proposition est un peu différente. Il s'agirait de disposer de référents au niveau des résidents. Le but serait d'avoir une personne ressource qui soit responsable de la mise à jour régulière et personnalisée du projet de vie individualisé comme le suggère B HERVY dans les propositions pour le développement de la vie sociale en établissement³⁹.

Le projet de vie individualisé doit être régulièrement remis à jour afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la personne âgée ainsi que de l'évolution de ses besoins et de ses attentes. Cette remise à jour ne nécessite pas forcément de mobiliser (sauf cas particuliers) à nouveau l'équipe pluridisciplinaire chargée de son élaboration et permettrait ainsi de dégager un peu plus de temps auprès du résident.

Pour une durée qui reste à déterminer par la cadre de santé (3, 6 mois ou plus) chaque AS pourrait être responsable de la mise à jour du projet de vie individualisé de plusieurs résidents et mobiliser d'autres compétences dans l'accomplissement de leurs missions (observer le comportement, les attitudes du résident, faire preuve d'écoute et d'attention...). Cela doit bien évidemment être réalisé en collaboration avec les animateurs pour tout ce qui concerne la vie sociale du résident ainsi qu'avec, si besoin, l'appui de la psychologue, des infirmières et de la cadre de santé.

Pour la mise en œuvre, la cadre de santé doit envisager un éventuel absentéisme des agents et prendre en compte le fait qu'un bon nombre d'entre eux ne possèdent pas toujours la culture de l'écrit (cela risque de poser des difficultés pour compléter le projet dans le dossier informatisé). Une formation préalable d'une demi-journée pourrait être organisée afin de réaliser un rappel sur l'actualisation du projet de vie individualisé et la cadre de santé pourrait effectuer plusieurs vérifications annuelles.

3.1.2 Des missions plus transversales confiées aux agents

Assurer une continuité de l'accompagnement des personnes âgées peut également se traduire par une évolution des missions confiées aux agents vers une plus grande

³⁹ HERVY B. 2003, Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées, Rennes : ENSP.

transversalité. Cette proposition s'inscrit dans la continuité de la réorganisation du travail menée sur Forcalquier.

Nous l'avons précédemment indiqué, il n'y a pas de rupture de l'accompagnement aussi bien au niveau des soins que dans l'aide quotidienne à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Le constat est différent en ce qui concerne l'accompagnement social dont la responsabilité revient principalement aux animateurs.

Les week-ends, les jours fériés et les jours de congés des animateurs sont des journées vides pour les résidents qui ne reçoivent pas tous des visites de leurs proches.

La première des propositions consisterait pour le directeur à lister chaque début d'année avec les animateurs, les jours au cours desquels se déroulent des évènements importants (carnaval, fête des mères, fête des pères, Noël et autres fêtes). Ensuite la ou les animateurs pourraient assurer une présence sur chacune de ces dates. Les jours travaillés seraient bien entendu récupérés.

Dans le prolongement de cette première proposition, il pourrait également être intéressant de permettre à des AS sur la base du volontariat, d'étendre le périmètre de leurs missions afin de poursuivre l'accompagnement social en l'absence des animateurs sans que cela ne désorganise le fonctionnement des services.

Au sein de l'espace Symphonie, les agents travaillent déjà comme cela et mettent en place de nombreuses activités en sollicitant parfois les conseils des animateurs qui restent les professionnels de référence.

Il convient de distinguer deux cas de figure : les week-ends et jours fériés, et les périodes de congés. Dans le premier cas, cette proposition n'est pas évidente à mettre en œuvre car l'effectif des agents présents est moins important et les disponibilités horaires beaucoup plus réduites. Il est toutefois possible d'envisager que soient organisées en fin de matinée ou l'après midi par exemple des activités simples à mettre en œuvre (lecture du journal, café, jeux de société...). Les animateurs pourraient laisser à disposition des agents, un fonds de matériel et de jeux.

Dans le second cas de figure, il est possible d'envisager que les AS volontaires, aient préparé cette période en amont avec les animateurs et défini le programme des animations qu'elles seraient amenées à assurer plutôt l'après midi compte tenu des contraintes de travail de la matinée.

Les préalables indispensables à la mise en œuvre de cette proposition sont les suivants: cela doit se faire sur la base du volontariat et en cas de candidatures multiples un roulement pourra être décidé par la cadre de santé, l'accomplissement de cette nouvelle fonction ne doit pas désorganiser le fonctionnement des services et se faire au détriment des soins du quotidien apportés aux résidents.

Dans les EHPAD du secteur public, les professionnels qui y travaillent sont avant tout des soignants et la culture hôtelière n'y est pas ou très peu présente. Il convient de rappeler que les personnes âgées sont entrées en établissement souvent pour des raisons de santé, que celles-ci nécessitent une surveillance ainsi que des soins mais qu'elles sont avant tout en établissement pour poursuivre leur vie.

Dans les établissements privés (commerciaux et associatifs) ainsi que les établissements du secteur du handicap ou du secteur éducatif, il arrive qu'il y ait dans les effectifs, une maîtresse de maison encore appelée gouvernante. Celle-ci a généralement pour fonction⁴⁰ :

- d'assurer les conditions matérielles de l'accueil et de la sortie des usagers
- de garantir la qualité et l'adaptation du cadre de vie au projet d'établissement
- d'assurer l'hygiène et la sécurité des locaux
- d'animer et gérer un espace dédié à une activité technique.

En pratique cela paraît difficile à mettre en œuvre, le poste n'existant pas dans la fonction publique hospitalière et les moyens correspondants non alloués. De plus la personne étant seule, le risque est qu'il n'y ait pas de continuité assurée en son absence.

La direction pourrait engager une réflexion avec la cadre de santé sur la possibilité de confier à des agents motivés et volontaires, une partie des responsabilités qui ressortent généralement à une gouvernante (accueil, adaptation du cadre de vie des résidents, gestion du linge...). Ces fonctions n'ont pas forcément à être confiées à des soignants (responsable de la lingerie, responsable des services intérieurs, ASH...) et des sessions de formation à l'hôtellerie pourraient être organisées. Le travail se ferait au quotidien en collaboration avec les équipes soignantes, les responsables de la restauration et les secteurs logistiques.

3.2 L'ouverture de l'établissement sur son environnement

L'ouverture de l'établissement sur son environnement peut se concrétiser de plusieurs façons : par une intervention plus marquée des bénévoles, par des liens renforcés avec les familles grâce à l'utilisation de nouvelles technologies ou encore par un accès facilité des résidents à la culture.

⁴⁰ Extrait de l'avenant 285 de la convention collective du 15 mars 1966

3.2.1 Les bénévoles : un relai précieux pour les équipes en matière d'accompagnement social

Une des premières mesures que pourraient prendre les établissements serait de diversifier les intervenants auprès des résidents d'ouvrir de façon plus importante les structures aux bénévoles. Ceux-ci pourraient intervenir sur toute la partie relative à l'accompagnement social et constitueraient ainsi un relai intéressant pour les animateurs.

Sur les deux établissements, des bénévoles interviennent déjà mais ce sont des interventions très ponctuelles en grande majorité relatives à l'exercice du culte.

Dans le cadre de cette proposition le bénévole interviendrait au sein des établissements en collaboration avec le personnel et les familles afin de répondre aux besoins et aux attentes des résidents. Il aurait la possibilité en fonction de ses compétences et de ses souhaits :

- d'intervenir dans des activités d'animation ou proposer d'autres activités (lecture d'ouvrages,...)
- de rendre visite aux résidents et de les aider à se rendre à l'extérieur de l'établissement
- de participer aux temps forts qui marquent la vie de l'institution (goûters, spectacles,...).

L'intervention des bénévoles doit se faire avant tout dans le respect du rythme de vie des résidents mais aussi dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement. Ces principes sont rappelés dans la charte d'intervention signée par chaque bénévole qui souhaite intervenir au sein de l'établissement. Quelques modifications pourront être apportées à la charte existante⁴¹ afin de rappeler le cadre de leur intervention, sachant qu'aucun prosélytisme (religieux ou politique) ne sera toléré au sein de l'établissement.

Par ailleurs, depuis quelques années l'intervention des bénévoles a tendance à diminuer. Les animateurs ont à réactiver auprès des associations l'appel aux bénévoles en précisant quelles sont les attentes de l'EHPAD. Les bénévoles seront associés plus étroitement à la vie de l'établissement afin d'être identifiés comme de véritables relais. Le projet d'établissement et le projet médico-social leur sera présenté et ils pourraient être conviés à raison d'au moins une fois par an lors de la réunion de la commission d'animation afin de faire le bilan de leurs interventions, évoquer les difficultés rencontrées ainsi que leurs attentes vis-à-vis de l'établissement.

⁴¹ L'article L312-1 II du CASF pose l'obligation de conclure une convention déterminant les modalités de l'intervention des bénévoles.

Sur l'EHPAD de Banon, la cadre de santé souhaiterait que les bénévoles interviennent selon le même schéma que ce qui est fait sur la partie sanitaire et qui fonctionne de façon très satisfaisante. Les bénévoles interviennent en toute neutralité dans le cadre qui leur a été fixé. Ils ont un rôle de contact, remplissent une fonction relationnelle, permettent de faire entrer la « cité » au sein de l'établissement et contribuent de ce fait à la rupture de l'isolement des résidents. L'intervention est perçue par les professionnels comme complémentaire et les bénévoles participent à l'exercice concret de la solidarité envers les personnes accueillies.

3.2.2 L'utilisation des nouvelles technologies pour renforcer le lien entre les résidents et les familles

Les familles constituent un appui important voire vital pour les résidents accueillis. L'établissement leur est ouvert pour ce qui est des visites et elles ont la possibilité d'être étroitement associées à la vie la structure.

Sur Forcalquier et Banon, les familles sont invitées aux repas (repas de Noël par exemple), elles peuvent participer aux animations et sont invitées à s'exprimer lors de la réunion des familles organisée à raison de deux fois par an. Toutes les familles ne sont pas présentes, du fait souvent d'un éloignement géographique.

Le lien entre les résidents et leurs familles pourrait alors être renforcé via l'utilisation d'internet et la mise en place d'un point web au sein des structures. Une adresse contact créée par les animateurs permettrait l'échange entre les résidents et leur famille de courriels mais également de photos qu'il serait possible d'imprimer.

Les familles seraient incitées à communiquer leur adresse mail lors de l'admission de leur proche ou lors de la réunion des familles.

L'accès au point web serait strictement limité aux animateurs (instauration d'un mot de passe pour l'accès) afin de prévenir toute forme d'abus. Les courriels et les photos seraient distribués chaque jour par les animateurs aux résidents et un créneau horaire serait consacré aux résidents désireux de répondre à leurs proches. Par la suite pour les résidents les plus autonomes, une initiation à internet ainsi que la création d'une adresse personnelle pourrait leur être proposée. L'investissement pour l'établissement consiste en l'achat d'un micro ordinateur, d'une imprimante, de consommables (cartouches d'encre et papier) ainsi que d'une liaison internet le plus souvent déjà existante.

De même il convient d'envisager dans les années à venir que les nouveaux résidents souhaitant amener leur micro ordinateur, puissent disposer dans leur chambre d'une connexion wifi.

La proposition formulée ci-dessus rejoint une des mesures formulées dans le document relatif aux propositions relatives au développement de la vie sociale⁴².

En l'espèce, celle-ci préconise la mise en place d'un plan d'équipement en matériel multimédia permettant aux personnes âgées dépendantes de correspondre par l'écrit, la voix et l'image avec leur entourage éloigné. Il est possible de solliciter le concours de fondations et de financeurs privés pour financer de tels équipements.

3.2.3 Favoriser l'accès à la culture

L'ouverture de l'établissement sur son environnement se traduit également par l'accès à la culture que le résident aille à sa rencontre ou que celle-ci vienne à la rencontre du résident.

Pour une personne âgée, la culture n'est pas uniquement de l'ordre de la découverte de pratiques inconnues ou de l'apprentissage, elle correspond à l'application de ses propres pratiques culturelles, à la mise en pratique et en relief de ses propres valeurs issues de ses racines et de son éducation confortée et modifiée par son expérience, ses apprentissages et ses pratiques. Pour les personnes âgées, la culture n'est pas envisagée comme un manque à combler mais plutôt comme une possibilité de participation destinée à « dire, transmettre et intégrer son expérience de vie ».

Les activités culturelles « permettent à la personne de s'inscrire dans des groupes au sein desquels se développe et se restaure la vie sociale : rencontre, échanges, coopération et formulation de projets communs »⁴³.

De façon non exhaustive, il est possible de citer au titre des activités culturelles : la lecture, la musique, le cinéma, l'informatique, les activités créatives et artistiques, l'accès aux musées et aux expositions, etc....

Sur les deux établissements, plusieurs activités de cet ordre sont déjà mises en place, certaines étant mutualisées. Un partenariat avec le service culturel du Conseil Général est également renouvelé chaque année.

⁴² Voir note de bas de page n°41

⁴³ Avis rendu en juin 2001 par le conseil économique et social régional Rhône Alpes sur l'accompagnement des personnes âgées en difficulté

Au niveau des activités musicales, des spectacles sont régulièrement organisés toutefois rien n'est proposé aux résidents dépendants et alités qui ne peuvent y participer. La musique implique l'écoute, la communication entre le musicien et le résident, elle renvoie aussi à des émotions, des souvenirs et des images, elle fait rêver. Selon les possibilités financières, les animateurs pourraient faire appel à un musicien qui passerait au chevet des résidents qui le souhaitent. De même les animateurs pourraient demander aux familles et aux agents si certains d'entre eux sont musiciens et s'ils seraient prêts à mettre leur talent au service des résidents.

L'activité cinématographique est mise en place sur l'EHPAD de Banon, un film étant projeté chaque semaine dans la salle d'animation. Sur Forcalquier, une séance de cinéma pourrait être organisée une à plusieurs fois par mois dans la salle de restauration du personnel qui est équipée d'un écran de projection. Cette séance pourrait être ouverte aux familles des résidents y compris aux petits enfants et arrière petits enfants en fonction du film projeté. Ce pourrait être ainsi l'occasion de mettre en place des rencontres intergénérationnelles. Une telle proposition ne nécessite pas un investissement matériel conséquent (coût de la location des films).

Des bénévoles passent chaque semaine auprès des résidents pour le prêt de livres et de magazines, le fonds est renouvelé régulièrement. Un partenariat pourrait aussi être envisagé avec la Bibliothèque Départementale de Prêt afin de disposer d'un fonds de livres en gros caractères, d'audio livres et de livres plus imagés destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Une activité de lecture auprès des résidents alités (lecture du journal, lecture de romans,...) pourrait être animée par les bénévoles nouvellement sollicités dans le cadre de la précédente proposition.

Enfin la culture pourrait aussi s'inviter dans l'établissement et des artistes pourraient être sollicités pour organiser des expositions (peinture, sculpture, photographie...) au sein même des services. Il revient aux animateurs d'organiser de telles manifestations.

3.3 Des résidents, véritables acteurs de leur prise en charge

3.3.1 Tenter de recréer une vie de quartier

Sur les établissements de taille plus importante (répartis sur plusieurs niveaux) comme c'est le cas à Forcalquier, les résidents n'ont pas la possibilité de tous se connaître et certains peuvent regretter la convivialité qu'il pouvait y avoir dans leur village ou dans leur quartier. Ce constat est partagé par les professionnels (cadre de santé, psychologue) et les animations collectives ne permettent pas forcément d'améliorer cela.

Face à cette situation qui touche au lien relationnel et à la vie sociale, il serait intéressant de recréer une vie de quartier au sein de chacun des secteurs (l'EHPAD de Forcalquier étant divisé en 6 secteurs). Cela permettrait aux résidents de mieux s'approprier les lieux, de développer l'entraide et encourager les initiatives personnelles, de créer une dynamique, de retrouver certains rôles perdus.

Les résidents les plus autonomes pourraient par exemple se voir confier la distribution du courrier chaque matin et aller à la rencontre des autres résidents pour discuter voire recueillir leurs attentes, leurs préoccupations. De même au moment des repas ou des animations les plus autonomes pourraient inciter et venir chercher les résidents en fauteuil. Un tel échange de bons procédés permet de construire des barrières symboliques et de différer dans le temps l'intervention des personnels dans l'intimité des résidents. Un ou une résidente, sur la base du volontariat pourrait s'occuper des nouveaux venus, c'est-à-dire leur faire visiter leur nouveau lieu de vie, les informer sur quelques modalités de fonctionnement (en complément des informations délivrées par le personnel) comme les heures des repas, les lieux d'animation, le jour de distribution du linge, les modalités de distribution du courrier, la possibilité de faire appel à la coiffeuse ou au podologue, le jour de passage de la bibliothèque, les horaires et le lieu pour assister à la messe, etc....mais également organiser les présentations avec les autres résidents.

Des réunions dites « de quartier » pourraient être mises en place avec tous les résidents du secteur à un rythme d'une fois par mois ou une fois tous les deux mois. Cette réunion serait animée par les résidents exclusivement (le soutien de l'animateur peut aussi être sollicité) et auraient pour but de débattre et de faire des propositions sur tous les sujets relatifs à la vie dans l'établissement : aménagement des locaux, dénomination de leur secteur, signalétique, qualité et horaires des repas, animations proposées, propositions sur les repas thématiques, les sorties extérieures, les spectacles... Ce pourrait être l'occasion de demander aux personnes âgées ce qu'elles souhaitent afin qu'elles soient le plus possible sujets.

Lorsque sera mis en place le journal des résidents, une rubrique pourrait être consacrée à la vie de chaque secteur (nouveaux résidents arrivés, faits et événements marquants, anniversaires, avis de décès).

Sur Banon l'établissement étant de taille moins importante, l'étage pourrait ne comprendre qu'un ou deux secteurs sur le même mode de fonctionnement. Dans tous les cas les animateurs doivent impulser une certaine dynamique et inciter les résidents à ne pas rester passif, à s'investir. Il est vrai toutefois que la mise en place de cette proposition peut s'avérer plus difficile à certains moments compte tenu de l'état de santé des

résidents, de leur caractère, de leur volonté de s'investir dans un lieu qu'ils n'ont pas choisi et de leur volonté d'aller à la rencontre d'autres résidents parfois d'âge et de milieu social différent.

3.3.2 La mise en place du Conseil à la Vie Sociale

Cette dernière proposition s'inscrit dans le prolongement de la précédente. Les personnes âgées ont la possibilité de participer aux orientations du pays via l'exercice de leur droit de vote mais souvent elles ne peuvent pas participer aux orientations des établissements qui les accueillent à titre onéreux.

La citoyenneté, comme nous l'avons évoqué précédemment, est fondée sur une égalité, un respect des particularités et une participation effective aux décisions communes. Hier les établissements accueillants les personnes âgées étaient à la fois des lieux d'œuvre de bienfaisance et une structure d'enfermement pour ceux que la société n'acceptait pas. Les conseils de résidents ont été créés dans les structures médico-sociales en 1982 et la loi du 02 janvier 2002 a posé comme obligation, la mise en place des CVS (Article L 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Les EHPAD doivent disposer d'un CVS car ils remplissent les conditions fixées à l'article D 311-3 du dit code. A défaut de mise en place, « un groupe d'expression » doit être institué ou « toute autre forme de participation » (organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ainsi que les familles sur toutes les questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, mise en place d'enquêtes de satisfaction)⁴⁴.

Sur Forcalquier et Banon, il n'existe pas de CVS et les instances d'expression sont les réunions des familles organisées deux fois par an. Ces réunions sont très intéressantes dans le sens où elles permettent un échange entre l'établissement, son personnel et les familles mais les résidents n'ont pas la possibilité de s'exprimer sur les orientations concernant leur cadre de vie. De plus, la parole des enfants ne va pas toujours dans le même sens que celle de leurs parents.

Le CVS n'existe pas pour plusieurs raisons : les résidents ne se connaissent pas assez pour désigner un représentant et leur état de santé ne leur permet d'occuper une fonction de représentant des usagers.

⁴⁴ Art D311-21 du CASF

En pratique il est important de revenir sur chacun des arguments. Tout d'abord il est précisé dans le compte rendu de la conférence de consensus organisée par l'ANAES et la FHF⁴⁵ qu'il « est très rare que les capacités de discernement d'une personne soient amoindries ou altérées entièrement sur tous les points », il est donc indispensable d'aller à la recherche de son consentement après une information adaptée et accessible. Une personne âgée, quelle que soit sa pathologie, a toujours un avis à donner ne serait-ce que sur une partie de son accompagnement. Par ailleurs avec la mise en œuvre de la précédente proposition, des représentants pourraient être désignés.

En effet si dans chaque secteur les animateurs arrivent à faire émerger une certaine dynamique avec quelques résidents qui ont une bonne connaissance de leur voisinage, il est possible d'en solliciter plusieurs afin qu'ils représentent l'ensemble des résidents lors de la tenue du CVS. Une explication précise devra leur être délivrée par les animateurs sur le rôle du CVS et leurs prérogatives en tant que représentant afin de dédramatiser l'évènement et les mettre en confiance. Les personnes âgées sont souvent réservées lorsqu'il s'agit de s'exprimer sur leurs conditions d'accueil et de vie au sein de la structure. Les réunions régulières entre résidents d'un même secteur peuvent être l'occasion de faire remonter des sujets, des interrogations qui pourraient être abordées en CVS.

⁴⁵ CONFERENCE DE CONSENSUS organisée par l'ANAES et la FHF. « Liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ». 24 et 25 novembre 2004.

Conclusion

Les personnes âgées entrent de plus en plus tardivement en EHPAD. Ce moment qui constitue une véritable rupture dans leur existence, intervient lorsque les aidants familiaux et les aidants institutionnels n'ont plus les moyens de faire face à leur perte d'autonomie.

La mise en place des projets de vie individualisés dans le cadre du projet médico-social permet aux établissements de proposer un accompagnement tenant compte des besoins et des attentes des résidents afin que ceux-ci aient la possibilité de reconstruire un environnement stable, un nouveau « chez soi ». Toutefois les contraintes organisationnelles qu'elles soient invariables (sécurité, hygiène...) ou liées à l'histoire des établissements (culture soignante prédominante, architecture hospitalière...) comme sur les EHPAD de Forcalquier et de Banon rendent parfois difficile la conciliation avec l'identité individuelle de la personne âgée.

L'idéal serait d'aller au-delà de l'individualisation de l'accompagnement pour tendre vers une personnalisation afin d'atténuer l'ensemble de ces contraintes et se rapprocher d'une vie en établissement s'inscrivant dans la continuité du domicile.

Dans d'autres pays comme le Québec, l'accompagnement des personnes âgées en établissement n'est pas envisagé sous l'angle des pathologies et du soin. La personne âgée est une personne ordinaire avec ses fragilités, accueillie en établissement où est mise en œuvre l'approche du « milieu de vie ». Celle-ci se concrétise par une volonté d'atténuer au maximum les signes hospitaliers (absence de tenues professionnelles par exemple), par la création d'un poste de « conseillère en milieu de vie » qui représente l'intérêt des résidents ou encore par la diversification des professionnels intervenants dans l'établissement (travailleur social, psycho éducateur, ergothérapeute, éducateur physique...). L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est sensibilisée à cette approche. Il pourrait être intéressant de s'en inspirer lors des réflexions menées au sein des EHPAD sur l'amélioration de l'accompagnement proposé aux personnes âgées.

Le profil des personnes âgées accueillies va continuer d'évoluer dans les prochaines années et les établissements devront adapter les modalités de l'accompagnement proposé. La distinction entre les établissements « lieux de vie » et les établissements « lieux de soins » va probablement s'accroître.

Avec le développement du maintien à domicile l'âge moyen d'entrée en établissement va poursuivre son augmentation parallèlement à l'aggravation des pathologies. Les établissements les plus médicalisés auront vocation à accueillir des résidents en fin de vie et devront adapter leur projet médico-social en conséquence (ratio élevé de personnel

soignant, environnement très médicalisé, personnel qualifié et formé pour réaliser des actes techniques).

Les autres établissements s'inscriront dans un environnement encore plus concurrentiel (solvabilisation plus importante des retraités, développement du secteur commercial et résidents devenant des clients) et devront proposer un accompagnement s'inspirant de l'approche québécoise du « milieu de vie » avec une offre de services et de prestations beaucoup plus développée.

La réflexion sur la prise en compte des déficits cognitifs dans l'organisation de l'espace et du cadre de vie est à ce jour peu aboutie mais suscite d'ores et déjà bon nombre de questions. Quels pourraient être les aménagements et les équipements à prévoir pour que les personnes âgées aient la possibilité de compenser en partie leurs déficits et avoir une continuité avec leur vie au domicile ? De quels moyens (humains et financiers) a-t-on besoin ? S'orientent-elles vers des établissements scindés en petites unités de vie de 15 personnes ? Quelle réponse apporte-t-on aux résidents de plus en plus nombreux souffrants de la maladie d'Alzheimer ?

Il est également important que les établissements publics développent une approche hôtelière de l'accompagnement et favorisent l'ouverture des équipes à d'autres professionnels.

L'accompagnement proposé sera avant tout fonction de l'évolution de la perception du vieillissement et de la place accordée aux personnes âgées dans la société. Selon B HERVY: « La place des personnes âgées malades et des personnes très âgées dans la société constitue avec l'insertion de la jeunesse, un des plus grands défis des décennies à venir car aucune société ne peut survivre avec une catégorie sans rôle social ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires, plans

Loi n°2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 04 mai 2001 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD

Décret n°2007-1190 du 3 août 2007 portant dispositions particulières applicables aux corps de catégorie B de la filière socio-éducative de la fonction publique hospitalière.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle modifié par l'arrêté du 13 août 2004

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Circulaire n°349/DHOS/P3/2007 du 20 septembre 2007 relative à l'application des dispositions relatives aux différents corps de la filière socio-éducative de la fonction publique hospitalière

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE à LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan national « Bien vieillir » 2007-2009, 35 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE à LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, 84 p.

SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO SOCIALE des Alpes de Haute Provence 2008-2012. Volet 2 : L'action en faveur des personnes âgées.

Ouvrages

BADEY-RODRIGUEZ C. 2003, La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants, Paris : Albin Michel, 256 p.

BOUISSON J. 2005, Psychologie du vieillissement et vie quotidienne, Solal, 140 p.

BOURDELAIS P. 1993, Le nouvel âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population, Odile Jacob, 441 p.

CARADEC V. 2001, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris : Nathan Université, 127 p.

DERBEY B, PITAUD P, VERCAUTEREN R. 1996, La dépendance sociale des personnes âgées, Erès.

DUPRE LEVEQUE D. 2001, Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie, Paris : EAC, 119 p.

ENNUYER B. 2006, Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation, Paris, Dunod, 278 p.

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. 1993, Les pratiques culturelles des personnes âgées, Paris : La Documentation Française, 143 p.

HARTWEG C, ZEHNDER G. 2003, animateurs et animation en établissement pour personnes âgées, Erès, 133p.

HERVY B, VERCAUTEREN R. 2002, L'animation dans les établissements pour personnes âgées : manuel des pratiques professionnelles, Erès, 222 p.

HERVY B. 2003, Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées, Rennes : ENSP, 159 p.

HERVY B. 2006, L'animation en institution : l'animation sociale auprès des personnes âgées, Erès.

LOUBAT J-R. 2005, Elaborer son projet d'établissement social et médico social, Paris : Dunod, 331 p.

PICHAUD C, THAREAU I, GUISET M-J. 2007, Vivre avec des personnes âgées. A domicile, en établissement, Lyon : Chronique Sociale, 200 p.

TALPIN J-M 2001, L'institution gériatrique et l'hospitalité in Lieux d'hospitalité, hospices, hôpital, hostellerie p173-182. Etudes réunies par A MONTANDON, Presses Universitaires Blaise Pascal, 500 p.

Rapports, avis et comptes rendus

ACTES DU COLLOQUE ORGANISE DANS LE CADRE DE LA SEMAINE BLEUE SOUS LE HAUT PATRONAGE DU MINISTERE DELEGUE AUX PERSONNES AGEES. « Activité, culture et lien social : une exigence pour la personne âgée en établissement », Privas, septembre 2005, 80 p.

ACTES DU FORUM REGIONAL DES HOPITAUX LOCAUX/ IFROSS. « Quel avenir pour l'hôpital local ? », Lyon, avril 2008, 117p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION MEDICO SOCIALE. « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Juillet 2008, 47 p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION MEDICO SOCIALE. « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2008, 47 p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION MEDICO SOCIALE. « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2008, 51 p.

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. « L'EHPAD : pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique » (tome I et II). Juin 2006, 256 p et 12 p.

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. « Personnes Agées Dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » (tome I et II). Juin 2006, 174 p et 134 p.

CONFERENCE DE CONSENSUS organisée par l'ANAES et la FHF. « Liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico sociaux et obligation de soins et de sécurité ». 24 et 25 novembre 2004, 32 p.

COMITE NATIONAL DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ET DES ADULTES HANDICAPES. « Gestion des risques de maltraitance en établissement ». Décembre 2008, 25 p.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. Avis sur les personnes âgées dans la société. 23 mai 2001, 101 p.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL RHONE ALPES. Avis du Conseil Economique et Social Régional sur l'accompagnement des personnes âgées en difficulté. Rapport n°01-08, juin 2001.

COUR DES COMPTES. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes ». 2008, 49 p.

MANTOVANI J, ROLLAND C, ANDRIEU S. « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et limites du maintien à domicile ». Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, série Etudes et Recherches. N°83, novembre 2008, 113 p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS, DE LA VIE ASSOCIATIVE et MINISTERE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. « Faire vivre la lecture à l'hôpital ». Recommandations et bonnes pratiques. Mai 2008, 26p.

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. « La société intergénérationnelle au service de la famille ». Conférence de la famille, 2006, 125 p.

Dossiers et articles

« Animation et vieillissement : plaidoyer pour une autre approche ». Cahier du CLEIRPPA n°31, 09 septembre 2008.

« Animation et vie sociale de la personne âgée : autonomie, citoyenneté et accompagnement. » Collection Doc Gériologie, doc éditions, 2006, 177 p.

ARGOUD D. Novembre 1997, « De grands établissements aux petites unités de vie. L'hébergement collectif pour personnes âgées ». Générations n°10-11-12, p19-22.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, série Etudes et Résultats. Mai 2009, « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 ». n°689, 8 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, série Etudes et Résultats. Juin 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en institution ». n°494, 8 p.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE. Janvier- mars 2003, « Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement ». DREES, n°1, 98 p.

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. Mars 2001, « L'animation en institution ». Revue Gériologie et société n°96.

HERVY B. Janvier- février 2003, « animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens ». La Santé de l'Homme n°363, p 23-26.

LAMOUREUX Ph. Janvier- février 2003, « Tisser des liens sociaux pour aider à bien vieillir ». La Santé de l'Homme n°363, p12.

LOUBAT J-R. 16 janvier 2003, « Pour une personnalisation des prestations dans les établissements ». Lien Social n°649, p 4-12.

MALLON I. 2003, « Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un chez soi ». EMPAN 2003-4 n°52, p 126-133.

MANTOVANI J, CLEMENT S. Septembre 2006, « Le grand âge dans l'environnement social ». Actualités et Dossiers en Santé Publique n°56, p 39-46.

NOEL S, SABER M. Mars 2007, « Vers une bientraitance de la personne âgée en milieu institutionnel ? ». Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie Tome XIV n°133, p 112-117.

Mémoires

BARBIER C. Impulser une dynamique collective dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes en engageant un projet d'animation. ENSP. Mémoire CAFDES 2004,120 p.

COUTADEUR C. Impulser une logique de domicile en Ehpad pour préserver la continuité identitaire de la personne âgée. ENSP. Mémoire CAFDES 2006, 125 p.

DUFOUR- RENOUF F. Développer un projet d'animation en EHPAD au service de la vie sociale des résidents. ENSP. Mémoire CAFDES 2006, 76 p.

FLAUD-LEROY L. Dynamiser la vie sociale en maison de retraite pour répondre au besoin d'identité des personnes âgées dépendantes. ENSP. Mémoire Directeur d'établissement social option personnes âgées 1998, 79 p.

PITON M-A. Quel accompagnement individualisé dans les maisons de retraite aujourd'hui ? L'exemple de la maison de retraite de Maulevrier. ENSP. Mémoire Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public 2006, 72 p.

Sites internet

- Age Village : www.agevillagepro.com
- Assemblée Nationale : www.assemblee-nationale.fr
- Centre d'Analyse Stratégique : www.strategie.gouv.fr
- Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées : www.cleirppa.asso.fr
- Conseil Economique et Social : www.conseil-economique-et-social.fr
- Cyberthèses : www.theses.univ-lyon2.fr
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques : www.drees.fr

- Documentation Française : www.ladocumentationfrancaise.fr
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, rubrique « ressources documentaires » : www.ehesp.fr
- Fondation de France : www.fdf.org
- Fondation Nationale de Gérontologie : www.fng.fr
- Groupement des animateurs en Gérontologie : www.gag.affinitiz.com
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal : www.iugm.qc.ca
- Légifrance : www.legifrance.fr
- Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille : www.santé.gouv.fr
- Sénat : www.senat.fr
- Société Française de Gérontologie : www.sfgg.fr
- SUDOC : www.sudoc.abes.fr

Liste des annexes

Grilles des entretiens réalisés avec :

- la Psychologue intervenant sur les deux établissements
- la Cadre supérieure de santé et la Cadre de santé de l'hôpital de Forcalquier
- la Cadre de santé de l'hôpital de Banon
- le Médecin coordonnateur de Forcalquier

Grille d'entretien avec la psychologue au sein de l'hôpital local de Forcalquier et
de l'hôpital local de Banon.

- Contexte et présentation du travail, objectifs de la rencontre
- Quel est le cadre de votre intervention, de vos missions au sein des deux établissements ? (Intervention sur l'hôpital et l'Ehpad ? Intervention auprès des résidents, des patients, du personnel ? Rôle d'interface ?)
- Quelle est pour vous la définition du lieu de vie ? Quels en sont les différents aspects ?
- A partir de votre expérience sur les deux structures, pensez vous que la prise en charge médicale est prédominante sur l'accompagnement social des personnes âgées dépendantes ? Quels sont les éléments vous permettant d'étayer votre propos ?
- Avez-vous constaté certaines évolutions (positives ou négatives) depuis votre arrivée au sein des établissements et sur quels domaines ? (Mise en place des projets de vie individualisés, projet d'animation, nouvelle organisation du travail...)
- Percevez vous votre intervention plutôt comme un soin ou plutôt comme étant partie intégrante de la dimension sociale de la prise en charge ?
- Le profil des résidents accueillis ne cesse d'évoluer vers une perte d'autonomie importante. Cela constitue-t-il, selon vous, un obstacle à l'existence d'un véritable lieu de vie pour les personnes âgées ?
- L'entrée en établissement constitue toujours un moment difficile pour les personnes âgées. La percevez vous comme telle ? Est-ce que cela impacte par la suite le bien être des résidents et leur appropriation des lieux comme leur nouveau lieu de vie ?
- Les familles sont parfois très impliquées dans l'admission de leurs proches en établissement. Sont-elles plus attachées à l'aspect médical ou à l'aspect social de l'accompagnement proposé à leur proche ? Cela a-t-il une incidence ?

- Quels sont, selon vous, les domaines dans lesquels des évolutions seraient souhaitables et réalisables ? Quelles propositions feriez-vous pour faire de l'hôpital, un lieu de soin mais aussi et surtout un lieu de vie pour les personnes âgées ?

<p>Grille d'entretien avec Mmes les cadres de santé (y compris la cadre supérieure de santé) à l'EHPAD de Forcalquier et à l'EHPAD de Banon</p>

- Contexte et présentation du travail, objectifs de la rencontre
- Que recouvre pour vous la notion de lieu de vie, de « chez soi » (dans toutes ses dimensions)?
- Peut-on l'envisager au sein d'un hôpital local ? Quels sont les arguments étayant votre réponse ? Peut-on introduire une culture hôtelière sans aller à l'encontre des missions de l'établissement ?
- A partir de votre expérience, quel regard portez-vous sur la nature de l'accompagnement proposé au sein de l'établissement ? L'aspect médical de la prise en charge est-il prédominant ? Qu'est ce qui peut expliquer cela ?
- Le profil des résidents accueillis ne cesse d'évoluer vers une perte d'autonomie importante. Cela constitue-t-il, selon vous, un obstacle à l'existence d'un véritable lieu de vie, à la reconstitution d'un « chez soi » pour les personnes âgées ?
- L'établissement avance en terme de qualité de la prise en charge avec la mise en place d'une nouvelle organisation du travail, du projet d'animation, des projets de vie individualisés, volet médico-social du projet d'établissement... Quel regard critique pouvez vous apporter sur ces avancées (intérêts, limites, difficultés de mise en œuvre) ?
- Quelle va être la ou les missions confiées à la nouvelle infirmière référente en gériatrie ? Quelle articulation avec les missions des autres professionnels (vous-même, le médecin coordonnateur, les infirmières...)?
- Quels sont les projets en cours et quels sont selon vous, les domaines dans lesquels des évolutions seraient souhaitables et réalisables ? Connaissez-vous

des expériences intéressantes mise en œuvre sur d'autres établissements ? Sont-elles transposables ?

Grille d'entretien avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD de Forcalquier
--

- Contexte et présentation du travail, objectifs de la rencontre
- Que recouvre pour vous la notion de lieu de vie, de « chez soi » (dans toutes ses dimensions)?
- Peut-on l'envisager au sein d'un hôpital local ? Quels sont les arguments étayant votre réponse ? Peut-on introduire une culture hôtelière sans aller à l'encontre des missions de l'établissement ?
- A partir de votre expérience, quel regard portez-vous sur la nature de l'accompagnement proposé au sein de l'établissement ? L'aspect médical de la prise en charge est-il prédominant ? Qu'est ce qui peut expliquer cela ?
- Le profil des résidents accueillis ne cesse d'évoluer vers une perte d'autonomie importante. Cela constitue-t-il, selon vous, un obstacle à l'existence d'un véritable lieu de vie, à la reconstitution d'un « chez soi » pour les personnes âgées ?
- L'établissement avance en termes de qualité de la prise en charge. Quel regard critique pouvez-vous apporter sur ces avancées (intérêts, limites, difficultés de mise en œuvre) ?
- Quels sont les projets en cours et quels sont selon vous, les domaines dans lesquels des évolutions seraient souhaitables et réalisables ? Connaissez-vous des expériences intéressantes mise en œuvre sur d'autres établissements ? Sont-elles transposables ?