

**MAISON DE RETRAITE DE SAINT GERMAIN LA
VILLE**

**PROJET D'ETABLISSEMENT
2005 – 2009**

**« Pour accompagner la vieillesse
Jusqu'au bout de la vie »**

« Si nous avons besoin de sage femme à nous mettre au monde,
nous avons bien besoin d'un homme encore plus sage pour nous en
sortir. »

Montaigne

SOMMAIRE

PREAMBULE AU PROJET D'ETABLISSEMENT

INTRODUCTION.....	7
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
1.1. HISTORIQUE.....	7
1.2. SITUATION.....	7
1.3. LES LOCAUX	7
1.3.1. Construction initiale.....	7
1.3.2. Extension.....	8
1.3.3. Opérations de travaux	8
1.4. Les équipements	8
1.5. La sécurité	10
1.6. Les effectifs	11
1.7. Les partenariats.....	11
2. PRESENTATION DE LA DEMARCHE DE PROJET.....	13
3. LE PROJET D'ETABLISSEMENT	15
LE PROJET DE VIE.....	17
1. L'EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	19
2. LA NOTION DE PROJET	21
2.1. « Sens - Intérêts - Perspectives ».....	21
2.2. Démarche participative et consultative de l'ensemble du personnel	22
2.2.1. Les groupes projet de vie	22
2.2.2. Le comité de pilotage.....	23
3. LE PERSONNEL DE LA MAISON DE RETRAITE.....	24
3.1. Le Directeur.....	24
3.2. Le personnel administratif	24
3.3. Les infirmières diplômées d'état	25
3.4. les aides soignantes.....	25
3.5. Les ASH (agents des services Hospitaliers).....	26
3.6. Le personnel des cuisines.....	26
3.7. Le personnel de la blanchisserie.....	26
3.8. Le personnel d'entretien	26
4. L'ACCUEIL DU FUTUR RESIDENT DANS UNE CONTINUTE DE PRISE EN CHARGE.....	27
L'ACCUEIL	28
5. La personne âgée dans l'institution	31
6. L'accompagnement de fin de vie	36
6.1. L'accompagnement est une nécessité.....	37
6.2. L'accompagnement en fin de vie dans l'Institution :	37
7. L'animation.....	39
CONCLUSION.....	40
LE PROJET DE SOINS :	43
<i>Il s'agit pour l'équipe de construire un projet de soins au service de l'Homme et non de la médecine, puisqu'il nous conduit, avant tout, à déterminer comment nous voulons « prendre soin » des personnes résidant dans l'établissement.....</i>	<i>43</i>
1. ORGANISATION DES SOINS.....	45
1.1. STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE	45
1.2. Quels soins l'établissement peut-il assurer	53

2.	QUALITE DES SOINS	54
2.1.	limites des compétences de l'établissements.....	54
2.2.	Lutte contre la douleur	55
2.3.	Prévention de la maltraitance	56
2.4.	Les outils de la qualités des soins	57
3.	LES PRISES EN CHARGES SPECIFIQUE.....	58
3.1.	la prise en charge des personnes dites démentes	58
3.2.	l'accompagnement de fin de vie	59
3.2.1.	Le droit à l'accompagnement de fin de vie	59
3.2.2.	L'application en EHPAD	60
	LE PROJET D'ANIMATION	63
1.	Philosophie du projet d'animation	63
2.	La place de l'animatrice.....	64
3.	Contenus du programme d'animation	65
	Conclusion	68
	LE PROJET SOCIAL	69
1.	Les effectifs	69
2.	La formation.....	71
3.	La participation des personnels	72
4.	l'adaptation de l'organisation du travail	73
5.	l'adaptation de l'outil de travail	73
6.	Soutien psychologique du personnel	74
	LE PROJET ARCHITECTURAL	76
1.	Etat des lieux	76
2.	Principes de bases du projet architectural.....	77
2.1.	Les priorités.....	77
2.1.1.	L' Accessibilité	77
2.1.2.	La sécurité	77
2.2.	Locaux privatifs	79
2.2.1.	les chambres	79
2.2.2.	Les sanitaires personnels	80
2.3.	L'accueil des personnes dites « démentes ».....	80
2.4.	Les espaces de vie sociale	81
2.5.	Les locaux du personnel.....	81
	Conclusion.....	82

PREAMBULE AU PROJET D'ETABLISSEMENT

La réforme de la tarification d'avril 1999, la mise en place de l'APA et la loi du 2 janvier 2002, ont fait de la démarche qualité et de l'évaluation un préalable réglementaire au conventionnement. A partir d'un cahier des charges fixé par arrêté du 26 avril 1999¹, ces textes ont placé la qualité au cœur des réflexions dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes s'ils ne l'avaient pas encore abordé par une « exigence éthique naturelle ».

Qualité des soins, mais aussi des locaux, de l'accueil, des relations, de l'hôtellerie, de la vie sociale, soit autant de facettes de la qualité globale de la prise en charge que sont en droit d'attendre ceux qui, par choix ou par nécessité, viennent achever leur vie en institution ou y faire un court séjour permettant à la famille de souffler. Si la loi consacre ce droit, il devrait pourtant naître simplement du respect que tout individu doit à l'autre et à lui-même parce que pareillement humain.

Aujourd'hui, les attentes de ceux qui s'installent pour plus ou moins longtemps en maison de retraite ont évolué. Ceux qui achèvent leur vie en ce début de siècle ont vécu dans des conditions très différentes de celles de leurs parents. Plus citadins que ruraux, ils ont eu accès à un certain confort matériel auquel ils ne veulent pas renoncer. L'information circule.

¹ Voir annexe 1

Les notions de dignité, de consentement ont été inscrites dans les textes, notamment dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et doivent aujourd'hui faire leur chemin car, rares sont ceux qui à présent ne demandent aux établissements qu'une garde minimale en attendant la fin.

Parallèlement à cet élargissement des aspirations, l'offre d'accueil s'est étoffée et diversifiée. Depuis le 1er janvier 2002, l'APA a dopé le maintien à domicile. Dans ces conditions et pour faire face à cette nouvelle donne, tout établissement accueillant des personnes âgées doit s'approprier les notions de « démarche qualité » et « d'évaluation » et s'appuyer sur cette réflexion pour construire son projet d'établissement.

A une période où la démographie des personnes âgées marque le pas, où la médecine et les conditions de vie permettent à l'homme d'atteindre un âge conséquent sans handicap sévère et donc, de vivre à domicile, la recherche constante de l'amélioration de la qualité, si elle n'est pas uniquement ce qu'elle devrait être, une affaire d'éthique, doit pour tout acteur d'un EHPAD être aussi une préoccupation économique.

Les personnes âgées, comme leur famille, ont aujourd'hui le choix. Elles comparent, jugent et décident. Dans ce contexte, la non-qualité a des effets destructeurs. Trop de lits vides mettent en danger la survie d'un établissement et, cercle vicieux, le privent des ressources nécessaires à son adaptation. Par ailleurs, de la non-qualité acceptée à la négligence, et donc à la maltraitance, philosophiquement indigne, il n'y a qu'un pas, il est donc impossible de remettre à plus tard cette réflexion sur ce sujet.²³

Par ailleurs, une nouvelle approche de la définition de la prise en charge des personnes âgées est aujourd'hui nécessaire aux structures qui fonctionnent encore trop souvent par référence aux modèles hospitaliers. La vieillesse n'est pas une maladie, mais l'ultime et inéluctable étape de toute vie dont rien ne peut inverser le sens. Les équipes doivent accepter de remplacer la nécessité de « soigner » par le désir de « prendre soin ». Les notions contemporaines d'accompagnement et de bientraitance qui intègrent toute la dimension humaine des personnes âgées contraintes à la vie institutionnelle doivent être investies par l'ensemble des personnels qui doivent pouvoir donner du sens à ces mots nouveaux encore trop abstraits.

La réflexion que doivent mener les professionnels, quelle que soit leur place dans l'institution, passe donc par une évaluation objective des pratiques individuelles et collectives,

²Préconisations de lutte et de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.

³ Circulaire N° 2002/280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

une prise de conscience de *l'humanité irréductible* de chacun permettant une autre lecture des attentes des usagers et des partenaires institutionnels afin de proposer à tous, un vrai projet de vie. S'il est vrai que l'amélioration de la qualité nécessite souvent la mise en oeuvre de moyens nouveaux, la réflexion menée doit aussi aboutir à une meilleure utilisation des ressources existantes, à une mobilisation nouvelle des énergies qui s'accompagnent de la transformation du regard porté sur le sujet âgé. Personne n'a le droit d'oublier qu'il reste une personne, avec les mêmes droits et les mêmes devoirs que les autres membres de la société humaine dont il n'a jamais cessé de faire partie même si l'âge a réduit ses capacités.

Il convient aussi que les professionnels gardent présent à l'esprit que si leur qualité de vie est un élément qui doit être pris en compte, il n'est pas obligatoirement antinomique de la qualité des services rendus et que c'est le prix de journée payé par les résidents (ou les régimes d'aide sociale) pour une prise en charge de qualité qui assurent le paiement des salaires et donc le maintien des emplois. De plus la remise en cause périodique des autorisations de fonctionnement créée par la loi du 2 janvier 2002 et conditionnée par les résultats d'une évaluation préalable doit convaincre chacun de jouer le jeu de la démarche qualité s'il ne trouve pas suffisamment de raisons humanistes de le faire.

C'est dans ce contexte réglementaire et avec la volonté de proposer à chacun une prise en charge adaptée à ses attentes que le personnel de l'établissement a participé aux groupes de travail qui ont permis la construction d'un projet d'établissement qui se veut ambitieux autour d'un projet de vie qui donne au sujet âgé toute la place qui lui revient dans la société humaine. Les résidents et les familles ont été associés à cette démarche dans le cadre d'une rencontre, d'une enquête de satisfaction, et surtout à l'occasion des réunions du comité de pilotage.

INTRODUCTION

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1. HISTORIQUE

La Maison de retraite de Saint Germain la Ville a la spécificité d'être un établissement public inter cantonal. Achevée en 1972, elle est née de la volonté des élus de deux cantons de répondre aux besoins de leur population âgée. L'implantation dans le village a été influencée par la possibilité d'y acquérir dans des conditions favorables un terrain de qualité.

Un syndicat mixte réunissant les élus des communes et cantons concernés a donc porté le projet et permis l'entrée en décembre 1972 des premiers résidents. Le bail emphytéotique conclu avec le syndicat mixte est arrivé à son terme en 2003 et le transfert de propriété doit donc être officialisé dans les mois qui viennent.

1.2. SITUATION

La maison de retraite de Saint Germain la Ville est située au cœur d'une région agricole à 12 kilomètres de Châlons en Champagne.

Implantée dans un Village de 550 Habitants y compris les 100 résidents de l'établissement, elle a été créée pour répondre aux besoins de la population des cantons de Marson et d'Ecury sur Coole. A ce jour, elle est seule à desservir un secteur géographique assez étendu en ce qui concerne l'accueil de personnes âgées dépendantes. Sa zone d'attraction s'étend aussi à Chalons. Toutefois l'activité commerciale réduite du village et la limitation des transports en commun à destination de la ville influe sur la structure de la population accueillie. Tant qu'elle n'est pas lourdement dépendante, la personne âgée préfère s'installer dans une structure située en ville.

1.3. LES LOCAUX

1.3.1. Construction initiale

La construction de l'établissement a débuté en 1971 et a permis l'ouverture en Décembre 1972 d'une résidence de 80 chambres individuelles dans un bâtiment unique de 2 étages et dont la vocation était d'accueillir des personnes valides ou semi-valides selon la

terminologie de l'époque. Quelques chambres communiquaient afin de pouvoir accueillir des couples dans de bonnes conditions

Les locaux administratifs et de soins ainsi que les espaces de vie collectives étaient situés à l'entrée du bâtiment qui comprenait également les locaux techniques, blanchisserie et cuisine. La chambre mortuaire et l'atelier ont été isolés du bâtiment principal.

La construction autour d'un patio a permis de ne pas trop étendre le bâtiment tout en gardant un bon accès sur l'extérieur.

1.3.2. Extension

En 1987, la situation de l'établissement a nécessité une extension de vingt lits pour faire face à la demande croissante du secteur. Le bâtiment a donc été prolongé par l'adjonction de locaux de plein pieds comprenant 17 chambres dont 3 à deux lits, une chambre de surveillance, un salon et des locaux de service. A ce moment les locaux de soins ont été déplacés vers l'extension. Ils sont donc excentrés, loin de l'entrée de l'établissement, de la majorité des chambres, des espaces de vie collectives et ne favorisent ni la communication ni la sécurité des résidents.

1.3.3. Opérations de travaux

- ? Le bâtiment ayant été initialement doté de toitures terrasses, une première opération de rénovation menée en 1991 a permis le recouvrement de ces terrasses par une toiture traditionnelle.
- ? En 1995, une opération de travaux a permis la modernisation de la cuisine et de la blanchisserie et le réaménagement des espaces de vie collectives. L'établissement dispose aujourd'hui, pour 100 résidents d'une salle à manger unique, d'une bibliothèque, d'une salle d'activité de taille moyenne et d'un très grand hall ayant vocation de salon.
- ? En 2003, les menuiseries extérieures des locaux construits en 1972 ont été remplacées par des fenêtres et portes fenêtres à double vitrage et des volets roulants en PVC. Les façades ont été rénovées.

1.4. Les équipements

Les deux étages de la Maison de Retraite sont desservis par 3 escaliers et un seul ascenseur pouvant accueillir deux personnes valides. Il n'est pas conçu pour permettre les transferts de

personnes à mobilité réduite et encore moins de brancards. Par ailleurs en cas d'arrêt de cet ascenseur, qui date de la construction, les résidents seront bloqués à l'étage.

Les 97 chambres de l'établissement ne sont pas adaptées pour accueillir des personnes dépendantes. La superficie ne permet pas d'y manoeuvrer sans risque un fauteuil roulant, un lève malade et d'offrir les aménagements de confort souhaités par les personnes et leur famille. Si chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette équipé d'un WC et d'un lavabo, aucune ne dispose de douche et par ailleurs la largeur des portes de ces cabinets de toilette ne permet pas d'y entrer avec un fauteuil roulant.

Les douches communes installées lors de la construction de l'établissement sont totalement inaccessibles à la population actuelle. Elles ne sont utilisables que par des personnes totalement valides, qui peuvent se doucher seule et enjamber un bac à douche. Aujourd'hui, pour assurer l'hygiène corporelle de 100 résidents fortement dépendants, il n'y a que 4 salles de bains équipées de baignoires médicalisées. L'accès à ces équipements est donc insuffisant.

Le chauffage de l'établissement est assuré par deux systèmes différents. En ce qui concerne la partie construite en 1972, 2 chaudières datant de la construction et fonctionnant au fuel desservent les locaux et assure la production d'eau chaude sanitaire. Pour l'extension réalisée en 1987, des convecteurs électriques installés à ce moment chauffent de manière individuelle chaque chambre, l'eau chaude sanitaire est produite par 2 ballons électriques. Des convecteurs électriques ont également été installés dans les circulations.

L'installation électrique ayant été conçue pour une population essentiellement valide, il est actuellement impossible d'allumer la lumière depuis le lit. Des systèmes de dépannage ont été mis en place, mais ne sont pas compatibles avec les normes de sécurité applicable à la Maison de Retraite.

La cuisine assure la production sur place de la totalité des repas. Son équipement est aujourd'hui ancien et ne permet pas le respect strict des procédures HACCP.

La blanchisserie ne traite pas la totalité du linge. Le grand plat est confié à une société de blanchissage extérieure. Le linge du résident, les tenues professionnelles et le petit plat sont traités sur place dans des locaux qui sont organisés de manière à maîtriser les risques bactériologiques.

1.5. La sécurité

- ✍ L'établissement dispose d'une installation fixe de gaz médicaux .

- ✍ L'établissement a reçu la visite de la commission de sécurité en 2003. Celle ci a demandé que soit installé un report d'alarme qui indique l'adresse de l'alarme sans qu'il y ait lieu pour le personnel de se rendre devant la centrale de détection incendie. Cette mise aux normes pose des problèmes techniques à ce jour non résolus.

- ✍ Un système d'appel malade est installé dans chaque chambre mais nécessite la présence du personnel devant le tableau d'adresse. Les infirmières et aides soignantes ne disposent pas de bip.

- ✍ Le terrain sur lequel est implantée la Maison de Retraite n'est pas clos. Si cela favorise l'ouverture sur le village, la sécurité des personnes âgées n'est pas assurée. De nombreuses chambres sont au rez de chaussée et disposent d'une porte-fenêtre. Il n'est donc pas possible d'avoir un contrôle visuel des entrées et sorties et l'absence de clôture et de porte favorise les sorties dangereuses, comme les visites inopportunes.

- ✍ L'établissement ne dispose pas de groupe électrogène, mais des contacts avec EDF, pour analyser le risque d'interruption de la fourniture de courant électrique, montre que ce risque est quasi-nul et qu'en cas d'interruption, le délai de rétablissement est de 10 minutes. En 1999, lors de la tempête aucune interruption de service n'a été constatée.

- ✍ L'établissement a élaboré et formalisé son plan bleu pour être en mesure de faire face aux situations de crise.

1.6. Les effectifs

L'effectif budgétaire autorisé est de 45 ETP en 2004 et se décompose comme suit :

- ? Direction : 1 DESS
- ? Services Administratif : 3 agents
- ? Hébergement et soins : 4 Infirmières, 10 aides soignantes, et 14 ASH
- ? Nuits : 5 aides soignantes
- ? Cuisine : 1 agent chef, 1 maître ouvrier, 3 OPQ
- ? Lingerie : 1 OPQ
- ? Service technique : 1 maître ouvrier
- ? Animation : 1 animatrice

A ces chiffres, il convient d'ajouter 5,94 ETP pour les agents en CEC et CES répartis sur les différents services et 3,45 ETP pour des agents remplaçants qui en fait sont employés en permanence. Jusqu'à présent, ces agents ont été rémunérés grâce aux crédits non utilisés du poste de Directeur, mais aussi sur des crédits autres que des crédits de personnel.

La surveillance médicale des résidents est assurée selon la réglementation basée sur le libre choix du médecin. Compte tenu de la démographie médicale du secteur, cette pratique connaît de forte limite. L'établissement s'est attaché les services de 2 médecins qui assurent des vacations hebdomadaires dans l'attente de la nomination effective du médecin coordonnateur. Ils prennent en charge la plus grande partie des besoins de soins médicaux. Une kinésithérapeute et une pédicure interviennent régulièrement dans l'établissement, sur prescription médicale pour la première, sur demande des résidents ou indication des personnels de soins pour la seconde.

1.7. Les partenariats

Pour optimiser son fonctionnement général, La Maison de Retraite de Saint Germain la Ville doit s'inscrire dans différents réseaux.

- ? L'établissement adhérent à l'UHNE participe régulièrement au travaux de cette organisation.

- ? Les prestations informatiques sont servies à l'établissement dans le cadre d'une convention avec le GIPSYS (Groupement d'intérêts publics qui a son siège au CHU de REIMS)
- ? Le suivi psychiatrique des résidents est assuré de manière régulière par l'EPSDM dans le cadre de la psychiatrie de secteur.
- ? L'établissement est adhérent au groupement d'achat pour divers approvisionnement.
- ? L'élimination des DASRI se fait également dans le cadre d'un partenariat avec l'Hôpital de Chalons en Champagne.
- ? Les médicaments sont délivrés par une pharmacie de ville située dans un bourg voisin.

La Maison de Retraite de Saint Germain la Ville a souffert d'un relatif isolement lié à sa situation géographique. Si l'établissement collabore avec d'autres, dans le cadre de formation notamment, cette coopération est le plus souvent informelle et reste limitée. A ce jour l'accès aux soins spécialisés n'est pas aisé et une convention devra être signée avec le Centre Hospitalier de Châlons pour garantir l'accès à ces soins à la population accueillie.

Une convention de direction est également en cours de signature afin de prévoir le remplacement du directeur à l'occasion de ces congés.

2. PRESENTATION DE LA DEMARCHE DE PROJET

Le projet d'établissement est certes la réponse à une obligation réglementaire faite à l'établissement, mais son élaboration est surtout le moment idéal pour fédérer une équipe, des responsables et des familles autour de la construction d'une nouvelle philosophie de la prise en charge qui sera proposée. Ce document qui engage la Maison de Retraite dans une transformation à petits pas mais néanmoins certaine est donc le fruit d'une réflexion collective riche, parfois douloureuse, mais qui doit à terme faire gagner chacun des acteurs de la vie institutionnelle. Elle a été menée en équipe par l'ensemble du personnel dans le cadre de groupe de travail accompagné en ce qui concerne le projet de vie par l'organisme de formation « Formation Plus »

Si les termes de « travail d'équipe », « esprit d'équipe » nous semblent familiers, ils sont souvent galvaudés. Qu'est-ce qu'une équipe dans une maison de retraite ? Une réunion de personnes qui ne se sont pas choisies et qui ont, chacune, accompli un parcours différent, parfois tortueux pour parvenir là. Ces hommes et ces femmes ont tous des cultures différentes, parfois situées aux extrêmes l'une de l'autre. Certains occupent une position qui leur donne du pouvoir sur d'autres, mais tous doivent unir leur action pour le même objectif (du moins est-ce ce que l'on voudrait croire) : accompagner les vieilles personnes dans la dernière partie de leur vie. La notion d'équipe est donc la première à laquelle il convient de donner du sens afin que chacun y connaisse sa place et sa part de responsabilité. Celle du directeur y est bien sûr particulière puisqu'il doit fixer le cap et faire en sorte que personne ne s'épuise en route ou soit exclu en raison de fonctions considérées comme marginales dans la prise en charge. Dans nos établissements, les fonctions marginales n'existent pas, chaque action participe également à la construction de la prestation finale et chacun doit en être convaincu. La démarche adoptée, qui n'a exclu personne du travail d'élaboration du projet d'établissement, qui a tenu toute parole pour pareillement recevable répondait à cette exigence. Il est à noter que l'arrivée d'une Directrice en janvier 2004, c'est à dire à mi-temps de la réflexion, a quelque peu compliqué le travail en introduisant dans « l'équipe » un élément nouveau sans vraiment laisser le temps de l'assimilation.

Les groupes de travail se sont réunis régulièrement pendant 9 mois. Les travaux collectés à l'issue de ces différentes réunions ont été soumis au comité de pilotage constitué par la Directrice à son arrivée et qui comprend :

5 résidents

4 représentants des familles

1 personnalité indépendante (acteur de l'aide à domicile)

1 infirmière de l'établissement recrutée après la mise en place des groupes de travail

La directrice

Le formateur, rapporteur des travaux de groupes.

Le comité de pilotage a pris connaissance régulièrement de l'avancée du projet, formulé des avis et posé des questions qui ont permis d'approfondir la réflexion.

A l'issue de cette réflexion générale sur les missions de l'établissement, sa place dans le paysage gérontologique départemental et la mise en évidence des valeurs autour desquels chacun voulait se retrouver, des objectifs prioritaires ont été fixés et des commissions spécialisées ont été mises en place pour proposer des réponses cohérentes et formalisées aux problèmes soulevés notamment en relation avec l'auto évaluation ANGELIQUE et les résultats de l'enquête de satisfaction. Il a été convenu qu'après validation par le comité de pilotage leurs choix s'imposeraient à tous.

Il a également été décidé qu'une évaluation régulière des actions proposées serait soumise à un comité de suivi constitué dès adoption de ce projet. Ce comité devra réunir des représentants de chaque secteur d'activité, des résidents et des familles.

3. LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement est un document fondateur ou plutôt refondateur qui permet à la Maison de Retraite de définir, à partir des valeurs qu'elle défend, sa stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour s'acquitter de sa mission.

La définition même de cette mission fait sens. Si la notion de « prise en charge » y est omniprésente, elle ne doit pas nous conduire à l'erreur dans la mesure où ce terme réduit la personne à ce qu'elle pèse de charge de travail et où il n'y a qu'un pas à franchir pour dire que cette charge est trop lourde. Nous préférons parler d'un projet d'accompagnement de la vieillesse qui va bien sûr jusqu'à son terme, en accompagnant la vie jusqu'à la mort .

Ce projet peut s'organiser autour de 5 axes principaux

- ✍ Le projet de vie
- ✍ Le projet de soins
- ✍ Le projet d'animation
- ✍ Le projet social
- ✍ Le projet architectural

L'adhésion de tous à cette interprétation de la mission de l'établissement est la nécessaire première étape d'une démarche qui en compte trois qui peuvent se résumer ainsi :

- ? Penser ce qu'il faut faire : c'était l'objet de la démarche décrite ci-dessus
- ? Formaliser l'engagement dans un document de référence :

La formalisation du projet, dans un document, celui-ci qui fera référence dans l'établissement pour toutes les parties en présence, doit donc être l'expression sincère de ce que l'on peut s'engager à faire parce qu'on est convaincu que c'est essentiel, parce qu'on a la possibilité de le faire, parce qu'on se donnera les moyens de le faire. Ce projet d'établissement se veut ambitieux mais non déraisonnable. Il doit offrir à tous le moyen de tenir pleinement sa place dans la société humaine.

- ? agir dans le respect de ces engagements.

L'ensemble de ces réflexions et des objectifs qui en ont émergé seront repris dans la convention tripartite que l'établissement doit signer avec les autorités

de tarification. Ils s'imposeront à chacun à partir du moment où les moyens correspondants et raisonnablement évalués pourront y être affecté.

Si l'on doit juger notre société au sort qu'elle fait aux plus faibles de ses membres, nous souhaitons au moment de conclure notre travail n'avoir pas à rougir de nos propositions, mais aussi recevoir pour la mise en œuvre de nos projets le soutien et l'engagement de tous. Nous avons évalué nos besoins en prenant en compte l'idée que tout accompagnement qui ne serait pas accomplis dans des conditions de respect de la dignité de tous pourrait être qualifié de maltraitant ce que nous ne pouvons cautionner en élaborant des projets sans évaluer correctement les moyens nécessaires à leur mise en oeuvre.

LE PROJET DE VIE

Le projet de vie qui occupe le chapitre suivant est à la fois le cœur du projet d'établissement et un élément presque autonome. Il pourrait exister sans les autres éléments du projet, il ne serait sans doute dans ce cas qu'un « beau papier » dans un placard, mais ce qui est sûr, c'est qu'il est la réflexion dans laquelle l'ensemble prend sa source. Le projet de soins, le projet social, le projet architectural doivent épouser sa philosophie Humaniste.

Elaboré par l'ensemble des acteurs de la Maison de Retraite, il a été accompagné dans sa « venue au monde » par Gaëtan AGOZZINO, de **Formation Plus** qui a fait découvrir aux différents groupes de travail la matière première de leur réflexion qu'elle soit issue du vécu professionnel de chacun, d'expériences personnelles ou d'apports théoriques.

Le temps consacré à cette réflexion peut sembler court au regard des questions à poser, des pratiques institutionnelles à interroger. Il est difficile en quelques mois de faire parler 55 personnes d'une seule voix. Il n'y a qu'un seul « projet » dans lequel certains se reconnaîtront plus que d'autres. Il est comme un enfant nouveau-né, il a un peu de chaque membre de la famille, la ressemblance n'est pas toujours évidente, mais elle est là quand même. Il faut maintenant élever cet enfant, le faire grandir, en mettant en œuvre les actions qu'il décrit pour lui donner sa personnalité.

A ceux qui pourraient penser : le travail est finit ! il convient de répondre : Il ne fait que commencer ! Le plus dur reste à faire. Il faut maintenant toute la volonté de chacun des coproducteurs de ce projet pour lui donner du sens et en faire une réalité du quotidien. Il lui faut aussi le soutien de tous ces partenaires .

Il faudra donc poursuivre la réflexion, mettre des actes derrière les mots pour ne pas avoir écrit un projet de dupes. Chacun doit accepter et même promouvoir les changements d'organisation et de comportement que ce document porte en germes. La signature de la convention tripartite sera, nous l'espérons, un des outils de la réussite avec la formation professionnelle continue qui va prendre le relais de la démarche de projet initié en 2003.

SOMMAIRE DU PROJET DE VIE

1. L'EHPAD : Préambule
2. La notion de projet
3. Le personnel
4. L'accueil du futur résident
5. La personne âgée dans l'Institution
6. Accompagnement en fin de vie
7. L'animation

Conclusion

Prise en charge et charte des droits de la personne âgée en institution

1. L'EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Préambule

L'entrée en ETABLISSEMENT est rarement le fruit d'un libre choix. La maladie, les accidents, l'entourage sont autant de raisons qui conduisent la personne avancée en âge dans un établissement à un moment donné de sa vie. Il est indispensable de s'en souvenir car il nous appartient de créer les conditions de ce « chez-soi » quitté. L'impression d'intimité dans l'établissement dépend d'une multitude d'actions qui, ajoutées les unes aux autres, renforcent le sentiment d'indépendance et d'autonomie.

Le sociologue Erving GOFFMAN nous rappelle qu'au sein des institutions, le travail du personnel n'a d'autre objet que la personne humaine. Ce travail sur l'homme n'entre ni dans le cadre du travail sur le personnel, ni dans celui des relations de service et la tâche de l'encadrement n'est pas d'effectuer un service, mais de travailler sur des objets, des produits, à cela près que ces objets, ces produits sont des hommes.

Nous plaçons donc le travail de l'institution sous le signe de l'humanité. Ainsi le projet est avant tout un projet humain avec la conviction que l'humain, parce qu'il obéit à la double dimension individuelle et collective, est beaucoup plus difficile à gérer et à faire évoluer qu'un projet matériel dont, souvent, la seule limite est un équilibre du rapport « qualité-prix ». De même, l'idée fondamentale des valeurs et des représentations est sous-jacente au projet et donc aux pratiques de prise en charge.

La question du sens à donner à nos pratiques de soignants, d'aidants au sens large du terme constitue la trame du projet institutionnel : un projet avant tout centré sur les interactions entre résidents et personnel.

Il faut ainsi faire la différence entre « traiter » une personne, ce qui suppose une compétence scientifique, un savoir qui fonde un pouvoir, et « soigner » qui veut dire servir, s'occuper de la personne, plus que de la maladie, s'intéresser aux comportements, aux fonctions et au confort du résident, autant qu'à la sémiologie, aux organes et à l'espérance de vie.

Le projet doit donc avoir pour vocation de donner des repères dans le « faire » et de ce fait de donner de nouvelles frontières à l'autonomie. Chacun de ces piliers repose sur le principe d'un projet où interfèrent l'humain et le matériel qui se rassemblent autour de deux grands axes que sont la psychologie de l'individu et la gestion du personnel (des choix, des enjeux et une stratégie d'action)

La personne âgée est un autre moi-même (dans l'acception d'alter ego). Elle possède ainsi le même statut d'adulte que moi et il faut en tenir compte dans la prise en charge, alors que consciemment ou inconsciemment, c'est une donnée facilement « transgressable ».

Le projet de vie veut rendre la parole à ceux qui, trop souvent, sont considérés comme étant soumis à l'Institution. Le grand drame de la gérontologie est que **celui qui est le plus concerné est celui à qui on ne demande rien.**

Pourtant, ce que l'on a nommé (à juste titre) « révolution copernicienne des Institutions », c'est le fait que la structure se doive d'être au service de l'utilisateur et non l'utilisateur qui doit s'adapter à la structure.

Le projet de vie, dans sa réflexion permanente, veut aussi combattre les représentations en vigueur, qui font de la vieillesse un déficit au lieu d'en faire une richesse : « les représentations sociales possèdent une syntaxe et une logique spécifique qui en font un processus de pensée sociale⁴ ».

Parce qu'il est donné aux professionnels de produire des représentations positives de la vieillesse, le projet de vie se veut aussi en perpétuelle adaptation : c'est la raison pour laquelle il est soumis à un Comité de Pilotage dans lequel se sont investis plusieurs résidents de la Maison de Retraite de St Germain La Ville.

De façon plus pragmatique, Il a également pour objet :

- ✍ de donner une vision nouvelle de l'établissement.
- ✍ de fédérer les équipes autour d'un projet commun issu des besoins et des attentes des résidents.
- ✍ de favoriser la qualité de vie de la personne hébergée.

En fixant en amont les objectifs de l'institution, il permet de prévoir l'organisation et les moyens pour les atteindre. La philosophie du projet requiert d'obtenir l'adhésion de chaque membre du personnel et de la traduire efficacement sur le terrain. Les médecins et les autres intervenants adhèrent au projet dans le respect des règles qui leur sont applicables.

Le projet de vie répond à des exigences réglementaires et a pour vocation d'être un véritable guide des actions et de la démarche de l'établissement.

⁴ D. Jodelet : réflexion sur le traitement de la notion de représentation en psychologie sociale tome VI – DUNOD 1984

2. LA NOTION DE PROJET

2.1. « Sens - Intérêts - Perspectives »

La Maison de Retraite est une structure inscrite dans un environnement géographique, économique et social. Dès lors, de nombreuses difficultés, liées à la prise en charge des populations âgées de plus en plus dépendantes, aux nombreuses exigences des familles et à la dynamique du secteur concurrentiel (densité des équipements sanitaires...) amènent les acteurs de la Maison de Retraite à redéfinir et à préciser les orientations des modalités de prise en charge futures. Il devient nécessaire de se donner les moyens d'objectiver les réflexions, les intentions d'actions, en ébauchant les AXES D'UN PROJET DE VIE.

Le personnel s'est investi dans un débat ouvert à toutes les idées et les principaux thèmes qu'il a souhaité aborder lors de l'élaboration du projet de vie sont :

- la place de la personne âgée
- les notions d'autonomie et de dépendance
- les réflexions sur les attitudes du personnel
- l'accueil des résidents et des familles
- l'organisation du travail

Au-delà des aspects procéduraux, le projet de vie est avant tout un manifeste philosophique qui doit affirmer visiblement l'orientation dans laquelle chaque acteur doit exister.

- ✍ Concernant l'accueil de la personne âgée et de sa famille, la définition d'un protocole d'accueil et les actions permettant d'intégrer les familles sont prioritaires
- ✍ L'écriture du projet de vie alimentera la construction des outils (protocoles) qui sont porteurs des valeurs du projet de vie
- ✍ Concernant l'animation, le personnel souhaite développer ou renforcer l'animation au quotidien, l'animation à visée thérapeutique, les animations extérieures (en partenariat avec diverses associations). ***Le but de l'animation est, avant tout, de rendre sa place à la personne âgée***

- ✍ Parallèlement au projet de vie, le personnel élabore un projet de soins à la base duquel la coopération professionnelle est une priorité

Ceci traduit une nouvelle fois la volonté et la nécessité d'un travail d'équipe construit sur de réelles attitudes professionnelles (protocoles pour certains soins).

L' Etablissement se propose de mettre en place un traitement informatisé du dossier du résident

2.2. Démarche participative et consultative de l'ensemble du personnel

Deux éléments importants dans cette démarche :

- les groupes de travail : producteurs de la réflexion et des outils (la totalité des agents y compris les personnels en C.E.S.)
- le Comité de Pilotage permettant de recueillir l'avis des usagers et des familles sur le travail de réflexion et d'y apporter son point de vue.

2.2.1. Les groupes projet de vie

Le projet n'a de valeur que s'il est co-produit par l'ensemble des acteurs

A partir des formations préparatoires à l'élaboration du Projet de Vie, ces groupes se sont positionnés sur les axes prioritaires retenus pour l'élaboration du projet de vie, sur les innovations et projets futurs.

Les quatre Groupes Projet de Vie sont composés de personnel soignant et non soignant, tous grades confondus. Les groupes sont organisés autour de quatre thèmes essentiels de réflexion (cf. liste des participants annexe 4) :

- ✍ 1er groupe : groupe « la place de la personne âgée dans l'institution »
- ✍ 2e groupe : groupe « les attitudes du personnel »
- ✍ 3e groupe : groupe « mission et tâches de l'institution »
- ✍ 4e groupe : groupe « l'accueil des résidents et de leur famille »

Ces travaux de réflexion ont permis d'approfondir les pratiques et les comportements professionnels souhaitables pour aboutir à :

- ✍ L'élaboration de différents protocoles dans une démarche de type qualité :
 - qualité de l'accueil
 - qualité de prise en charge de la personne âgée

- qualité des prestations hôtelières
 - qualité de l'organisation du travail... (cf. axes du Projet de Vie),
- ✍ L'élaboration des fiches de poste et missions de chaque catégorie professionnelle.

Cette démarche participative et consultative n'est pas figée dans le temps ; elle prévoit l'organisation d'une réflexion constante et projetée en permanence dans le futur; elle s'instaure surtout dans une volonté réelle d'évaluation de la qualité du travail effectué auprès des résidents.

2.2.2. Le comité de pilotage

Il est composé de membres du personnel, de résidents et de représentant des familles des résidents.

Il a pour rôle de suivre l'avancée des réflexions des groupes de travail sur le Projet de Vie et de valider les orientations prises par ces derniers.

La constitution d'un comité de Pilotage à l'initiative du directeur de la Maison de Retraite de St Germain la Ville, se compose de 12 personnes :

Mmes	WANESSE Marie Alice	: résidente
	BERGER Alice	: résidente
	GALLOT Eliane	: résidente
	DEVISE Andrée	: résidente
	REMY Michèle	: famille
	MALLER Odile	: famille
	RENAULT Muriel	: aide à domicile sur le secteur
	DESIMPEL Françoise	: directrice de l'établissement
	MAROUZE Pierrette	: famille
	BARRE Isabelle	: infirmière de l'établissement
M.	OLIVIER Jacques	: résident
	MAROUZE Bernard	: famille

3. LE PERSONNEL DE LA MAISON DE RETRAITE

3.1. Le Directeur

Ses missions sont nombreuses et concernent à la fois des dimensions liées à la gestion de l'établissement, mais également diverses missions d'encadrement, d'animation d'équipe, d'accueil et de relations avec les pensionnaires et les familles. La direction est le garant de l'éthique propre au travail réalisé dans l'établissement.

L'impulsion des nouveaux projets et des actions d'améliorations se fait en étroite collaboration et consultation avec l'ensemble du personnel.

Dans cette logique, le directeur de la Maison de Retraite de St Germain la Ville a souhaité conduire, avec l'aide du personnel, une réflexion participative et constructive autour de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées accueillies.

Le Directeur, en engageant son personnel dans cette démarche, s'engage à demander les moyens de mettre en œuvre les projets retenus.

Il a aussi pour mission de faire vivre le projet et de le faire évoluer sans arrêt.

3.2. Le personnel administratif

Il se compose de deux secrétaires étroitement associées aux démarches d'admission et à la qualité de l'accueil.

Par ailleurs, par la mise en œuvre de leurs compétences professionnelles diversifiées, elles permettent le bon fonctionnement des autres services en assurant les approvisionnements, la maintenance des installations et la circulation de l'information. Leur intervention est souvent indispensable à la continuité du service public.

Le personnel administratif est en outre dépositaire du règlement de fonctionnement et de tous les documents officiels concernant le fonctionnement de l'établissement et la réglementation qui lui est applicable.

Elles ont un rôle particulier dans l'accès aux droits des résidents qu'elles informent et guident dans leurs démarches administratives si nécessaire – l'une d'entre elles exerce la fonction de gérant de tutelle –

Elles ont accès à la réglementation et en l'absence du directeur ont pour mission de la rappeler en cas de manquement.

3.3. Les infirmières diplômées d'état

La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispensation, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre infirmier. Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures contre l'infection et la contagion" {cf. fiche de poste IDE et décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier }.

L'infirmier(e) trouve une place légitime dans une Maison de Retraite de par l'évolution même des populations âgées accueillies qui sont de plus en plus dépendantes et nécessitent des soins importants et/ou réguliers.

Elle peut déléguer certaines de ses missions aux aides-soignantes et exerce ainsi une fonction d'autorité (référence de bonnes pratiques).

Au sein de la Maison de Retraite, son rôle est primordial car elle doit intégrer les divers soins permettant d'entretenir la continuité de la vie.

L'infirmière en Maison de Retraite doit envisager son rôle d'une manière spécifique dans la mesure où cette institution n'est ni un Hôpital, ni une structure centrée sur la délivrance exclusive de soins. Son travail doit certainement reposer sur les dimensions propres au suivi et au maintien d'une certaine autonomie (le plus longtemps possible) pour le sujet âgé

3.4. Les aides soignantes

Les aides-soignants(es) collaborent à la distribution des soins infirmiers dans les conditions définies par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier et relatif au décret n° 89.241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des Aides-soignants, des Agents des Services Hospitaliers et des Agents des Services Hospitaliers Qualifiés de la fonction publique hospitalière.

Elles ont également une fonction d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, y compris dans les actes de la vie sociale (animation).

Elles sont responsables du bien être physique et psychologique des résidents. A ce titre elles participent au maintien de la qualité de leur environnement. Elles sont aussi responsables de l'hygiène des locaux et matériels utilisés par les résidents dans leur quotidien.

3.5. Les ASH (agents des services Hospitaliers)

Ces agents "sont chargés de l'entretien, de l'hygiène des locaux et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils ne participent pas aux soins des malades et des personnes hospitalisées ou hébergées" (article 11 du décret n° 89.241 du 18 avril 1989 modifié portant statuts particuliers des aides-soignants, des agents des services hospitaliers et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière). J.O. du 19 avril 1989).

Toutefois, les contraintes de l'organisation et la nécessité d'assurer la prise en charge *avec la même qualité pour tous et tous les jours*, fait qu'elles ne peuvent refuser d'assister les aides-soignantes dans leur fonction.

La Validation des Acquis de l'Expérience accorde la possibilité aux A.S.H. d'accéder au diplôme d'aide-soignant, reconnaissant ainsi qu'elles ne sont pas éloignées des soins.

3.6. Le personnel des cuisines

Le personnel des cuisines joue un rôle primordial afin de répondre aux besoins des résidents lors du temps des repas qui reste un des derniers plaisirs. Par ailleurs, la qualité de la fin de vie, le maintien de l'autonomie passe par des apports nutritionnels suffisant en qualité et en quantité.

Ce personnel doit donc développer une compétence spécifique qui dépasse l'idée que l'on se fait de la restauration collective.

3.7. Le personnel de la blanchisserie

Il a une place fortement repérée par les résidents et les familles. Il assure la prise en charge du linge et des vêtements de la personne âgée, et dès lors contribue au maintien de son image et à sa présentation.

Par ailleurs, son professionnalisme et son investissement sont indispensables au fonctionnement des autres services dans la mesure où il les approvisionne pour que chacun puisse s'acquitter de sa tâche sans perte de temps et de confort pour le résident.

3.8. Le personnel d'entretien

Il occupe une place importante dans la Maison de Retraite dans la mesure où il contribue à l'amélioration du cadre de vie des résidents. Il permet l'installation de la personne âgée dans

une chambre préparée et fonctionnelle (rénovation, aménagements divers,...). Il contribue à créer un environnement accueillant et convivial (aménagements parcs et espaces verts).

Il contribue à la sécurité des installations et en est le responsable.

Sa capacité à intervenir en cas d'urgence est l'un des facteurs de qualité de la vie des résidents et de leur sécurité.

Le personnel de l'Etablissement, dans son ensemble, assume un rôle très important qui dépasse les seules fonctions de soin, d'animation, d'alimentation, d'entretien et d'hygiène des locaux. En effet, par une présence quotidienne et prolongée auprès des résidents, il entretient des liens sociaux indispensables.

La conscience d'un travail en complémentarité amène à garantir la qualité de la prise en charge.

« Nous avons tous la même importance auprès des personnes âgées, même si ce n'est pas forcément sur le même plan. »

4. L'ACCUEIL DU FUTUR RESIDENT DANS UNE CONTINUTE DE PRISE EN CHARGE

L'accueil d'un nouveau résident est une étape très importante pour l'intégration future de celui-ci à la vie collective. De nombreux paramètres font que cet accueil ne se déroule pas toujours comme on le voudrait.

Des enquêtes récentes menées dans un bon nombre de Maisons de Retraite nous montrent qu'environ 1/3 des personnes âgées dépendantes n'ont pas réellement consenti à leur entrée en institution et que c'est la famille qui prend le plus souvent l'initiative du placement.

L'accueil du résident constitue donc un élément déterminant dans lequel l'ensemble de l'équipe doit jouer un rôle fondamental. Ce rôle est plus primordial car l'accueil du résident traduit ce passage du domicile à l'institution et le degré d'intensité d'une réelle rupture tant physique, géographique que psychologique pour le sujet âgé. La perte de tous ces repères sont souvent facteurs de perturbations physiques (malaises/chutes, ulcères, incontinence, perte de l'appétit, etc.), de perturbations psychiques (détérioration mentale, grabatisation, infantilisation, isolement, etc.) qui fragilisent la personne âgée et la rendent encore plus vulnérable à l'apparition de pathologies diverses.

Les lieux d'accueil expriment clairement le sens et l'importance donnés par l'institution à cette fonction. Si l'entrée du nouveau résident a été correctement prévue, organisée, pensée, l'accueil du premier jour devrait s'effectuer dans une angoisse moindre et l'intégration du sujet à la vie de l'établissement aurait plus de chance de réussite.

L'ensemble de la procédure d'accueil (le temps passé auprès des familles et du futur résident, les différentes mises au point, le recueil des informations : contrat de séjour, livret d'accueil, règlement intérieur...) contribue à la clarification de la situation et évite les malentendus dès l'entrée en Institution. Il ne sera que plus facile d'aborder toutes les questions qui se poseront à l'avenir.

Telles sont les conditions pour un accueil réussi, mais aussi pour une séparation réussie.

L'ACCUEIL

objectif	Proposition de prise en charge	Documents formalisés ou prise en charge en prévision
Pré-admission Qualité du 1^{er} contact	<p>La remise d'informations est dispensée 24h/24 par le personnel présent par l'intermédiaire du livret d'accueil</p> <p>Prise de contact assurée par l'administration . par téléphone . à l'accueil</p> <p>Information sur le demandeur . administratives et médicales</p> <p>Information sur l'Etablissement - services proposés - prix de journée, frais de séjour - hébergement proposé - pathologies prises en charge - proposition de rendez-vous avec : direction, médecin, infirmière... - Proposer une pré-inscription</p>	Procédure en cours
Suivi des pré inscriptions	<p>Inscription sur la liste d'attente (gestion des priorités) Récupération du dossier médical (pathologies, degré d'autonomie, comportement)</p> <p>Administratif : Ressources Assurances</p>	Livret d'accueil Contrat de séjour Liste d'objets personnels

	Trousseau	
Validation de la pertinence de l'Etablissement par rapport aux besoins du futur résident	Réflexion sur la possibilité de rencontrer la personne âgée à son domicile (ou à l'hôpital) ou d'une rencontre dans l'institution avant l'inscription sur la liste d'attente (lorsque le projet d'entrer en maison de retraite existe) Objectifs de cette rencontre : établir un premier contact, s'imprégner de l'environnement et des habitudes de vie du futur résident, de son histoire ; présenter la maison de retraite, ses avantages et ses contraintes aussi afin de générer de la confiance et faire en sorte que ce premier contact préfigure la relation future en institution.	Constitution d'une commission d'admission en cours
Validation de l'inscription	La personne s'inscrit pour 6 mois. Si dans cette période elle n'a pas confirmé son inscription elle n'est pas maintenue dans la liste d'attente.	
Visite préalable chaque fois que cela est possible	Inviter chaque fois les résidents et les familles à venir visiter la maison de retraite afin de se familiariser avec les locaux avec le personnel et comprendre mieux le règlement intérieur et le contrat de séjour	
Respect du droit aux choix	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'adhésion du futur résident à son admission en Maison de retraite. Signature du contrat de séjour par le résident, s'il en a la capacité. - Rencontrer, chaque fois qu'il est possible, le résident, hors la présence de sa famille (rencontre avec le Directeur) 	Signature du contrat par le résident ou par une personne habilitée.
L'accueil Un accueil préparé	Un rendez-vous effectif avec le résident et sa famille	Formaliser le protocole d'accueil Date :

<p>Une démarche d'accueil formalisée</p> <p>Préparer la structure et l'équipe à l'accueil du futur résident</p>	<p>Avec le médecin de l'établissement afin de réactualiser le dossier médical</p> <p>Le jour et l'heure d'arrivée seront définis à l'avance</p> <p>Horaire d'entrée : 15 h ou 12 h si la famille est présente et si elle souhaite partager le premier repas avec le résident.</p> <p>Pas d'admission le week-end</p> <p>Démarche d'accueil :</p> <p>La chambre est prête lors de l'arrivée du résident</p> <p>Lit – chevet – placard – fauteuil – table + petit mobilier apporté par le résident</p>	<p>Identification du médecin coordonnateur : le Dr OPOCZYNSKI</p>
<p>Formaliser l'arrivée du résident</p>	<p>Carte de bienvenue</p> <p>Dès l'arrivée du futur résident l'administration informe l'infirmière, l'aide soignante ou l'ASH qui prend le relais et accompagnera la personne âgée à sa chambre</p> <p>Un temps d'installation est laissé au résident et à sa famille, puis l'accueillant donne un rappel des informations pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sonnette, heure des repas, situation de la salle à manger - goûter + boisson au résident et à sa famille 	<p>Généraliser la formation à l'accueil</p>
	<p>Toute nouvelle entrée amène la présentation progressive des professionnels de l'Institution</p>	<p>TABLEAU annonçant les entrées et les sorties à l'accueil</p>
		<p>Réflexion par rapport à :</p> <ul style="list-style-type: none"> . l'annonce d'une nouvelle entrée . un dispositif de rencontre avec les autres . l'installation de la personne en salle à manger
<p>Développer la collaboration avec les familles et les</p>	<p>Optimiser le 1er contact avec la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> - impliquer les familles dans la démarche d'accueil 	<p>Livret de liaison</p>

proches du résident	<ul style="list-style-type: none"> - préparation de la chambre - petit mobilier, objets personnels - évoquer la notion de contrat avec la famille <p>Solliciter la famille et les proches à venir dans l'établissement</p> <p>Encourager les sorties en famille selon les possibilités</p>	Livret de vie en projet
----------------------------	---	-------------------------

5. La personne âgée dans l'institution

Les comportements et attitudes professionnels sont conformes à la Charte des Droits des Personnes Agées en institution ainsi qu'à la déontologie et à la philosophie du travail mené auprès des résidents.

La Maison de retraite est respectueuse des droits des personnes accueillies. Elle devient le domicile du résident et la personne âgée doit pouvoir y vivre avec ses désirs, ses goûts et ses habitudes.

L'ensemble du personnel est attentif à ces valeurs.

Les goûts :

- Goûts alimentaires
- Goûts vestimentaires
- Loisirs

Les habitudes :

- Habitudes de vie, rythmes de vie (veille, sommeil, repas)
- Habitudes sociales

les désirs :

- Les souhaits de la personne
- Ce qu'elle veut et ne veut pas
- Comment les susciter ?
- Comment y répondre ?

Même si, lors de son admission en Maison de retraite, les réalités de la vie collective lui imposent certaines règles, le résident doit trouver un espace physique et social lui permettant de continuer sa vie et la réalisation de ses projets, aussi simples soient-ils.

La maison de retraite doit permettre, le moment venu, l'accompagnement à la fin de vie. Jusqu'à la fin de sa vie, l'être humain est un être en devenir et l'Institution doit lui permettre de devenir ce qu'il souhaite être.

En effet, si l'on considère la personne comme un être en devenir, on ne doit pas oublier la « finitude » de la vie humaine. Il faut que chacun soit capable de parler de la mort de façon à pouvoir accompagner la vie jusqu'à la fin.

Dans ces axes, nous abordons :

- la personne âgée dans l'Institution
- donner du punch à la vie
- l'accompagnement en fin de vie

LA PERSONNE AGEE DANS L'INSTITUTION
--

Objectif	Proposition de prise en charge	Documents formalisés ou prise en charge en prévision
Considérer la personne âgée comme un <u>sujet</u> ayant des besoins, des désirs, des projets, des responsabilités	Etre vigilant à respecter la vie privée et l'intimité du résident. Utiliser systématiquement le vouvoiement. Eviter les termes / les actes qui infantilisent le résident.	Plan de formation sur la PEC de la personne âgée en institution.
Accueillir et prendre en charge la personne dans sa globalité	Adapter une approche conviviale et professionnelle afin d'éviter les confusions. Importance de la démarche d'accueil. Recueil des données sur les habitudes de vie. Repérer les besoins, les attentes, les désirs. Permanence du questionnement sur le bien-être physique et moral du résident	Tableau d'observation. Analyse des pratiques
L'entrée en institution devra être le moins traumatisant possible	Donner une place importante à la parole du résident. L'espace privatif : la chambre. Le respect de la personne. Respect de la citoyenneté de la personne. Respecter le choix de faire ou de ne pas faire. Maintenir les liens familiaux et sociaux.	Charte des droits des personnes âgées en institution.

PEC individualisée adaptée (autonomie, dépendance, déficiences mentales)	Mener une réflexion qui nous amène à proposer une prise en charge en fonction de la situation des résidents . autonomie, dépendance . soins . démences	Formation - relation d'aide - P.E.C des personnes atteintes de démence
Le rapport au résident se fait en fonction des droits et des devoirs réciproques	Faire connaître et afficher la charte des droits des personnes âgées hébergées en institution Elaboration des règles de vie communes dans l'établissement	Charte - règlement intérieur - contrat de séjour

« ... alors Maya répondit : « cachons la divinité de l'homme au plus profond de son cerveau puis j'étendrai dessus mon voile. Il fut fait ainsi. Depuis, l'homme cherche en vain des réponses à ses interrogations sur la vie éternelle » Vedas

Pour la première fois en France, nous sommes en présence de 4 générations qui cohabitent. L'allongement de l'espérance de vie oblige à re-codifier la vieillesse : le « barbon » de Molière avait 40 ans et, à cette époque, le vieillard en avait 60.

On parle de quatrième âge aujourd'hui, tant il est vrai que dans les services d'urgence des hôpitaux, bon nombre de retraités viennent consulter pour des fractures contractées en pratiquant des sports...extrêmes !

Seul problème : on ne veut pas voir des vieux qui ont l'air vieux !

S. Freud disait : « l'homme n'est pas fait que de chair et de sang, mais aussi d'images et de mots ». Nous n'existons que dans ce « bruissement du langage » cher à R. Barthes.

Pour exister, il faut *se conformer à être ce que l'on dit qu'on est*. Si l'autre est un miroir pour moi, je suis un miroir pour l'autre.

Image, représentation, symbole...quelle étonnante fortune que la psychanalyse a fait de ces mots-clés. Nous y faisons référence, nous tentons d'en comprendre tous les aspects et mécanismes et de nous en imprégner afin d'en exprimer du sens dans les différents aspects de notre travail.

Image de soi, estime de soi : pièces intimement imbriquées dans la construction de notre personnalité et éléments essentiels d'échange avec les autres, sa détérioration ou son déficit décide de l'intégration ou de l'exclusion (exclu : celui qui est enfermé dehors sans possibilité d'entrer).

Le personnel de la Maison de retraite de St Germain La Ville est très attentif aux éléments qui constituent *le plaisir de soi* :

- **les éléments matériels** qui concourent à procurer un bien être physique et moral. En effet comment être convaincu de conserver une valeur, d'être encore « aimable » par un de mes semblables si l'on me prend en charge comme une chose trop lourde, trop vieille, trop laide. Tout les gestes, toutes les attentions comptent quand il s'agit de
- convaincre que ce qui reste de vie à du sens. Le moindre détail matériel, s'il apporte du bien être physique porte aussi en lui un message moral qui dit que celui que l'on traite comme un Homme avec les égards dus à son humanité, en respectant sa dignité est bien un Homme.

Le personnel s'attachera donc à toujours avoir le sens de ce détail en plus, de cette attention qu'on aurait pour sa mère, comme veiller à ce que la personne soit bien assise, que sa peau ne soit pas en contact avec des matières irritantes (moleskine des fauteuils), qu'elle ne soit pas placée face au mur ou face au vide en haut d'un escalier, qu'elle n'attende pas de longs moments sur les toilettes. Le respect de ce bien être au quotidien passe aussi par le respect du linge personnel, sorte de seconde peau qui rassure et identifie (d'où un travail avec les familles pour que leur parent âgé puisse avoir un trousseau actualisé), le soin que l'on apporte à bien placer la personne à table avec des compagnons de repas amicaux. Il passe encore par les soins d'hygiène correctement et complètement faits comme les soins de bouche, l'hygiène de l'appareil dentaire et son corollaire pédagogique, à savoir, mettre son dentier et en prendre soin.

- **Les éléments symboliques** : valorisation des rôles sociaux, souligner les éléments liés à la séduction, donner ou redonner le désir de se montrer, de rencontrer les autres...

DONNER DU PUNCH AUX ANNEES

L' alimentation :

? Aspects nutritionnels

La qualité de vie des personnes âgées dépend principalement de leur état nutritionnel. Près de la moitié d'entre elles souffrent de malnutrition à leur entrée à l'hôpital ou en maison de retraite et la fréquence d'un déséquilibre alimentaire à domicile est largement sous-estimée.

Les conséquences de la malnutrition sont graves puisqu'elle diminue les capacités fonctionnelles, concourant ainsi à la perte d'autonomie. Des études épidémiologiques et

cliniques récentes montrent qu'elle peut être prévenue, dépistée et traitée avec efficacité, de façon simple et accessible à tous.

Les aspects de la problématique sont multiples : habitudes alimentaires, dénutrition, adaptation de la nutrition au vieillissement physiologique, alimentation en institution ... La réflexion d'un établissement d'hébergement doit pouvoir aborder ces questions

A l'heure actuelle, la tendance des conseils alimentaires pour la personne âgée – autant pour celle résidant en institution que pour celle vivant encore à domicile – n'est plus aux régimes dans le sens restrictif du terme. Elle est orientée vers une alimentation équilibrée, variée et suffisante.

Une alimentation équilibrée tient compte aussi bien de l'aspect qualitatif de la nourriture (choix judicieux et variété des aliments consommés) que de l'aspect quantitatif (manger selon ses besoins, ni trop, ni trop peu, de manière à maintenir son poids de forme).

? Aspects sociaux :

« Dans un bon plat, le sourire est la meilleure épice » Pierre Perret

Hormis les aspects nutritionnels, l'Institution se doit de respecter les composantes sociales (sinon affectives) de l'alimentation. Ainsi, la vie en collectivité, qui est souvent vécue comme une contrainte par les résidents, reprend les aspects de la vie sociale dans la mesure où l'Institution veille au maintien des relations entre résidents, mais aussi dans la mesure où l'on introduit dans le service des repas un minimum de « créativité » et d'esthétisme qui rende au temps de la restauration son potentiel de plaisir.

Il ne faut pas oublier que la nourriture assure le carburant de l'organisme, mais qu'en faisant le plein de calorie on fait aussi le plein de d'affectivité et de relations sociales. Un repas pris seul dans sa chambre devant un mur n'aura jamais la saveur d'un repas partagé.

La réflexion du personnel à la Maison de retraite de St Germain La Ville doit tenir compte des aspects conviviaux des repas afin d'en faire des temps forts de la journée, temps d'échange et de restauration du corps et du cœur en veillant au bien être des convives à la qualité du services et des plats. C'est donc toute l'équipe qui doit se mobiliser autour de ce sujet, que ce soit pour connaître les besoins et désirs alimentaires des personnes, que pour les satisfaire dans un climat chaleureux et gai.

Plusieurs objectifs doivent être atteints :

- assurer l'alimentation d'un groupe de personnes âgées, souvent fragiles, voire totalement dépendantes dans des conditions d'hygiène parfaite.

- favoriser la convivialité, faire plaisir, respecter les goûts, le repas restant un élément capital du choix et de la liberté du résident.

Objectif	Proposition de prise en charge	Documents formalisés ou prise en charge en prévision
<p>Respecter les rythmes de vie des personnes âgées</p> <p>Respecter les goûts</p> <p>Assurer l'équilibre alimentaire</p> <p>Conserver le désir de se nourrir</p>	<p>Le lever Petit déjeuner à 8 h Repas Sieste Animation Goûter Repas du soir 18 h chambres – 18 h 30 en salle Coucher Tisane Distribution des médicaments</p> <p>Recueillir le choix des résidents</p> <p>Proposer des repas variés, adaptés et équilibrés</p> <p>Proposer des « repas plaisir »</p>	<p>Meilleure organisation du travail en fonction des rythmes de vie en cours d'élaboration.</p> <p>Mise en place de la commission de menus courant 2^{ème} semestre</p> <p>menus visés par une diététicienne</p> <p>- décoration, service convivial - repas adaptés à thèmes ateliers cuisine</p>

6. L'accompagnement de fin de vie

Afin que notre travail ait un sens

« maintenant que j'en suis là... après une existence inutilement difficile... je comprends... me découvre tel que j'étais à mon origine...

de mes deux mains l'ayant pétri... le vide... bientôt, mon corps, entier une imaginaire seconde... pourra s'y dissoudre... tout le reste est mensonge » une personne de 94 ans en analyse avec Silvio Fanti.

6.1. L'accompagnement est une nécessité

Dans les moments très difficiles de sa vie, l'homme a besoin d'avoir une présence. Cette présence est nécessaire pour pouvoir « bien mourir » (une personne qui puisse attester que l'on a été vivant).

Nous avons appartenu à la Société des hommes et nous ne pouvons pas la quitter sans leur présence (sans leur autorisation) : la mort est une affaire sociale. On ressent, pour soi, ce besoin d'accompagnement. On le ressent aussi pour autrui : c'est une des marques de notre humanité. L'instinct grégaire est un instinct de résistance à la mort.

La personne âgée va se choisir un « accompagnant » avec qui elle aura des relations privilégiées.

6.2. L'accompagnement en fin de vie dans l'Institution :

Il est, certes, des paradoxes dans nos pratiques professionnelles et parmi ces paradoxes celui qui nous semble le plus aberrant, à savoir que dans un établissement d'accueil et de soins, il ne nous soit pas toujours possible d'accompagner « décemment » ou « comme il faudrait » la personne qui nous quitte. Peu importe la raison invoquée : manque de personnel, organisation du travail... il nous semble que nos pratiques doivent évoluer **afin que l'ensemble de notre travail ait un sens**.

Dans notre Etablissement il est aujourd'hui matériellement plus facile d'être présent au chevet d'une personne l'après-midi parce que le travail est moins pressant. Toutefois, notre souhait est de nous organiser et de détacher un accompagnant en fonction du besoin.

Mme Marie de Hennezel, psychologue et auteur du rapport « Fin de vie et accompagnement » remis en octobre 2003 à M. Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a regretté devant la mission qu'*« à la solidarité qui se manifestait autrefois autour des mourants se soit substituée une solitude, un chacun pour soi qui n'encourage pas à faire confiance aux autres et qui fait que l'on préfère compter sur soi »*.

Aujourd'hui, tout en étant attentifs aux évolutions des services spécialisés dans les soins palliatifs, il semble que la réflexion s'oriente davantage vers un concept de **soins continus** tendant à diffuser l'esprit et la philosophie des soins palliatifs à tous les services.

Le personnel de la Maison de Retraite de St Germain la Ville souhaite développer une réflexion autour d'une démarche d'accompagnement afin d'aider les résidents et leurs familles, sans pour autant s'immiscer dans un débat familial ou religieux, mais plutôt pour préserver une harmonie entre la personne âgée et son entourage, dans le respect de la vie du défunt et de sa mémoire.

Il faut que dans l'équipe, chacun soit persuadé de la nécessité de prendre ce temps du dernier partage. Cette nécessité d'aller jusqu'au bout n'est d'ailleurs pas à envisager du seul point de vue du mourant. Elle s'impose aussi aux personnels qui peuvent en ayant fait le chemin jusqu'au bout de ne pas souffrir abusivement du deuil. Tous nous redoutons la mort, parce que c'est l'inconnu, et que nous pensons y rencontrer la souffrance, la séparation, l'anéantissement et cette peur nous savons qu'elle est partagée par les personnes que nous

accueillons. Alors comment ne pas se sentir mal quand nous les laissons affronter seul ce que nous ne pouvons supporter ?

Il est donc nécessaire pour celui qui meurent, mais aussi pour que le personnel trouve chaque jour la force de construire une porteuse de sens qu'un projet d'accompagnement soi élaboré en équipe.

Il n'est pas question d'imposer à tous une démarche qu'ils ne se sentent pas la force de porter, mais de permettre, par une organisation adaptable, à ceux qui veulent être des accompagnant de le faire dans de bonne condition.

L' ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE

Objectif	Proposition de prise en charge	Documents formalisés ou prise en charge en prévision
Développer l'accompagnement en fin de vie afin d'aider les résidents et leurs familles		Formation interne à l'accompagnement en fin de vie Créer une culture de l'accompagnement
Assurer une fin de vie sans souffrance	? Lutter contre la douleur ? Lutter contre la souffrance psychologique	Equipe de soins palliatifs
Assurer une présence au chevet du mourant	? accompagnement des familles : accompagner les familles jusqu'à la morgue et les laisser se recueillir. Le personnel n'intervient qu'à la demande de la famille ? possibilité d'accompagnement par les résidents qui le désirent ? possibilité de rencontre de la famille par les résidents amis du défunt	Présence de la famille Relais par le personnel Organisation du planning permettant de dégager du temps
Accompagner le travail de deuil	? éviter la souffrance/pathologie liée au deuil	Vacation d'un psychologue Groupe de parole
Créer un rituel d'adieu	? favoriser les échanges avec les proches	Annoncer le décès et évoquer le souvenir du défunt

7. L'animation

L'animation est certainement le meilleur moyen pour redonner sa place de sujet au résident.

Les relations développées lors d'une animation sont des relations « symétriques » *normales*.

L'animation est un état d'esprit qui doit être partagé par tous. Elle doit privilégier la relation, permettre de maintenir un quotidien de qualité pour tous les résidents et détecter les éléments qui permettent à la personne âgée de faire face à l'institutionnalisme.

L'animation est constituée d'un ensemble d'actions dont les objectifs sont les suivants :

- ✍ Favoriser le lien social : créer ou entretenir des relations entre les personnes au travers d'activités afin de rompre l'isolement et la monotonie, d'apprendre à se découvrir, découvrir les autres et trouver des intérêts communs.
- ✍ Maintenir une certaine activité intellectuelle et manuelle, afin de préserver un niveau d'autonomie.
- ✍ Permettre l'expression des capacités créatives : prouver à chaque résident qu'il est encore capable de faire des choses en maintenant une certaine dextérité.
- ✍ Garder une ouverture sur la vie, ne pas avoir la sensation d'être inutile.
- ✍ Susciter l'envie de participer à des activités – animations. La vie en institution est la continuité de la vie, les activités proposées doivent être le reflet du projet de vie individuel (voire des activités antérieures).
- ✍ Il repose sur le respect d'un principe simple : proposer sans jamais imposer.

Une animatrice est actuellement présente dans l'établissement. Elle organise et coordonne différentes animations : jeux, sorties, évènements.

L'animation peut se décliner sous forme d'activités proposées par l'animatrice ou d'autres intervenantes, mais c'est surtout sous cette forme « d'état d'esprit » qui permet de maintenir, à un niveau élevé, la qualité des relations et des échanges : cette « animation au quotidien » consiste à véritablement « mettre de la vie » lors de chaque contact, que se soit au moment des repas, des couchers ou des levers, des toilettes, des soins et de tous les échanges afin d'entretenir la qualité de la vie à l'intérieur de l'Etablissement.

En effet, en dehors des moments spécifiquement consacrés aux soins, **le temps passé auprès du résident** ne doit pas être considéré comme « improductif » ou « travail non effectif ». Il fait partie intégrante du **prendre soin** en gérontologie.

Le projet d'animation, élaboré à partir de ces principes est annexé à ce document.

CONCLUSION

Ce travail a été élaboré à partir du vécu personnel de chaque membre de l'équipe, guidée par un animateur extérieur.

Nous avons abordé ce projet de vie à partir des besoins de l'être humain tels qu'ils sont codifiés par Abraham Maslow et traités dans l'Institution, avec pour seul souci une perspective d'amélioration des conditions de prise en charge.

Cette amélioration de la prise en charge est intimement liée à la perception de l'adulte âgé et à sa place dans la société. Insidieusement, l'Institution travaille à minorer la personne âgée, à lui nier son statut d'adulte pour ne « traiter » que les effets du vieillissement.

Or, la prise en charge, la relation d'aide, s'adresse à la personne, telle qu'elle est.

A la fin de ce travail de mise en perspective du travail à réaliser au service des résidents, nous avons voulu confronter nos résultats avec la **charte des droits de la personne âgée en institution**.

Voici cette confrontation : nous y retrouvons toutes les orientations que nous avons envisagées en adéquation avec les articles de la charte.

PRISE EN CHARGE ET CHARTE DES DROITS DE LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION
--

Objectif	Proposition de prise en charge	Documents formalisés ou prise en charge en prévision
<u>Article 1</u> Tout résident doit bénéficier des dispositions de la charte	? Affichage et mise en valeur de la Charte dans l'Etablissement <i>et dans les chambres</i>	En projet
<u>Article 2</u> Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalable et sans son accord	? Formalisation de la démarche d'accueil - visites et/ou rencontres préalables - conditions d'accueil et de séjour clairement exposées et expliquées.	

<p><u>Article 3</u> Comme tout citoyen adulte la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées</p>	<p>? Ethique et comportements professionnels (pas de termes infantilisants)</p> <ul style="list-style-type: none"> - vouvoiement de principe - la chambre devient l'espace privé du résident, le lieu privilégié de l'intimité (frapper avant d'entrer, respecter les objets personnels, respecter la pudeur et l'intimité) - expression des résidents au sein du Conseil de la vie sociale (7 membres titulaires) - consultation des résidents sur les menus (plats, désirs ...) 	<p>Travail d'enquête de satisfaction des menus à élaborer par le personnel</p>
<p><u>Article 4</u> Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits</p>	<p>? développer le travail d'écoute et d'expression lors des animations</p> <p>? choix du médecin traitant</p> <p>? choix de participer ou non aux animations</p>	
<p><u>Article 5</u> L'institution devient le domicile du résident. Il doit y disposer d'un espace personnel</p>	<p>la chambre est l'espace personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - inviter le résident à la personnaliser 	
<p><u>Article 6</u> L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins</p>	<p>? importance de la place de l'animation</p> <p>? importance de la démarche de soins : habitudes de vie, rythme des repas, autonomie.</p>	
<p><u>Article 7</u> L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures)</p>	<p>Cf. art. 4 et 6</p> <ul style="list-style-type: none"> ? programmes d'animation individuels et collectifs ? projet et démarche de soins centrés sur la 	<p>Projet d'animation en cours d'élaboration</p>

<p>dans le cadre d'un projet de vie</p> <p><u>Article 8</u> L'institution assure les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé</p> <p><u>Article 9</u> L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, horaires de visite souples, possibilité d'accueil pour quelques jours</p> <p><u>Article 10</u> Le résident doit retrouver sa chambre après une absence transitoire (hospitalisation, vacances etc....)</p> <p><u>Article 11</u> Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible</p> <p><u>Article 12</u> Le droit de parole est un droit fondamental pour les résidents</p>	<p>valorisation et sur l'autonomie</p> <p>? redéfinition des rôles des fonctions et des missions du personnel soignant (IDE, AS, ASH)</p> <p>? formaliser les temps de réunion et de rencontre avec les médecins afin de définir les objectifs de soin prioritaires</p> <p>Garantir ce droit en accord avec les familles</p> <p>Cette disposition est respectée en fonction des désirs du résident en liaison, le plus souvent, avec les familles ou le cadre juridique si nécessaire (tutelle, curatelle)</p> <p>Développer l'écoute systématique de tous les résidents, quelles que soient leurs caractéristiques (déficits, pathologies...)</p>	<p>Fiches de postes en cours d'élaboration</p> <p>Projet de soin en cours d'élaboration</p> <p>En projet</p> <p>Imprimés de réclamation/suggestions</p> <p>Carnet de liaison à l'essai</p> <p>Projet d'intégration des familles à formaliser</p>
--	---	--

LE PROJET DE SOINS :

Il s'agit pour l'équipe de construire un projet de soins au service de l'Homme et non de la médecine, puisqu'il nous conduit, avant tout, à déterminer comment nous voulons « prendre soin » des personnes résidant dans l'établissement.

Notre société qui court après la jeunesse éternelle a du mal à penser la fin de la vie autrement que comme un scandale qu'il faut faire cesser à tout prix, y compris dans les structures qui ont plus particulièrement la mission difficile d'accompagner les Hommes parvenus au bout de leur âge. Former pour guérir, pour vaincre la mort, les soignants, ne peuvent sans mal renoncer à cette toute puissance dont ils se croient dépositaires et s'inscrivent dans un schéma de santé triomphante qui devient vite maltraitant pour celui qui doit le subir et que l'on croit de bonne foi, servir.

Notre projet d'établissement se doit de réussir le mariage difficile du projet de vie et du projet de soins et s'appuyer sur cette affirmation : la vie ne doit pas être organisée pour plus de soins, mais les soins organisés pour plus de vie. Chaque acte de soins doit avoir du sens, non seulement par rapport à un corps malmené par l'âge, mais surtout par rapport à l'Homme qui l'habite. Cet Homme à une histoire, un sens, un destin à achever et même vieux, il doit en rester le maître. C'est pourquoi, il a été construit en équipe, pour confronter les points de vue et ne pas laisser le « médical » régler la vie.

L'homme se soigne pour vivre mieux, il ne vit pas pour se soigner, du moins tant qu'il est jeune et indépendant. Peut-on considérer comme un projet de vie, une liste de médicaments à prendre, d'exams médicaux à subir, alors même qu'il reste tant de choses à dire à ses semblables et si peu de temps pour le faire. Les soins doivent donc avoir pour but dans les ultimes temps de la vie, de mettre plus de vie dans la vie et non de la confisquer. Ne pas souffrir pour rester présent aux autres, voir le monde, l'entendre, participer à son mouvement n'est-ce pas aussi important pour celui qui va le quitter bientôt que de suivre sans faillir un régime sans joie. Force est de constater, pourtant, que ces éléments qui, d'un point de vue biologique ne semblent pas mettre en jeu le pronostic vital, font l'objet de peu de prise en charge. Combien de visite chez l'audio prothésiste, chez l'ophtalmologiste, chez le dentiste, pour les résidents ? Nous devons cesser de nous satisfaire de l'idée que vieux est synonyme de sourd, de non voyant, d'édenté, sans chercher si un remède est possible. Il est grand temps

pour tous les acteurs de l'institution d'admettre que ce qui ne tue pas le corps peut tuer l'esprit et que cette mort là est terrible à regarder.

Notre projet de soins se construit autour de l'idée que le vieillard dont nous avons la charge dans l'établissement n'est pas notre objet de soins, mais un sujet auquel il faut laisser un maximum d'autonomie. S'il est vrai que l'âge oblige à négocier différemment ses relations aux autres, rien n'impose que cela se traduise par la soumission. Or les pratiques de nos institutions font de cette soumission l'ordinaire des personnes âgées que nous préférons croire insensées, inaptés à comprendre les choix que nous faisons pour elles, incapables d'entendre la vérité sur leur état. Le projet de soins doit redonner un statut de sujet aux vieillards et le médecin coordonnateur doit veiller à ce qu'explication et information deviennent des principes auxquels aucun des intervenants de la structure ne s'autorisent à déroger.

La personne âgée dépendante, même en fin de vie, n'est la propriété ni de sa famille, ni de l'institution, ni du médecin qui la suit, malgré les pronoms possessifs devant les vocables qui la désignent. Il faudra encore lutter contre les habitudes, contre la tentation du pouvoir qui fait « savoir » par tous ce qui est bon pour l'autre quand jamais cela ne serait bon pour soi. Cette réhabilitation du sujet vieux, tellement contraire aux pratiques généralement admises semble de nature à faire naître des conflits, en particulier avec les familles qui doivent gérer l'ambiguïté de leurs désirs : mettre fin à la souffrance et à la dégradation de leurs parents et le conserver vivant à n'importe quel prix.

C'est donc dès les premiers contacts, que le personnel soignant, avec l'appui du médecin, et sans ambiguïté, doit accompagner les familles dans le travail de deuil qui commence. Cette communication qui prend en compte la culpabilité des familles, le besoin de savoir pour mieux faire face, doit permettre d'éviter les conflits autour du résident tout en respectant le secret professionnel et le droit du patient même âgé.

C'est à partir de ces considérations, en ayant conscience qu'on ne guérit pas de la vieillesse, que nous avons construit un projet de soins qui se doit de respecter l'Homme tout en assurant sa sécurité, en préservant ses chances de profiter du temps à vivre sans souffrances inutiles, sans contraintes abusives.

Notre réflexion s'est appuyée sur les résultats de l'auto évaluation ANGELIQUE, le cahier des charges de EHPAD fixé par l'arrêté du 26 avril 1999 et la Charte des Droits des personnes âgées dépendantes.

1. ORGANISATION DES SOINS

1.1. STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE

1.1.1. La notion d'équipe

Prendre soin des résidents de l'établissement, veiller à leur sécurité, maintenir pour chacun une autonomie maximale et une qualité de vie digne, impliquent une alliance de tous les acteurs de la prise en charge. Cela implique aussi, même si l'on considère que chacun à un rôle à jouer et qu'il n'en existe pas de mineur, que chaque fonction soit clairement identifiée, que les rôles de chacun soit définis et les délégations réglementées.

L'équipe chargée de « prendre soin » des résidents est une équipe pluridisciplinaire, qui dispose de ressources internes auxquelles il faut pouvoir ajouter en cas de besoins des ressources externes plus spécialisées.

1.1.2. Les ressources internes

✍ Le médecin coordonnateur

La fonction de médecin coordonnateur a été créée par le décret N° 99. 316 et 99. 317 du 26 Avril 1999. et l'arrêté fixant le cahier des charges des EHPAD.

Il a pour mission de coordonner l'ensemble des activités médicales et paramédicales et de développer les actions de coopérations. Il assure la coordination des interventions des autres médecins libéraux afin de respecter le libre choix des résidents. Il veille à la qualité des soins, au respect de la réglementation et de la déontologie dans son domaine d'activité et coordonne les interventions dans l'établissement des prestataires de soins externes : kinésithérapeute, pédicure, secteur psychiatrique, ainsi que les prestations fournies par les établissements de santé publics ou privés du secteur. Les intervenants libéraux devront adhérer au règlement intérieur qu'il aura établi.

Le médecin coordonnateur a également pour mission d'assurer la permanence des soins (garde médicale) et de donner son avis sur les admissions.

Il participe à l'élaboration du dossier médical du résident et veille à sa bonne utilisation.

Il participe autant qu'il lui est possible au colloque quotidien et aux réunions du groupe de travail « suivi du projet de soin »

Il est l'interlocuteur médical du Directeur, est partie prenante dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soin ainsi que l'organisation générale des soins prodigués par l'équipe soignante dans le cadre plus général du projet d'établissement. A ce titre, il participe, par ces indications, à la maîtrise des dépenses de soins.

Il est également l'interlocuteur médical des différentes administrations et des caisses d'assurances maladie.

Il participe aux actions de formation internes du personnel en ce qu'elles concernent l'adaptation et la qualité des soins prodigués, et peut proposer au directeur des actions de formation qu'il juge nécessaires.

Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des protocoles concernant les activités médicales et paramédicales ;

Il assure l'information des résidents sur leur état de santé, les traitements et régimes prescrits et dans le respect des droits des malades fixés par la Loi du 4 Mars 2002, informe les familles.

Il établit annuellement un rapport d'activité médical.

Ces éléments sont repris dans la fiche de poste annexée au présent document.

Le Docteur OPOCZYNSKI, un des deux médecins salariés rémunérés à la vacation dans l'établissement, doit devenir le médecin coordonnateur à la signature de la convention.

OBJECTIFS	MOYENS D'ACTION	DATE DE MISE EN OEUVRE	MODALITES D'EVALUATION
Garantir la sécurité des soins en interne	Visite de pré-admission Formaliser des protocoles Coordonner l'action de l'équipe Mettre en place des formations Création d'un dossier médical standard	Année 2004 - 2005	Nombre d'entrées inadaptées à évaluer Protocoles Programme des formations Dossiers médicaux
Evaluation des résidents	Visite d'entrée avec bilan standard Réévaluation périodique	Année 2005	Calendrier des évaluations
Coordonner l'action des intervenants libéraux	Formaliser un « règlement intérieur » médical	1 ^{er} semestre 2005	Signature par les intervenants libéraux Dossiers médicaux
Assurer la permanence des soins	Etablir un protocole de la garde médicale	1 ^{er} semestre 2005	Signature par les médecins libéraux Appel au 15
Garantir l'accès aux soins spécialisés	Convention avec les établissements de santé et médecins spécialistes	Année 2005	Conventions signées Dossiers médicaux

Satisfaire à obligation légale de diplôme spécialisé	Formation à financer ?	En cours	Diplôme
Informations des résidents et familles	Instaurer une possibilité de rencontre	Année 2005	Nombre de familles vues Enquête de satisfaction en 2005

✍ **Les Infirmières**

L'établissement dispose aujourd'hui d'un effectif de 4 ETP d'infirmières occupés par 5 Personnes dont 4 à temps partiel. D'horizon divers, aucune n'a suivi de formation particulière en gérontologie, ni de formation à l'encadrement et à l'animation d'équipe.

A ce jour, les infirmières assurent les soins infirmiers dans le cadre de leur décret de compétence (Décret N°2002-194 du 11 février 2002), la surveillance des résidents, la préparation et la distribution des médicaments. Elles assistent à tour de rôle à la visite du médecin salarié et s'occupent des suites à donner (examens, visite de spécialistes etc.)

Elles assurent une astreinte en dehors des heures de présence normale et répondent à cette occasion aux demandes d'intervention des AS (surtout la nuit). L'astreinte n'est pas rémunérée au tarif légal fixé en juin 2003, par ailleurs sans système garantissant la permanence des soins médicaux, cette pratique n'a que peu de sens. Elle conduit à des pratiques dangereuses (prescriptions téléphoniques) et illégales.

Le projet de soins prévoit un renforcement de la collaboration des infirmières avec les Aides Soignantes dont elles doivent coordonner et évaluer les actions pour assurer la sécurité des soins et auxquelles elles doivent déléguer certaines missions dans le cadre réglementairement fixé (articles 3 et 4 du décret N°2002-194 du 11 février 2002).

Par leurs actions de formation et de conseil au sein de l'équipe, par leur investissement dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de « fiches de bonnes pratiques » elles concourent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces actions visent aussi à garantir que la « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » est respectée dans l'établissement.

Les infirmières s'assurent de la bonne qualité des observations et transmissions fournies par tous les acteurs de la prise en charge. Elles veillent à la transcription de toutes les informations utiles dans le dossier du résident et à la bonne transmission de ces informations lors des transferts vers un autre établissement, vers un établissement de santé ou à l'occasion d'une visite chez un médecin spécialiste.

Elles participent à l'encadrement et à la formation des élèves dans le cadre des stages professionnels de la même façon qu'elles s'assurent des modalités de formation et d'intégration des nouveaux personnels.

Elles partagent leurs connaissances professionnelles avec le reste de l'équipe de manière à enrichir le contenu de chaque action et d'en accroître l'efficacité.

Elles développent des projets nouveaux pour mieux répondre aux défis de l'aggravation de la dépendance (nutrition, incontinence, prise en charge des personnes dites démentes etc.).

Une infirmière référente doit être désignée. Elle devra coordonner ces actions et faire le lien avec le médecin coordonnateur et la direction sans que pour cela soient négliger les relations directes en l'équipe. Elle s'assurera que les relations avec les familles permettent une bonne circulation de l'information. Elle établira avec l'équipe les besoins en matériels et produits de soins et veillera à leur bonne utilisation dans un souci de maîtrise des dépenses. En collaboration avec la direction, elle établira les plannings de travail, donnera un avis motivé sur les demandes de congés, sur les formations à envisager et participera à l'évaluation annuelle des aides soignantes et des ASH . Dans un premier temps ce rôle sera pris en charge par chacune des infirmières de l'établissement par période de deux mois. Chacune sera évaluée à l'issue de sa période d'intervention et le système lui-même sera évalué avec le médecin coordonnateur afin de déterminer la pertinence du système ou éventuellement de proposer une autre solution. Compte tenu du GMP constaté et de la charge en soins infirmiers importante, un renforcement de l'équipe sera à prévoir de façon à ce que le rôle de référente ait du sens.

OBJECTIFS	MOYENS D'ACTION	DATE DE MISE EN OEUVRE	MODALITES D'EVALUATION
Normalisation de la préparation des médicaments	Acquisition de 2 armoires à pharmacie	Janvier 2005	Conformité à la réglementation
Standardisation du dossier de soin	Elaboration du dossier type Formation transmissions ciblées Informatisation du dossier	Mars 2005 Mai 2005 Janvier 2006	Utilisation du dossier
Préparation des admissions et transferts	Commissions d'admission Fiche de liaisons Evaluation des besoins de soins	1 ^{er} trimestre 2005	Nombre de rendez-vous Visa des fiches

Organiser et Coordonner les actions de l'équipe soignante	Désignation d'une infirmière référente Fiche de poste Temps IDE supplémentaire	Septembre 2004 0,5 ETP en Janvier 2005	Actions menées Taux d'encadrement
Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge	Protocoles à formaliser	Septembre 2004	Nombre de protocoles
Garantir la qualité et la régularité de l'information	Création d'un colloque quotidien Réunion mensuelle avec le médecin coordonnateur et la direction	Septembre 2004	Régularité du colloque et participation Calendrier des réunions
Délégation aux aides soignantes	Protocole de délégation Protocole de signalement des incidents de délégation Renforcement de l'équipe AS	1 ^{er} semestre 2005 + 3 ETP au 01/01/05	Délégations effectives Déclaration d'incidents Evolution du taux d'encadrement vers 0,3 AS / lits
Transmettre des connaissances professionnelles pour enrichir les tâches	Journée mensuelle de formation	Année 2005	Nombre d'actions Calendrier
Accompagner les familles	Permanence d'accueil	2005	Nombre de rencontres
Accompagner l'équipe et évaluer la qualité	Fiches d'observation à créer Travail avec l'équipe	Année 2005	Evolution du nombre des dysfonctionnements

☞ Les Aides Soignantes et AMP

L'effectif de l'établissement compte 15 postes d'Aide soignante dont 4 sont occupés par les agents de nuits.

Compte tenu de la charge de travail lié à la dépendance lourde cet effectif est complété par des ASH qui de fait font fonction d'AS.

La sécurité des soins et de la prise en charge rendent nécessaire un programme de qualification de ces agents de manière à pouvoir les faire entrer dans un processus de validation des acquis de l'expérience professionnelle dès que la possibilité sera offerte.

Les Aides soignantes assurent l'accueil, les soins, l'hygiène corporelle des résidents en collaboration avec les infirmières.

Elles mettent en œuvre des actions préventives pour éviter la survenue ou l'aggravation de certaines pathologies.

Elles mettent en œuvre des actions destinées à maintenir l'autonomie des personnes âgées. Leur mission s'étend à tout ce qui concerne la qualité de l'environnement du résident et dans ce cadre, elles participent avec les ASH à l'entretien des locaux et matériels utilisés par ou pour les résidents

En application du décret N°2002-194 du 11 février 2002, elles collaborent avec les infirmières et reçoivent certaines délégations après que leur aptitude ait été évaluée par l'infirmière référente.

Cette collaboration régulière est nécessaire à la sécurité de la prise en charge. En effet les aides soignantes, par des observations attentives et retranscrites avec professionnalisme permettent une meilleure adaptation des prises en charge et traitements.

Par ailleurs les compétences acquises en formation et transmises aux ASH dont la collaboration est indispensable pour satisfaire toutes les attentes des personnes âgées prises en charge, doivent permettre de prévenir les infections nosocomiales, l'apparition d'escarres ou autres pathologies liées à une mauvaise pratique professionnelle.

Les aides soignantes qu'elles soient titulaires du DPAS ou du Certificat d'aptitude aux fonctions d'AMP accompagnent les résidents dans leur vie quotidienne dans tous ses aspects. Elles sont, elles aussi, garantes du respect de la dignité de la personne âgée en institution dans la mesure où elles ont à cœur de suivre les principes de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante lors de la dispensation des soins.

Il convient de noter les informations suivantes et de les intégrer aux pratiques de l'établissement.

- *peuvent être réalisés par les AS : les actes du rôle propre infirmier (voir le décret du 11.02.02) à conditions :*
 - *qu'ils ont reçu l'enseignement correspondant (ex : prise de tension enseignée...)*
 - *qu'ils sachent mettre en œuvre effectivement l'acte (ex : ils sont capables de prendre une TA)*

Cette dernière condition suppose d'avoir vérifié (le cadre de santé par ex) les compétences de l'agent et de consigner sur une liste tenue à jour des actes qu'ils sont capables d'effectuer.
- *Le refus de distribuer des médicaments par un aide-soignant jugé comme une faute professionnelle par le conseil d'état. (Conseil d'Etat dans une décision du 22 mai 2002)*

Les aides soignantes ont un rôle essentiel à jouer dans la tenue des dossiers de soins, la qualité des transmissions peut parfois se révéler vitale.

OBJECTIFS	MOYENS D'ACTION	DATE DE MISE EN OEUVRE	MODALITES D'EVALUATION
Préciser le rôle des AS	Fiche de poste à établir	Février 2005	Mise en service de la fiche de poste
Adapter le planning aux objectifs de qualité de la prise en charge	Evaluation de la charge de travail Renforcement de l'équipe « soins » Modification des plannings	4eme trimestre 2004 + 3 AS Janvier 2005	Nouveau planning Evolution du taux d'encadrement
Qualité et régularité des soins d'hygiène	Planification murale	1 ^{er} trimestre 2005	
Intégration des ASH dans la prise en charge	Planification des tâches Fiche de postes Encadrement Formation des ASH	Mai 2004 à Mai 2005 Décembre 2004 à Mars 2005	Fiches de postes Protocoles Nombre d'agents formés
Bonne utilisation des systèmes de contentions	Formation par IDE et médecin coordonnateur	Mars 2005	Visuelle par IDE
Transmissions régulières et pertinentes	Formation Elaboration et utilisation du dossier de soins	Mai 2005	Dossier
Collaboration avec les infirmières	Délégation à mettre en oeuvre	Mars 2005	Délégations effectives
Qualité des prises en charge	Protocoles à formaliser et à mettre en oeuvre	Septembre 2004	
Garantir la qualité et la régularité de l'information	Participation au d'un colloque quotidien	Septembre 2004	Régularité de la participation

✍ Les Agents des Services hospitaliers

Dans les établissements médico-sociaux, comme la Maison de Retraite de Saint Germain la ville, il est impossible d'exclure les Agents des services Hospitaliers de la réflexion sur la qualité des soins.

Parce que les effectifs d'aides soignantes ne peuvent pas permettre la réponse correcte à la dépendance constatée à ce jour, nous sommes contraints d'avoir recourt aux ASH pour compléter l'effectif. Ces agents doivent collaborer avec les aides soignantes pour prendre soins également de tous les résidents.

Les ASH les plus confirmés participe déjà de manière régulière aux missions de l'équipe de soins. Les autres ont été invités à collaborer depuis le mois de mai 2004 et à prendre en charge l'aide de personne peu dépendante.

Toutefois, puisque c'est une nécessité pour l'établissement, il faut pouvoir accompagner ce changement en assurant l'accompagnement et la formation des agents concernés.

OBJECTIFS	MOYENS D'ACTION	DATE DE MISE EN OEUVRE	MODALITES D'EVALUATION
Préciser le rôle des ASH	Fiche de poste à établir	Mai 2004	Mise en service de la fiche de poste
Adapter le planning aux objectifs de qualité de la prise en charge	Modification des organisations de travail	Mai 2004	Nouveau planning
Qualité et régularité des soins d'hygiène	Planification murale	Janvier 2005	
Intégration des ASH dans la prise en charge	Formation à mettre en place	Décembre 2004 à Mars 2005	Participation à la formation
Requalification des emplois	Formation professionnelle Transformation des postes VAE	1 agent en 2004 + 1 2005 - 2006	Nouvelles AS AMP

1.1.3. Ressources externes

Actuellement, l'établissement n'a formalisé aucun partenariat, toutefois certaines pratiques sont mises en place afin de mieux prendre en charge les pathologies psychiatriques. L'équipe du secteur psychiatrique intervient régulièrement soit dans le cadre d'une consultation du psychiatre sur place, soit par la visite de l'infirmière de secteur. La formalisation de ce partenariat est à prévoir et d'autres ressources externes doivent être sollicitées pour garantir l'accès des résidents aux soins spécialisés que leur état requiert.

De la même façon, l'approvisionnement de l'établissement en médicaments doit être revu notamment en ce qui concerne l'organisation matérielle de cet approvisionnement puisque après signature de la convention tripartite et en l'absence de Pharmacie à Usage Interne, les médicaments seront sortis du budget pour l'ensemble des résidents.

OBJECTIFS	QUI	DATE DE MISE EN OEUVRE	COMMENT
Formaliser l'intervention du secteur psychiatrique	Médecin Coordonnateur Directeur	Janvier 2005	Signature d'une convention
Facilité l'accès aux services spécialisés du CH de CHALONS	Médecin coordonnateur Directeur	2005	Signature d'une convention
Pouvoir faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs	Médecin coordonnateur Directeur	2005	Signature d'une convention
Accès aux soins dentaires	Médecin coordonnateur	2005	Convention ?
Améliorer l'approvisionnement en médicament.	Directeur	2005	Mise en concurrence des prestataires possibles.

1.2. Quels soins l'établissement peut-il assurer

1.2.1. Les soins de base

Les résidents qui entrent à la Maison de retraite de Saint Germain la Ville doivent tous faire face à une perte d'autonomie dans les actes essentiels de la vie. Cette perte d'autonomie est plus ou moins sévère et la réponse de l'institution dans un objectif de maintien de l'autonomie restante doit être personnalisée.

Aujourd'hui une fiche individuelle synthétise ce qui est mis en place pour chaque résident. Il y a lieu de compléter cette fiche pour en faire un véritable outil de réflexion autour du projet individuel du résident avec évaluation des besoins de soins du résident à l'entrée, formalisation des objectifs de soins et évaluation régulière de l'adaptation de la réponse institutionnelle. Cette fiche sera intégrée au dossier de soins. Dossier individuel partagé par tous les intervenants

1.2.2. Le suivi médical

La réglementation prévoit que les résidents doivent avoir le libre choix de leur médecin traitant. Cette possibilité sera rappelée dans le nouveau livret d'accueil et dans les documents réglementaires (contrat de séjour, règlement de fonctionnement).

Toutefois, la démographie médicale et la situation géographique de l'établissement limitent la portée de cette disposition.

Aujourd'hui 4 médecins interviennent dans l'établissement en sus des 2 médecins salariés et ceci pour une minorité de résidents. Pour l'essentiel, le suivi médical des résidents est assuré

par les docteurs OPOSZYNSKI et DUHAMEL qui assure chacun une consultation hebdomadaire.

Le médecin coordonnateur devra s'assurer que chaque résident même s'il ne le sollicite pas bénéficie bien d'un suivi médical régulier, il définira le contenu minimal de cette visite et sa fréquence et en établira le calendrier.

Il établira également dans le cadre du règlement intérieur les modalités de consultations des autres intervenants, les conditions de réponse aux urgences, et la nature des informations à transmettre à l'équipe et à lui-même dans le cadre de sa mission de coordination des soins. Il veillera également à ce que le contenu du dossier médical soit suffisant pour assurer la sécurité du résident et le suivi par l'équipe.

La personne âgée demeurant un **sujet** de droit et de soins, chacun s'attachera à ce que le droit à l'information et le recueil du consentement éclairé inscrit dans la loi du 4 mars 2002 soit respecté par les intervenants. De la même façon, le dossier médical comprendra un document dans lequel, le résident s'il est en état de l'exprimer fera état de ses choix : référent familial, personne de confiance, attitude face à la fin de vie au début de son séjour.

1.2.3. Les prescriptions

La question est difficile à traiter, toutefois, à partir du constat réalisé par plusieurs enquêtes des effets iatrogènes des ordonnances en gériatrie, une réflexion sur les bonnes pratiques de prescription pourra être conduite par le médecin coordonnateur par exemple dans le cadre d'une formation médicale continue. L'établissement pourra être initiateur de cette démarche pour plusieurs établissements.

Par ailleurs, des protocoles signés par le médecin coordonnateur sur les conduites à tenir face à certains symptômes présentés par les résidents, en dehors des temps de présence des médecins et selon une liste strictement limitative, permettront de répondre aux demandes bénignes. En dehors de ces protocoles, le recours aux prescriptions téléphoniques est strictement interdit.

Un cadre sera donc établi pour fixer les réponses à apporter aux urgences (gardes médicales avec obligation de déplacement ou appel au centre 15). Cette organisation devra être effective dès le mois de Janvier 2005.

2. QUALITE DES SOINS

2.1. limites des compétences de l'établissements

la Maison de Retraite de Saint Germain la ville n'a pas la prétention d'être un établissement de santé. Les personnes qu'elle accueille ne sont pas là pour se soigner, on ne guérit pas de la

vieillesse, mais pour bénéficier d'un accompagnement dans leur vie quotidienne qui leur assure sécurité et bien être. Si l'acharnement thérapeutique doit être proscrit de notre pratique de soins, la négligence doit l'être tout autant. Certains soins, certains traitements ne peuvent être dispensés dans une maison de retraite qui dispose d'un personnel infirmier réduit, dont la présence n'est pas permanente. Si nous devons faire tout ce qui est possible pour maintenir le résident dans son environnement habituel, cela doit se faire sans perte de chance.

Le médecin coordonnateur s'assurera que chaque résident reçoit les soins que son état requiert à partir des informations transmises par l'équipe. De la même façon, tous les soins prescrits pour être effectués dans la structure devront être compatibles avec les moyens dont nous disposons. En cas de difficultés, l'équipe soignante devra organiser une concertation afin d'adopter la conduite la moins préjudiciable pour le résident, sachant que les hospitalisations ne doivent être décidées qu'au bénéfice du résident.

2.2. Lutte contre la douleur

Si longtemps on a donné à la douleur des vertus rédemptrices et à ce titre, cautionné l'inaction devant elle, les choses ont heureusement évolué et aujourd'hui, depuis 1994 divers textes font de la lutte contre la douleur une obligation légale (Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur.). En matière de formation continue, l'évaluation et la prise en charge de la douleur font partie des actions prioritaires définies par le ministère de la Santé.

Malgré cela, la souffrance des sujets âgés est souvent négligée. « Les personnes âgées ont forcément des douleurs; elles crient pour rien ; elles ne sentent plus comme nous » sont des idées reçues qui ont la vie dures chez les professionnels du soin. De la même façon la prescription d'antalgiques majeurs reste difficile que ce soit par idéologie, par indifférence ou par crainte de possibles effets secondaires.

Or en dehors de ce qu'elle est elle-même, la douleur a des retentissements négatifs sur tous les aspects de la vie du sujet douloureux et par la même sur ses proches et l'équipe qui le prend en charge.

Pour répondre aux injonctions réglementaires, mais surtout dans un souci éthique nous devons donc mettre en place une démarche cohérente de prise en charge de la douleur. Le personnel sera formé dans ce but dès le mois de novembre 2004. La formation réalisée dans l'établissement permettra à tous les acteurs de la prise en charge d'avoir les mêmes références dans ce domaine, de manière à ce que si nous ne pouvons éviter son apparition, la douleur ne soit pas autorisée à s'installer.

Le médecin coordonnateur sera chargé de faire appliquer et d'évaluer le protocole ainsi mis au point.

2.3. Prévention de la maltraitance

L'institution porte en elle, par son organisation « collective », tout ce qu'il faut pour être maltraitante. La meilleure maison de retraite est dans ce domaine toujours sur le fil du rasoir. Une surcharge de travail, une absence, une contrariété peut faire déraiser le professionnel qui se croit à l'abri. Qu'elle soit active ou passive, qu'elle trouve son origine dans une simple négligence, la maltraitance est inacceptable. Loin des actes violents, des agressions que nous rejetons d'ambles, elle prend souvent le visage de la banalité et profite du silence de tous (complicité ?). Ne pas offrir des soins de qualité, ignorer la souffrance de l'autre, négliger la prise en charge

- Hygiène insuffisante (toilette, change....)
- Oubli sur la chaise percée
- Repas expédiés
- Gavage
- Contentions de « tranquillité »

Sont autant de maltraitances qui ne peuvent être tolérées. Elles portent atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne vulnérable. Il faut encore ajouter que le personnel n'est pas le seul à devoir être mise en cause : Les familles peuvent être maltraitantes de même que les autres résidents.

Chaque agent a le devoir de signaler les soins ou comportement maltraitants au directeur, au médecin coordonnateur, aux infirmières. La loi lui en fait obligation et le protège.(ANNEXE 1.)

Il appartient au directeur de montrer que dans ce domaine, aucune tolérance n'est possible. Toutefois, lutter contre la maltraitance n'est pas une fin en soi. Si faire subir à un autre soi-même, ce que jamais nous n'accepterions que l'on nous fasse est inadmissible et si nous nous attachons à examiner au plus près nos pratiques pour en exclure toute maltraitance volontaire, l'indifférence est aussi une tentation qu'il faut combattre pour donner le jour à une institution bien-traitante.

L'établissement mettra donc en place un comité de vigilance pluridisciplinaire dont la mission sera d'analyser les pratiques et de faire des propositions d'actions de sensibilisation auprès de tous. Cette réflexion ne doit pas être culpabilisante, mais au contraire nous garantir contre les pratiques maltraitantes.

2.4. Les outils de la qualité des soins

Une démarche de soins de qualité se construit autour d'une organisation d'actions communes dont le résident est le centre. Cette organisation doit être efficace, pertinente et admise par tous. C'est pourquoi un groupe de travail représentant l'équipe soignante a réfléchi pour proposer des outils adaptés aux spécificités de notre établissement mais qui prennent en compte pour les transposer les dispositions réglementaires quand elles existent ou les guides bonnes pratiques de l'ANAES. Ces outils organisent la prise en charge individuelle, et adaptée de chaque résident.

2.4.1. Les transmissions

L'ensemble des informations concernant les résidents doit être transmis partager par tous, pour permettre la continuité et la sécurité de la prise en charge transmise. Un temps de partage des informations qui permet de proposer en équipe la meilleure réponse, en terme de prise en charge, à une situation donnée, va être institué à partir du 6 septembre 2004. Ce colloque, d'une durée très encadrée et auquel participera le médecin coordonnateur, permettra de travailler les qualités d'observation et d'analyse de chacun, mais aussi de fixer de manière non discutable les options de soins retenues.

Les informations et décisions seront retranscrites dans le dossier de soins et les actions à mettre en œuvre feront l'objet d'une planification murale qui sera l'un des objectifs de l'infirmière référente d'ici le mois de janvier 2005.

Par ailleurs afin d'aider l'équipe à maîtriser ses transmissions une formation sera proposée en interne dans le courant de l'année 2005.

Par ailleurs, la situation très excentrée et dispersée des locaux de soins ne permet ni une surveillance correcte des résidents, ni une bonne circulation des informations. Le projet d'établissement prévoit donc comme une priorité un déplacement de ces locaux. Afin de rendre efficient les outils précédemment évoqués.

2.4.2. Le dossier de soins

Le dossier de soins doit permettre l'accès à tout moment et en confiance aux informations qui concernent un résident et qui peuvent avoir une importance vitale.

Le dossier de soins en service à la maison de retraite de Saint Germain la Ville doit être repensé de manière à être fonctionnel et reconnu par tous les membres de l'équipe comme un outil essentiel de la qualité des soins. Il doit être le seul document auquel se référer, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Tous les acteurs de la prise en charge doivent le renseigner.

Un groupe de travail commencera donc en mars 2005 à travailler à l'élaboration d'un « dossier unique partagé » qui devra permettre à terme (en 2006) une informatisation de ce dossier.

2.4.3. Les protocoles

La qualité doit être une nécessité pour chaque soignant, elle doit aussi être régulière. Il est impensable que chacun interprète à sa façon une décision de l'équipe.

Pour assurer une réponse adaptée, conforme à la réglementation et sécurisée. Le groupe de travail « projet de soins » travaille depuis plusieurs mois à l'élaboration de protocole et de fiche de bonnes pratiques. Il n'en existait aucune avant ce jour

Le travail doit se poursuivre en permanence soit pour élaborer ces protocoles, soit lorsque cela est fait pour les évaluer et les adapter en cas de besoin.

Aujourd'hui, le groupe de travail a élaboré un protocole concernant la prévention des risques liés aux fortes chaleurs, un protocole concernant les chutes, la prévention et le traitement des escarres. D'autres sont en cours d'élaboration concernant les situations d'urgence, les contentions, la dénutrition.

L'objectif est qu'en 2005 ces protocoles soient opérationnels.

3. LES PRISES EN CHARGES SPECIFIQUES

3.1. La prise en charge des personnes dites démentes

Le pourcentage de résidents atteint de détérioration intellectuelle ne cesse de croître. Parce que l'entourage proche s'y épuise, c'est l'une des premières causes des demandes de placements.

Aujourd'hui l'établissement ne propose pas une prise en charge spécifique pour ces personnes, donc on peut dire que la prise en charge est inadaptée et cela pèse sur la vie des autres résidents mais aussi sur les conditions de travail du personnel. La réponse en terme de sécurité est trop souvent la contention ou l'enfermement ce qui ne peut être cautionné même si on peut comprendre ce qui pousse le personnel à agir.

Pour améliorer cette situation, l'intervention de la psychiatrie de secteur doit être formalisée et développer dans le cadre d'une convention à signer avec l'EPSDM ;

La Maison de Retraite de Saint Germain la Ville est située au cœur d'un parc arboré non clôturé. Les normes de sécurité nous interdisent de fermer les issues de secours, or, il est facile pour une personne âgée, même faible de manœuvrer la barre anti-panique. Les locaux

sont vastes, essentiellement en rez de chaussée et il est difficile d'exercer une surveillance visuelle des personnes qui déambulent.

Dans un délai assez court, les accès de l'établissement doit donc être sécurisés. Nous réfléchissons au système le plus apte à protéger les résidents sans donner une impression d'enfermement.

Par ailleurs, notre mission n'est pas simplement de garder ces personnes et d'éviter qu'elles ne se mettent en danger. Nous devons aussi leurs proposer un projet de vie qui leur permette de sauvegarder autant que possible leur dignité et leur autonomie.

La création d'une unité autonome spécialisée peut être envisagée. Toutefois, n'est-ce pas créer un ghetto ? Et quand la déambulation n'est plus un problème comment concilier maintien dans un lieu de vie qui doit être un domicile de substitution et logique institutionnelle qui voudrait que l'on fasse de la place pour de nouveaux déambulants.

La solution est sans doute dans la création d'un secteur protégé autour du patio offrant un accès sur à l'extérieur et fonctionnant comme un accueil de jour et de nuit, qui laisse le résident dans son « logement » mais lui propose de jour comme de nuit des espaces de déambulation et d'activité.

Cela nécessite la modification des locaux et la création d'une zone d'activités encadrées. Par ailleurs le renforcement de l'effectif par l'apport des compétences de plusieurs AMP dont une de nuit, serait indispensable et d'un psychomotricien. Par ailleurs certaines activités demanderont l'intervention, dans le cadre de vacances, de partenaires spécifiques capables de mettre en place des ateliers plus spécialisés (musique, arts plastique).

3.2. L'accompagnement de fin de vie

Depuis de nombreuses années, la législation a inscrit dans les textes le droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie. Si certains ont une portée générale, d'autres fixent plus spécifiquement les obligations de l'établissement vis à vis des personnes âgées qu'il accueille. Il peut être utile de les rappeler

3.2.1. Le droit à l'accompagnement de fin de vie

Dès 1986, la circulaire dite « Laroque » du 26 août 1986 organise la prise en charge des malades en fin de vie et officialise la création d'unités spécialisées en soins palliatifs. Cette circulaire définit les soins d'accompagnement qui comprennent la prévention et la lutte contre la souffrance, la prise en charge psychologique du malade et de sa famille, la prise en considération des problèmes sociaux et spirituels. Cette circulaire insiste sur l'importance de

la famille et introduit une notion de prévention des deuils pathologiques dans le cadre d'un accompagnement après le décès. Elle développe également les compétences requises par les personnels et les besoins de formation.

La loi du 9 juin 1999⁵ va plus loin, puisqu'elle vise à garantir le droit des malades dont l'état le requiert à l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement . En cela, faisant suite au rapport Neuwirth, elle répond aux recommandations du Conseil de l'Europe et précise que les tous les établissements de santé et médico-sociaux doivent assurer les soins palliatifs quelle que soit l'unité ou la structure dans laquelle un malade est accueilli. Elle prévoit également la participation à cet accompagnement de bénévoles dont les conditions d'intervention seront préciser par le décret du 16 Octobre 2000⁶

3.2.2. L'application en EHPAD

En 1987, La Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante transpose La Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen à situation de la personne âgée dont la dépendance tendrait à faire oublier qu'elle est, avant d'être âgée, avant d'être dépendante, un être humain dont la dignité doit être respectée. Dans son article XI, elle aborde le domaine du respect de fin de vie dont chacun doit bénéficier et précise « *La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement, entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.* » et ajoute « *que la mort ait lieu au domicile, à hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.* »

Par ailleurs, le cahier des charges des EHPAD, fixé par l'arrêté du 26 avril 1999, réaffirme clairement cette mission des établissements qui doivent inscrire dans leur projet d'établissement leur engagement en matière d'accompagnement de fin de vie.

Le cadre réglementaire est donc en place pour que l'établissement développe ses réponses aux attentes de ceux qui y achèvent leur vie. L'inscription de ces réponses en tant qu'objectif de la convention tripartite montre que l'obligation est intégrée. Si nos observations laissent souvent

⁵ Loi N° 99-477 du 16 octobre 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs

⁶ Décret N°2000-1004 du 16 octobre 2000 relatif à la convention type régissant les relations entre les associations de bénévoles et les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

entrevoir une autre réalité, n'est-ce pas parce que la loi ne peut suffire à lever le tabou de la finitude de la vie.

Il faudra donc dans le cadre de la formation continue prévoir une action destinée à l'ensemble du personnel et qui aura pour objectif de base de permettre l'émergence de la culture de l'accompagnement souhaitée par Marie de Hennezel dans le rapport remis en 2003 au ministre de la santé. Il semble important d'ajouter qu'il faut accepter de décentrer son regard, de quitter un moment sa réalité professionnelle trop bien délimitée pour redonner du sens à notre action. A cette condition seulement on peut parler d'éthique⁷.

« Dans nos sociétés, l'accompagnement des mourants est peut-être une des dernières formes de l'initiation qui permettent un passage à un état supérieur de conscience. Initiation qui coûte précisément une perte, perte d'une illusion, de l'illimité, de la chose brisée, jamais partagée. Celui qui a traversé l'épreuve du deuil n'est plus le même, il a ouvert en lui un espace où l'autre à sa place. »

B. VEYSSET⁸

La démarche portée par ce projet d'accompagnement répond donc à la nécessité de faire une place à l'autre devenu vieux, non seulement dans un lit, dans une institution, mais dans les réflexions qui guident nos actes. Dans ces conditions, l'accompagnement vers la mort n'est que la prolongation de ce qui aura été fait, jusqu'aux jours ultimes, soins prodigués pour maintenir l'autonomie, traitement de la douleur, pour accompagner la personne dans les épreuves du vieillissement. Le personnel l'a aidée à faire le deuil de sa vie autonome, il devra à présent l'accompagner jusqu'à la porte qu'il devra franchir seul en acceptant de lâcher prise, mais aussi accompagner ses proches et les autres résidents. On peut même considérer qu'ici, tous les acteurs de la démarche s'accompagnent les uns les autres. Les mourants sont les guides des vivants dans leur cheminement personnel.

Il convient donc de favoriser l'instauration de relations réellement humaines entre d'une part le personnel et les résidents, les résidents entre eux mais aussi entre le personnel et les familles. Dans ces conditions, c'est sur un terrain relationnel déjà solide que se jouera la dernière relation et que pourra s'effectuer le travail du trépas décrit par De M'UZAN.

L'accompagnement repose donc sur le travail mené avec le résident et sa famille, depuis son admission dans l'institution jusqu'à cet instant où elle quitte la vie et doit se traduire à ce

⁷ On pourra avec intérêt se rapporter à la définition de l'éthique « L'éthique est la théorie de l'action que l'homme doit mener pour bien conduire sa vie et parvenir au bonheur. » et préciser la notion d'éthique scientifique défendue par les penseurs idéalistes comme Platon « C'est pour eux au contraire dans le domaine de l'idée pure que se trouve la seule norme à laquelle il soit possible de se référer lorsque l'on veut bien conduire sa vie »

⁸ VEYSSET B. Dépendance et vieillissement. Paris ; L'Harmattan 1989 p 131

moment par cette présence qui est désignée par tous comme la réponse indispensable. Cela implique une organisation du travail capable d'une certaine souplesse, pour libérer du temps sans pour autant pénaliser les autres.

La famille, doit être intégrée dès l'entrée à cette démarche. Elle doit être informée et associée aux décisions et ne se sent donc pas hors jeu, inadaptée au milieu institutionnel dans ce moment difficile. Parce qu'elle a l'habitude du contact avec l'équipe, elle peut demander à participer à certains gestes de « soins » dans lesquelles elle pourra faire passer la tendresse qu'elle a à témoigner, sans pudeur, sans crainte de jugement. Et si elle n'y parvient pas, la qualité des relations cultivées au fil du temps avec des interlocuteurs privilégiés et attentifs, l'autorisera à solliciter de l'aide. Le résident ne doit jamais devenir notre objet de soins

Le projet d'accompagnement de fin de vie doit donc conjuguer projet de vie et soins. Il doit permettre grâce aux outils du projet de soins de prendre soin du corps qui meurt, sans acharnement, en lui garantissant le bien être maximal, éventuellement en faisant appel aux compétences d'une équipe mobile de soins palliatifs, mais aussi un accompagnement relationnel et psychologique construit à partir du projet de vie qui doit être proposé à chacun.

Il devient donc indispensable que notre établissement puisse proposer une aide psychologique pour faire face à l'angoisse de la mort. Cette aide doit pouvoir être offerte aux résidents qui doivent affronter cette angoissante certitude qu'ils vont mourir dans un monde qui refuse de l'admettre, mais aussi aux aidants professionnels ou familiaux.

Nous envisageons donc dans le cadre de la convention tripartite de demander la création de temps de psychologue, mais aussi d'organiser pour les familles des groupes de paroles ou des « conférences » autour des thèmes qui les préoccupent. L'enquête de satisfaction réalisée en mai 2004 a montré l'intérêt des familles pour une telle démarche. Pour ce faire nous solliciterons des partenariats avec d'autres établissements, des établissements d'enseignements ou des organismes d'assurances vieillesse.

LE PROJET D'ANIMATION

1. Philosophie du projet d'animation

L'Homme est un être en devenir jusqu'à son dernier souffle et le fait de devoir achever sa vie en institution ne doit pas le priver de toute référence à un avenir si court soit-il. Cet avenir ne peut s'inscrire que dans un champ relationnel qui permet l'expression de la demande, l'émergence du désir et donc la poursuite de la vie.

C'est à travers des activités librement choisies, non infantilisantes et s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de vie de chacun que pourra exister en tant qu'Homme, le vieux qui doit finir sa vie en maison de retraite.

Le projet d'animation doit donc proposer à chacun des activités compatibles avec son état de manière à ne jamais faire naître un sentiment d'échec déjà fortement perçu lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne. Ses objectifs sont multiples :

- ✍ Il doit convaincre chacun des capacités d'échanges et d'action qui demeurent malgré la dépendance.
- ✍ Il doit permettre de conserver à chacun une image positive de soi.
- ✍ Il doit permettre le maintien de liens sociaux forts tant dans la structure qu'avec la société.
- ✍ Il doit permettre, en préservant une image positive, de maintenir les liens familiaux dans leur cadre traditionnel (le parent restant à sa place de parent, sujet de sa vie et libre de ses choix).
- ✍ Il doit permettre de restaurer l'image de la vieillesse dans l'esprit des générations suivantes que cela concerne le personnel, les familles, ou les partenaires de l'institution.
- ✍ Il doit permettre l'exercice de la citoyenneté en garantissant le droit à l'information et à la participation à la vie institutionnelle et locale.
- ✍ Proposer des divertissements.
- ✍ Maintenir une autonomie maximale.

Partant de ces principes, nous devons considérer que l'animation est une philosophie qui traverse les actions de la structure à chaque instant. Parce qu'elle est la seule proposition de vie réellement acceptable. On ne vit ni pour se soigner ni pour se laver, mais on accomplit ces actes essentiels de la vie pour prendre part à la vie sociale, pour être capable de conserver des liens avec les autres Hommes, pour restés acceptables dans leur compagnie.

Toutefois, il ne faut pas confondre l'animation et la qualité des échanges au cours d'une prise en charge qui ne devra jamais être considérée comme un moment de vie sociale. Il ne faut pas mélanger les genres et s'il est indispensable de mettre du relationnel dans chacun des actes du « prendre soin », il ne saurait être question de se satisfaire de ce constat pour prétendre avoir répondu au besoin d'être de chaque Homme.

Si mon état implique qu'un soignant me lave, et si le fait qu'il me parle pendant ce soin prouve qu'il me considère comme humain, cet échange ne me suffira pas pour investir ma vie et ne me fera pas oublier ma situation de dépendant même s'il en atténue l'inconfort.

On a trop, par le passé, et pour faire bonne figure quant aux moyens offerts à l'animation, affirmé que dire bonjour c'était de l'animation pour pouvoir se dispenser aujourd'hui de mettre les choses au point : dire bonjour, c'est de la politesse, ce n'est pas de l'animation.

2. La place de l'animatrice.

Le constat réalisé plus haut nous conduit à affirmer que l'animation n'est pas le domaine réservé de l'animateur, mais que chacun, dès lors qu'il participe au système relationnel en place, à son rôle à jouer quelle que soit sa fonction. Par ailleurs, l'animation est le moyen pour chacun des intervenants de placer sa relation à la personne prise en charge dans une autre dimension où le soin n'est plus évoqué, mais qui fait toute la place à la relation Humaine.

Avant d'être une action particulière, elle est une façon de mettre en œuvre les actions.

Mais pour avoir le droit d'être appelées animations, ces actions doivent avoir un sens par rapport aux objectifs définis au § 1 du présent chapitre.

La place de l'animatrice est essentielle, en considérant qu'elle ne doit pas à elle seule réaliser toute l'animation de la structure, son travail consistera surtout à coordonner les actions, les planifier, les orienter et les évaluer pour qu'elles restent toujours pertinentes et en adéquation avec les souhaits des résidents.

L'animatrice aura donc pour mission :

- ✍ D'animer la commission d'animation en garantissant la régularité des réunions et la participation des usagers.
- ✍ De favoriser l'implication de l'ensemble de l'équipe en confiant la réalisation de micro projet à des membres de l'équipe volontaires après leur avoir donné les moyens de mettre en œuvre leurs idées.
- ✍ De gérer les matériaux acquis pour l'animation.

- ✍ De coordonner les interventions des différents services mis à contribution lors d'une activité (ex : cuisine pour les anniversaires et les fêtes)
- ✍ De garantir la diversité des animations pour que chacun y trouve un intérêt et que la participation aux activités ne soit pas source de discrimination ni d'exclusion.
- ✍ De garantir la qualité des actions mises en place qui ne doivent être ni infantilisantes ni ridicules.
- ✍ D'élaborer un programme d'animation qui se déclinera en activités annuelles, mensuelles et hebdomadaires en fonction des fêtes et traditions locales et d'objectifs à moyen terme pour la structure.
- ✍ D'assurer la publicité de ce programme auprès des résidents et des familles qui pourraient être invitées à participer à certaines actions, en rendant public le calendrier des activités et en rappelant le programme du jour par affichage, annonce ou rappel individuel.
- ✍ De développer les partenariats avec les associations de bénévoles, établissements scolaires et autre EHPAD.

Ces fonctions seront assumées avec le soutien et la collaboration de la directrice. L'animatrice et la directrice établiront annuellement un rapport qui permettra de construire le programme de l'année suivante à partir des observations faites et des évaluations.

3. Contenu du programme d'animation

L'animation est l'un des outils essentiels pour donner du sens au projet de vie individuel et doit procéder d'un engagement de toute la structure. Le projet d'animation doit avoir pour objectif de permettre à chacun de garder une place dans la société des hommes jusqu'au bout de sa vie et de lui garantir son accès à la citoyenneté.

Le contenu du programme d'animation doit donc permettre de répondre aux objectifs que nous avons fixé précédemment.

- ✍ **Convaincre chacun des capacités d'échanges et d'action qui demeurent malgré la dépendance.**
- ✍ **Maintenir une autonomie maximale**

Pour cela le projet d'animation prendra en compte la parole des usagers au travers de groupe de parole, d'ateliers mémoire, de la réalisation d'un journal, du recueil des

histoires de vie à partir de thèmes saisonniers par exemple. Chaque fois que possible un temps de parole sera prévu après une activité pour recueillir et consigner par écrit les réflexions des participants. Ces écrits feront l'objet d'une communication dans l'établissement et aux familles.

Des ateliers recouvrant divers types d'activités de la vie quotidienne seront mis en place de manière régulière pour maintenir la continuité du sens : ateliers cuisine, jardinage, travaux manuels, jeux de société. Les réalisations de ces ateliers seront valorisées.

La valorisation de l'expérience, le partage des savoirs sera développé dans le cadre de rencontres intergénérationnelles, mais aussi par la mise en place d'ateliers d'écriture.

☞ Permettre de conserver à chacun une image positive de soi

Des ateliers des « soins esthétiques » seront proposés de manière régulière. Le personnel souhaitant mettre en place cette activité recevra une formation destinée à l'aider dans sa démarche.

Un atelier de gymnastique douce fonctionne déjà dans l'établissement ses activités devront être développées et étendues à une population plus importante. Le personnel pourra bénéficier d'une formation complémentaire afin de pouvoir répondre aux nouvelles limites imposées par la plus grande dépendance.

Des actions de bien être sensoriels seront proposées aux personnes qui ne disposent plus d'accès à la communication verbale de manière à ce qu'elle puisse conserver une relation positive à leur corps.

Si de nombreuses compétences peuvent être trouvées au sein de l'équipe grâce à la richesse des personnalités qui la compose, des intervenants extérieurs seront sollicités pour mettre en place des ateliers plus spécialisés (musicothérapie, art plastique) . Cet apport de compétences extérieures doit être financé mais les effets en seront démultiplier car il y aura n'en doutons pas un enrichissement des pratiques pour les personnels et cela offre la possibilité de montrer de nouvelles aptitudes et de s'épanouir dans le travail.

☞ Favoriser le maintien de liens sociaux forts aussi bien dans la structure qu'avec la société

☞ Maintenir les liens familiaux dans leur cadre traditionnel (le parent restant à sa place de parent, sujet de sa vie et libre de ses choix)

☞ Il doit permettre de restaurer l'image de la vieillesse dans l'esprit des générations suivantes que cela concerne le personnel, les familles, ou les partenaires de l'institution.

La vie collective a tendance à uniformiser les relations comme si les individus étaient interchangeable.

Le projet d'animation mettra en place des projets destinés à favoriser les échanges entre les résidents dans le cadre de petits groupes. C'est ainsi que seront proposés des sorties, des visites à l'extérieur, des repas, mais aussi un temps d'accueil et de présentation pour les nouveaux arrivants .

Plusieurs fois par an, l'établissement organisera des rencontres dans le cadre des partenariats établis avec les associations et les écoles. Ces rencontres seront préparées afin que les résidents puissent recevoir leurs invités et non subir une activité incomprise.

Une journée porte ouverte organisée chaque année en partenariat avec l'Association des familles et résidents, *La Chènevère*, permettra d'ouvrir l'établissement aux visiteurs de la commune qui pourront ainsi prendre connaissance des réalisations des ateliers.

L'établissement organisera dans ces locaux des évènements (expositions, concerts, conférence) ouverts au public.

Les résidents qui le désirent seront accompagnés pour participer aux animations organisées par des associations extérieures.

Les occasions de rencontre festives avec les familles seront développées.

Les familles seront invitées à certaines manifestations et associées à leur mise en œuvre

✍ **Permettre l'exercice de la citoyenneté en garantissant le droit à l'information et à la participation à la vie institutionnelle et locale.**

Les informations concernant la vie et l'organisation de l'établissement seront régulièrement communiquées aux résidents et expliquées lors de rencontre d'informations.

Les résidents élus au conseil de la vie sociale seront assistés de manière à pouvoir émettre un avis éclairé sur les questions qui leur seront posées.

Le journal régional est à disposition des résidents, dans l'avenir un temps d'aide à la lecture des informations qu'il contient sera proposé régulièrement.

Les évènements importants de la vie publique seront annoncés et pourront faire l'objet d'une discussion si les résidents le souhaitent.

L'établissement veillera particulièrement au recueil de l'avis des résidents chaque fois que nécessaire et s'assurera que les droits, notamment celui de disposer d'un minimum d'argent, soient respectés. Il proposera au résident la possibilité d'effectuer par lui-même certains achats et donc d'exercer son droit de disposer de son bien.

✍ **Proposer des divertissements et créer une ambiance festive à l'occasion des fêtes du calendrier.**

L'établissement permettra que des activités sans autre but que de divertir les résidents soient proposées régulièrement soit dans le cadre de partenariat, soit par l'achat de spectacle.

L'animatrice veillera à ce que la décoration dans l'établissement permet de créer une ambiance festive identique à celle que l'on trouve à l'extérieur lors des fêtes du calendrier, afin de favoriser le maintien des repères temporels et d'éviter le sentiment de rupture et d'exclusion de la vie commune.

L'ensemble de ces actions seront soumises à la commission d'animation constituée en annexe au Conseil de la vie sociale. Elles seront régulièrement évaluées et le projet sera amendé si nécessaire pour répondre aux souhaits formulés par les résidents.

Par ailleurs, pour chaque atelier, une fiche de suivis sera établie afin de favoriser la communication avec l'équipe et de pouvoir intégrer les projets d'animation aux projets de vie individuels.

Conclusion

Le projet d'animation est un atout important pour l'établissement, c'est à travers lui et donc une nouvelle qualité de rapports humains cultivée par toute une équipe que l'établissement se donne une âme et donne du goût aux années ou plus simplement aux jours de ceux qui viennent y achever leur vie.

LE PROJET SOCIAL

Si le projet institutionnel a été élaboré par l'ensemble de l'équipe, sa mise en œuvre et son succès repose sur l'implication de tout le personnel à chaque phase de la mise en place des objectifs fixés. Si la motivation et l'engagement de chacun joue un rôle important, on ne peut se limiter à cette attente. Le projet social est donc l'outil de management qui permettra de gérer les ressources humaines de l'établissement dans un rapport gagnant /gagnant qui permettra d'atteindre les objectifs fixés. Cette gestion passe par :

- ✍ L'adaptation des effectifs à la charge de travail
- ✍ L'adaptation des qualifications aux modes de prises en charge
- ✍ La participation des personnels à la réflexion sur les pratiques et sur les objectifs et leur évaluation.
- ✍ L'adaptation de l'organisation du travail
- ✍ L'adaptation de l'outil de travail
- ✍ Le soutien psychologique du personnel

1. Les effectifs

En fonction des objectifs définis dans le projet institutionnel, et pour pouvoir garantir la sécurité des personnes prises en charge et ce à tout moment, une évolution des effectifs est indispensable. Aujourd'hui, pour un GMP de 649 avec une majorité de résidents classés en GIR 1 et 2, le taux global d'encadrement est de 0,45, mais il descend à 0,19 si l'on ne retient que le personnel de soins. Dans ces conditions, ni la qualité, ni la sécurité des soins ne peuvent être garantis en permanence et la charge de travail imposée au personnel nous expose à être qualifié de maltraitant.

Un programme d'évolution des effectifs est donc indispensable. Notre réflexion sur les moyens nécessaires à l'accomplissement de notre mission s'est fait à la lumière des préconisations de la FHF avec l'objectif de parvenir dans 5 ans à un taux global d'encadrement de 0,8 et à un taux d'encadrement soignant de 0,3.

En ce qui concerne le personnel de soins et pour tenir compte de la dépendance réellement constatée, les moyens doivent être calculer en fonction de la production de points GIR à savoir :

- ✍ Une infirmière pour 9000 points GIR soit : **$64\ 900/9000 = 7,21$ IDE**

✍ Une AS ou AMP pour 2500 points GIR soit : $64\ 900 / 2500 = 25,96$ **AS-AMP**

La prise en charge psychologique des personnes qui arrivent en fin de vie comme l'accompagnement des familles sont inscrits dans les textes . La mise en œuvre de cette exigence nécessite la création d'un poste de psychologue à temps partiel.

La création d'un atelier de jour pour les personnes atteintes de pathologies de type ALZHEIMER nécessite pour être pertinente l'intervention de personnel spécifique. Ainsi, un poste de psychomotricien sera créé pour construire une prise en charge qui apporte une réponse satisfaisante à cette population.

Les autres postes évoluent également pour construire autour de la personne âgée, une action coordonnée bien traitante.

En ce qui concerne le personnel médical, la mission du médecin coordonnateur ne peut être valablement assurée que si sa présence dans l'établissement est suffisante pour en faire un acteur incontournable. Il semble qu'en deçà tiers temps, cela ne soit pas possible.

Le tableau suivant fait le point de l'évolution à prévoir jusqu'en 2009 et il est de notre responsabilité d'insister sur la nécessité de parvenir à ce taux d'encadrement afin de pouvoir concilier la prise en charge « bien traitante » que nous voulons mettre en place, le respect de la réglementation du travail et la qualité de vie du personnel.

OBJECTIF 1 IDE POUR 9000 POINTS GIR 7,21 1AS POUR 2500 POINTS GIR 25,96

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		TOTAL GRADE	
		EVOLUTION	COUT	EVOLUTION	COUT	EVOLUTION	COUT	EVOLUTION	COUT	EVOLUTION	COUT	EVOLUTION	COUT	
GRADE														
CADRE DE SANTE												1	40000	1
IDE	4	0,5	17000	1	34000	0,5	17000							6
AS/AMP	15	3	90000	2,5	75000	2	60000	2	60000	2	60000	2	60000	26,5
TOTAL SOINS	19	22,5	107000	25	109000	27,5	77000	29,5	137000	32,5	100000			33,5
RATIO SOINS	0,19	0,225		0,25		0,275		0,295	1370	0,325				
ASH	13	5	130000	3	78000	3	78000	3	78000	3	78000	3	78000	30
LINGERIE	2													2
CUISINE	5													5
MAINTENANCE	1	0,5	13500	0,5	13500									2
ANIMATION	1			1	26000									2
PSYCHOLOGUE	0	0,33	13500			0,17	7000,00							0,5
PSYCHOMOTRICIEN						1	35000							1
ADMINISTRATION	4													4
TOTAL SERVICE GENERAUX	26	5,83	157000	4,5	117500	4,17	120000	3	78000	3	78000	3	78000	46,5
TOTAL GENERAL	45	54,33	264000	61,33	226500	68	197000	73	215000	78	178000			80
RATIO GENERAL	0,45	0,5433		0,6133		0,68		0,73	2150	0,780				0,800
surcout soins			80000		52500		59000		42000		70000			
surcout dependance			79500		45900		83400		41400		41400			
surcout hébergement			104500		94100		54600		54600		54600			
points gir	64900													
COMPENSATION DES SURCOUTS			25000		15000									
incidence sur prix de journée Hébergement			2,20057		2,189498		1,51133501		1,51133501		1,51133501			

2. La formation

La qualité de la prise en charge nécessite l'implication de tous autour de la personne âgée accueillie. Cette implication dépend beaucoup du sens que chacun donne à sa mission et dans ce domaine la formation professionnelle à un rôle important à jouer.

Une grande attention sera donc portée à l'élaboration du plan pluriannuel de formation qui doit permettre :

- ✍ La promotion professionnelle du personnel
- ✍ L'accès des agents non qualifiés à des formations diplômantes en fonction des besoins évalués pour les années à venir.
- ✍ L'adaptation du personnel aux missions nouvelles qui lui sont confiées
- ✍ La naissance d'une véritable culture gérontologique commune à toute l'équipe.

A partir des motivations et des souhaits individuels, recueillis lors de l'entretien annuel d'évaluation mis en place dès 2004, et en lien avec les objectifs du projet institutionnels, des actions de formations seront proposées dans le cadre d'un plan pluriannuel de formation.

PLAN PLURIANNUEL DE FORMATION ANNEXE A LA CONVENTION TRIPARTITE

FORMATION	CODE	2005		2006		2007		2008		2009	
		AGENTS	COUT	AGENTS	COUT	AGENTS	COUT	AGENTS	COUT	AGENTS	COUT
BEATEP	P	1	2250	1	2250						
Préparation concours Ecole AS	P	1	750	1	750	1	750	1	750	1	750
FORMATION AS*	P	1	0	1	0	1	0	1	0		
FORMATION AMP	P	1	2000	1	2000	2	2000	2	2000	1	2000
CAP CUISINE	P	1	1000	1	1000	1	1000	1	1000		
IDÉ et gestion d'équipe en gériatrie	P	1	850	1	850	1	850				
gérance de tutelle	P					1	950				
préparation concours Ecole cadre de santé	P							1	2500		
Formation cadre*										1	0
TOTAL FORMATION DE PROFESSIONNALISATION			6850		6850		5550		6250		2750
Sécurité incendie	R		50		50		50		50		50
ERP1	R		1								
TOTAL FORMATION DE MISE EN CONFORMITE			0		0		0		0		0
Aide à la personne (ASH)	A	20	5207			10	3000				
formation à l'encadrement des stagiaires	A	1	365								
Evaluer et prendre en charge la douleur	A	15	3850					15	3850		
Problèmes éthiques dans les pratiques gérontologiques	A	1	3000								
Monter un projet de prise en charge ALZHEIMER	A	1	700								
Utilisation de Pathos	A	2	700								
Accompagnement de fin de vie	A	50	0	50	0	50	5000				
Accompagnement du travail de deuil	A							12	1900	12	1900
Travailler en équipe	A	10	3800	10	3800					10	3800
Analyse des pratiques et travail d'équipe				10	2844	20	4740	10	1900		
Transmissions ciblées	A	12	3700								
Le toucher intentionnel et le massage	A			1	800			1	800		
Informatisation du dossier de soins	A			30	6249,1						
La personne âgée et le vieillissement	A	12	500	12	500	12	500				
Coiffure et esthétique	A			2	2200						
Animer un atelier sensoriel	A	1	1200			1	1000			1	1000
Prévention et traitement des escarres	A	30	0	30	0	30	0	30	0	30	0
Prévention de la maltraitance	A	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0
Prise en charge des personnes ALZHEIMER	A			12	2000	12	2000				
Animer un atelier mémoire	A							1	880		
Création et gestion d'ateliers thérapeutiques	A							12	1900	12	1900
Formation AFPS	A	12		12		12		12		12	
Formation administrative et informatique	A	1									
TOTAL FORMATION D'ADAPTATION			23022		18393,1		16240		11230		8600
TOTAL GENERAL			29872		25243		21790		17480		11350

* En cas de succès au concours : étude promotionnelle ou CFP

Les actions de formations seront en partie financées par la cotisations ANFH dans le cadre du budget minimal que l'établissement doit consacrer à la formation (2,1% de la masse salariale). Toutefois, une réelle amélioration de la qualité passe par un effort supplémentaire car au regard du budget dégagé et du coût des formations l'effet d'un saupoudrage serait quasiment nul et cela équivaudrait à gaspiller l'argent de la formation. C'est malheureusement souvent le cas lorsque, pour des raisons budgétaires, un seul agent de l'équipe est formé et n'exploite jamais les acquis de sa formation.

Aussi le plan pluriannuel propose essentiellement des formations de groupe afin de créer une culture d'équipe efficace qui provoque des effets mesurables et durables sur la qualité des prises en charge.

On notera que le plan pluriannuel s'attache à permettre la formation des agents qui remplaceront les AS qui partiront en retraite dans les prochaines années. Il s'attache aussi à donner à tous les acteurs de la prise en charge une formation minimale de base permettant une intervention sécurisée auprès des résidents. Ainsi les ASH bénéficierons d'ici à Mars 2005 d'une formation pratique et théorique d'aide à la personne, proche de celle dont bénéficient les personnes travaillant dans le secteur du maintien à domicile. Une action de formation sur la connaissance de la personne âgée sera aussi mise en place pour ces personnels souvent issus des contrats aidés et donc peu qualifiés. Ainsi à tous les niveaux de l'intervention nous disposerons de personnel formé.

Certaines de ces formations feront l'objet de demande de financement spéciaux (FAC) auprès de l'ANFH.

3. La participation des personnels

La qualité du travail fourni par les équipes, leur engagement dans les transformations attendues, reposent sur le dialogue et la participation de tous à l'analyse des pratiques et à l'évaluation.

L'établissement doit garantir des temps de réflexion sur ces sujets et ceci de manière régulière dans le temps. Des groupes de travail sur des thèmes clairement identifiés ont été mis en place en 2004 et cet effort sera poursuivi en 2005 avec un souci supplémentaire de régularité. Les travaux de ces groupes feront l'objet d'un compte rendu qui sera communiqué à l'ensemble de l'équipe.

Par ailleurs des réunions d'équipe ont lieu régulièrement pour échanger sur les actions mis en place, évaluer les changements apportés et maintenir le dialogue.

L'établissement encourage les agents à se mobiliser autour de micro-projets qui peuvent être individuels et dont l'objectif est d'améliorer la qualité du service offert et de valoriser l'initiative. Les agents porteurs de projets sont accompagnés par la directrice dans leur démarche. Elle met à leur disposition les outils nécessaires dès lors qu'ils sont compatibles avec les moyens généraux de l'établissement.

4. L'adaptation de l'organisation du travail

L'adaptation de la prise en charge aux nouvelles exigences notamment en matière de rythme de vie en institution implique une réorganisation du travail au cours de la journée. Cette réorganisation est d'autant plus importante que la dépendance plus forte implique un besoin d'accompagnement supplémentaire. Il faut donc recentrer les efforts de l'équipe sur les besoins de la personne pour y répondre au mieux et rationaliser les autres tâches pour ne leur consacrer que le temps strictement nécessaire.

La première phase de cette démarche a été réalisée en 2004. Elle a permis de mieux assurer l'hygiène des personnes, de mettre en place des activités chaque jour, de retarder l'heure du dîner (17H45 au lieu de 16H45 pour le premier service). Dès efforts restent à faire. Dès janvier 2005 nous commencerons à organiser l'établissement en unité de 25 résidents afin de mieux cerner les besoins des personnes grâce à une stabilité des équipes et un contact plus régulier avec les mêmes personnes. Cette stabilité devrait aussi améliorer l'adaptation des personnes âgées qui ont besoin de construire de nouvelles relations au moment de leur entrée en institution et de les conserver comme repaires dans une situation où bien souvent la maîtrise de leur vie leur échappe.

Cette réorganisation du travail qui bénéficie aux résidents avant tout, doit aussi avoir un impact positif sur les conditions de travail du personnel. Le nombre de coupures et l'amplitude des journées de travail des personnes en horaire coupé reste très important, notre réflexion vise donc à concilier les deux objectifs, améliorer la prise en charge et ramener les coupures dans le cadre légal autant que possible. Pour cela l'évolution des effectifs est une nécessité.

5. L'adaptation de l'outil de travail

De nombreux matériels utilisés par le personnel sont obsolètes, à l'origine de perte de temps et augmentent les risques d'accidents du travail. Si des gains de productivité sont encore possibles, ils passent par l'acquisition de matériels modernes et ergonomiques.

Des efforts ont été faits en 2004 pour doter les agents de chariot de ménage qui réunissent sur le même support tout ce dont les agents ont besoin pour s'acquitter de leur mission et éviter les manipulations et déplacements inutiles. L'utilisation de ces nouveaux dispositifs et des protocoles qui leurs sont liés devra être évaluée et la formation éventuellement mise en place pour optimiser les résultats.

Il reste toutefois des besoins non satisfaits. Absences de locaux et de chaises de douche, chariots de soins en nombre insuffisant et équipement de la cuisine inadapté sont à l'origine de pertes de temps importantes mais aussi facteur de risque dans la mesure où cela augmente le nombre de manipulation et facteur de stress dans la mesure où les agents ont conscience de ne pas répondre correctement aux demandes sans pouvoir changer les choses.

Les priorités dans le renouvellement des matériels sont toujours à fixer en concertation avec les agents et une évaluation des bénéfices obtenus doit impérativement être mise en place. Il ne s'agit pas de satisfaire des caprices, mais bien d'améliorer les conditions matérielles de travail pour gagner en efficacité et en qualité.

6. Soutien psychologique du personnel

Travailler en Gériatrie met les personnels à rude épreuve. Formés pour soigner et donc pour guérir, ils sont en gériatrie contraints de revoir leur mission qui devient alors « prendre soin et accompagner ». Et toujours la relation qui se noue souvent sur une période assez longue se dénoue dans la mort sans qu'on y puisse rien.

Par ailleurs, même lorsqu'on est bien formé, que le secteur d'exercice professionnel a été choisi, ce qui n'est pas toujours le cas, la confrontation permanente avec les ravages du temps sur ceux à qui, nous le savons bien, nous allons ressembler, peut avoir des effets très négatifs sur la santé physique ou psychique et peut conduire à des actes de maltraitance. Le manque de temps et de moyen qui conduisent à fournir une prise en charge de mauvaise qualité accentue le sentiment d'échec et renforce encore le malaise. On entre alors dans un cercle vicieux dont la presse parfois nous renvoie une image effroyable et culpabilisante à travers les scandales mis à jour dans certains établissements. Aujourd'hui c'est eux, et demain ? C'est la question que doit se poser en permanence tout professionnel dans notre secteur d'activité. La population accueillie est difficile à prendre en charge, son image est négative quoiqu'on y fasse (personne ne peut admettre cette fin insensée), elle est sans défense et, pourtant, nous agresse y compris dans notre sphère intime. Alors comment ne pas craquer, ne pas répondre aux provocations, sans abandonner le terrain en se réfugiant dans la maladie.

Les équipes et les individus mettent au point des réactions de défense devant l'impuissance à éviter la dégradation puis la mort, malheureusement elles ne sont pas acceptables et ne règlent rien. Il n'y a que la parole pour permettre d'évacuer cette souffrance et ne pas la laisser dicter sa loi à travers des comportements maltraitants ou de l'absentéisme.

Pour cela, et afin de favoriser une parole libératrice, il est nécessaire de ménager dans le temps de travail des moments de dialogue en équipe mais surtout de prévoir des moments où cette expression est supervisée par un professionnel de l'écoute, un psychologue extérieur à la structure. Ce soutien psychologique doit être régulier et il convient donc de prévoir un crédit pour le financer de manière pérenne.

Conclusion

Le succès de notre projet d'établissement dépend bien sûr des moyens qui nous seront alloués pour le mettre en œuvre, mais sans l'adhésion du personnel rien ne pourra se faire. C'est pourquoi le projet social doit être un véritable contrat avec les équipes pour que s'améliorent en même temps la qualité de la prise en charge et les conditions de vie au travail. Pour bien remplir sa mission d'accompagnement, le personnel doit lui aussi être bien accompagné.

LE PROJET ARCHITECTURAL

1. Etat des lieux

Comme nous l'avons indiqué dans le préambule, l'établissement construit en 1972 pour accueillir une population relativement autonome ne répond plus aujourd'hui aux exigences de sécurité, de confort et de rationalité que nous devons offrir à une population lourdement dépendante et au personnel qui l'accompagne.

Alors que les installations vieillissantes menacent le fonctionnement normal de l'établissement, il semble judicieux de ne pas s'engager dans des réparations ponctuelles qui par leur manque de cohérence entraîneront des surcoûts de fonctionnement notables sans améliorer réellement le confort.

Par ailleurs, le nombre croissant de personnes présentant des troubles démentiels rend indispensable une réorganisation des locaux qui allie respect de la dignité, maintien de l'autonomie maximale et sécurité. Si les neuroleptiques et les contentions demeurent les seules réponses que nous sommes en mesure de fournir pour garantir la sécurité nous aurons faillit à notre devoir et devront déclarer que nous acceptons d'être maltraitants.

Par ailleurs, la nécessaire maîtrise des dépenses, en particulier celles de personnel, nous impose de rationaliser la distribution des locaux, de favoriser une organisation architecturale propre à promouvoir l'autonomie en assurant la sécurité.

Il faut donc repenser les locaux et envisager un programme de réhabilitation qui prenne en compte les différents objectifs du projet de vie et du projet de soins, afin que leur mise en œuvre soit optimale. Aujourd'hui certaines pratiques indignes du XXIème siècle ne peuvent être abolies pour des raisons strictement liées à la configuration des locaux.

La réalisation de cette réhabilitation nécessitera une réflexion menée par l'équipe avec un professionnel des programmes architecturaux. Il est toutefois possible de définir les principes qui régiront ce projet.

2. Principes de bases du projet architectural

2.1. Les priorités

Compte tenu de ce que nous venons d'évoquer la première phase de notre projet architectural devra permettre de satisfaire aux exigences réglementaires en matière d'accessibilité aux équipements et de sécurité des personnes

2.1.1. L'Accessibilité

La population accueillie dans l'établissement est lourdement handicapée, près de 70% des personnes sont en fauteuil roulant au moins pour certains déplacements, or les locaux ne sont pas accessibles dans leur grande majorité aux fauteuils roulants. Depuis les locaux d'accueil qui oblige à un accueil sur le pas de la porte et sans respect pour la confidentialité des informations, jusqu'au cabinet de toilette ou l'ascenseur, la circulation dans l'établissement est problématique.

La première étape du projet consiste donc à rendre accessibles les locaux collectifs à l'ensemble des résidents quel que soit leur état. Cela passe par la création de douches accessibles en fauteuil ou en chariot douche.

L'ascenseur doit, lui aussi, être rendu accessible pour faciliter les déplacements autonomes vers les locaux collectifs et donc la participation à la vie de la structure sans restriction liée à l'état de dépendance. Par ailleurs, cet équipement est touché par les nouvelles mesures de mise en conformité des ascenseurs.

2.1.2. La sécurité

Elle va de paire avec l'accessibilité sans qu'il soit possible de trancher sur la priorité tant parfois les choses sont liées. Toutefois, certains éléments demandent une réponse immédiate.

- ✍ Depuis plusieurs années, les services vétérinaires émettent des réserves lors de leur inspection de la cuisine. Le matériel ne présente plus les qualités d'hygiène suffisantes (peinture, rouille, fuite d'huile etc.). il est donc nécessaire de rénover ses locaux et les matériels utilisés quotidiennement pour produire les repas pour 100 personnes âgées particulièrement sensibles aux toxi-infections d'origine alimentaire.
- ✍ La législation impose à l'établissement de procéder chaque année à des contrôles de l'eau chaude sanitaire de manière à prévenir les risques de légionellose. Les analyses réalisées pour la première fois en 2004, ont révélé la présence de légionelles dans les réseaux et si un traitement a immédiatement été mis en oeuvre, il n'a pas entièrement

réglé le problème en raison de la vétusté des installations et de l'absence d'entretien systématique de certains éléments (détartrage des ballons d'eau chaude). Un audit réalisé au mois de septembre par l'entreprise chargée de l'entretien de ces matériels, fait apparaître le nécessaire remplacement de ces équipements dans des délais courts car l'établissement risque à tout instant de se trouver sans chauffage et sans eau chaude. Dans ce cas, il faudrait envisager une fermeture temporaire de l'établissement si cela survenait en hiver. Ici la sécurité est donc deux fois mise à mal, à cause du risque infectieux qui ont le sait présente pour les personnes âgées un risque important de mortalité et le risque de ne plus pouvoir chauffer les locaux ni laver les résidents.

- ✍ La sécurité passe également par l'installation d'un ascenseur susceptible d'accueillir un brancard. Les secours d'urgence qui ont à intervenir dans l'établissement ne peuvent assurer leur mission correctement et met en jeu la survie des personnes qui présentent un malaise grave.
- ✍ La localisation des locaux de soins ne permet pas leur dispensation dans des conditions optimales de sécurité. Actuellement ces locaux sont excentrés et ne permettent donc pas une intervention rapide en tout lieu de l'établissement. Il est donc important de revoir l'implantation de ces locaux afin de les placer en zone centrale afin d'améliorer la surveillance et la sécurité des personnes accueillies.
- ✍ Le système de communication, d'appel malade et d'alarme incendie imposent au personnel de rejoindre les locaux de soins avant de localiser la chambre d'où une personne a appelé ou la zone en défaut au niveau de la sécurité incendie. Ce sont à chaque fois des minutes précieuses qui sont perdues. En cas d'urgence vitale, le délai pour localiser le lieu de l'appel constitue une perte de chance pour la personne en danger. Par ailleurs le défaut de communication se retrouve aussi dans les difficultés de localisation du personnel soignant en cas de nécessité d'une intervention rapide, d'autant que certains locaux collectifs ne sont pas dotés de système d'appel. L'installation d'un nouveau système d'appel malade avec recherche des personnes et renvoi des alarmes sur un Bip est aujourd'hui indispensable si nous voulons répondre correctement au besoin de sécurité mis en évidence par les résidents et leurs familles et constaté par l'équipe.
- ✍ Enfin les locaux ne disposent d'aucun système de sécurisation des accès. Le parc n'est pas clôturé, la majorité des chambres dispose grâce à une porte-fenêtre d'un accès direct sur l'extérieur. A plusieurs reprises des résidents ont trompé notre surveillance et ainsi mis leur vie en danger (une résidente retrouvée à 5 heures du matin couchée

sur un trottoir de la commune) Il est indispensable, sans créer une zone d'enfermement, de prévoir une sécurisation des accès par clôture du parc et grâce à l'installation d'un système de recherche de personnes.

- ✍ Les matériaux qui constituent l'établissement comporte de l'amiante. Si ces matériaux étaient en bon état, un simple contrôle de la qualité de l'air pourrait suffire à garantir la sécurité des personnes accueillies et du personnel. Toutefois, certains de ces matériaux sont dégradés et les particules qu'ils peuvent libérer représentent un danger pour la santé. Il est donc nécessaire de prévoir dans les 5 années qui viennent l'élimination de ce risque.

2.2. Locaux privés

Les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes sont le dernier habitat qu'elles connaîtront, et notre devoir est de leur proposer un logement conforme aux aspirations que nous aurions pour nous même et nos proches aussi en terme de confort qu'en ce qui concerne l'ergonomie des locaux et des équipements. Aujourd'hui, les personnes âgées qui ont la chance de pouvoir demeurer à leur domicile jusqu'à la fin de leur vie peuvent prétendre à des aides afin d'adapter leur logement à leur situation de dépendance. Ceux qui sont contraints de venir en institution ne doivent pas être plus mal traités. Les conditions d'hébergement qui leur sont proposées doivent donc être respectueuses de la dignité humaine et faciliter le maintien d'une autonomie maximale. Elles doivent aussi offrir au personnel la possibilité d'effectuer les soins en respectant le droit à l'intimité. L'établissement à la chance d'offrir un 94% de chambre individuelle, toutefois, il n'est pas possible de garantir cette intimité à 100% des résidents et cette situation qui crée une discrimination est source de difficulté pour tous. Même dans les couples, chacun souhaite pouvoir disposer d'un espace privé pour vivre les désagréments qu'imposent le vieillissement. Nos locaux sont aujourd'hui inadaptés aux besoins de nos résidents tant en matière de confort que d'ergonomie. Quant a la charge de travail supplémentaire que cela induit pour le personnel, elle pèse sur la qualité de la prise en charge quand elle ne génère pas des souffrances supplémentaires parce que les manipulations ne peuvent être faites dans de bonnes conditions.

2.2.1. Les chambres

L'objectif premier d'une réhabilitation doit être la prise en compte des attentes de la population susceptible d'être accueillie. Si les générations passées se contentaient d'espaces

réduits et d'un confort modeste, les attentes ont évolué et les textes ont traduit ces nouvelles exigences en terme de normes minimales.

La Maison de Retraite de Saint germain la Ville qui aujourd'hui propose des chambres de 16m², cabinet de toilette, placard et dégagement compris, souhaite pouvoir réaménager ces locaux pour proposer des espaces de vie en accord avec les normes actuelles. Cela permettra un aménagement plus personnalisable des chambres mais aussi une accessibilité correcte pour les personnes en fauteuil roulant et des conditions de travail moins pénibles pour le personnel qui aujourd'hui doit se contorsionner pour assurer certains soins.

Cette évolution des surfaces ne saurait entraîner une diminution de la capacité de l'établissement qui, compte tenu de sa situation géographique couvre seul les besoins d'un bassin de population important. Il conviendra donc de prévoir l'extension du bâtiment, puis la transformation des locaux existants.

2.2.2. Les sanitaires personnels

Aujourd'hui, si les chambres sont équipées d'un cabinet de toilette, celui-ci ne répond plus aux normes d'accessibilité. Les personnes âgées ne peuvent le plus souvent l'utiliser seules car les portes de 70 cm de large ne permettent aucune aide à la mobilité. Par ailleurs ces équipements sont vétustes, les robinets entartrés, l'émail dégradé par les traitements à l'acide ne permettent pas une bonne hygiène et les nombreuses fuites d'eau constatées dans l'ensemble du bâtiment à un coût important sans pour autant permettre une amélioration de l'accueil.

Il convient donc de construire un programme de modernisation des locaux d'hébergement qui permette un accueil dans le respect de la dignité des personnes.

2.3. L'accueil des personnes dites « démentes »

Le projet d'établissement dans sa partie projet de soins prévoit la création d'une structure interne de prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs afin de maintenir autant que possible par la mise en place d'activités adaptées, leurs capacités mentales et physiques. Ce projet nécessite la création d'un espace assez vaste pour permettre les déambulations et la mise en œuvre d'activités telles que la cuisine. Il faut donc que le projet architectural prévoit la création de cet espace et son équipement.

Les prescriptions dans ce domaine devront se faire à partir de réalisations déjà mises à l'épreuve de l'expérience.

Par ailleurs, le contact avec l'extérieur, est un élément important dans l'accompagnement de ces personnes. C'est pourquoi le projet prévoit l'aménagement d'un jardin sensoriel qui devra être conçu pour éviter la sensation d'enfermement tout en respectant le besoin de sécurité de ces personnes que l'on dit fugueuses.

2.4. Les espaces de vie sociale

La salle à manger regroupe les 100 résidents dans un espace trop petit pour permettre une bonne circulation des fauteuils roulants et une ambiance conviviale. Il y aura lieu de revoir l'organisation de cet espace de manière à le rendre plus chaleureux en permettant à l'occasion des repas une communication paisible entre les personnes et un service plus respectueux des personnes.

Le projet d'animation a besoin pour se développer d'espaces de vie sociale accessibles à tout moment et conçus de manière à favoriser les relations et la communication dans une ambiance conviviale et chaleureuse. Actuellement, la salle à manger est utilisé pour mettre en place la plupart des activités. Cette utilisation est certes intéressante, mais le lieu est peu convivial et la durée d'utilisation est limitée dans le temps pour permettre la mise en place des couverts et l'entretien des sols et du mobilier.

Par ailleurs, il est difficile de mettre en place plusieurs activités parfois bruyantes dans le même lieu, comme il est difficile de prendre en charge au même endroit des personnes présentant une forte dégradation et celles qui jouissent encore de bonnes facultés.

Il n'existe aucun salon dans l'établissement hormis une véranda située à l'extrémité de l'établissement. Dans ces conditions, les visiteurs s'entassent dans le hall d'entrée qui fait office de lieu de rencontre pour les familles et de salle d'attente pour les résidents en mal de prise en charge. Cet état de fait donne une image terrifiante de la vie en maison de retraite puisqu'il permet la concentration dans un lieu de toutes les dégradations physiques, de l'expression de toutes les démences.

Il convient donc, lors de la modernisation des locaux de prévoir la multiplication des espaces de convivialités de taille moyenne où les familles puissent se retrouver dans le calme pour partager un peu d'intimité.

2.5. Les locaux du personnel.

Actuellement les locaux de repos réservés au personnel sont excentrés, ce qui rend les agents inaccessibles quand bien même leur temps de pose prévoit qu'ils restent en service et doivent donc pouvoir intervenir en cas d'urgence.

En dehors de cette constatation, il convient de proposer une salle de repos assez grande au regard de l'effectif qu'elle doit accueillir au même moment et qui soit exclusivement dédiée au personnel et non qui serve à la fois de réserve, de salle d'activité et de salle de réunion.

De bonnes conditions de vie au travail sont une des conditions essentielles de la bonne mise en œuvre du présent projet.

Conclusion

Pour conclure ce chapitre concernant le projet architectural, il faut ajouter que si notre projet répond à des principes directeurs, il sera nécessaire pour le formaliser et en évaluer le coût de faire appel à un spécialiste de ce genre d'opération afin de vérifier les possibilités techniques qui nous sont offertes et d'évaluer le coût global du projet.

Il devra être réalisé par tranche afin de permettre la poursuite de l'activité dans des conditions correctes. Toutefois certaines réalisations de caractère prioritaire devront être programmées sans attendre puisqu'il en va de la sécurité des personnes et donc de notre responsabilité pénale. Nous savons ce qui ne va pas, en cas d'accident rien ne couvrira notre immobilisme.

Par ailleurs, si l'établissement projette une extension de sa surface, il était opportun de commencer dès à présent les démarches pour se porter acquéreur de terrains supplémentaires qui sont encore libres de construction et qui jouxtent la propriété de la maison de retraite.

CONCLUSION GENERALE

Le projet institutionnel de la Maison de retraite de Saint Germain la Ville s'est voulu ambitieux. Il est le fruit d'une réflexion collective, d'une confrontation de points de vue qui ont largement occupé l'année 2004. La convention tripartite qui va être soumise à la signature des financeurs en est le fruit, les objectifs qu'elle développe sont ceux que l'on retrouve au fil de ces pages et il nous semble que c'est ici le minimum que l'on puisse faire pour accompagner la vieillesse jusqu'au bout de la vie, vieillesse qui est aujourd'hui celle des résidents que nous accueillons et qui sera demain la notre.

Ce que nous ne voudrions à aucun prix pour nous même, et même si ce n'est pas le pire de ce que l'on peut rencontrer, ne l'imposons pas à ceux à qui nous ressemblons déjà. C'est avec cette idée que nous avons déjà fait quelque pas sur le chemin de la bienveillance et c'est avec cette idée que nous mettrons à profit les 5 années qui viennent pour atteindre nos objectifs si les moyens nous en sont donnés.

Dans un contexte d'austérité, de rigueur, il se peut que le chemin soit difficile et les déceptions nombreuses. En effet si les promesses d'une vraie prise en charge de la vieillesse se succèdent, si la canicule de 2003 a mis en lumière la détresse de vieillir, à ce jour, peu de choses ont changé. Professionnels de terrain, nous avons conscience de nos faiblesses et sommes prêts à nous remettre en cause. Qu'en est-il des décideurs ?

Si les moyens dont nous avons besoins, qui sont évalués à partir de données concrètes et de ratios nationaux, nous font défaut, nous aurons fait notre devoir d'alerte et ainsi couvert notre responsabilité. Une chose est certaine c'est que nous n'aurons en aucun cas libéré notre conscience, nous souhaitons donc qu'il en soit de même pour tous. La vieillesse coûte cher et personne ne veut en payer le prix, mais les professionnels de terrain ne veulent pas endosser seuls la responsabilité de l'immobilisme et pour cela ils ont mis toute leur énergie dans l'élaboration de ce projet avec l'espoir de le voir aboutir.

ANNEXE 1

MALTRAITANCE : CE QUE DIT LA LOI

✍ Article 223.6 du Code pénal

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril, l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours

✍ Article 434.1 du Code pénal

Le fait pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.

Sont exceptés des dispositions qui précèdent sauf en ce qui concerne les crimes commis sur des mineurs de moins de quinze ans :

-Les parents en ligne directe et leur conjoint, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints de l'auteur ou du complice du crime.

-Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptés des dispositions du premier aliéna, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 du code pénal.

✍ Article 434-3 du Code pénal

Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13

✍ Article 226-14 du Code pénal

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable

1° A celui qui informe les autorités judiciaires ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, ou de son état physique ou psychique.

2° Au médecin qui avec l'accord de la victime porte à la connaissance du procureur de la République, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises

