



PROJET D'ETABLISSEMENT

2010-2015

« La sagesse, c'est d'avoir des rêves suffisamment grands
pour ne pas les perdre de vue lorsqu'on les poursuit. »

OSCAR WILDE

Directrice : Françoise DESIMPEL

EHPAD RESIDENCE DU PARC – 2 rue Résidence du Parc
51240 SAINT GERMAIN LA VILLE

TEL : 03.26.67.52.69 – FAX : 03.26.64.11.45
E-Mail : mrsaintgermainlaville@wanadoo.fr
site : <http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org/>

R e m e r c i e m e n t s

Tout ce qui habite ces pages doit beaucoup aux enseignements que nous proposent ceux là même que nous accompagnons. Ils nous aident à grandir en remettant sans cesse en question les réponses standardisées que trop souvent nous leur proposons.

En nous obligeant à regarder là où cela fait mal, en nous bouleversant, en nous agaçant, en nous blessant ou en nous éblouissant, ils nous somment d'inventer des réponses originales puisées aux sources de notre humanité commune. Ils font de nous des héros du quotidien, invités à se réinventer chaque jour, qu'ils en soient remerciés.

Sommaire

I.	CHAPITRE 1 : etat des lieux	7
A.	LA RESIDENCE DU PARC	7
1.	Situation géographique.....	7
2.	Historique	8
3.	Situation démographique.....	9
B.	LES CINQ ANNEES DE LA PREMIERE CONVENTION.....	12
1.	Les outils de gestion	12
2.	La participation des usagers	12
3.	Le développement de la vie sociale et des activités	12
4.	L'organisation de la vie quotidienne.....	13
5.	Les soins	13
6.	L'hygiène et la sécurité	14
7.	Effectif et Formation du personnel.....	14
8.	La réflexion institutionnelle éthique	15
C.	LE PLAN D'AIDE A LA MODERNISATION	16
1.	Les aides financières	16
2.	Les réalisations	17
II.	CHAPITRE 2 : LA CONSTRUCTION DU NOUVEAU PROJET	18
A.	PRESENTATION DE LA DEMARCHE.....	18
1.	Méthodologie d'élaboration du Projet.....	18
2.	L'auto évaluation.....	19
3.	Les enquêtes de satisfaction	20
4.	L'évaluation externe.....	23
5.	Le comité de pilotage	23
III.	LE PROJET INSTITUTIONNEL 2010 –2015	24
A.	LE PROJET DE VIE.....	25
1.	Pour un premier contact réussi	27
2.	L'organisation de la vie quotidienne	28
3.	LE PROJET DE VIE PERSONNALISE	34
B.	L'OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR	37
1.	L'accès des résidents à la vie de la cité	37
2.	L'accès de la cité à la structure	37
C.	LA FIN DE VIE	38
D.	LA QUESTION DE LA MALTRAITANCE	39
E.	LES DROITS DES USAGERS DANS L'INSTITUTION.....	41
F.	LES PRISES NE CHARGES ALTERNATIVES.....	42
1.	L'hébergement temporaire	42
2.	L'accueil de jour.....	43
3.	Création d'un P.A.S.A.....	43
4.	Création d'une U.H.R.....	44
G.	L'EVALUATION ET L'ADAPTATION DES ACTIONS ENGAGEES.....	44
IV.	LE PROJET DE SOINS	46
A.	INFORMATION ET DROIT AU CONSENTEMENT.....	47
B.	MANAGEMENT DES SOINS	47
1.	Le médecin coordonnateur	47

2.	L'infirmière coordonnatrice	48
3.	Les infirmier(e)s référent(e)s	48
4.	Les responsabilités fonctionnelles.....	48
C.	ACCES AUX SOINS	48
D.	LES SOINS AU SERVICE DE LA QUALITE DE VIE.....	49
E.	QUALITE ET SECURITE DES SOINS	50
F.	EVALUATION DES SOINS	51
V.	LE PROJET D'ANIMATION	52
A.	PHILOSOPHIE DU PROJET D'ANIMATION.....	52
1.	La place de l'animatrice	53
2.	Rôle des référents d'animation.....	54
3.	Le contenu du projet d'animation	54
4.	Place des animations innovantes	56
5.	Evaluation de l'animation	57
VI.	LE PROJET SOCIAL	58
A.	LES EFFECTIFS.....	59
B.	LA FORMATION.....	60
C.	LA PARTICIPATION DU PERSONNEL	61
D.	L'ADAPTATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	62
E.	L'ADAPTATION DE L'OUTIL DE TRAVAIL	62
F.	SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL	63
VII.	LE PROJET ARCHITECTURAL	65
A.	ETAT DES LIEUX	65
B.	PRINCIPES DE BASE DE L'ELABORATION DU PROJET ARCHITECTURAL	65
1.	L'esprit du projet.....	65
2.	Méthodologie de l'élaboration du projet architectural.....	66

PREAMBULE AU PROJET D'ETABLISSEMENT

En décembre 2005, la Résidence du Parc signait sa première convention tripartite, à la fois pour répondre à une injonction réglementaire mais aussi pour pouvoir promouvoir une nouvelle approche de la prise en charge des personnes âgées dépendantes qui composent la quasi-totalité de la population qu'elle accueille. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, prolongeant les ambitions de la réforme de la tarification de 1999 a été le support de la réflexion qu'ont menée les équipes. Si au démarrage des travaux d'élaboration du projet institutionnel, la préoccupation des responsables était avant tout de satisfaire à une exigence réglementaire en s'inscrivant dans une démarche d'amélioration des pratiques et donc de la qualité des prestations offertes, la mise en œuvre des objectifs fixés et l'analyse permanente des pratiques que cela a générée en ont fait aujourd'hui une « exigence éthique naturelle ».

Les premiers pas ont été difficiles tant le changement de culture était profond, des résistances ont marqué la naissance d'une nouvelle dynamique, mais aujourd'hui le chemin parcouru par chacun peut être analysé avec fierté et personne ne songerait à regretter l'ancien temps.

Chacun à la Résidence du Parc, a conscience de faire partie d'une équipe où il n'y a pas de petit rôle, mais où chacun doit tenir sa place en ayant présent à l'esprit qu'en oeuvrant aujourd'hui pour instaurer une nouvelle philosophie de l'accompagnement, en transformant le regard porté sur le Vieux, à plus forte raison lorsque celui-ci ne peut plus, seul, revendiquer sa qualité inaliénable d'Homme, il participe à une aventure formidable dans une société qui ne jure que par la jeunesse, la beauté, la performance et la rapidité.

Pourtant, si les progrès sont immenses, nous avons bien conscience que du chemin reste à parcourir. Chacun d'entre nous chemine vers la vieillesse et, quand bien même, il s'évertue à l'oublier, vers la mort. Que désirons-nous pour nous-mêmes demain ? Quels accompagnants souhaitons-nous pour nos dernières années si l'entrée en institution s'avère un jour inévitable ? Dans quelles conditions matérielles et morales souhaitons-nous achever notre vie, si la maladie et la grande dépendance nous atteignent comme elles atteignent aujourd'hui ceux que nous appelons « nos résidents » ? Quels efforts, quelles remises en questions sommes-nous prêts à faire pour créer ensemble le lieu suffisamment sûr et ouvert sur la vraie vie qui aujourd'hui a nom EHPAD et dans lequel, il ne serait pas tout à fait inenvisageable d'achever sa vie. Car il faut bien le dire, à la Résidence du Parc comme ailleurs, les professionnels avouent qu'ils ne voudraient jamais « ça » pour eux. Alors comment accepter pour l'autre ce que je ne voudrais à

aucun prix pour moi-même ? Comment, la conscience tranquille, se satisfaire pour autrui de l'inacceptable ?

Depuis maintenant 6 ans nous avons en équipe, au cours des nombreux échanges professionnels que nous avons mis en place, (colloque, réunion de service, groupe de réflexion sur la maltraitance ou sur la fin de vie), parcouru un chemin dont nous ne pouvons qu'être fiers. Nous avons appris à sans cesse interroger nos pratiques et à en évaluer les résultats. Au sein de la Résidence du Parc, chaque membre du personnel est invité à donner du sens à son action auprès des résidents, des familles, mais aussi au sein de l'équipe par des actions concrètes et facilement évaluables. Pourtant, si nous nous interrogeons beaucoup et souvent nos pratiques, des questions restent aujourd'hui sans réponses vraiment satisfaisantes et notre accompagnement n'est pas toujours en harmonie avec notre philosophie et nos engagements. Parce que nous sommes dans une organisation humaine au service d'autres hommes, toujours mouvante et indécise, parce que la nature a tendance à nous tirer toujours du même côté, vers les solutions faciles et économes de nos engagements, nous resterons toujours en deçà de nos espérances.

Mais au moment d'élaborer un nouveau projet, faut-il accepter de se laisser « réduire » à la médiocrité ? Nous ne pouvons admettre de contraindre nos espoirs de voir changer radicalement l'accompagnement des plus vieux et plus fragiles d'entre nous à des mesures sans ambition et la bonne réponse n'est-elle pas celle que nous propose Oscar Wilde lorsqu'il écrit : « *La sagesse, c'est d'avoir des rêves suffisamment grands pour ne pas les perdre de vue lorsqu'on les poursuit* ». Ayons donc des rêves assez grands pour porter nos actions et de l'indulgence quand le chemin est ardu et que nous peinons.

Si la loi consacre les droits des personnes âgées dépendantes, ils devraient pourtant naître simplement du respect que tout individu doit à l'autre et à lui-même parce que pareillement humain. Au moment de commencer la rédaction de cette nouvelle page de notre histoire, le projet institutionnel qui sera la charpente de nos actions pour les 5 années qui viennent, la question est posée à tous les acteurs de l'institution.

Je veux croire, en écrivant ces phrases, que ceux qui participeront à cette aventure seront suffisamment sincères pour que, bien sûr, transparaisse dans ce projet une identité originale pour notre résidence, mais surtout que chacun aura à cœur, une fois les mots posés sur le papier, d'agir en accord avec les engagements pris, de consentir aux efforts de remise en question nécessaires.

Il ne s'agit pas ici de réaliser un exercice rhétorique visant à satisfaire les autorités de contrôle, mais de s'engager dans une transformation profonde et pérenne de nos schémas de pensée et de travail.

INTRODUCTION

En 2004, les équipes de la Maison de Retraite de Saint Germain la Ville se sont mobilisées pour construire le premier projet d'établissement de l'institution afin de répondre aux exigences réglementaires, étape indispensable à la négociation de la convention tripartite.

Cinq années se sont écoulées, et la majorité des objectifs fixés par la première convention ont été atteints, certains même dépassés. Au moment de faire le bilan de ces cinq années d'efforts nous ne pouvons que regretter de n'avoir pu avancer sur le projet architectural, mais dans ce domaine, les enjeux financiers et les contraintes sont tels que notre volonté doit se plier aux réalités. Nous ne pouvons que remettre sur le métier cet ouvrage qui nous tient à cœur en souhaitant que cette fois les obstacles soient levés pour qu'une réflexion globale sur l'avenir de l'établissement puisse s'engager avec les décideurs de notre secteur, Conseil Général et ARS nouvellement créée.

Ce projet d'établissement qui sous-tendra nos actions pour les cinq prochaines années a été co-construit par les équipes de l'établissement. Dans les différents chapitres de ce document nous présenterons dans une première partie, l'historique de l'établissement, les grandes étapes de notre démarche et les résultats de nos évaluations. Dans une seconde partie, à partir des conclusions de ces évaluations et pour s'inscrire dans une politique d'amélioration de la qualité, nous déclinerons le projet institutionnel pour les cinq prochaines années suivant les chapitres suivants : le projet de vie de la Résidence du Parc, le projet d'animation, le projet de soins, le projet social, et enfin le projet architectural.

Pour finir, nous développerons, dans le cadre d'un projet qualité, les outils à mettre en place pour évaluer la mise en œuvre de ces projets et leur adaptation.

Tout au long de cette réflexion nous garderons, en ligne de mire, l'idée que nous devons créer une nouvelle forme d'accompagnement du très grand âge qui ne sorte jamais l'homme vieux de la société qui l'a vu grandir et vieillir mais surtout qu'il a permis, par son travail et les sacrifices consentis tout au long de sa vie à construire pour que nous y vivions à notre tour.

A chaque étape du projet, tous ceux qui, de près ou de loin, auront part à sa mise en œuvre, ont été invités à donner leur point de vue sur ce qui émergeait de notre réflexion et nous voulons croire que nous saurons honorer nos engagements, accompagnés dans notre démarche par nos partenaires institutionnels.

I. CHAPITRE 1 : ETAT DES LIEUX

Toute construction, fut-elle celle d'un projet institutionnel, doit s'ancrer sur un terrain propice, préalablement défriché et viabilisé. Dans notre démarche, nous ne pouvons absolument pas ignorer l'histoire de notre structure de sa création aux cinq dernières années qui, à travers la mise en œuvre de la première convention tripartite l'ont fait devenir EHPAD et l'ont conduit à s'engager dans une approche nouvelle de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Nous devons également nous situer dans un contexte géographique et démographique qui conditionnera l'avenir de l'établissement et donc doit être pris en compte lors de l'élaboration du nouveau projet institutionnel.

A. LA RESIDENCE DU PARC

1. Situation géographique

La Résidence du Parc est située à Saint Germain la Ville, dans le département de la Marne, au cœur d'une région agricole et à 12 kilomètres de Châlons en Champagne. Implantée dans un village comptant 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 mais accueille aussi des personnes dont les enfants sont installés dans sa zone d'attraction et qui ont souhaité un rapprochement familial quand la dépendance est apparue. A ce jour, elle dessert un secteur géographique assez étendu qui inclut Châlons. 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 qui lui permet de continuer à participer à la vie de la cité et conserver une certaine vie sociale.



2. 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 a été officialisé en 2009.

L'établissement a dans un premier temps compté 80 lits et accueillait essentiellement des personnes âgées relativement autonomes qui recherchaient confort et sécurité. Le choix avait été fait de privilégier les chambres seules. Toutefois, pour permettre un accueil satisfaisant des couples, certaines chambres ont été prévues avec une porte de communication avec la chambre contiguë.

En 1987, pour faire face en même temps qu'à une augmentation de la demande, à l'aggravation de la dépendance, une extension de 17 chambres dont 3 doubles a été réalisée. Au-delà de cette extension et avant la signature de la convention, des travaux ont été entrepris afin de garder une certaine qualité aux bâtiments.

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 collectifs. 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.

Malgré ces opérations de réhabilitation, nous aurons l'occasion de constater dans le cadre de la réflexion autour du projet architectural que la Résidence du Parc souffre de son inadaptation matérielle à la population qu'elle accueille et aux services qu'elle veut proposer à ces usagers.

La première convention tripartite signée en décembre 2005 avait déjà fait apparaître les inadaptations architecturales mais surtout la vétusté de certains équipements indispensables à la poursuite de l'activité. Ces questions ont reçu un début de réponse au cours des cinq années écoulées mais les locaux restent vieillots et peu adaptés à leurs fonctions. Le projet architectural 2010-2015 devra apporter les réponses attendues par les usagers et le personnel si nous

voulons garder son attractivité à l'établissement. Cette situation et les pistes d'amélioration seront évoquées dans le chapitre du projet institutionnel consacré au projet architectural de ce document.

Si la situation a peu évolué sur le plan architectural au cours des 5 années passées pour des raisons que nous aurons le loisir de détailler ultérieurement, le fonctionnement de l'établissement a été profondément réformé pour mieux répondre aux besoins de la population qu'il accueille désormais.

3. Situation démographique

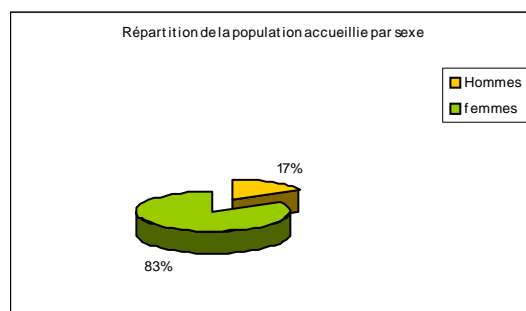
Au moment de sa création, la Maison de Retraite de Saint Germain la Ville qui n'était pas encore EHPAD, accueillait 80 personnes âgées, plutôt valides au moment de leur entrée et essentiellement originaires des cantons proches. La construction de 20 places supplémentaires a permis de médicaliser la structure et donc de répondre aux besoins d'une nouvelle catégorie de demandeurs plus dépendants et requérant des soins plus importants et une prise en charge plus lourde.

Les évolutions démographiques qui ont marqué notre société n'ont pas été sans influence sur l'évolution de la population accueillie et sur ses attentes. Aujourd'hui, la qualité des logements s'est améliorée, des dispositifs d'adaptation du domicile ont été mis en place pour répondre au souhait du plus grand nombre de rester à domicile le plus longtemps possible et pourquoi pas jusqu'à la fin de sa vie alors qu'en même temps la structure familiale était bouleversée par les nouveaux modes de vie, de travail et d'habitat. Si nous vieillissons mieux, et par conséquent chacun peut rester plus longtemps à son domicile, le jour où le handicap ou la maladie sévère s'installent, les aidants naturels ne sont plus ni assez près, ni assez disponibles pour assurer un accompagnement sécurisant jusqu'à la fin de la vie et les aides à domicile mises en place restent pour des raisons économiques évidentes trop sporadiques pour répondre aux situations extrêmes que sont les fins de vie et les stades avancés des maladies neuro-dégénératives. Nous avons gagné plusieurs années d'espérance de vie, il n'en reste pas moins vrai qu'à l'extrême limite de la vie, l'entrée en structure est souvent la seule alternative qui reste. Ces différents éléments ont eu au fil des années un impact non négligeable sur la population accueillie à la Résidence du Parc.

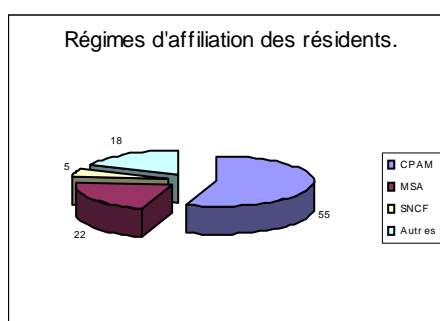
Globalement, l'origine géographique reste la même c'est-à-dire essentiellement locale comme en témoigne le graphique ci-dessous, même si certains résidents originaires d'autres départements ou régions s'installent à la Résidence du Parc. Il s'agit le plus souvent d'un rapprochement familial, leurs enfants vivant à proximité de Saint Germain la Ville.



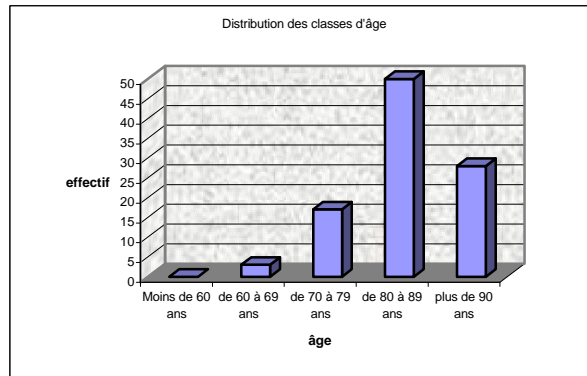
De la même façon, nous pouvons constater que la structure de la population de l'établissement correspond à la structure de la population âgée hors institution et comprend donc une large majorité de femmes.



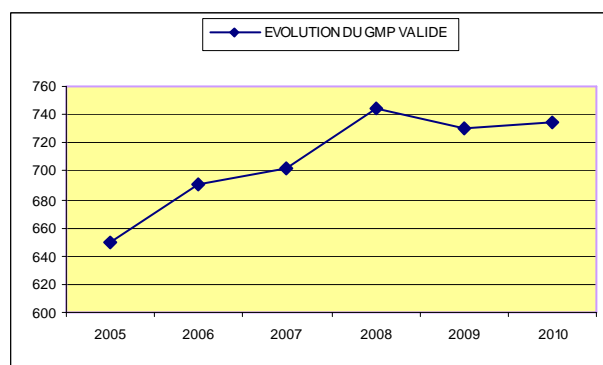
Si la population a essentiellement une origine rurale, l'examen du graphique ci-dessous nous montre que nous accueillons une majorité de ressortissants du régime général d'assurance sociale et les femmes qui entrent à la Résidence du Parc ont de plus en plus souvent eu une activité professionnelle indépendante de celle de leur conjoint quand bien même celui-ci était agriculteur.



Depuis plusieurs années, la moyenne d'âge de la population s'établit autour de 86 ans car si le vieillissement de la population de l'établissement suit celui de la population en général et que nous accueillons des personnes de plus en plus âgées, les personnes atteintes de pathologies cognitives sont relativement jeunes et font donc baisser la moyenne d'âge de l'établissement. Actuellement la personne la plus âgée a dépassé 104 ans et la plus jeune à 65 ans.



Avec le vieillissement de la population accueillie et l'augmentation du nombre des personnes souffrant de démences de type ALZHEIMER, le niveau de dépendance de la population s'est élevé. En quelques années, le GMP a augmenté de façon significative même si la mise en œuvre de nouvelles méthodes de prise en soin permet de limiter les pertes de capacités, voire de réhabiliter certaines compétences et donc, à la marge de le contenir dans une fourchette située entre 730 et 745. Il faut noter que les actions entreprises pour maintenir l'autonomie des résidents, voire en regagner, n'est pas économe de moyens humains et qu'il s'agit pour nous de faire un choix éthique qui nous l'espérons sera accompagné par nos tarificateurs. Par ailleurs, dans la mesure où la charge de travail induite par le niveau de dépendance constaté a été prise en compte, nous nous sommes efforcés de répondre aux demandes d'admission formulées pour des personnes très dépendantes en orientant, le cas échéant, les plus autonomes vers des structures de type RPA ou MARPA ou en conseillant le maintien à domicile accompagné d'un accueil de jour thérapeutique. Cette politique de recrutement explique la relative stabilité du GMP telle qu'elle apparaît dans la dernière partie de la courbe ci-dessous.



Il convient enfin de noter pour avoir une bonne image de la population accueillie à la Résidence du Parc que le pourcentage de personnes présentant des troubles cognitifs sévères s'élève à 72.45% et celui des errants à 45.92%.

B. LES CINQ ANNEES DE LA PREMIERE CONVENTION

La première convention tripartite a été signée le 19 décembre 2005 et a marqué le début officiel de la transformation de l'établissement. Toutefois, le travail de réflexion sur la qualité des services et soins offerts ayant commencé dès 2004, les dysfonctionnements les plus choquants ont été analysés dès 2004 et des décisions ont été prises dès le début de l'année 2005. Le médecin coordonnateur a été recruté sans attendre la signature de la convention, une psychologue a été recrutée dès mai 2005 pour accompagner les équipes dans la mise en œuvre du changement après accord des autorités de tarification.

L'auto-évaluation ANGELIQUE réalisée en 2004 avait mis en évidence un certain nombre de faiblesses dans le fonctionnement au quotidien de l'établissement et l'analyse de ce document nous a permis de répondre rapidement à certaines exigences réglementaires. Une évaluation annuelle des résultats obtenus nous a par ailleurs permis de vérifier l'adéquation de nos actions avec les objectifs fixés en 2005.

1. Les outils de gestion

Sans attendre, l'établissement s'est doté d'un contrat de séjour, d'un règlement de fonctionnement et d'un livret d'accueil qui depuis sont actualisés régulièrement pour intégrer les évolutions de nos prestations. Dans le même temps, une procédure d'admission a été élaborée de manière à rationaliser la gestion des demandes et leur suivi.

Les outils de gestion administrative ont eux aussi été modernisés tant sur le plan matériel que logiciel et ce dans le but d'optimiser les moyens et de gagner en efficacité.

2. La participation des usagers

Les modalités de participation des usagers et de leurs familles ont été précisées et mises en place. Une association des familles a été créée et le conseil de la vie sociale se réunit régulièrement. Son renouvellement est assuré tous les trois ans de manière à lui conserver une réelle représentativité. La participation des familles comme celle des résidents est favorisée par la création de commissions spécifiques qui guident le choix des équipes dans les actions à mettre en œuvre. Par ailleurs un site Internet permet l'accès en toute transparence aux informations et actualités de la structure.

3. Le développement de la vie sociale et des activités

Le détachement d'une aide soignante sur un poste d'animatrice et sa formation au BEATEP ont permis de créer une dynamique de valorisation des activités thérapeutiques ou des loisirs. Depuis 2005, notre offre d'activités n'a cessé de se développer pour balayer un vaste champ de manière à apporter une réponse à toutes les situations aussi diverses soient-elles. En

évolution permanente, cette composante du projet institutionnel fera l'objet d'un développement spécial dans le Chapitre X.

4. L'organisation de la vie quotidienne

Elaboré avec l'appui d'un organisme de formation, le projet qui étayait la convention de 2005 a été en permanence actualisé toujours à partir de la « philosophie » qui lui avait donné naissance et de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, pour tenir compte de la réflexion institutionnelle permanente mise en place à partir de 2006. Le personnel ayant bénéficié de la formation à la « Méthode Gineste Marescotti » dite « Humanitude » a bien pris conscience du sens de sa mission et réinterroge sans cesse ses pratiques, au cours de réunions de service régulières, pour trouver la meilleure réponse possible aux besoins de ceux qu'il accompagne. Le fonctionnement quotidien a donc été réaménagé pour répondre aux besoins des usagers et non plus aux attentes du personnel. Si les débuts ont été difficiles, cinq années de concertation et de dialogue ont permis de créer une culture de la bientraitance que nous revendiquons haut et fort et dans laquelle chacun se retrouve.

Les rythmes de vie dans l'établissement ont été peu à peu modifiés pour se rapprocher de ceux de la « vie ordinaire » : horaire de lever, de repas et de coucher sont aujourd'hui proches de ceux que connaissent les personnes âgées à leur domicile. Par ailleurs, nous nous attachons, autant que la vie collective le permet, à respecter les rythmes individuels. Ainsi par exemple, le réveil naturel est la norme et il n'y a pas de réveil contraint la nuit pour un change!

Pour pouvoir placer l'usager au cœur du dispositif de prises en soins, lui créer un accompagnement individualisé, il a fallu rapprocher le personnel des usagers, créer les conditions d'une connaissance véritable de l'histoire de chacun des résidents accueillis et de ses souhaits. Pour cela l'établissement a progressivement été sectorisé en quatre services et chaque service a été doté de sa propre équipe permanente. Une infirmière référente a été désignée pour chaque service de manière à soutenir les démarches mises en place par les équipes et superviser les pratiques professionnelles des agents.

La qualité et la régularité de l'activité des agents ont été renforcées par l'élaboration de fiches de postes et de fiches de fonctions qui servent de référence dans l'organisation du travail. Des procédures standards ont été élaborées et des outils de traçabilité mis en place de manière à permettre une évaluation permanente.

5. Les soins

Le recrutement d'un médecin coordonnateur a permis de structurer l'organisation des soins et d'en faire progresser l'efficacité et la qualité. Avec son aide, des procédures ont été mises en place de manière à garantir les droits des résidents en tant que bénéficiaires de soins : droit à l'information, droit au choix, se mettent en place peu à peu malgré la culture

médicale et soignante de la « toute puissance » encore fortement présente à l'occasion des soins. L'analyse continue des pratiques professionnelles permet dans ce domaine de progresser de manière régulière. L'informatisation en 2007 du dossier médical du résident garantit l'accès aux informations par tous les acteurs du soin dans le respect du secret professionnel partagé. Une analyse plus exhaustive de ce domaine de notre activité sera réalisée dans le chapitre IV relatif au projet de soins.

6. L'hygiène et la sécurité

Garantir la sécurité des usagers est une obligation pour les établissements et même si parfois les contraintes imposées par cette nécessaire obligation compliquent la vie quotidienne, nous avons mis à profit ces cinq années pour intégrer les règles applicables à notre secteur. Le personnel est régulièrement formé aux techniques du bio nettoyage et des fiches techniques rappellent à tous les méthodes à utiliser. Les protocoles sont affichés et leur connaissance vérifiée régulièrement. Du matériel de protection a été acquis pour faire face aux risques de contaminations particuliers (grippe H1N1 en 2010 par exemple).

En cuisine des analyses sont réalisées régulièrement aussi bien sur les préparations que sur les surfaces et instruments.

Le responsable de l'entretien a bénéficié d'une formation SSIAPS 2 de manière à maîtriser le volet sécurité incendie et à pouvoir assurer la formation régulière des équipes à la prévention de ce risque. Les contrats d'entretien ont été renforcés pour prévenir les dysfonctionnements matériels qui pourraient perturber le fonctionnement des services.

Les risques professionnels sont évalués régulièrement et les dispositions sont prises pour les limiter notamment à travers l'acquisition de matériel ergonomique ou d'aide qui accompagnent l'accomplissement de certaines tâches et soulagent le personnel.

Pour faire face aux situations de crise, l'établissement a élaboré son « Plan Bleu » avec les déclinaisons spécifiques concernant la canicule, le risque d'inondation et le risque épidémique.

7. Effectif et Formation du personnel

La signature de la convention tripartite en 2005 a permis d'adapter les effectifs du personnel à la dépendance constatée dans l'établissement. Toutefois, depuis 2005, la dépendance s'est fortement aggravée et le GMP varie aujourd'hui autour de 735 points. En 2007, un complément de dotation a été accordé sur le budget soins pour renforcer les effectifs mais aujourd'hui encore, l'accompagnement personnalisé et bienveillant que nous voulons offrir à tous nos résidents nous contraints à accepter des glissements de tâches.

Malgré ce constat, nous nous efforçons de garantir la sécurité et la qualité de l'accompagnement en réalisant un plan de formation exigeant et ambitieux. Si les emplois ne

correspondent pas aux besoins constatés, la formation des agents est en adéquation avec ces besoins et les compétences acquises permettent de travailler dans le respect des bonnes pratiques fixées par l'ANESM.

Les effectifs autorisés sont rappelés dans le tableau suivant qui présente également l'effectif réel ainsi que les compléments apportés par les personnes en contrats aidés ainsi que par les apprentis.

EFFECTIF DU PERSONNEL A L'ISSUE DE LA PREMIERE CONVENTION

GRADE	EFFECTIF BUDGETE	EFFECTIF REEL	PRESENTS	OBSERVATION
DIRECTEUR	1	1	1	
ATTACHE ADM	1	0	0	
ADJ ADM	2	2	2	
ANIMATRICE	1	1	1	
PSYCHOLOGUE	0.8	0.8	0.8	
GOVERNANTE		1	1	
AS	22.00	26.60	23.60	1CLD, 1 FORM IDE, 1 C.MAT
AMP	2.75	2.75	2.75	
ASH	21.5	18.95	18.65	1 MI TEMPS TH, 1 Formation DEAS
AGENT CHEF	1	0	0	
MAITRE OUVRIER	2	1	1	
OPQ	4.5	3.9	3.9	
AES	0	2	2	
PSYCHOMOT .	0.2	0	0	
IDE	5.2	5.3	5.3	
MEDECIN CO.	0.33	0.33	0.33	
TOTAL	65.28	4.65	4.65	
CAE	7	13.30	13.30	
CAE EAMP		2.70	2.70	
APPRENTIE		3	3	
TOTAL				

8. La réflexion institutionnelle éthique

Faire vivre une institution en ne basant son action que sur des normes, des lois et protocoles n'est-ce pas faire peu de cas de l'humanité qui est en nous et qui n'est pas réductible au numéro d'une chambre, au nom barbare d'une pathologie, au chapitre d'un règlement ? Chaque Homme est à la fois unique et semblable à moi. Unique parce que son histoire de vie l'a façonné comme il est aujourd'hui, semblable à moi comme à tous les autres Hommes parce que porteur des mêmes attributs qui font notre commune humanité.

Face à cette réalité, notre devoir est d'élargir notre réflexion au-delà des mécanismes qui souvent organisent notre activité professionnelle. Pour répondre à cette exigence et dépasser les simples prescriptions qui, faute d'être pensées par les équipes, restent vides de sens, nous

avons instauré des temps de réflexion sur nos méthodes de travail, nos pratiques quotidiennes et ce qu'elles induisent. Ces échanges entre les membres d'une même équipe permettent d'avancer sur la voie de l'individualisation des réponses apportées aux résidents dont la situation nous interpelle. Chacun y a droit de parole et de pensée, et si l'investissement en temps est lourd, le bénéfice pour tous est réel lorsque qu'on analyse le chemin parcouru en 5 ans.

Pour aller plus loin, il nous a cependant paru nécessaire de créer des lieux de réflexion spécifique pour évoquer d'une part les risques de maltraitance et la problématique de la fin de vie. Pourquoi ces deux axes de réflexion ont-ils retenus notre attention ? La maltraitance, parce qu'elle menace notre institution à chaque instant tant les pathologies prises en charge attaquent notre perception de la vieillesse et notre capacité à voir encore l'Homme dans le dément ; la fin de vie, parce que cette fin de nous, pourtant si bien partagée, nous dicte souvent des conduites d'évitement à l'opposé de nos engagements d'accompagnement. L'échange autour de ces deux grandes questions nous entraîne vers des débats philosophiques qui nous font grandir et nous permettent de donner sens à nos actes. Le CLOVI'MALT et le groupe fin de vie qui fonctionnent de manière régulière depuis la fin de l'année 2007, nous aident à penser nos actions et à mettre des mots sur les difficultés pour ne pas y mettre des actes qui ne respecteraient pas celui que nous avons pour mission de conduire apaisé jusqu'au bout de sa vie.

C. LE PLAN D'AIDE A LA MODERNISATION

Le projet d'établissement rédigé en 2004 faisait apparaître l'inadaptation grandissante des locaux et équipements à la population accueillie et faisait état de la nécessité pour les années à venir de l'élaboration d'un projet architectural permettant une restructuration de l'établissement et son adaptation aux enjeux du XXIème siècle. Des éléments non maîtrisables par nous-mêmes sont venus contrarier ce projet où pour le moins en retarder la concrétisation.

Malgré tout, des aménagements essentiels ont été réalisés : un accueil de jour thérapeutique a été aménagé dans un bâtiment annexe et les installations vitales pour l'établissement ont été remplacées ou sont en voie de l'être.

Ces réalisations, si elles ne changent en rien l'inadaptation des locaux à ses missions, permettent au moins d'envisager l'avenir plus sereinement en mettant la Résidence du Parc à l'abri d'un arrêt brutal d'activité pour cause, par exemple, d'absence de chauffage.

1. Les aides financières

Après l'abandon en 2005, par le Conseil Général de la Marne des aides à l'investissement des EHPAD, la perspective de modernisation des installations vitales de l'établissement a semblé s'éloigner. En effet les besoins étaient tels que ces travaux impacteraient le prix de journée au point d'interdire toute restructuration ultérieure. Comment imaginer une poursuite

d'activité dans des locaux de plus en plus inadaptés, voire dangereux pour ceux-là mêmes qu'ils sont sensés mettre à l'abri ?

Un dossier a donc été constitué auprès de la toute nouvelle CNSA afin de bénéficier des crédits du Plan d'Aide à la Modernisation. Fin 2007, une subvention de la CNSA, complétée d'une dotation exceptionnelle permettait de financer les travaux les plus urgents et qui devaient permettre de garantir la poursuite de l'activité. De plus, une autre subvention de la CNSA, obtenue à la suite d'un appel à projet pour la création d'un accueil de jour ALZHEIMER, complétée par une subvention du FNADT dans le cadre du contrat de plan Etat-Région, permettait l'aménagement de locaux en vue de la création d'un accueil de jour thérapeutique de huit places.

2. Les réalisations

Ces différentes aides financières ont été déterminantes dans la mise en œuvre des travaux dont le but était simplement de garantir la pérennité de l'établissement.

En 2006, l'établissement avait déjà fait créer trois douches handicapées pour augmenter les possibilités d'accès à une hygiène correcte aux 100 résidents de la structure qui jusque là devait se contenter des 4 salles de bains existantes et déjà vieillissantes. Cet aménagement nouveau a permis de garantir un minimum d'une douche hebdomadaire à chaque personne qui le souhaite et ce tout en améliorant les conditions de travail du personnel.

Dans le cadre du programme d'investissements rendu possible grâce au Plan d'aide à la modernisation et autres subventions, les installations de production d'eau chaude sanitaire et de chauffage arrivées en fin de vie ont pu être remplacées, sécurisant ainsi la poursuite de l'activité. Le choix a été fait de s'engager dans une démarche de développement durable accompagnée par l'ADEME en réalisant une installation multi-énergies.

La modernisation du système de détection incendie est en voie de réalisation puisque les travaux vont débuter à la fin du mois d'octobre, l'achat d'un groupe électrogène est en cours ainsi que le remplacement de l'ascenseur qui ne répond plus aux normes en vigueur en terme de sécurité mais aussi en terme d'accessibilité.

L'ensemble de ces travaux, financés en partie par des subventions transférables, n'a pas eu d'incidences majeures sur les prix de journée, ce qui est appréciable dans la mesure où ces modernisations techniques ne constituent pas pour le résident et ses proches une amélioration visible de la prestation. Il ne s'agit, nous l'avons déjà noté, que de sécuriser l'activité de l'établissement. Nous devons donc, sous peine de ne plus avoir notre place dans le système d'accueil des personnes âgées dépendantes construire un projet architectural en cohérence avec les attentes du public pris en charge, des familles et du personnel et qui permettent un accompagnement bientraitant dans les conditions légitimement attendues par tous.

II. CHAPITRE 2 : LA CONSTRUCTION DU NOUVEAU PROJET

A. PRESENTATION DE LA DEMARCHE

En 2004, l'établissement alors maison de retraite médicalisée pour la moitié de ses lits, avait mobilisé ses équipes autour des seuls projets de vie et de soins. Par manque de temps, les autres chapitres du projet institutionnel, s'ils s'inspiraient des résultats de l'auto évaluation réalisée à partir du référentiel ANGELIQUE, n'avaient pas fait l'objet d'un travail collectif élaboré. En 2009, au moment de remettre sur le métier, l'élaboration d'un nouveau projet institutionnel, il a semblé indispensable que tous les acteurs soient associés à la démarche, d'autant plus que les méthodes de travail mises en place depuis 2005, ont installé une culture participative dynamique. Si les résidents et leurs familles sont toujours difficiles à mobiliser, les uns invoquant la fatigue et les problèmes de santé, les autres, le manque de temps ou l'éloignement, le personnel ne se serait pas laissé déposséder de son droit à participer à cette nouvelle aventure qui l'engage au premier chef.

1. Méthodologie d'élaboration du Projet

Dès le début de l'année 2009, les équipes ont été informées que l'année serait marquée par le début de la réflexion sur la réécriture du projet institutionnel en vue du renouvellement de la convention tripartite à l'horizon fin 2010.

Cette réflexion devait s'appuyer conformément aux exigences de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale sur un ensemble de dispositifs d'évaluation de la qualité des prestations fournies par la structure.

L'auto évaluation est le premier axe de ce dispositif et avait déjà été réalisée en 2004 à partir du référentiel ANGELIQUE. Ce passage obligé de la réflexion doit conduire les équipes à poser un regard interrogatif sur leurs pratiques et à remettre en question des fonctionnements qui, à force de répétitions, perdent leur sens.

L'objectif de l'institution n'étant pas simplement de satisfaire ceux qui y travaillent, l'avis des usagers et de leur famille se doit aussi d'être recueilli et analysé pour croiser les résultats avec ceux de l'auto évaluation. Par ailleurs le personnel qui met en œuvre au quotidien les objectifs du projet d'établissement doit pouvoir au-delà de l'évaluation qu'il fait de ses pratiques exprimer son vécu et ses attentes professionnelles et humaines au sein du groupe. Des enquêtes ont donc été réalisées auprès de chacun des acteurs de la structure afin d'asseoir le futur projet institutionnel à la fois sur des bases réglementaires, mais aussi et peut-être en premier lieu, sur les aspirations légitimes de ceux qui y jouent une partie non négligeable de leur vie.

Enfin, inscrite elle aussi dans la loi et indispensable à l'objectivité du jugement porté sur la qualité de vie et de soins offerte par la Résidence du Parc, l'évaluation externe est le dernier axe de ce triptyque évaluatif qui doit permettre de donner naissance à un projet institutionnel porteur de sens pour tous et réaliste sans être réducteur.

Ces trois étapes, auto évaluation, enquêtes de satisfaction et évaluation externe, ont été réalisées successivement entre octobre 2009 et mai 2010. Dès le mois de mars, les équipes ont également été invitées à réfléchir aux axes d'amélioration de la qualité de nos pratiques à retenir pour le projet institutionnel 2010-2015.

Un comité de pilotage, composé de représentants des résidents, des familles, du personnel et du Conseil d'Administration, a été invité à valider les documents produits. Nous devons noter que cette phase de préparation du nouveau projet a mobilisé beaucoup d'énergie et de temps et qu'il a fallu jongler avec les emplois du temps de chacun pour que cela puisse voir le jour sans que les résidents aient à en pâtir. Dans une structure comme la nôtre, il est par ailleurs difficile de mobiliser les résidents et les familles. En effet, le grand âge des résidents les incite plutôt à se centrer sur eux-mêmes et les familles ne souhaitent pas toujours s'investir quand elles savent que, dans quelques mois, leur parent ne sera plus. L'intérêt général, la question sociétale de l'accompagnement de la grande vieillesse n'est pas à l'ordre du jour, ce que les textes semblent parfois ignorer victimes sans doute d'une vision parisienne et élitiste de la société.

Ici les résidents et leurs familles sont surtout des consommateurs de service. Il n'est, pour s'en convaincre, qu'à voir la difficulté pour l'association la Chênevière, qui apporte pourtant une aide importante pour la réalisation de certains projets d'animation, à renouveler ses cadres. Ils veulent bien à la limite, critiquer le service rendu, mais ne souhaitent pas aller au-delà.

2. L'auto évaluation

a) Création du référentiel d'auto-évaluation

Après avoir utilisé ANGELIQUE pour la première auto évaluation réalisée en 2004 et avoir travaillé au cours des 5 années de la première convention tripartite à répondre au constat de cette analyse en s'attaquant aux points faibles de notre établissement, il nous est apparu indispensable de nous doter d'un outil plus « acéré » qui nous donne une image plus précise des réponses que nous proposons à nos usagers en terme de qualité de vie comme de qualité de soins.

Le personnel a donc été invité à construire son propre référentiel, non pas pour se faire un outil sur mesure et indulgent, mais pour traquer le dysfonctionnement dans tous les rouages de l'institution. Afin d'associer l'ensemble des métiers et des services de la structure à cette démarche, tous les agents ont été sollicités pour participer à cette première phase de notre

démarche. Un tirage au sort a permis de compléter le groupe de volontaires et d'assurer la diversité professionnelle et générationnelle des participants.

Les outils existants, ANGELIQUE, VERONIQUE, et le référentiel AFNOR ont donc été présentés au groupe de travail chargé de l'élaboration de cet outil nouveau. Trois sous-groupes ont été constitués et chacun a pris en charge, sous la responsabilité d'un animateur, d'une partie du référentiel à construire. Trois séances de 3 heures ont été nécessaires à chaque groupe pour venir à bout de sa tâche. A l'issue de ce travail préparatoire, les trois sous-groupes se sont réunis pour valider la proposition d'outil d'évaluation ainsi construite.

Cette proposition a été soumise au comité de pilotage constitué pour l'occasion et composé de résidents, de représentants des familles et de représentants du Conseil d'Administration. Le comité de pilotage a formulé ses observations qui ont conduit à quelques modifications du référentiel puis l'a validé.

Le référentiel GAEL, outil d'évaluation propre à la Résidence du Parc était donc prêt à être utilisé.

b) Mise en œuvre de l'auto évaluation G.A.E.L

De la même manière que le personnel a été étroitement associé à la construction du référentiel GAEL, il a été invité à prendre part de manière active à l'auto-évaluation. Les agents qui avaient participé à la première phase de la démarche ont laissé la place à leurs collègues qui ont donc utilisé l'outil sans à priori. Comme précédemment, pour faciliter le travail et rendre la démarche supportable en terme de temps mobilisé, le groupe principal s'est scindé en trois sous-groupes pour la phase d'évaluation. Le référentiel a, lui aussi, été divisé de manière à former trois parties cohérentes et équilibrées, et, sans tenir compte ni des grades, ni du statut ou du service des agents, chacun a été invité à participer au débat qui devait aboutir à la cotation définitive.

Le résultat de ces évaluations a été présenté au comité de pilotage et validé par celui-ci. L'analyse des résultats figure dans un document de synthèse annexé au présent projet d'établissement.

3. Les enquêtes de satisfaction

a) Enquête de satisfaction auprès des familles

Si le regard que nous portons sur notre travail est primordial et parce qu'il remet en cause les routines dans lesquelles toute organisation a tendance à se complaire, nous ne devons pas oublier que notre travail ne prend son sens que parce qu'il répond à une attente des familles qui nous confient un parent que son âge a rendu vulnérable et qui dans une sorte d'injonction paradoxale, nous demande l'excellence dans l'accompagnement et jalouse notre réussite.

Ce constat parfois douloureux pour les professionnels ne doit pas nous conduire à occulter l'avis des familles : c'est pourquoi tous les deux ans, depuis 2005, nous leur adressons un questionnaire qui nous permet de mesurer leur satisfaction et de recueillir leurs attentes.

Dans le but d'éclairer notre réflexion au moment de la réécriture du projet institutionnel, il nous a semblé indispensable d'appuyer notre travail sur le résultat de la dernière enquête réalisée auprès des familles. A la fin de l'année 2009, nous avons confié à une étudiante en Master 2 AES (Administration Economique et Sociale) le soin de bâtir un questionnaire assez exhaustif, de le soumettre aux familles, et d'en analyser le résultat. Le fruit de ce travail figure dans un document annexe au présent projet et étaye les propositions d'amélioration que nous serons amenés à formuler dans les chapitres suivants.

b) Le recueil de la satisfaction des usagers

Le premier acteur du projet institutionnel est, normalement, le sujet âgé pour lequel il a été élaboré. Notre action n'a de sens que si elle lui apporte une qualité de vie conforme à ses aspirations et force est de constater que celles-ci ne coïncident pas toujours avec celles des familles. Il était donc essentiel de recueillir l'avis de nos résidents avant toute prise de décision dont ils seraient les premiers bénéficiaires ou les premières victimes. Toutefois, les pathologies cognitives qui les atteignent perturbent parfois leur capacité à dire leur degré de satisfaction, à exprimer le motif exact de leur mécontentement. Par ailleurs quand ils sont capables de répondre à des questions susceptibles de nous renseigner, nous pouvons remarquer qu'ils hésitent par crainte d'être sanctionnés si la réponse n'est pas celle qu'ils pensent attendue. Pour surmonter ces deux difficultés nous avons choisi deux modes d'évaluation différents, suivant la population concernée.

(1) La qualité de vie des personnes démentes

Une certaine partie de nos résidents est dans l'incapacité de répondre de manière cohérente aux questions que nous leur posons à propos de leur degré de satisfaction. Ils sont pourtant et sans doute, à cause de leur plus grande vulnérabilité, au cœur de nos préoccupations. Il était donc impensable de construire un projet de vie pour eux, sans eux. Nous avons donc utilisé un outil de mesure de la qualité de vie spécialement conçu pour eux et basé sur l'observation par les accompagnants du quotidien des comportements et réactions à différents moments de la journée.

C'est donc avec cet outil que nous avons pu évaluer la qualité de nos réponses aux problèmes de cette population si fragile. Les résultats de cette évaluation figurent dans le document annexé au projet institutionnel. Compte tenu de la spécificité de ces résidents, les

résultats sont à examiner de manière individuelle même si un score général nous permet de mieux cerner la pertinence des organisations.

(2) Le recueil de l'avis des usagers

Si une partie de la population accueillie, victime de troubles de la communication, ne peut exprimer clairement ses satisfactions et insatisfactions, une majorité de personnes a été jugée capable de répondre à un questionnaire construit pour recueillir leur avis. Il nous a toutefois semblé difficile de leur remettre un questionnaire de plusieurs pages en leur laissant le soin de le compléter. Toutefois, il ne nous semblait pas possible de questionner nous même les résidents sous peine d'être suspectés d'orienter les réponses ou de générer la crainte de représailles en cas de remarques déplaisantes. Il a donc été décidé de confier l'élaboration du questionnaire à l'étudiante en Master 2 AES qui avait enquêté auprès des familles et de faire réaliser l'enquête au cours d'entretien individuel en tête-à-tête mené par des élèves de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Châlons en Champagne.

Les résultats de cette enquête ainsi que leur analyse sont réunis dans le document relatif aux enquêtes, annexé au présent projet institutionnel.

c) Le recueil de la satisfaction du personnel

Travailler en EHPAD est difficile dans une société qui voit la vieillesse comme un échec et ne sait que porter un regard affligé et chargé de pitié sur ceux qui les accompagnent quand elle ne les taxe pas, sans nuance et sans distinction, de maltraitance. Certes, les images qui parviennent au public de ce monde clos où nous devons garder les vieux pour qu'ils ne dérangent pas ne sont pas flatteuses pour nos professions. Mais qui vient voir ce qui se vit là où nul scandale ne vient émailler le quotidien ?

Les professionnels doivent assumer les injonctions de la société qui ne veut pas être dérangée et qui ne veut pas dépenser pour ceux qui ne consomment plus que du soin et contempler l'image d'un possible futur épouvantable. Cette position est souvent difficile à tenir, la démence impossible à appréhender sereinement tant ses expressions sont mystérieuses et le stress qui en découle s'ajoute aux autres difficultés traditionnelles de la vie professionnelle dans notre milieu. Il nous a donc semblé important, au moment de réécrire le projet institutionnel, d'engager un nouveau cycle de progrès, de mesurer la satisfaction qu'éprouve le personnel à exercer son activité dans ce milieu, mais surtout dans cet établissement.

L'étude a, comme les précédentes, été confiée à notre stagiaire de Master 2 qui avait su s'intégrer à l'équipe tout en gardant le statut privilégié d'observateur extérieur non impliqué dans les relations parfois complexes qui unissent les membres d'une équipe qui affrontent côte à côte, quelques-uns des plus sombres aspects de la vie humaine. Son analyse des résultats figure dans le document annexe « enquêtes ».

4. L'évaluation externe

L'évaluation externe a été rendue obligatoire pour les EHPAD par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et même si, compte tenu des délais de mise en application de ce dispositif, nous n'étions pas contraints de réaliser l'évaluation externe cette année, la démarche nous a semblé intéressante à conduire au moment de réécrire le projet d'établissement.

Confronter le regard que nous portons sur nos pratiques et notre fonctionnement au regard porté par des professionnels extérieurs ne pouvait qu'enrichir notre réflexion et nous permettre d'aller encore plus loin dans la recherche d'amélioration de la qualité.

L'évaluation externe a été réalisée les 16,17 et 18 juin par des évaluateurs du CNEH qui ont observé et analysé les processus mis en œuvre dans l'établissement, la qualité des relations qui s'y nouent, mais aussi le cadre dans lequel s'exerce notre activité.

Le bilan de cette évaluation est annexé au projet d'établissement dans le dossier complet remis par le CNEH.

5. Le comité de pilotage

Tout au long de cette démarche, le comité de pilotage composé de représentants des résidents, des familles, du personnel et du Conseil d'Administration a été invité à valider les documents produits même si la participation de certains a été difficile à maintenir.

SYNTHESE

Le schéma reproduit sur la page suivante retrace les différentes phases de notre démarche, depuis l'évaluation jusqu'à la rédaction du projet institutionnel décliné dans ces différents axes. De la même façon que l'évaluation a été l'occasion d'une démarche collective impliquant tous les professionnels de la structure, la phase d'élaboration a aussi été le fruit de rencontres et de débats entre tous les acteurs réunis autour du sujet qui nous interpelle au quotidien : quel accompagnement respectueux à la fois de la dimension humaine commune et du caractère unique de chacun mettre en œuvre dans un lieu de vie collective ?

III. LE PROJET INSTITUTIONNEL 2010 –2015

Le projet institutionnel, que les différents acteurs de la Résidence du Parc ont bâti au cours de l'année 2010, se veut être le reflet d'une philosophie de l'accompagnement que les équipes ont commencé à construire dès 2005.

La réflexion permanente autour de nos pratiques, les changements d'organisation ainsi que les apports de formation proposés au long de ces 5 années, ont permis de définir un projet original qui fait la part belle aux modes de prise en soins innovants et veut effacer pour toujours l'image de mouvoir qu'ont trop souvent encore les établissements comme le nôtre.

Si le premier projet d'établissement était un projet de construction, celui que nous présentons ici, propose aux équipes de consolider les processus de manière à les rendre pérennes. Les efforts consentis pour parvenir jusqu'ici ont été conséquents et parfois douloureux aussi : chacun tremble à l'idée qu'un changement de politique pourrait tout faire disparaître. Nous savons tous que notre nature nous conduit à préférer la facilité, à éviter les conflits et que parfois nous manquons de courage pour défendre nos valeurs surtout quand en face nous avons un représentant de l'autorité. Le défi pour maintenir le cap est à relever tous les jours. Les acquis sont fragiles, surtout dans une période de crise économique qui fait craindre que les espoirs d'une vraie prise en compte des besoins des personnes âgées soient à remiser. Alors comment ne pas redouter le moment où, sans y prendre garde, nous renoncerons, par lassitude de toujours devoir batailler, à ce qui faisait nos convictions d'aujourd'hui ?

La bienveillance est la mode, au moins dans les textes. Quels moyens auront nous demain pour en faire une réalité quotidienne accessible à tous, même pour un prix de journée modeste ? Quand on parle d'EHPAD low-cost, alors que déjà nos moyens sont insuffisants et qu'il faut mesurer tout ce que l'on offre comme prestation, on ne peut que trembler. Quand nous voyons, avec nos moyens insuffisants, comme il est dur de ne pas maltraiter malgré nous nos résidents, comme nous devons faire preuve d'une vigilance qui use, nous ne pouvons que frémir. Comment faire moins cher que la misère dans laquelle nous forçons à vivre nos résidents aujourd'hui ?

Des locaux vétustes, des espaces inadaptés, un personnel en nombre et en qualification insuffisants, comment faire plus pauvrement ?

Cet élément du programme nous échappe et nous nous attacherons donc surtout, dans les pages qui suivent, à proclamer ce qui nous semble non négociable, à corriger les défauts qui demeurent dans notre accompagnement et à faire évoluer ce qui est à notre portée en souhaitant trouver un appui auprès de nos tarificateurs.

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. 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 mort.

Parallèlement à cet élargissement des aspirations, l'offre d'accueil s'est étoffée et diversifiée. Les personnes âgées, comme leur famille, ont aujourd'hui le choix. Elles comparent, jugent et décident et nous invitent à leur proposer un accueil qui réponde à leurs aspirations. Quand un établissement neuf ouvre ses portes à quelques kilomètres de nous, que les établissements les plus proches ont déjà eu l'opportunité de se moderniser, que déjà le personnel rêve des conditions de travail idéales qui semblent y être proposées, comment ne pas être inquiets pour notre avenir. Serons-nous le dernier recours quand les autres se seront révélés trop chers ou auront refusé l'admission ? Aujourd'hui notre force réside dans la qualité et l'originalité de l'accompagnement offert au quotidien par une équipe formée aux méthodes innovantes de prise en charge et ce malgré le manque de moyens matériels et humains dont souffre de manière endémique la structure.

C'est donc à partir de cette base de compétences reconnues et fondées sur une philosophie qui non seulement, comme le montre le philosophe E. KANT¹, reconnaît que la dignité est intrinsèque à l'homme et ne saurait lui être retirée, mais encore permette au plus misérable de tous, vieillard aux portes de la mort au cerveau martyrisé par une quelconque « DTA »², d'être reconnu digne et par le regard d'autrui garder au fond de sa nuit la conscience de son humanité, que nous voulons construire notre projet institutionnel et ses déclinaisons.

A. LE PROJET DE VIE

Dès 2004, nous avons insisté sur la nécessité de tenir compte des évolutions de notre société et des aspirations légitimes de chacun d'accéder à une fin de vie placée sous le signe du respect des droits inaliénables rappelés dans la « *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante* »³, pour définir une nouvelle approche de l'accompagnement de cette dernière étape de la vie qui se situe encore dans la vie et qui n'a que faire des 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 ont, en 5 ans, compris qu'il était nécessaire de remplacer la nécessité de « soigner » par le désir de « prendre soin », accompagnées en cela par un plan de formation pluriannuel exigeant mis en place depuis 2006. Les bases du présent

¹ Emmanuel KANT : Doctrine de la vertu

² Démence de type Alzheimer

³ Commission des droits et libertés de la Fondation Nationale de Gérontologie.

projet institutionnel sont les mêmes qu'en 2005 et nous considérerons que nous pouvons nous dispenser de certaines redites. Les principes posés à ce moment sont aujourd'hui intégrés dans notre culture professionnelle originale même si comme l'écrit VOLTAIRE « *il faut cultiver notre jardin* »⁴. Les principes fixés en 2005 pour guider notre action sont encore de mises aujourd'hui et le but de ce nouveau projet institutionnel est surtout de les consolider et de les approfondir. C'est donc à partir du concept positif de bientraitance et des recommandations de l'ANESM que le projet de vie qui suit a été construit par l'ensemble des professionnels de la Résidence du Parc.

Avant de décliner les axes de ce projet de vie, il semble toutefois nécessaire de préciser ce que recouvre pour nous ce concept de bientraitance qui fleurit à longueur de discours officiels. En juillet 2008, l'ANESM nous propose cette définition « *La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.* »⁵ qui repose sur la prise en compte de la « *singularité et de la dignité de la personne* »⁶.

Il n'est donc pas question ici de proposer une alternative à la maltraitance dont la bientraitance serait l'opposée. Nous savons bien, pour y avoir réfléchi en équipe, que nos meilleures intentions pour l'autre ne sont pas toujours porteuses des réponses qu'il attend. Lui et moi sommes distincts, et nos aspirations diffèrent simplement du fait de ce constat mais aussi parce qu'à ce moment de nos vies, les places que nous occupons respectivement nous conduisent à envisager différemment le besoin d'intervention. Parce que j'obéis à des normes morales, sociales et réglementaires qui m'ont été transmises tout au long de mes années de formation, je suis porteuse d'un idéal d'accompagnement. Parce qu'il est vieux et qu'il sait, même sans le dire, que ce qui lui reste de vie porte encore des désirs tout à fait singuliers, il ne pourra pas être le sujet idéal de cet accompagnement. Ce n'est qu'une fois posée et acceptée cette réalité que nous pouvons proposer à ceux que nous accueillons un projet de vie bien traitant, dans l'esprit et dans les actes, ce qui suppose que nous aurons accepté de renoncer à l'idéal pour être dans la réalité de l'autre. Nous préférons dire que nous nous engageons à être des soignants suffisamment bons (en référence à la définition de la « *mère suffisamment bonne* » de Donald WINNICOTT⁷, c'est-à-dire être capable d'ajuster sa posture à un enfant donné, à un instant donné, sans référence à une quelconque perfection) donc capable d'ajustement permanent à un usager singulier à un moment singulier.

⁴ VOLTAIRE : conclusion de *Candide ou l'optimiste.*, 1759

⁵ ANESM : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre : juillet 2008

⁶ Ibid

⁷ Donald Winnicott. De la pédiatrie à la psychiatrie. Paris. Payot 1969

A partir de cette orientation nous proposerons donc un projet de vie qui suit le cheminement du résident dans la Résidence depuis le premier contact jusqu'à l'ultime prendre soin au moment du décès.

1. Pour un premier contact réussi

L'histoire commune du résident et de ceux qui vont l'accompagner commence bien avant l'arrivée dans l'établissement, au moment du premier contact. Comme nous l'avons dit dans le bilan de nos actions, de nombreux points ont été améliorés depuis 2004. Toutefois il nous semble indispensable d'amender encore nos pratiques.

a) Avant l'admission

Bien souvent, elle est faite par une famille angoissée qui doit faire face à une situation d'urgence et agit pour ce qu'elle pense être le bien de son parent sans l'associer à la démarche. Nous constatons que parfois même, la personne ne sera jamais informée du caractère potentiellement définitif de son séjour à la Résidence. Même si une pathologie cognitive donne à l'information un caractère fugace nous savons par expérience que la personne âgée quelque soit son état doit être partenaire de la décision qui la concerne au premier plan. Le futur usager doit comme l'indique l'ANESM être co-auteur de son parcours⁸ dès le choix de la structure même si cette exigence semble parfois difficile à mettre en œuvre avec une réelle pertinence.

Nous avons également mis en évidence la nécessité de personnaliser l'accompagnement, ceci dès l'accueil et tout au long du parcours. Celle ou celui qui va nous rejoindre est un être unique dont il importe que nous connaissions l'histoire de vie et les attentes, dont nous puissions mesurer les besoins et les capacités, sans que le filtre même bienveillant d'un proche, ne vienne teinter l'image du futur résident d'un préjugé sans réel fondement.

Il nous faut donc, dès le premier contact, associer le futur résident à la décision qui va bouleverser sa vie en exigeant une rencontre avant la prise de toute décision définitive et si possible en écoutant sa parole hors de toute contrainte psychologique. Cette rencontre doit avoir un cadre rassurant pour la personne âgée, l'idéal étant son domicile, ce qui permet d'aborder la question du parcours de vie antérieur, des habitudes de vie et donc d'anticiper sur l'arrivée en institution.

b) L'accueil

Bien souvent la première impression marque l'esprit de manière indélébile et l'adaptation sera d'autant plus difficile que ce moment clé aura été « raté ». Nous avons vu qu'il fallait travailler en amont de l'entrée pour qu'une bonne connaissance de la personne permette un

⁸ Répère 1 du guide de l'ANESM

accueil singulier. Cette démarche nécessite bien sûr un partenariat avec les proches, de manière à ce que le résident ne ressente pas, ce qui est encore trop fréquent, un sentiment de rejet et d'abandon en arrivant dans un lieu qui porte déjà sa marque.

Il faut donc éviter les entrées précipitées et là, les tarificateurs doivent intégrer cette donnée dans le calcul du taux d'activité et admettre qu'une bonne adaptation vaut bien quelques centimes d'euros puisqu'elle conditionne l'avenir et parfois même la survie de la personne âgée.

Le délai ainsi accordé pour préparer l'entrée doit permettre outre la réhabilitation de la chambre, son aménagement personnalisé et la présence de petits meubles et objets personnel qui marquent la permanence de l'identité malgré le bouleversement de la vie. La rupture ne peut être niée, il nous appartient d'en atténuer la violence en créant pour le résident qui rentre un « chez soi » qui lui ressemble, dont il reçoit la clé et qu'il identifie clairement comme son domicile parce que avant même qu'il arrive, le nom sur la porte montre qu'il est attendu.

Le jour de l'entrée doit aussi être travaillé. La présence de la gouvernante assure aujourd'hui une bonne qualité d'accueil et le respect d'un ensemble de gestes destiné à faciliter l'intégration. Toutefois, si l'ensemble du processus n'est pas correctement balisé, si un des rouages qui permettent un bon début de séjour se dérobe, le reste n'a plus guère de sens. Or, c'est la perte du sens qui conduit aux erreurs même si elles sont construites sur de bonnes intentions.

Chaque résident se voit attribuer un référent qui doit lui être présenté dès les premiers jours et prendre le temps de partager un moment avec lui pour compléter le recueil de son histoire de vie, prendre en compte dès ce moment les désirs exprimés et commencer l'élaboration du projet de vie personnalisé dont nous parlerons plus loin.

Dès les premiers jours, le résident doit trouver sa place dans la collectivité, s'y voir confier un rôle s'il le désire et en a les capacités, et enfin s'en faire expliquer les codes.

Dans la mesure où l'admission ne devient définitive qu'à l'issue du mois d'essai, cette période doit être mise à profit pour élaborer le document de prise en charge qui sera annexé au contrat de séjour. La signature de ce dernier doit être traitée de manière un peu solennelle de manière à bien marquer l'engagement contenu pour les signataires, résident, famille et représentant de l'institution.

2. L'organisation de la vie quotidienne

Depuis 2005, l'organisation au quotidien a été profondément modifiée pour permettre à la vie en structure de se faire moins contraignante. L'organisation matérielle a été revue, les horaires du personnel adaptés pour que le rythme de vie soit aussi proche que possible de celui des usagers avant leur entrée en structure. Malgré tout, l'organisation collective rend parfois

complexe le respect de la singularité de chacun. Ce qui est une liberté de choix pour les résidents devient vite une contrainte forte pour le personnel qui doit concilier avec des moyens insuffisants 101 singularités et ne pas créer de discrimination.

a) Le respect du rythme personnel

Depuis quelque temps déjà, la formation « Humanitude » a permis aux équipes de prendre conscience que le respect du rythme personnel du résident était un bon moyen de prévenir les troubles du comportement. Malgré tout, la masse de tâches à accomplir, le temps limité pour le faire conduit parfois, de manière pourtant contre productive, le personnel a renoncé à cette démarche. Il faut donc graver dans le marbre de nos organisations les principes qui organisent le quotidien et améliorer ce qui peut l'être encore. Pour cela la réflexion d'équipe revêt une importance très marquée et nous devons faire particulièrement porter nos efforts sur les consignes qui sont transmises aux agents nouvellement recrutés. Par ailleurs, chacun doit prendre conscience que la démarche doit être unique et que dès lors qu'une organisation a été décidée en équipe, elle s'impose à tous même à ceux qui en conteste le bien-fondé.

Quand nous avons à faire à des personnes dont l'orientation temporo-spatiale est mise à mal par l'âge ou la maladie, il appartient au personnel d'être gardien du temps personnel de chacun et de ne pas ajouter de la confusion là où il y en a déjà trop. Ce respect du rythme individuel concerne aussi bien l'heure du réveil que celui des repas, des soins ou du coucher. Pourquoi vouloir à tout prix nourrir quelqu'un qui n'aura faim que dans 2 heures ? Pourquoi faire attendre le café du matin dont le résident rêve ? Parce que c'est vraiment impossible de le servir maintenant ou pour avoir l'occasion de marquer sa puissance et de montrer qui a le pouvoir ? Sans doute est-ce ce qui a guidé les organisations pendant longtemps, mais aujourd'hui ce point de vue n'est plus de mise et nous constatons que les cas extrêmes sont l'exception et que nos horaires sont plutôt bien adaptés à la majorité. Dans ces conditions, il est tout à fait possible de répondre aux attentes individuelles marginales s'il en va du bien être de la personne.

Chaque service peut donc sans problème établir son planning de prises en soin en respectant les rythmes individuels et non en appliquant une organisation rigide mais rassurante pour le personnel. Ce document doit être validé en équipe et s'imposer à tous.

Par ailleurs, les contraintes qui pèsent sur les équipes peuvent parfois modifier ces décisions pour répondre à une urgence, ou pour satisfaire une autre demande. En règle générale et si nous avons réellement du respect pour nos résidents, nous devons considérer qu'ils sont aptes à l'admettre et leur fournir les explications qui permettront qu'un retard, ou une désorganisation ponctuelle ne soit pas un drame.

b) Nourrir le désir

Au sens propre comme au sens figuré, le désir est le moteur de la vie et quand le grand âge survient, faute d'être nourri correctement, il s'éteint et avec lui, la vie, tout simplement. Comme l'écrit Louis ARAGON « *Rien n'est précaire comme vivre, rien comme être n'est passager* »⁹, et cette précarité doit mobiliser toute notre attention. Il nous appartient de nourrir la petite flamme qui fait l'Homme vivant.

Nous l'écrivions déjà en 2004, personne ne vit pour se soigner, mais on peut avoir envie de se soigner pour vivre, à condition que vivre ait du sens. Si nous nous interrogeons sur ce qui donne du sens à notre vie, sur ce qui nous fait nous lever le matin, ce qui nous donne le courage d'avancer, ce n'est ni la perspective d'une toilette, ni celle d'un pansement. Les participants au groupe de réflexion sur ce projet de vie ont fait l'expérience de ce questionnement et les réponses nous montrent le chemin qu'il convient de proposer à nos résidents pour qu'il aient envie d'y cheminer un temps à nos côtés.

(1) Le confort d'un environnement stable et sécurisant

La vieillesse fait prendre conscience à l'homme de sa précarité comme parfois le font les accidents de la vie. Le besoin de sécurité, tant dans l'environnement matériel que dans les relations se fait donc pressant. C'est alors les demandes incessantes d'intervention viennent mettre à mal la patience du personnel. Il nous faut donc comprendre que le corps et l'esprit se dérobant parfois, la permanence et la régularité du décor deviennent un repère et le moindre dysfonctionnement, une lampe qui ne s'allume plus, un téléviseur dont l'image saute, un bruit inhabituel, et c'est l'univers qui menace de s'effondrer. Quoi de plus naturel alors que d'appeler au secours face au danger imminent ?

L'institution doit donc tout mettre en œuvre pour permettre le bon fonctionnement matériel des équipements et organes de sécurité de l'établissement ce qui est bien sûr réglementé, mais elle doit surtout apporter des solutions rapides quand un incident perturbe le quotidien. L'insécurité est souvent une question de ressenti plus qu'une réalité objective et il ne faut pas attendre de proportionnalité entre l'incident et la réaction du résident ou des résidents. Sur « l'échelle de Richter » de l'inquiétude nous n'avons pas les mêmes valeurs. A partir de ce constat, nous devons considérer qu'il est vain de vouloir relativiser et que la meilleure réponse est l'action réparatrice rapide et bienveillante.

Le fonctionnement matériel n'est pas le seul en cause dans la possible apparition d'un sentiment d'insécurité. La qualité des relations avec le personnel, les tensions dans les équipes, les réflexions ou plaintes perçues à travers une porte ou au détour d'un couloir et qui font pressentir, souvent à tort, l'imminence d'un drame, sont autant de motifs d'angoisse qui vont porter atteinte à l'élan vital sans lequel tout s'arrête. Les équipes disposant de temps d'échange

⁹ Louis ARAGON : J'arrive où je suis étranger

programmés doivent se faire un devoir de ne pas contaminer les résidents par leurs difficultés même si celles-ci sont bien réelles.

Au-delà de ces sources d'inquiétudes que nous devons tarir sans attendre, il est de notre devoir de concevoir la chambre du résident, son domicile, comme un sanctuaire où notre présence peut être tolérée, mais n'est pas naturelle. Quelle surprise pour nous, si le soir, après une journée à l'extérieur, nous rentrons pour trouver un étranger devant nos fourneaux, même pour nous préparer un merveilleux dîner. Cette intrusion dans notre espace intime serait troublante pour le moins et nous rendrait pour toujours soupçonneux au moment de quitter notre domicile. Il est donc normal de ne pas entrer dans une chambre sans y avoir été invité, d'où l'intérêt de frapper plusieurs fois, comme il est normal de ne pas s'approprier sans autorisation un journal qui va finir à la poubelle peut être, mais qui ne nous appartient pas.

Alors, s'il est du devoir des équipes de maintenir propre et accueillant le lieu de vie du résident, d'en faire un refuge, il ne faut pas que par excès de zèle, ce refuge soit ouvert à tout vent. L'entretien de la chambre doit donc si possible être négocié et respecté, même quand cela coûte à la ménagère obsessionnelle, le désordre vital de l'habitant du lieu. A elle de trouver l'équilibre et pourquoi pas d'associer le résident à l'entretien de son espace privé.

Pour conclure cette réflexion consacrée au sentiment de sécurité auquel doit pouvoir prétendre le résident, nous devons insister sur la qualité de formation du personnel. C'est en effet l'élément essentiel de la qualité de nos actions car les bonnes intentions, le désir de bien faire doivent être étayés par des connaissances théoriques, mais surtout par une réflexion qui permet de s'approprier les concepts et donc de les utiliser de manière pertinente.

Depuis la signature de la première convention, de nombreux efforts en matière de formation ont été consentis. La politique de l'établissement en matière de formation est d'allier le nécessaire accès des agents qui le souhaitent à des formations qualifiantes susceptibles de leur apporter une amélioration de situation, mais aussi de mettre en place des actions qui, en touchant la majorité des agents, permettront l'émergence d'une vraie culture gérontologique partagée par tous et gage de sécurité dans l'accompagnement du quotidien.

Le nouveau projet institutionnel ne marquera pas de rupture avec cette politique qui a fait la preuve de sa pertinence. Nous poursuivrons notre démarche en proposant des actions de formations aux méthodes innovantes d'accompagnement des personnes du grand âge et plus particulièrement de celle souffrant de DTA comme l'HUMANITUDE, LA VALIDATION, puisqu'elles représentent la majorité de notre population, mais aussi nous veillerons à ce que tous les agents soient formés aux gestes de premiers secours. Dans ce même esprit, la formation d'assistant de soins en gérontologie sera proposée à tous les personnels susceptibles d'y avoir accès.

(2) Une image de soi changée mais fidèle

« Je ne me reconnais pas dans le miroir, mais je cherche à m'y retrouver, car sous ce masque c'est moi qui existe. »¹⁰ Marthe BLACKBURN scénariste et féministe québécoise a bien décrit le drame de la vieillesse face au miroir ou face à l'image que l'autre lui renvoie. Pour être bientraitant, notre accompagnement, s'il ne peut pas effacer les marques du temps, doit permettre que sous le masque des rides, l'identité soit accessible.

Chaque jour, les soignants sont amenés à choisir pour ceux qu'ils accompagnent les vêtements, la coiffure, le maquillage, les bijoux qui construiront le personnage public qui va croiser nos regards. Ces professionnels doivent prendre conscience qu'à ce moment ils peuvent conforter une identité ou bien brouiller un peu plus une image déjà mise à mal par l'âge. Il est donc important de connaître l'histoire de la personne, de s'imprégner de son identité pour être en quelque sorte un autre elle-même le temps du prendre soin. Si le professionnel peut et doit veiller au confort du résident en lui proposant des tenues adaptés à la saison par exemple, il ne peut s'arroger le droit de construire un personnage de fiction en changeant le style, les couleurs favorites, la coiffure comme il le ferait d'un mannequin ou d'une poupée. L'intérêt de demander dès l'entrée quelques photos du résident plus jeune pourra aider à respecter l'identité de celui qui a besoin de lutter pour lui même malgré les changements, pour saisir « une forme de permanence dans le temps qui apporte une réponse fiable à la question : qui suis-je »¹¹ Ce que Paul RICOEUR nomme ipséité, une permanence de l'être soi même quand on ne se reconnaît plus.

Ce sont bien sûr des concepts qui semblent complexes au regard de la réalité de l'EHPAD faite de corps meurtris et souillés et pourtant, les saisir donnent du sens aux exigences qui peuvent parfois sembler exorbitantes. Cette nécessaire reconnaissance de soi passe par le maintien de traditions vestimentaires, d'attachements que d'aucun diront enfantins jusqu'à ce qu'ils les vivent eux même au soir de leur vie. Ma chemise, c'est moi, ma peau, mon image, plus facile à regarder que mon corps nu et vous devez en prendre soin quand vous ne pouvez pas empêcher les escarres de dévorer mes chairs : voilà en substance ce qu'il pourrait nous dire, ce vieux que nous habillons sans réfléchir.

(3) Alimenter la flamme vitale

Il faut manger pour vivre. Nous constatons que le plaisir de manger demeure longtemps, nous devons donc apporter tout le soin nécessaire à la préparation et au service des repas afin que cela dure. Mais au-delà du maintien d'un statut nutritionnel satisfaisant, l'alimentation est

¹⁰ BLACKBURN Marthe, 1983, sept contre une, La vie en rose

¹¹ RICOEUR, Paul (1990) soi même comme un autre, Paris, Ed du Seuil

fortement porteuse de sens et nous devons aussi prendre en compte cet aspect du plaisir de manger.

Les commissions de menus mises en place depuis plusieurs années permettent de respecter les habitudes alimentaires d'une génération et, il faut maintenir cette procédure mais en même temps valoriser l'expression des demandes des résidents présents. Lors de l'élaboration des repas de fêtes, il leur appartient de choisir, mais le rythme de la réunion, leurs difficultés de prise de parole donne à ce choix un caractère artificiel. Il serait donc souhaitable que les documents puissent être confiés à l'animatrice plusieurs jours avant la réunion afin qu'elle puisse préparer la rencontre avec des résidents qui du coup seront moins impressionnés et pourront exprimer leurs souhaits de manière plus authentique. Il peut également être envisagé de faire appel aux souvenirs culinaires des personnes âgées pour transmettre des recettes locales qui risquent de tomber dans l'oubli face aux assauts des soupes en boîtes.

Nous constatons lors des commissions de menus que les préférences alimentaires des résidents vont vers les plats traditionnels de la cuisine française et que la présentation « comme au restaurant » ne semble pas une aspiration de cette population. Il nous faut donc être vigilant quand aux menus qui sous prétexte d'équilibre diététique propose des plats qui vont directement dans la poubelle. Faut-il céder aux ayatollahs du manger correct et priver les personnes âgées du plaisir des frites pour leur sauver la vie ? Si les textes n'étaient pas déjà dans les circuits qui les conduiront sur nos bureaux, nous pourrions rire de l'affaire. Pourtant demain, il faudra entrer en résistance pour garder le droit à la gourmandise avant la mort. En attendant, veillons à proposer des menus qui font naître le plaisir et le sourire sur les lèvres des convives et pour pouvoir continuer à préparer sur place les repas qui conviennent à nos résidents, il devient urgent de réhabiliter la cuisine.

Sur le papier, les rythmes de repas sont aujourd'hui corrects tant par les horaires que par la durée. Le personnel doit veiller à consolider cette organisation qui en même temps qu'elle permet une bonne alimentation favorise les échanges et la création de liens entre les convives. Nous avons ici un cercle vertueux : plus les résidents passent de temps à table, plus ils échangent entre eux, plus ils échangent entre eux et plus ils ont envie de rester à table. Contrairement aux échanges programmés des réunions, les échanges au temps des repas sont spontanés et naturels. Nous devons veiller à offrir un cadre agréable, une vaisselle bien entretenue, et maintenir une atmosphère agréable dans les salles de repas.

Par ailleurs, l'expérience des repas thérapeutiques replace un moment tous les convives au même rang. Le personnel qui accompagne devient le temps d'un repas, un compagnon avec qui l'échange est facile et la confiance naturelle. L'expérience doit être poursuivie et gagnerait à être généralisée si les locaux étaient transformés car à table on ne partage pas que le pain, mais l'histoire, la vie et notre humanité.

3. LE PROJET DE VIE PERSONNALISE

a) Une question de singularité

Nous l'avons déjà affirmé, la vie en collectivité ne doit pas abolir l'être singulier qui y achève sa vie. Nous avons conscience de nos différences et nous apprécions tous qu'elles soient remarquées, ou plus exactement « distinguées ». Malheureusement, la collectivité a tendance pour simplifier sa gestion et rationaliser ses dépenses, à proposer une modélisation du « bon résident » et du « bon soignant » qui se calent chacun dans le moule institutionnel. La réalité n'est pas aussi simple et l'ignorer aussi bien pour les résidents que pour le personnel, c'est ouvrir la porte à la souffrance psychologique pour ceux qui ne réussiront jamais à rentrer dans ce moule, soit parce que le prix à payer est trop grand soit parce que les capacités à penser les règles ne sont plus présentes.

Nous avons également constaté qu'il était vital pour l'individu de rester le même malgré les changements imposés par le temps et l'histoire de vie (c'est rappelons le, l'ipséité de Paul RICOEUR) : aussi il est indispensable de guider les professionnels dans la démarche qui les conduira à multiplier les réponses, à diversifier les actions, pour que chacun trouve prise en soin à la mesure de ce qu'il est et de ce dont il a besoin. Qui veut finir dans la peau de son voisin ? Qui désire qu'on l'appelle nénéte, ou de tout autre surnom passe partout ? Personne, car ces diminutif ne disent pas la complicité, l'empathie, mais l'indifférenciation, l'effacement, la réification !

Il est depuis longtemps convenu que le tutoiement n'est pas de mise, que l'usage du prénom est proscrit et aujourd'hui les exceptions doivent être tracées et validées. Elles illustrent bien la singularité de chaque accompagnement et l'adaptation des pratiques à partir de règles qui doivent être clairement établies.

b) Un outil pour un accompagnement bien traitant

Nous l'avons déjà écrit plus tôt, l'individualisation est la condition première d'un accompagnement bien traitant qui fait la part belle à ce qu'il y a d'unique et de spécial chez chacun puisque aucune histoire n'est semblable et c'est elle qui jour après jour construit l'individu qui arrive en institution pour y écrire les derniers mots.

Les exemples de possibilités d'individualisation de la prise en soins sont multiples et ne seront pas rappelés ici. Nous nous attacherons surtout à inscrire dans notre projet institutionnel, la nécessité d'élaborer le plus rapidement possible après l'arrivée dans la structure, un projet de vie personnalisé susceptible d'être mis en œuvre par tous les professionnels quelle que soit leur place dans l'organigramme de l'EHPAD et qui garantira cette individualisation.

Cet outil va au-delà de ce que promet le contrat de séjour puisqu'il repose sur la connaissance de l'histoire de vie dans ce qu'elle a de partageable selon la volonté du résident,

sur les souhaits formulés par ce dernier et bien sûr, sur l'observation des professionnels. Ce projet personnalisé doit être l'objet de toutes nos attentions, mais il est bien évident que l'utilisateur doit, autant qu'il est possible, être directement acteur de celui-ci. Il n'est pas question, qu'armés de nos bonnes intentions et de nos connaissances théoriques, nous organisions une vie institutionnelle idéale..., selon nous !

c) Un outil co-produit

C'est bien sûr le référent du résident au sein de l'équipe qui l'accueille qui aura la responsabilité de l'élaboration de ce projet, mais il ne s'agit pas ici de décider pour l'autre mais avec lui. Par ailleurs, l'intérêt d'une équipe pluridisciplinaire c'est aussi l'apport dans la construction de cet outil, de réflexions extérieures avec des points de vue différents et donc plusieurs accès possibles aux réponses à fournir. Ainsi la psychologue, l'animatrice, l'infirmière référente, le médecin coordonnateur et tout autre professionnel intéressé et porteur d'idées sont parties prenantes de la démarche pour le domaine qui les intéresse bien sûr, mais aussi pour la mise en cohérence de l'ensemble des actions proposées.

Nous avons bien conscience de la difficulté de l'exercice tant parfois les objectifs des uns peuvent contrarier ceux des autres. Il nous faut alors considérer que l'arbitre de nos discussions doit être l'utilisateur s'il en est capable ou son représentant.

d) Un outil construit avec le résident

Le projet de vie personnalisé nous venons de le dire doit être la formalisation des attentes de l'utilisateur dans le prolongement de son histoire. En s'installant en institution, il ne devient pas un autre, nouveau né sans mémoire et sans compétences. Même les mains vides il arrive avec des valises de souvenirs plus ou moins accessibles mais bien réels. Dans ces conditions, qui peut, mieux que lui-même, exprimer ses attentes, ses craintes et ses refus ?

Même si cela s'avère parfois compliqué, si le résident ne sait pas répondre ou n'ose pas exprimer de désirs pour ne pas déranger, il doit toujours être associé à l'élaboration de ce qui sera le cadre de son parcours dans l'établissement. Il appartient à son référent d'établir une relation suffisamment bonne pour permettre l'échange ou même le refus et il doit conserver un droit de regard et d'évaluation dès lors que ces capacités sont suffisantes pour exprimer un avis sur ce qui lui est proposé.

Si le niveau de dépendance du résident ne lui permet pas de participer activement à l'élaboration de son projet personnalisé, les outils d'observation dont il dispose doivent permettre au personnel de faire des propositions d'actions dont les effets seront évalués avant d'être pérennisés.

e) Les proches partenaires du projet personnalisé

Le résident est bien évidemment le premier acteur de son projet de vie personnalisé. Mais par son histoire de vie, il s'inscrit dans une famille, une lignée d'hommes et de femmes qu'il nous faut intégrer au projet personnalisé.

Dans ce contexte, la famille doit être associée à la mise en œuvre de ce projet et dans certain cas, participer à son élaboration avec l'équipe. Cela sera surtout le cas quand le résident n'est plus en mesure de se raconter et de formuler ses demandes. Pourtant, nous ne devons pas perdre de vue que c'est au résident que nous devons un accompagnement bienveillant et s'il n'est pas question de voler sa place à la famille ou d'entrer en conflit avec elle, il est évident que certaines situations nécessiteront de la pédagogie. En effet, si nous maîtrisons certaines réflexions sur les effets du vieillissement, sur les symptômes induits par certaines pathologies, ce n'est pas toujours le cas pour les familles. Faut-il pour autant les disqualifier ? Certainement pas, car les relations avec les proches même tumultueuses sont souvent nécessaires à la survie de la personne âgée, préférables à l'absence qui interroge sans répit. Il s'agit de sa famille, sa lignée et nous n'avons aucune légitimité, sauf maltraitance avérée, pour nous y immiscer.

Il nous faudra donc de la diplomatie et de la patience pour faire des proches des alliés, mais tout en laissant le droit de choisir au résident. En tout état de cause, le maintien des liens familiaux ou amicaux, leur rétablissement dans certains cas feront si cela est souhaité par le résident, partie intégrante du projet personnalisé.

f) Un projet pour promouvoir l'autonomie

Le projet personnalisé fondé sur une connaissance du résident, de son histoire, de ses aspirations et sur l'observation de ses capacités, est le meilleur support à la restauration d'une certaine autonomie. Par ailleurs l'information diffusée avec des moyens adaptés est le premier signe de respect de son autonomie que les équipes peuvent adresser à l'usager. Le juger digne de recevoir et de comprendre une information qui le concerne au premier chef est déjà lui offrir la possibilité d'un acte autonome.

Par ailleurs, la prise en compte de la singularité de la personne accompagnée permet une bonne adéquation des actions mises en place, des sollicitations possibles sans mettre la personne en échec.

Il est plus facile de faire à la place des personnes des gestes qu'elles pourraient encore maîtriser. Dans un contexte de contraintes horaires et d'effectifs réduits, il est certain qu'il est plus rapide de prendre la main, de faire à la place de l'autre, vieux, lent, malhabile. La formation Humanitude nous a appris que chaque résident, si on l'en croit capable, se révèle capable de nous surprendre et d'agir encore de manière autonome. Il ne nous reste qu'à faire confiance aux ressources de l'Homme vieux, à sa capacité d'adaptation et à lui laisser prendre le risque

de faire lui-même ce que nous pourrions si facilement accomplir pour lui. Le laver, le nourrir, le déplacer pour que le résultat soit parfait, conforme aux standards d'hygiène et de comportement que l'on attend d'un Homme bien élevé et correct.

Nous constatons que bien souvent les institutions ont sacrifié l'autonomie de leurs résidents à la tranquillité et à la pensée correcte et ici nous devons convenir que le respect d'une certaine liberté pour de vieux déments ne peut pas être compatible avec un univers propre et policé tel qu'on nous sommes de le présenter aux inspections par exemple.

B. L'OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR

L'EHPAD ne doit pas être un monde clos dans lequel se joue des drames secrets et qui au hasard d'une crise se retrouve sous le feu des projecteurs. L'ouverture sur le monde est une sorte de garde fou et est très étroitement liée à l'instauration d'une culture de la bientraitance.

1. L'accès des résidents à la vie de la cité

La Résidence du Parc est située dans un village mal desservi par les transports en commun et dépourvu de commerces et de services. Il nous appartient donc de développer les moyens de sortir de la structure pour participer à la vie de la cité ou effectuer des démarches administratives par exemple, sans devoir solliciter l'intervention d'un tiers.

Il est donc nécessaire de mettre en place un système de transport accessible aux résidents plusieurs fois par semaine, voir de les aider à constituer un dossier MOBULYS pour accéder au service de transport adapté mis en place par le Conseil Général. Toutefois, nous sommes obligés de constater que peu nombreux sont ceux qui n'ont besoin que du transport pour accéder à ces services. Souvent l'accompagnement doit être total car les déplacements peuvent être périlleux et les capacités d'orientation altérées. Dans ces conditions la mobilisation d'un agent d'accompagnement est une nécessité que l'établissement souhaiterait pouvoir assumer grâce à une amélioration de la situation des effectifs.

2. L'accès de la cité à la structure

a) La participation des familles

Elle doit être encouragée dans plusieurs contextes : pour maintenir les liens du résident avec ses proches. Des horaires de visites très larges, des conditions d'accueil chaleureuses et sans protocoles sont nécessaires pour promouvoir la présence régulière des familles auprès de leur parent. Elles ne doivent en aucun cas se sentir malvenues et gênantes. Outre le fait que de tels sentiments les tiendront éloignées, ils peuvent faire place à la suspicion : si nous ne voulons pas de témoins de nos comportements, n'est-ce pas parce que nous n'en sommes pas fiers ? Parce que nous tenons cachées des pratiques honteuses semblables à celles que dénoncent

les médias ! Pour éviter ces jugements injustes et qui blessent les professionnels qui font au mieux un travail souvent ingrat, il faut faire savoir que nous ne craignons pas le regard de l'autre.

Puisque les familles sont les partenaires de l'institution dans la mise en œuvre de l'accompagnement bientraitant que nous voulons pour nos résidents, nous devons les associer à nos réflexions institutionnelles, qu'elles concernent leurs parents ou le fonctionnement général de l'EHPAD. Des rencontres régulières doivent permettre les échanges.

b) Faire entrer la cité dans l'EHPAD

Si les familles sont un partenaire naturel qui de toute façon viendra en visite dans la structure, plus ou moins souvent suivant l'accueil qu'on lui fera, le citoyen lambda n'a à priori aucune raison de passer notre porte. Le plus souvent la simple évocation d'une maison de retraite suffit à lui faire passer son chemin, comme si la vieillesse et la mort qui lui court après pouvait s'attraper entre ses murs.

Comment changer cette image pour que ceux qui, trop faibles ou trop abîmés par les ans ne peuvent quitter les murs gardent l'idée qu'ils font partie de la société, qu'ils ne sont pas exclus, relégués dans un lieu si sinistre que personne ou presque ne s'y aventure. Peut être en s'adressant d'abord à une partie de la population qui ne connaît pas encore les préjugés et à la chance de se croire encore immortelle, les enfants.

Parce que le parc de la résidence est ouvert au public et que les enfants viennent y jouer sans crainte, ils viennent spontanément parler avec les personnes âgées. C'est donc ces enfants qui, conviés à participer à des événements festifs, entraîneront les adultes dans leur sillage.

L'EHPAD peut se donner une fonction de lieu d'échanges culturels et sociaux dont les premiers bénéficiaires seront bien sûr les résidents et juste après les agents, pour lesquels, même si cette démarche génère un travail supplémentaire, valorise leurs actions aux yeux de la société et de cela ils ont un grand besoin.

C. LA FIN DE VIE

« 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. VEYSSET¹²

¹² VEYSSET B. Dépendance et vieillissement. Paris ; L'Harmattan 1989 p 131

Le désir de la majorité de nos aînés comme le nôtre c'est de finir sa vie dans un environnement familial, de préférence à son domicile ce qui va à l'encontre de la tendance constatée dans notre société. Aujourd'hui et malgré les exhortations à faire tomber le tabou de la mort, celle-ci est encore souvent cachée derrière les murs de l'hôpital.

La mort en EHPAD est pourtant une réalité et l'accompagnement de fin de vie un questionnement du quotidien. Nous savons, pour les entendre nous le confier, que les résidents souhaitent finir leur vie dans un environnement familial et pour eux cet environnement c'est l'EHPAD. La présence des soignants qui les accompagnent depuis un temps parfois très long, qui les connaissent tous, est de nature à apaiser l'angoisse qui accompagne la fin de vie.

Aujourd'hui la majorité des résidents, sauf s'ils demandent une hospitalisation, terminent leur vie chez eux, c'est à dire à la Résidence du Parc. Pour faire face à cette réalité, un groupe de réflexion travaille depuis 3 ans à construire son projet d'accompagnement et les pratiques se construisent petit à petit mais avec sérénité.

Dès la prise de conscience d'une dégradation de l'état général d'un résident et surtout si cette dégradation semble avoir un caractère définitif, le processus d'accompagnement est activé. Il s'appuie sur l'histoire de vie du résident dès lors qu'elle est connue et implique la famille qui est accompagnée elle aussi. Elle a, si elle le désire, la possibilité de rester sur place, et si actuellement nous n'avons qu'un fauteuil de repos à proposer, l'achat d'un lit pliant est programmé. Par ailleurs pour les familles éloignées qui voudraient demeurer près de leur parent pour ses derniers moments, une chambre peut être mise à disposition au dessus de l'accueil de jour.

Le groupe de réflexion a aussi une mission de soutien et de formation auprès des équipes qui peuvent être en souffrance au moment où un résident qu'elle a accompagné pendant plusieurs années va mourir.

Dès progrès sont encore à accomplir pour réduire encore le nombre de décès à l'hôpital. La prise de décision collégiale avant toute hospitalisation quand le pronostic vital est engagé doit être initiée prochainement. La limite à notre action sera toutefois l'absence d'infirmière 24 heures sur 24 qui ne permet pas la mise en œuvre de soins palliatifs toujours satisfaisante. Si cet obstacle est levé, avec le soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs avec laquelle une convention est signée, nous pourrons enfin accompagner jusqu'au bout tous les résidents qui nous en feront la demande soit eux-même, soit par la voix de leur personne de confiance.

D. LA QUESTION DE LA MALTRAITANCE

« Dans un homme déchu, même quand on ne respecte plus l'homme, on doit encore respecter l'humanité »¹³

Victor Hugo

¹³ HUGO, Victor, Discours sur la pénalité

Dans nos établissements pour personnes âgées dépendantes, l'âge et les pathologies démentielles ont depuis longtemps mis à mal l'idée de l'Homme qui impose le respect pour sa bravoure, son intelligence ou sa beauté. Là où il ne reste plus guère que des corps meurtris et des esprits égarés, nous classons des GIR et comptons des points pour des euros. Dans ces conditions nous voyons comment ces hommes déçus peuvent nous paraître si peu humains quand ils hurlent comme des loups, quand ils jouent avec leurs excréments comme avec leur nourriture et combien nous avons besoin du rappel au sens que nous adresse Victor Hugo.

Construire un projet de vie sur le concept de bientraitance n'est pas une garantie absolue contre la maltraitance, même si les déclarations ministérielles voudraient que le remède aux situations de maltraitance mises en lumière violemment à l'occasion de reportages plus ou moins objectifs mais toujours révoltants, se résume à cela.

Depuis novembre 2007, à la Résidence du Parc, un groupe pluridisciplinaire mène une réflexion approfondie sur ce sujet. Pour garantir la transparence des débats et leur objectivité, des personnes étrangères à la structure sont invitées à y participer. Il n'est pas toujours aisé de regarder la réalité en face. Alors que chaque jour, la remise en cause des pratiques professionnelles construit un projet « bientraitant » selon les critères de l'ANESM, nous découvrons que l'institution, parce qu'elle doit répondre à des réglementations contraignantes, parce qu'elle impose des rythmes de travail contraires à la lenteur inhérente au grand âge, que cette institution porte en elle le « gène » de la maltraitance.

De cela, aucun ministre ne parle comme si la maltraitance n'était le fait que de professionnels incompetents, insuffisamment formés ou foncièrement pervers. Ceux là existent certainement mais heureusement pas chez nous ou plus chez nous. En effet depuis 6 ans, les formations, les réunions de services à visée pédagogique ont fait disparaître les attitudes maltraitantes qui ont existé, il faut bien le reconnaître. Mais la logique institutionnelle qui impose de réduire les coûts, qui ne permet pas un effectif suffisant pour répondre au simple besoin de présence chaleureuse aux portes de la mort, qui oblige à choisir des produits alimentaires bas de gamme pour rester dans les limites d'un budget qui n'augmente même pas du coût de l'inflation, n'est-elle pas une forme de maltraitance ?

Pour les années à venir, nous maintiendrons ce groupe de réflexion et bien sûr, puisqu'il a fait de nous des sentinelles, il nous évitera nous l'espérons, les actes ou paroles maltraitants. Le groupe a souhaité qu'une session de formation sur ce thème ait lieu chaque année pour l'ensemble du personnel et travaille actuellement à la mise au point d'un outil pédagogique interactif. Il a également créé un guide qui sera remis à chaque agent et rappellera les principes fondateurs de notre lutte contre la maltraitance et pour être explicite ciblera quelques situations à refuser.

Nous aurons ainsi fait notre part du chemin pour combattre cette lèpre de la gériatrie qu'est la maltraitance ordinaire, moins visible mais tout aussi destructrice que celle que nous montre les médias parce que parée souvent des habits de l'amour, de la loi et de l'efficacité. Il restera à la collectivité à tenir ses promesses en créant les conditions d'une prise en charge de la grande vieillesse digne du 21^{ème} siècle et d'un pays qui se vante d'être une grande démocratie.

E. LES DROITS DES USAGERS DANS L'INSTITUTION

La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a formalisé les modalités d'expression des usagers des institutions médico-sociales et depuis 2004, le conseil de la vie social est régulièrement renouvelé. Les dernières élections ont eu lieu en octobre 2010 pour 3 ans.

Pour faciliter l'expression des usagers et les rendre acteurs de la vie dans la structure, plusieurs autres lieux d'expression ont été mis en place. Ainsi, une commission de menu et une commission d'animation fonctionne régulièrement et formule des demandes auxquelles nous donnons le plus souvent possible (en fonction des contraintes budgétaires et techniques) des réponses positives. Depuis 3 ans, un journal interne permet aux résidents qui le désirent, de partager idées, souvenirs et expériences et une fois par mois, l'antenne de radio MAU-NAU s'ouvre à eux. Ils ont alors tribune libre autour d'un thème qui les concerne.

Nous pourrions donc nous satisfaire de cette situation et considérer que nos obligations sont satisfaites. Pourtant à l'occasion des rencontres, nous pouvons mesurer combien une parole sincère et véritable est difficile à poser quand on est vieux et depuis longtemps habitué à être disqualifié.

«C'est long d'être un homme une chose
C'est long de renoncer à tout
.....
Combien faut-il d'année-seconde
à l'homme pour l'homme abjurer »¹⁴

Louis ARAGON

Combien faut-il de temps pour renoncer à revendiquer son humanité quand on est très vieux ? Il semble que ce temps soit long et très court à la fois. Cela vient... Un jour on pense ne plus avoir le droit de dire. Nous allons donc, pour libérer la parole et faciliter l'expression des usagers, mettre en place des séances de préparation des commissions. Ces réunions, organisées par l'animatrice ou un soignant familial devraient être moins impressionnantes pour des personnes peu habituées à s'exprimer en public et permettront d'expliquer de manière plus approfondie les points inscrits à l'ordre du jour de prochaine commission.

¹⁴ ARAGON, Louis, J'arrive où je suis étranger.

En ce qui concerne les droits des usagers, il faut reconnaître que beaucoup de situations doivent être améliorées. L'établissement va adhérer à un service mutualisé de mandataire judiciaire pour se mettre en conformité avec la nouvelle loi et cette décision permettra de proposer des mesures plus adaptées à des personnes en perte d'autonomie psychique qui à ce jour sont particulièrement vulnérables et pour lesquelles faute de personnel pour gérer la mesure rien n'était fait.

Nous voudrions aussi mettre à profit les prochaines années pour formaliser le recueil de l'avis des usagers dans les décisions qui les concernent qu'il s'agisse de l'entrée en structure ou des soins pour lesquels, il faut sans cesse le rappeler, il existe une obligation légale d'information que les soignants répugnent à mettre en œuvre. L'institution et ses professionnels ont du mal à admettre que le résident puisse dire non au projet construit pour lui mais souvent sans lui. Nous devons vraiment lutter contre notre tendance naturelle à l'abus de pouvoir bien souvent dicté par un souci de sécurité et de tranquillité pour nous même autant que pour les résidents. Nous nous comportons trop souvent comme des parents soucieux de la sécurité de leurs enfants en oubliant que nos résidents ne sont pas des enfants mais des adultes disposant de droits légalement reconnus.

Une commission des droits des usagers sera créée dès 2011 pour construire un guide et définir la méthodologie qui sera appliquée dans notre structure pour garantir le respect des dispositifs réglementaires actuellement en vigueur. Mais il manquera encore dans nos structures une sorte de médiateur indépendant, défenseur des personnes âgées comme il existait un défenseur des enfants, qui pourrait porter la parole des résidents devant les représentants de l'institution mais aussi devant les familles ou les administrations.

F. LES PRISES NE CHARGES ALTERNATIVES

1. L'hébergement temporaire

Ouvert le premier janvier 2006 dans le cadre du 1^{er} avenant à la convention tripartite signée en 2005, l'unique place d'hébergement temporaire joue parfaitement son rôle de solution de répit.

Les personnes accueillies bénéficient des mêmes prises en soins que les résidents permanents et souvent renouvèlent leur séjour, en fonction des besoins des aidants. Ne disposant que d'une place, nous avons été obligé de limiter à 45 jours par an le cumul des séjours et ceci dans le but de satisfaire un plus grand nombre de personnes.

Il serait souhaitable dans le cadre d'une restructuration de l'établissement d'augmenter le nombre de place mais aussi d'adapter le financement pour tenir compte des variations saisonnières de l'occupation. En effet, les demandes sont plus nombreuses à certaines périodes de l'année et souvent pour les mêmes dates. Nous avons conscience que parfois nos

refus plongent les familles dans le désarroi sans pouvoir proposer de solution. A d'autres moments, nous ne recevons que les habitués qui multiplient les petits séjours pour soulager un conjoint ou un enfant qui s'épuisent.

Une seconde place permettrait donc une souplesse indispensable pour que le dispositif remplisse son office correctement et permettrait en outre dans les périodes creuses de proposer un accueil de nuit, dernier outil de l'aide aux aidants qui manque encore sur notre territoire.

2. L'accueil de jour

Destiné principalement aux personnes souffrant de démence de type ALZHEIMER, l'accueil de jour thérapeutique « Le Phare » a trouvé sa vitesse de croisière au milieu de l'année 2010, soit à peu près 1 an et demi après son ouverture en fin octobre 2008.

La structure est bien identifiée sur le secteur grâce à une communication importante (plaquette, média) mais surtout grâce aux échos positifs véhiculés par les premiers bénéficiaires ainsi que nos partenaires. Les locaux sont agréables et parfaitement adaptés à leurs fonctions. La situation à l'entrée du parc en fait une structure tout à fait distincte de l'EHPAD, ce qui permet de ne pas subir l'impact des images négatives véhiculées par les mots « maison de retraite ».

Aujourd'hui donc, la structure est complète et il semble que l'augmentation de capacité de 8 à 9 places serait une opportunité pour rationaliser les coûts et donc faire baisser le prix de journée en même temps qu'il permettrait de satisfaire de nouvelles demandes. Même si l'ouverture de nouvelles structures va instaurer une concurrence, nous pensons que notre expérience positive est un argument solide pour envisager cette évolution.

Par ailleurs la qualité du service, telle qu'elle ressort des enquêtes de satisfaction et de l'évaluation externe, est tout à fait satisfaisante et la prise en charge proposée par l'équipe de professionnels spécialement formée correspond aux attentes des usagers qui ont trouvé là un autre chez eux et à celles des familles qui peuvent poser un instant leur fardeau sans culpabilité.

Pour l'avenir, l'équipe souhaite développer un partenariat suivi avec d'autres structures prenant en charge le même type de malade. Ce partenariat a été initié avec l'unité ALZHEIMER de l'EHPAD d'AVIZE depuis plusieurs mois.

Certaines améliorations essentiellement seront à mettre en place dans les prochains mois. Il s'agit prioritairement de formaliser le projet personnalisé de prise en charge et de renforcer la collaboration avec les familles en mettant en place des groupes de paroles et de formation en place à leur intention.

3. Création d'un P.A.S.A

Le cahier des charges des PASA rend impossible aujourd'hui la création d'une telle unité au sein de l'EHPAD bien que le besoin soit tout à fait réel. Depuis l'ouverture de l'accueil de jour

et jusqu'à ce que le dispositif soit complet nous avons fait bénéficier quelques résidents de l'EHPAD d'un accueil régulier et nous avons pu mesurer les effets bénéfiques de ce type d'accompagnement. Alors quand nous constatons que 70% de notre population présente des troubles nécessitant un accompagnement spécifique nous ne pouvons qu'aspirer à leur offrir l'accès à un tel dispositif.

Même si nous mettons en place des activités à destination des personnes souffrant de troubles du comportement, nous ne pouvons que déplorer le manque de locaux dédiés à cet effet qui rend difficile la pérennisation des actions et problématique la gestion sereine des groupes de participants.

Si l'établissement a l'opportunité de réaliser une restructuration de ses locaux, la création d'un PASA sera donc une priorité. Elle s'appuiera sur l'expertise acquise par les professionnels de l'accueil de jour qui pourra servir de terrain de formation pour les agents affectés dans cette unité innovante. Dès à présent et dans la perspective d'une telle création, les agents de l'EHPAD ont commencé à suivre la formation d'assistant de soins en gérontologie.

4. Création d'une U.H.R

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes souffrant de maladie d'ALZHEIMER ou de troubles apparentés et qui constituent, nous l'avons déjà souligné, la majeure partie de notre population, nous ne pouvons ignorer ceux dont les troubles du comportement représentent un danger pour eux comme pour les autres.

Aujourd'hui, nos locaux ne nous permettent pas, sauf à réduire la capacité totale de l'établissement d'aménager une unité d'accueil spécifique type UHR. Nous devons toutefois, dans la perspective d'une restructuration, ne pas nous priver d'un tel dispositif alors que les structures voisines en disposeront. Nous devons veiller à rester au même niveau de prestation que les établissements de notre catégorie faute de perdre notre raison d'être.

Depuis plusieurs années, nous formons le personnel à cet accompagnement particulier qu'est celui des personnes démentes et la création d'une telle unité ne sera que l'aboutissement de notre démarche à laquelle il sera donnée les moyens de faire face à toutes les situations y compris les plus difficiles.

G. L'EVALUATION ET L'ADAPTATION DES ACTIONS ENGAGEES

L'ensemble des projets que nous défendons dans ce document sera mis en place au cours des années qui viennent. Ils ne remettent pas en cause les engagements du premier projet mais le complètent et en approfondissent certains points.

Comme nous avons mis en place des processus d'évaluation permanents pour ce que nous mettons en place, nous évaluerons l'avancement de la mise en place des actions inscrites dans ce projet. D'une manière générale, chaque action est mise en place pour une période

définie à l'issue de laquelle l'équipe concernée en évalue les effets. En cas de résultat positif selon les critères préalablement fixés, l'équipe décide de pérenniser l'action, en cas de résultats insatisfaisants, elle propose soit de l'amender soit d'y renoncer. Il n'y a donc pas de délai standard pour fixer le moment de l'évaluation, cela dépend de l'action elle-même et du temps estimé nécessaire pour être maîtrisée par tous les membres de l'équipe et produire des effets notables. C'est pourquoi, les réunions de service mensuelles sont le temps idéal de cette évaluation permanente et de l'adaptation des processus. L'un des objectifs de ces prochaines années sera d'obtenir une participation optimale et un investissement réel dans ces rencontres mensuelles.

C'est dans le même esprit que le projet de vie personnalisé sera construit à partir de l'entrée du résident dans la structure, réévalué chaque mois si nécessaire et au moins une fois tous les six mois, comme cela était prévu pour le document individuel de prise en charge.

Pour mesurer la satisfaction globale des usagers et de leurs familles, les enquêtes de satisfaction continueront d'être conduites tous les deux ans au minimum puisque ce travail est très lourd et nos moyens toujours insuffisants, nous ne pouvons malheureusement le faire chaque année.

IV. LE PROJET DE SOINS

En 2004 l'équipe a construit un projet de soins au service de l'Homme et non de la médecine, qui nous a conduit, avant tout, à déterminer comment nous voulions « prendre soin » des personnes résidant dans l'établissement. Aujourd'hui une grande partie du chemin a été parcourue et s'il reste du travail à faire chacun est bien conscient qu'il faudra s'appuyer sur les réalisations de ces 5 années pour faire coïncider les exigences du projet de soins avec les engagements du projet de vie ce qui n'est pas toujours évident tant la culture médicale des soignants souffre de devoir rendre les armes devant la vieillesse et la mort. Parce qu'il nous semble essentiel et pourtant encore remis en cause par certains, nous redirons ici le fondement philosophique de notre démarche. Ce n'est par souci de simplicité mais par conviction que nous nous répétons dans ces pages.

Notre société après la jeunesse éternelle et le triomphalisme de la presse qui nous annonce des cortèges de centenaires pour peupler notre avenir ne le dément pas. Quoi de plus normal alors de penser la fin de la vie autrement que comme un scandale à faire cesser à tout prix, jusque dans les structures pour mission d'accompagner les Hommes parvenus au bout de leur âge. Former pour guérir, pour vaincre la mort, comment renoncer à cette toute puissance dont les soignants se croient dépositaires, comment ne pas s'inscrire dans un schéma de santé triomphante au risque de devenir maltraitant pour celui qui doit le subir et que l'on croit de bonne foi, servir ?

Notre projet d'établissement s'est construit depuis 5 ans sur le mariage difficile du projet de vie et du projet de soins et s'appuie 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 le fruit d'une réflexion qui s'est construite au fil des réunions d'analyse des pratiques, des formations et cette idée guidera encore nos décisions dans les années qui viennent.

.En effet, on ne peut considérer comme un projet de vie, une liste de médicaments à prendre, d'examens 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 ? Ces idées que nous développons en 2005 sont aujourd'hui la base de nos démarches et le nouveau projet de soins ne fera que conforter les acquis dans un souci de sécurité et de bien-être pour les personnes que nous accompagnons.

Pourtant nous affirmons que les soins sont nécessaires, pour permettre une vie de bonne qualité, pour prévenir les dégradations quand cela est possible, pour soulager la douleur et pour mourir enfin. En conséquence si les soins sont nécessaires, ils doivent être acceptés. S'ils sont acceptés, ils doivent être de qualité, exécutés dans les règles de l'art et avec toutes les précautions nécessaires pour préserver l'intégrité de la personne. C'est donc essentiellement sur les conditions de la mise en œuvre des soins que portera notre projet 2010-2015 pour ce qui concerne l'accès au soins de nos résidents.

A. INFORMATION ET DROIT AU CONSENTEMENT

Notre projet de soins s'est 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 et pour qui le grand âge n'est pas synonyme de soumission. Trop souvent encore nos habitudes font de cette soumission l'ordinaire de ceux que nous préférons croire insensés, inaptés à comprendre les choix que nous faisons pour eux, incapables d'entendre la vérité sur leur état : nous allons donc nous engager dans une véritable politique de respect du droit à l'information, au consentement aux soins en considérant que c'est le résident lui-même qui chaque fois qu'il le peut doit être consulté. 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. Sans doute devons nous multiplier nos efforts de pédagogie auprès des familles qui doivent gérer l'ambiguïté de leurs désirs déjà constatée : mettre fin à la souffrance et à la dégradation de leurs parents et les conserver vivants à n'importe quel prix.

Les soignants doivent se familiariser avec ses procédures d'information et de recueil du consentement. Par ailleurs, ils doivent toujours se référer aux dossiers des résidents avant toute décision pour savoir si une personne de confiance a été désignée ou si la personne bénéficie d'une mesure de protection juridique. Dans ce cas, elle doit respecter la réglementation et recueillir l'avis de la personne responsable.

Il convient également de souligner que la personne âgée doit être informée qu'elle peut consulter son dossier médical comme n'importe quel patient et qu'elle peut également refuser que les informations la concernant soient communiquées à des tiers y compris sa famille.

B. MANAGEMENT DES SOINS

1. Le médecin coordonnateur

Dans le respect de la réglementation, le management des soins est confié au médecin coordonnateur qui doit avoir un temps de présence dans l'établissement suffisant. Fixé aujourd'hui à 0,33 ETP, le temps de travail du médecin devra être porté à 0,50 ETP pour tenir compte de la capacité de l'établissement.

Le médecin coordonnateur définira avec la directrice les modalités de fonctionnement de l'équipe infirmière et les horaires de travail et sera assisté en cela par une infirmière coordonnatrice.

2. L'infirmière coordonnatrice

Il pourra s'agir d'une infirmière détachée pour 50% de son temps à des fonctions d'organisation et d'évaluation. Elle sera l'interlocutrice privilégiée de l'administration pour ce qui concerne les problèmes de fonctionnement général de la structure et les besoins de formation. Elle a aussi pour mission de veiller à la diffusion de la réglementation et à son respect par l'équipe soignante en coopération avec la directrice.

3. Les infirmier(e)s référent(e)s

Chaque service est doté d'une infirmier(e) référent(e) dont la mission est l'animation de l'équipe qu'elle gère, la supervision des plannings, la mise en œuvre des projets du service déterminé en réunion de service et validé. Son rôle intègre aussi une fonction relationnelle auprès des familles des résidents accueillis dans son service. Il ou elle participe régulièrement à l'évaluation des pratiques professionnelles au sein du service et avec la directrice, et reçoit les agents pour un bilan annuel.

Il appartient à l'infirmier(e) référent(e) de diffuser et expliquer les protocoles de soins élaborés par l'équipe soignante et validés par le médecin coordonnateur ainsi que d'assurer la formation aux soins qu'il ou elle entend déléguer dans le cadre du décret de compétence¹⁵ propre à l'exercice de la profession d'infirmier.

4. Les responsabilités fonctionnelles

Pour la bonne organisation du service de soins et la mise en œuvre de certains dispositifs réglementaires, les infirmier(e)s pourront être chargés de responsabilités spécifiques. Sous la responsabilité du médecin coordonnateur, la liste de ces missions sera établie et les intéressés bénéficieront le cas échéant d'une formation leur permettant d'assurer leurs missions de manière optimale.

C. ACCES AUX SOINS

Dès lors que des soins sont nécessaires et que la personne informée de cette nécessité ainsi que des risques encourus a accepté le soin, il doit lui être accessible dans de bonnes

¹⁵ décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

conditions et avec la même diligence que s'il s'agissait d'un patient jeune. Il nous faut bien reconnaître qu'en 2010, nous sommes loin du compte.

De nombreuses spécialités médicales sont inaccessibles pour une personne âgée et il faut souvent, lorsqu'on est vieux, se résigner par exemple à perdre la vue. Les vieux n'intéressent pas les ophtalmologistes déjà surchargés de travail.

Le médecin coordonnateur devra donc s'attacher à mettre en place une filière de soins qui limitera les problèmes d'accès aux soins. Il veillera notamment

- ❑ A ce que le tableau de garde médicale soit affiché et que les médecins de garde répondent aux appels.
- ❑ A ce que les médecins traitants répondent dans un délai raisonnable aux demandes de visite et tiennent compte du caractère d'urgence éventuelle de la demande.
- ❑ A ce que la commission des soins soit mise en place et ait un fonctionnement effectif afin de définir une politique institutionnelle cohérente et respectée par tous.
- ❑ A établir un règlement intérieur à destination des intervenants libéraux afin que leurs interventions s'intègrent au mieux à la philosophie d'accompagnement choisie par l'établissement.
- ❑ A s'attacher à définir un protocole d'accès direct aux services hospitaliers et aux consultations spécialisées dans le cadre de la convention signée avec cet établissement.
- ❑ Veiller à ce que les informations nécessaires à la mise en œuvre des traitements soient consignées dans le dossier informatisé du résident par le médecin lui-même et que ces informations soient accessibles dans le cadre du secret médical partagé dès lors qu'elles sont indispensables à une bonne prise en charge de celui-ci.

D. LES SOINS AU SERVICE DE LA QUALITE DE VIE

Nous l'avons affirmé tout à l'heure, les soins doivent être au service de la vie et non le contraire. Nous constatons que dans certains domaines, la faiblesse de nos interventions impacte directement sur la qualité de vie des résidents. L'équipe soignante devra donc s'appliquer à formaliser une politique de prise en charge de ces difficultés et à en mesurer les effets. Pour les procédures déjà en place, il s'agira de mesurer l'écart entre les résultats obtenus et ceux attendus afin de les amender si nécessaire. Il s'agit :

- ❑ Du suivi nutritionnel et de l'hydratation pour lesquels des protocoles existent mais qui ne sont ni correctement suivis par tous, ni évalués.
- ❑ De l'incontinence pour laquelle notre action doit être formalisée et généralisée.

- ❑ De la douleur qui n'est pas par manque d'implication médicale toujours bien prise en charge.
- ❑ Des escarres.
- ❑ De la mise en place des dispositifs médicaux de contention (bas, bandage).

Pour toutes ces situations, un travail important a déjà été réalisé. L'équipe soignante, sous le contrôle du médecin coordonnateur, doit pouvoir en mesurer les effets et veiller à ce que la formation sur les techniques à mettre en place soit diffusée et mise en œuvre par tous.

E. QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Avoir accès aux soins est une chose, encore faut-il pour que la situation soit satisfaisante, que les soins dispensés soient de qualité et présentent un caractère de sécurité mesurable. Là encore, c'est sous la responsabilité du médecin coordonnateur que devront être mises en place les procédures garantissant la qualité et la sécurité des actes effectués dans la structure. Il travaillera pour cela avec l'infirmière coordonnatrice mais aussi avec l'ensemble de l'équipe soignante.

Pour ce faire, il complètera la panoplie de protocoles déjà élaborés et validés, les évaluera régulièrement et au besoin les adaptera. Il veillera à leur bonne diffusion et pourra être conduit à donner les explications nécessaires à leur mise en œuvre. En ce qui concerne les problèmes liés aux risques infectieux, l'équipe soignante se rapprochera du RESCLIN pour améliorer la sécurité des procédures mises en place.

Si la rigueur est indispensable à la qualité et à la sécurité des soins, la circulation de l'information, la traçabilité des actes effectués sont tout aussi indispensables. Depuis 2007, l'établissement s'est doté d'un outil informatique performant que les soignants ont le devoir d'utiliser. A partir du mois de janvier 2011, tout autre support de transmissions sera proscrit, car si l'information est éparpillée, elle est non seulement incomplète, mais dangereuse. Les infirmier(e)s référent(e)s veilleront à ce que le dossier informatique soit le seul support des transmissions, mais aussi à la qualité des transmissions. Une formation annuelle organisée par le diffuseur du logiciel PSI permet par ailleurs aux équipes de parfaire leur connaissance de cet outil et d'en utiliser toutes les fonctionnalités pour gagner en efficacité.

La qualité et la sécurité des soins nécessite aussi que soient assurés des temps d'échange au moment des changements d'équipe. Ce temps de transmissions est inscrit dans les organisations de travail et il appartient à chacun de respecter ce temps et de l'utiliser de manière efficace dans l'intérêt du résident.

La préparation des piluliers hebdomadaires a été depuis plusieurs années confiée à une officine. Cette tâche s'effectue donc chaque jour dans l'établissement sous la responsabilité du pharmacien. Les médicaments sont distribués par des infirmières ou par des aides soignantes

sous leur responsabilité. Un système de retour des médicaments distribués mais non pris, a été mis au point. Il devra être mieux exploité pour guider la prise de décision au moment des renouvellements de traitement.

F. EVALUATION DES SOINS

La mise en place d'un nombre important de procédures ne garantit la qualité et la sécurité des soins que si elles font l'objet d'une évaluation régulière et d'une remise en cause en cas d'inefficacité. Par ailleurs, les améliorations que nous pouvons apporter à nos pratiques ne peuvent exister que si elles s'appuient sur l'évaluation de ce qui est déjà en place.

Les prochaines années 2011 et 2012 devront permettre la mise au point de fiches de suivi de l'utilisation des protocoles afin de faire apparaître les freins à leur utilisation et prévoir les remédiations nécessaires. Leur pertinence devra également être évaluée.

Dans le cadre de la réintégration des médicaments dans le budget, une analyse qualitative des prescriptions est effectuée par le médecin coordonnateur. Il serait souhaitable que les résultats de cette analyse soient exploités et que les éventuelles anomalies puissent faire l'objet d'une concertation avec les médecins traitants. Ceci devra se faire dans le cadre de la nouvelle commission des soins qui devrait voir le jour dans nos établissements. Toutefois, il convient de noter que cette commission ne remplira son office que si les intervenants libéraux se mobilisent pour y participer ce qui dépendra de l'indemnisation prévue à cet effet.

Enfin, l'augmentation du temps de présence du médecin coordonnateur devrait lui permettre d'établir un rapport annuel d'activité qui permettra de mesurer les effets des actions entreprises, de les faire évoluer et de mobiliser les professionnels sur une question en cas de dysfonctionnement avéré.

V. LE PROJET D'ANIMATION

A. 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. Cette réflexion figurait déjà dans notre projet de 2005 et reste le principe fondateur de notre réflexion en matière d'animation, même si ce terme devrait être remplacé tant il fait référence, y compris dans l'esprit des soignants à des pratiques occupationnelles et de divertissement censées chasser l'idée de notre finitude commune qu'on ne saurait regarder en face. Nous rappelons ici les fondements de notre projet d'animation qui restent les mêmes après 5 années.

« 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. »*

Trop souvent encore, l'animation qui en EHPAD devrait être appréhendée comme l'un des éléments essentiels du prendre soin, est considéré comme un accessoire, comme le petit plus qu'on pose sur le quotidien quand on a le temps mais dont on ne peut faire l'économie. En 5 années, nous avons fait évoluer les avis à ce sujet, mais force est de constater que nous pouvons encore mieux faire.

Trop souvent encore les soignants que leur formation n'a pas préparé à cet accompagnement particulier nous disent : tout est animation, parler pendant la toilette, pendant le repas etc. Certes, les échanges pendant les soins sont importants, mais ils sont toujours

parasités par le positionnement du soignant qui maîtrise la situation. Ce n'est pas dans cette relation que la personne âgée peut par exemple se réaliser.

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.

1. La place de l'animatrice

L'animation que nous continuerons à nommer ainsi faute d'un vocable signifiant pour tous est donc une façon de construire l'accompagnement en maintenant le continuum de la vie pour ceux que nous accueillons. C'est grâce à elle que l'Homme reste en devenir jusqu'à son dernier jour, parce qu'elle doit proposer à chacun un espace de réalisation. Et pour cela, elle doit être l'affaire de tous.

Le rôle de l'animatrice sera de structurer la démarche d'animation au sein de la structure et donc de veiller à construire un programme annuel en adéquation avec le projet institutionnel et les souhaits et capacités des résidents.

Pour cela et comme précédemment elle devra :

- ❖ Animer la commission d'animation et garantir la régularité des réunions en veillant à favoriser la participation des usagers.
- ❖ Veiller à respecter du planning et des engagements.
- ❖ Favoriser la prise de responsabilité de ses collègues en leur confiant la réalisation de micro projet après leur avoir donné les moyens de mettre en œuvre leurs idées.
- ❖ Gérer les matériaux acquis pour l'animation.
- ❖ Coordonner les interventions des différents services mis à contribution lors d'une activité (ex : cuisine pour les anniversaires et les fêtes).
- ❖ 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.
- ❖ Garantir la qualité des actions mises en place qui ne doivent être ni infantilisantes ni ridicules.
- ❖ Elaborer un programme d'animation et le diffuser auprès des résidents et des familles qui pourraient être invitées à participer à certaines actions.
- ❖ Développer les partenariats avec les associations de bénévoles, établissements scolaires et autres EHPAD.

Ces fonctions seront assumées avec le soutien et la collaboration de la directrice. Une fiche de poste définit sa mission.

2. Rôle des référents d'animation

L'animation doit se mettre au service des projets de vie personnalisés établis par les équipes de chaque service pour chaque résident. Il appartient donc aux référents animation désignés pour chaque service de veiller à la réalité de ce principe en proposant aux responsables des ateliers, les résidents pour lesquels l'activité semble être adaptée et en proposant aux résidents la participation à cette activité.

Ils veillent également à ce que les bilans de participation, les documents permettant d'évoquer l'activité avec le résident lui soient accessibles ainsi qu'à ses proches s'ils le souhaitent. Des classeurs individuels ont été élaborés, les référents veillent donc à ce qu'ils soient alimentés régulièrement et enrichis de photographies qui sont un excellent support aux échanges et aux rappels de souvenirs et d'émotions.

Les référents doivent se faire seconder par un suppléant de manière à ce que le suivi ne soit pas entravé en cas d'absence de longue durée (congrés annuels).

3. Le contenu du projet d'animation

Le contenu du programme d'animation doit donc permettre de répondre aux objectifs que nous avons fixé précédemment. Le type d'activités proposées n'a pas radicalement changé depuis 2005, même si l'expérience nous a conduit à supprimer certaines activités et à en créer d'autres pour répondre aux demandes des usagers, mais également pour mettre en place des activités adaptées aux personnes atteintes de DTA en mettant à profit les formations réalisées dans l'établissement.

❖ **Convaincre chacun des capacités d'échanges et d'action qui demeurent malgré la dépendance, Maintenir une autonomie maximale**

Pour cela le projet d'animation prend 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. Les séances font l'objet d'une transcription qui peut être diffusée dans l'établissement et aux familles.

Des ateliers recouvrant divers types d'activités de la vie quotidienne sont 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 lors de tournois inter services ou d'exposition.

La valorisation de l'expérience, le partage des savoirs est développée dans le cadre de rencontres intergénérationnelles, ateliers à thème, sorties accompagnées par des élèves de formation sanitaire et sociale.

❖ **Permettre de conserver à chacun une image positive de soi**

Des ateliers des « soins esthétiques » sont proposés de manière régulière à ceux et celles qui l'apprécient. Le salon de coiffure a été réaménagé pour être plus accueillant et un budget spécifique pour l'acquisition de produits sera défini annuellement.

Un atelier de gymnastique adapté fonctionne dans l'établissement chaque semaine. Il fait appel à un animateur extérieur spécialisé dans cette activité.

Des actions de bien être sensoriels sont proposées aux personnes qui ne disposent plus d'accès à la communication verbale de manière à ce qu'elles puissent conserver une relation positive à leur corps. L'utilisation de la baignoire à ultra son et du chariot Snoezelen offre de multiples possibilités d'intervention. L'établissement a par ailleurs fait l'acquisition de plusieurs lecteurs CD afin de pouvoir proposer de la musique aux personnes confinées au lit pendant un temps ou aux personnes en fin de vie.

Depuis plusieurs années des intervenants extérieurs sont sollicités pour mettre en place des ateliers plus spécialisés (musicothérapie, art plastique). Cet apport de compétences extérieures est financé depuis 2009 par une subvention exceptionnelle du Conseil Général que nous souhaitons voir pérennisée.

❖ **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) ; **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.**

Le projet d'animation doit permettre de lutter contre l'uniformisation des relations qui traite les individus comme s'ils étaient interchangeables.

Le projet d'animation réserve une place privilégiée à des projets destinés à favoriser les échanges entre les résidents dans le cadre de petits groupes. C'est ainsi que sont proposés des sorties, des visites à l'extérieur, des repas.

Plusieurs fois par an, l'établissement organise des rencontres dans le cadre des partenariats établis avec les associations et les écoles ou d'autres EHPAD. Ces rencontres sont préparées avec les résidents qui doivent recevoir leurs invités et non subir une activité incomprise.

A l'occasion de la Kermesse organisée chaque année en partenariat avec l'Association des familles et résidents, *La Chênevière*, l'établissement s'ouvre aux visiteurs de la commune qui peuvent ainsi mieux connaître l'établissement. A Pâques une chasse aux œufs ouvre le parc aux enfants de la commune et aux familles dans le même but.

Dans les années à venir, l'établissement développera des activités culturelles ouvertes au public afin de favoriser les échanges et de modifier l'image de la vieillesse dans la société.

Les résidents qui le désirent participent aux animations organisées par des associations extérieures de manière régulière.

Les occasions de rencontre festives avec les familles sont multipliées et les familles sont invitées à participer 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 sont régulièrement communiquées aux résidents et expliquées le plus souvent le matin à l'occasion de la lecture du journal local qui reste en outre à disposition de chacun à la bibliothèque.

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

Les événements importants de la vie publique sont annoncés et commentés si nécessaire le plus souvent en même temps que la lecture du journal car c'est à ce moment que les résidents en font la demande.

L'établissement recueille régulièrement l'avis des résidents à travers des enquêtes, mais aussi un questionnement inopiné (après le repas par exemple), Il propose aux résidents la possibilité d'effectuer par eux-mêmes certains achats et donc d'exercer leur droit de disposer de leur bien.

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

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

L'animatrice s'assure qu'une décoration de qualité 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 sont soumises à la commission d'animation constituée en annexe au Conseil de la Vie Sociale. Elles sont régulièrement évaluées et amendées si nécessaire pour répondre aux souhaits formulés par les résidents.

4. Place des animations innovantes

Nous essayons depuis 5 années de proposer des activités suffisamment variées pour que chaque personne y trouve son compte. Pourtant nous devons constater que certaines pathologies éloignent les résidents des activités traditionnelles et pour eux nous devons chercher d'autres moyens de les atteindre. Nous avons d'ors et déjà commencé à développer des activités nouvelles comme la médiation animale en organisant par exemple un atelier

d'équithérapie, en offrant un petit animal de compagnie à certaines personnes enfermées dans une bulle que nous ne savons pas pénétrer. D'autres actions sont à l'étude (utilisation de poupées d'empathie par exemple) et nous envisageons de commencer la formation de l'équipe à la Méthode Montessori adaptée aux malades ALZHEIMER.

5. Evaluation de l'animation

Pour chaque atelier, une fiche d'objectifs et d'organisation est établie. Elle est proposée par l'animatrice et utilisée par la personne qui encadre l'activité. Cette fiche permet d'évaluer globalement la pertinence de l'activité, d'en prévoir l'adaptation ou la suppression si le résultat s'avère négatif. Cette fiche est laissée dans le classeur central et peut être consultée par tous les professionnels qui veulent faire le même type d'activité.

Une fiche de participation individuelle est par ailleurs mise en place pour chaque résident. Elle regroupe sur une période donnée toutes ses participations aux activités avec une évaluation individuelle. Il est souhaitable qu'elle soit enrichie de photographie. Elle est provisoirement mise à disposition des responsables d'ateliers dans le classeur central. Les informations seront prochainement intégrées dans le dossier PSI pour alimenter la réflexion autour du projet de vie personnalisé. Elles en seront un élément central et permettront d'en suivre la mise en place et de l'ajuster. La fiche d'observation quand à elle est insérée dans le classeur individuel par le référent animation du service et laissée à la disposition du résident. Il peut être transmis à ses proches avec son accord quand il est capable de le faire connaître. Les informations qui y sont consignées ne doivent pas comporter d'éléments couverts par le secret professionnel.

A partir de ces deux types d'évaluation, la directrice et l'animatrice produisent un rapport annuel d'activité pour ce poste spécifique. Ce rapport permet de justifier l'utilisation de la subvention du Conseil Général, mais aussi de valoriser l'action de chacun

SYNTESE

Le projet d'animation mis en place depuis 2005 et sans cesse enrichi est l'une des originalités de l'établissement, une de celle qui fait son « âme » et montrée comme une force par l'évaluation externe. C'est à travers lui que se diffuse une nouvelle qualité des rapports humains cultivés par une équipe au sein de laquelle nous espérons que chacun puisse se dire animateur.

VI. LE PROJET SOCIAL

Ce projet institutionnel a été élaboré par toute une l'équipe, soucieuse de la qualité de son travail et du service qu'elle apporte aux résidents, mais aussi de la qualité de sa vie professionnelle et des espoirs qu'elle peut nourrir quant aux améliorations dont elle pourrait faire l'objet. La motivation et l'engagement de chacun joue un rôle important dans le résultat mesuré aujourd'hui à travers les différentes évaluations réalisées depuis fin 2009. Les agents interrogés à leur tour disent être fiers de travailler à la Résidence du Parc malgré les difficultés rencontrées.

On pourrait se contenter de cette satisfaction et dire que tout est pour le mieux. Pourtant à de multiples reprises, nous constatons une inquiétude forte et une lassitude qui pourrait conduire au découragement. Depuis de nombreuses années, les plans gouvernementaux censés améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et par conséquent les conditions de travail de ceux qui les accompagnent se succèdent sans qu'une réelle amélioration ne soit constatée. Si la signature de la première convention tripartite a marqué une réelle embellie dans la situation de l'effectif, en très peu de temps ces effets se sont estompés sous l'effet conjugué de l'augmentation de la dépendance et l'accroissement des exigences de la société. Pour qu'on oublie qu'elle traite de manière indigne des cohortes de vieillards tout en se vantant d'en fabriquer de plus en plus, elle demande aux personnels des EHPAD de faire des prouesses.

La position du directeur est, dans ces conditions, de plus en plus difficile à tenir. Il ne peut ni accéder aux demandes de renfort que lui formulent régulièrement les équipes épuisées, ni donner son accord à un recul dans les services mis en place.

Le projet social doit être l'outil de management qui permet de gérer les ressources humaines de l'établissement dans un rapport gagnant-gagnant et d'atteindre les objectifs fixés. Cette gestion passe aujourd'hui comme en 2005 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

Mais quel crédit accorder à ces écrits sans engagement des autorités de tarification ?

A. LES EFFECTIFS

Les objectifs définis dans le projet institutionnel depuis 2005, renouvelés et amplifiés dans le nouveau projet développé ici, impliqueraient légitimement un ajustement des effectifs dans la mesure où nos demandes de 2005 n'ont pas été entièrement satisfaites alors que les objectifs n'ont pas été réduits et ont été atteints au prix d'un effort collectif guidé par une réflexion éthique. Pour garantir la sécurité des personnes prises en charge et la qualité de ces prises en charge, nous avons optimisé nos organisations, complété nos effectifs grâce au recrutement d'apprentis et bien sûr en ayant recours aux emplois aidés. Avec un GMP de 734 et une majorité de résidents classés en GIR 1 et 2, le taux global d'encadrement est aujourd'hui de 0,62, mais il descend à 0,27 si l'on ne retient que le personnel soignant (IDE, AS, AMP). Dans ces conditions, comme nous l'avons déjà indiqué, les glissements de tâches sont inévitables sauf à réduire les prestations.

Bien que les modalités de calcul des dotations nous laissent sans beaucoup d'espoir, nous avons le devoir de demander les moyens dont nous avons besoin pour répondre aux exigences de qualité que nous fixent ceux là mêmes qui nous refusent les moyens nécessaires pour les atteindre.

Pour répondre aux exigences réglementaires, le temps du médecin coordonnateur doit être porté à 0.50 ETP. Nous souhaitons noter ici, que ce temps nous paraît bien sûr nécessaire, mais qu'il sera difficile à obtenir de la part d'un médecin qui bien souvent cumule les fonctions. Les crédits seront sans doute mobilisés, le temps augmenté sans pour autant être effectif et cela au détriment des emplois au contact direct des résidents.

Aujourd'hui, l'effectif des infirmières ne permet pas de couvrir correctement tous les horaires essentiellement le week end et en ce qui concerne les aides soignantes, si nous tenons compte des congés et des arrêts de maladie, il faut sur certaines plages horaires se résigner à fonctionner sans AS.

Si nous faisons référence aux indications de la FHF, un taux d'encadrement soignant de 0,3ETP serait souhaitable. En ce qui concerne le personnel de soins et pour tenir compte de la dépendance réellement constatée, les moyens devraient être calculés en fonction de la production de points GIR à savoir :

Une infirmière pour 9000 points GIR soit : $73410/9000 = 8,15$ IDE

Une AS ou AMP pour 2500 points GIR soit : $73410 /2500 = 29.36$ AS-AMP

Conscients des contraintes budgétaires, nous estimons néanmoins qu'il serait souhaitable de porter l'effectif soignant à 6 infirmières et 26 aides soignantes ou AMP de manière à assurer la sécurité des prises en charges.

En 2005, le taux d'activité du poste de psychologue a été fixé à 0.40 ETP puis porté à 0.50 ETP. Aujourd'hui, nous constatons que la souffrance des personnels et des familles face aux démences sévères mobilise beaucoup de temps de psychologue. Comment aider des

équipes qui doivent supporter les coups, les insultes, des comportements humiliants, en évitant le risque de la maltraitance ? Comment ne pas douter de ses capacités à accompagner de tels malades quand tous les aménagements de prise en charge se heurtent aux murs aveugles de la démence ? Comment se pardonner cette incapacité à apporter l'apaisement ? Le besoin de soutien psychologique des équipes est de plus en plus important et il serait souhaitable de porter le temps imparti à cette fonction à 0.7ETP. Aujourd'hui la psychologue en poste, pour répondre aux situations de crise, au-delà de son travail quotidien, cumule les heures supplémentaires qu'on ne peut lui rendre sans créer un vide insupportable dans l'accompagnement. Il serait donc indispensable de régulariser cette situation.

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, une aide soignante est détachée depuis 2008, sur des fonctions de gouvernante. Entre autre missions, elle assure l'accueil et l'installation des nouveaux résidents, recueille leur histoire de vie pour les équipes, et en qualité de référent « Humanitude » intervient au sein des équipes pour élaborer des solutions d'accompagnement dans les situations les plus complexes. La décision de recourir à cette fonction a été mûrement réfléchie et si dans l'attente de la renégociation de la convention tripartite nous avons du utiliser les crédits du poste d'attaché d'administration hospitalière, l'enjeu en terme de qualité d'accompagnement était de taille surtout dans un établissement où il n'y a aucun cadre intermédiaire. Malgré tout, il est nécessaire aujourd'hui, compte tenu de la complexification de la gestion administrative, que ce poste soit pourvu.

Enfin si nous comparons les moyens des établissements de même catégorie et de même capacité que nous, nous ne pouvons que constater la faiblesse de l'équipe d'entretien qui rend impossible la mise en place d'une astreinte de sécurité. Elle ne saurait en aucun cas être assurée en permanence par le même agent. Il conviendrait donc d'augmenter cet effectif en créant un poste supplémentaire portant ainsi l'effectif à 2.5 ETP.

Le tableau figurant en annexe 1 fait le point de l'évolution à prévoir compte tenu de la situation de l'établissement à ce jour 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 « bientraitante » que nous voulons mettre en place, le respect de la réglementation du travail et la qualité de vie du personnel. Ce tableau ne prend pas en compte les éventuelles évolutions rendues nécessaires par la création de nouveaux services, PASA ou UHR en cas de restructuration de l'établissement.

B. LA FORMATION

La prise en charge de personnes âgées très dépendantes et notamment des déments nécessite la maîtrise de certains concepts. La prévention de la maltraitance, dans des situations où l'humanité elle-même est mise à mal de manière particulièrement insupportable, rend indispensable une connaissance des maladies qui provoquent ces troubles sévères mais aussi

la maîtrise de certains outils d'accompagnement. 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.

Nous avons axé nos formations sur les approches non médicamenteuses depuis plusieurs années et nous ne pouvons que nous en féliciter. Les prochains plans maintiendront cette démarche et, si nous poursuivons les formations à l'Humanitude et à la Validation avec des sessions de consolidation, nous introduirons de nouvelles approches telles que la méthode Montessori adaptée pour les malades souffrant de troubles cognitifs. Nous utiliserons la même démarche de formations massives sur site qui est la condition d'une culture commune rapidement installée.

Les formations permettant aux agents de valoriser leur expérience professionnelle ou d'acquérir de nouvelles qualifications seront favorisées afin de leur offrir de nouvelles perspectives s'ils souhaitent changer de situation afin d'éviter l'usure professionnelle. Les agents sont invités à faire part de leurs souhaits en matière de formation lors de l'entretien annuel d'évaluation et recevront une information régulière sur le DIF ainsi que leur passeport formation. Le Plan de formation 2011 qui servira de base aux plans des années suivantes figure en annexe 2 du présent document.

C. LA PARTICIPATION DU PERSONNEL

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.

Les réunions de services instituées depuis 2006 doivent être pérennisées, mais nous devons aussi trouver une organisation de planning qui permette une participation de tous les agents à ces temps de réflexion. La charge de travail importante, le poids psychologique de ces fonctions d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes, ont ceci de paradoxal qu'ils rendent nécessaires les temps de paroles en même temps qu'ils poussent les agents à refuser d'y consacrer du temps. A ce jour, les réunions sont mensuelles et le rythme semble impossible à augmenter. Il faut donc garantir une organisation qui, sans charge de travail supplémentaire, conduise l'ensemble des agents à y participer. Cette organisation devra être négociée avec les équipes.

L'établissement continuera à encourager 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. La valorisation de cette démarche se fera dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation et la notation.

D. L'ADAPTATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Dès 2004, les horaires de travail ont été réaménagés pour répondre aux objectifs du projet institutionnel, mais aussi pour améliorer les conditions d'exercice professionnel des agents. Ainsi le recours aux horaires coupés a été fortement réduit ce qui a eu un impact immédiat sur les conditions de vie des agents. Moins de trajet et des rythmes de travail qui laissent du temps pour soi. Il reste aujourd'hui à régler l'épineux problème des heures dues aux agents qui assurent des remplacements pour faire face à l'absentéisme. A ce jour, les crédits de remplacements étant insuffisants, il n'est pas possible de rendre ces heures aux agents sauf à baisser le niveau d'encadrement des résidents chaque jour. Or nous constatons pour l'avoir expérimenté à certains moments (notamment quand les crédits des emplois aidés sont réduits), l'épuisement des agents qui restent en poste induit encore plus d'absences, donc plus d'heures à rendre.

E. L'ADAPTATION DE L'OUTIL DE TRAVAIL

Depuis la signature de la première convention tripartite, de nombreux matériels ont été acquis pour faciliter l'exercice professionnel. Le dossier du résident a été informatisé et chaque service dispose de son ordinateur pour en faciliter l'utilisation. Des douches ont été aménagées dans chaque service, spacieuses et conçues pour faciliter le travail, elles sont un plus à la fois pour les résidents et pour le personnel.

Pour faciliter le travail et notamment le service des repas, de nouveaux chariots ont été achetés, les infirmières de garde disposent de téléphones DECT qui leur permettent d'être jointes à tout moment sans avoir à traverser l'établissement. Ces téléphones sécurisent également le travail des veilleuses de nuit. Depuis 2009, tous les lits sont électriques et donc favorisent l'ergonomie. De nombreux aménagements ont été réalisés, office, salle de soins, etc., mais cela reste marginal par rapport à l'inadaptation des locaux qui, au quotidien, contraint à des ajustements d'équilibriste. Aujourd'hui, il manque des locaux de stockage, des vestiaires, une salle de repas correcte, des sanitaires et des bureaux pour certains agents dont le médecin coordonnateur. Ces éléments font partie intégrante de la qualité de vie au travail et doivent donc être pris en considération.

L'exiguïté des locaux reste donc un problème majeur qui impose des manipulations répétées et fatigantes qui pourrait être évitées si l'établissement avait l'opportunité de restructurer ses locaux comme cela sera vu dans le chapitre projet architectural qui clôturera le présent document.

F. 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 réexaminer le sens de leur action qui devient alors « prendre soin et accompagner ». La relation qui se noue sur une période somme toute assez longue, puisque la durée moyenne de séjour est de 3 ans et 3 jours actuellement, se dénoue dans la mort sans qu'on y puisse rien. Avec une moyenne de 30 décès par an, une aide soignante qui a vingt ans de carrière a vécu, dans le cadre de son travail, 600 deuils, dont certains ont été très douloureux. Ce phénomène ne concerne pas que les personnels soignants puisque dans notre structure tous les acteurs sont proches des résidents et participent à l'accompagnement. Cette accumulation de deuils n'est pas sans créer une fragilité psychologique qui doit être prise en compte d'où la nécessité d'un accompagnement psychologique renforcé. Combien de soignants tiennent le coup grâce à des tranquillisants, combien s'arrêtent régulièrement parce qu'épuisés moralement et physiquement, ils ne supportent plus ni les résidents, ni les collègues. Quand en plus, à cela, il faut ajouter l'image négative qui affecte les métiers de la gériatrie et affronter, au mieux des réflexions compatissantes, au pire des regards soupçonneux, il devient difficile d'assumer un métier que pourtant on aime. Il est nécessaire de reconnaître que ces métiers attaquent l'être au plus intime de lui-même et proposer un accompagnement réparateur inscrit dans le temps de travail. Nous avons réalisé une expérience en 2009 en proposant un atelier d'écriture sur une durée de trois jours, à un groupe de 10 professionnels. Les résultats ont été tout à fait remarquables en libérant la parole sur des sujets qu'on croit interdits. Nous souhaiterions aller plus loin et pouvoir renouveler l'expérience régulièrement en plus du soutien psychologique renforcé grâce à l'augmentation du temps de psychologue.

SYNTHESE

Le succès de notre projet d'établissement ne peut être dissocié des moyens qui nous sont alloués pour le mettre en œuvre, mais malgré les restrictions, malgré les engagements toujours reportés, nous avons avancé de manière tout à fait remarquable en 5 années grâce à l'adhésion du personnel et aux sacrifices consentis. Il est nécessaire, avant que la lassitude ne réduise ce travail à néant, que la qualité de cet

effort soit reconnue et valorisée dans le cadre d'un véritable contrat qui engage non seulement les équipes et la direction, mais aussi les partenaires que sont les tarificateurs.

VII. LE PROJET ARCHITECTURAL

A. ETAT DES LIEUX

L'état des lieux a été réalisé pour l'élaboration du projet d'établissement 2005-2010, et depuis les choses n'ont guère évolué. 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 ainsi qu'au personnel qui l'accompagne.

Certes, les installations techniques « vitales » ont pu être remplacées ou sont en voie de l'être grâce à des subventions attribuées dans le cadre du Plan d'aide à la modernisation et à une dotation exceptionnelle du soin, ceci sans que les prix de journée en soient impactés.

Comme nous l'affirmions déjà en 2005, il est nécessaire, si nous voulons pérenniser notre activité d'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.

Jusqu'à ce jour, la réalisation d'une étude de faisabilité a été rendue inutile à cause des incertitudes posées par le nouveau PPRI. Alors que les incertitudes sont levées, nous devons dès 2011 nous engager dans cette réflexion.

B. PRINCIPES DE BASE DE L'ELABORATION DU PROJET ARCHITECTURAL

1. L'esprit du projet

Les enquêtes de satisfaction réalisées en 2010 auprès des familles, des usagers et du personnel, l'auto évaluation ainsi que l'évaluation externe ont mis en évidence les points forts et les points faibles de nos locaux.

Parmi les points forts, nous trouvons l'implantation au milieu d'un parc arboré qui en fait un cadre agréable pour des personnes âgées dépendantes qui ne peuvent plus se déplacer. Nous notons aussi l'accès de chaque logement au parc qui accentue pour le résident le sentiment d'être chez lui dès lors qu'il n'a pas besoin de traverser des locaux collectifs pour sortir.

Le nombre important de chambres individuelles ainsi que le remplacement des installations techniques plaide pour un maintien de l'existant qu'il faudrait préserver et améliorer. Aujourd'hui l'ensemble de l'installation sanitaire est à changer. Les fuites sur le réseau sont importantes, et les appareils sont arrivés en bout de vie (lavabos, wc, robinetteries). Si les équipements techniques ont été rénovés et prévus en dimensionnement pour supporter une extension, la cuisine fait l'objet d'observations de la part des services vétérinaires depuis plusieurs années et nos interventions ponctuelles ne peuvent suffire. Les locaux doivent être

renovés et les matériels de cuisson remplacés. Nous notons depuis plusieurs mois de plus en plus d'incidents sur l'installation électrique qui vieillit et les réparations ponctuelles ne garantissent plus un fonctionnement régulier.

L'évaluation externe a également fait apparaître l'insuffisance des locaux : salle d'animation, bureaux, locaux de stockage, salon à l'usage des résidents et de leur famille. Par ailleurs, les locaux existants ne remplissent pas les conditions d'accessibilité, la mise aux normes sans une transformation radicale est impossible. Pour maintenir un établissement concurrentiel en terme de qualité d'hébergement nous devons pouvoir augmenter la surface de nos locaux. Il serait également souhaitable de disposer d'un terrain sur le même site pour bénéficier des travaux techniques déjà réalisés sans pour autant détruire le parc qui est un atout pour la structure.

Au cas où rien ne serait fait au cours des prochaines années, malgré la qualité de sa prise en charge, l'établissement perdra son attractivité aussi bien pour les usagers et leurs familles que pour les personnels qui ne voudront plus travailler dans une structure vétuste alors que les établissements du secteur ont eu l'opportunité de se moderniser.

2. Méthodologie de l'élaboration du projet architectural

Il est bien évident que la réalisation d'un tel projet dépasse autant les compétences présentes au sein de la structure que le temps disponible pour mener à bien une telle étude.

Dès 2011, nous devons faire réaliser une étude de faisabilité pour un projet d'extension compatible avec le PPRI. Si les conclusions de cette étude le permettent, la deuxième étape de la démarche sera une réflexion qui alliera les représentants du Conseil d'Administration et les équipes et devra être accompagnée par un conducteur d'opération. Le projet proposé devra être conforme aux besoins que nous aurons définis et permettre la réalisation d'une prise en charge adaptée aux personnes en pertes d'autonomie psychique puisqu'elles composent la majorité de notre population. Il sera intéressant à ce moment de visiter des réalisations proches de ce que nous voulons, afin de tirer les enseignements de ces expériences. A ce stade les représentants des familles et des usagers devront également être associés à la réflexion.

Si le résultat de l'étude de faisabilité s'avérait négatif, nous devrions sans doute envisager une diminution de la capacité afin que les crédits mobilisés pour maintenir les installations techniques n'aient pas été dépensés pour rien, car faute de transformation des locaux, comme nous l'avons déjà dit, l'établissement est condamné. Sans aspirer à des locaux luxueux, il est légitime pour les personnes âgées comme pour les professionnels qui les accompagnent de demander un minimum de fonctionnalité et de sécurité ce qui n'est pas garanti aujourd'hui.

CONCLUSION GENERALE

L'élaboration de ce deuxième projet d'établissement a demandé de la part de l'ensemble du personnel un très fort investissement. Cela a été rendu possible par le sentiment de fierté qui anime les agents qui veulent défendre et améliorer ce qui a été réalisé aux cours des 5 années passées.

Pour cela, il faut bien sûr que l'établissement ait la chance de se moderniser pour ne pas peu à peu perdre son attractivité au profit d'établissements qui auront bénéficié d'une adaptation aux standards actuels.

Il faut également, pour que sereinement, les équipes puissent poursuivre leur mission auprès des plus vulnérables dans le même état d'esprit qu'aujourd'hui, que la lourdeur physique et psychologique de leurs tâches soit reconnue, valorisée, et prise en compte dans le calcul des moyens qui sont octroyés. Certes aujourd'hui nous comblons les manques par le recours aux apprentis, aux personnes en contrats aidés, mais les politiques concernant ces dispositifs sont tellement fluctuantes que nous ne savons jamais comment assurer le lendemain. Ces incertitudes pèsent sur la santé psychologique de l'ensemble du personnel qui ne supportera pas de dégrader son niveau de prestation. Que répondre à cette angoisse que l'on partage bien sûr ?

Les échanges que nous pouvons avoir avec le personnel d'autres structures montrent que parfois les moyens accordés diffèrent beaucoup sans que pourtant le service offert soit de meilleure qualité que celui que nous proposons. Quel bénéfice en tirons-nous ? Jusqu'à ce jour, seules les considérations budgétaires structurent les relations avec nos tarificateurs. Alors pourquoi ce travail de réflexion sur la qualité et la bientraitance ?

Au moment de mettre le point final à ce travail, nous espérons qu'il sera lu avec attention et que nos interlocuteurs ne se contenteront pas simplement de regarder les tableaux budgétaires et de condamner toute perspective d'amélioration. Nous le réaffirmons, ce projet institutionnel est porteur des aspirations de toute une équipe de professionnels conscients des responsabilités qu'ils ont dans l'accompagnement jusqu'à la mort des membres les plus faibles et les plus vulnérables de notre société. Cette vulnérabilité sans espoir, ils sont les seuls à la porter car eux n'ont d'avenir que dans la mort et ne sont plus les enfants de parents qui pourraient croire en eux et défendre un futur meilleur pour eux.

Donner aux professionnels les moyens d'assurer leur mission dans des conditions satisfaisantes c'est aussi donner du sens à leur vie mais aussi à la vie de ceux qu'ils accompagnent avec humanité jusqu'au bout de la vie. Il est facile d'affirmer que la dignité est intrinsèque à l'homme et qu'elle ne peut lui être ôtée, mais pour donner du sens à cette affirmation, il faut se donner les moyens de reconnaître cette dignité traitant le vieux comme un autre soi-même.