



51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE
TEL : 03.26.67.52.69 – FAX / 03.26.64.11.45
e-mail : mrsaintgermainlaville@wanadoo.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org/>

PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2019

« Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor
d'Humanité déjà accumulé et de continuer à l'enrichir. »

Albert Jacquard ...

Françoise DESIMPEL
29/09/2015

PREAMBULE

Voici 10 ans qu'a été signée la première Convention tripartite qui transformait la Résidence du Parc en EHPAD, 10 ans que nous travaillons en équipe à changer la maison de retraite en un lieu de vie où l'on se sente comme chez soi ou presque, car n'est-ce pas ainsi que chacun voudrait achever sa vie.

Dès 2004, avec application et engagement, nous avons tâché de mettre en pratique, au quotidien, un accompagnement bientraitant, respectueux de la richesse que porte en lui chaque homme, aussi vieux et vulnérable soit-il, pour l'Humanité toute entière. Pour guider notre démarche nous l'avons fondée sur une philosophie de soins, l'HUMANITUDE, qui traverse l'ensemble de nos pratiques et qui a, au fil du temps, transformé le regard des professionnels sur l'Homme vieux et dit dément. C'est en Humanitude que nous voulons travailler parce que c'est en Humanitude que nous voulons vieillir et achever notre vie.

Si nous rappelons cela en préambule de notre nouveau projet institutionnel, c'est que nous savons pour le vivre au quotidien, combien il est difficile de se projeter dans la peau de ces Hommes vieux que nous accompagnons. Comment se peut-il, que moi, si jeune encore, je sois demain ce corps abimé et qui fait peur, cet esprit tellement effrayé par ce qu'il doit appréhender qu'il en est effrayant à force de s'absenter ? C'est impensable !

Si nous interrogeons les professionnels pour savoir s'ils voudraient finir leur vie dans l'établissement où ils travaillent, bien selon eux, combien répondront oui ? Très peu ! Et pourtant, si nous avons une certitude, c'est bien celle du passage inexorable des années qui un jour nous fera vieux, nous tous, sauf accident de la vie. Au-delà de cette certitude, qui peut dire ce que lui réservera cette roue de la fortune ? Une vieillesse sans histoire dans un chez soi choisi, comme chacun le souhaite et comme cela se passe pour la majorité de la population française ? Ou bien une fin de vie dans les griffes d'ALZHEIMER ou de ces comparses dans un EHPAD que tout le monde fuit ?

C'est là un paradoxe avec lequel il nous faut vivre et qui est cause de beaucoup de souffrance au travail et d'usure professionnelle. Les équipes, quelle que soit leur mission, doivent réaliser chaque jour des tâches difficiles voir douloureuses, en ayant conscience que ce qu'elles font est une réponse insuffisante à des besoins essentiels. Elles ne sont que partiellement responsables de cet état de fait dans la mesure où elles ne disposent pas des moyens réellement adaptés à l'ampleur de la tâche.

L'objectif général de notre projet institutionnel est de travailler à l'adaptation permanente qu'exigent la transformation de la société, le vieillissement de la population et la grande vulnérabilité née de la prévalence des maladies dites d'ALZHEIMER. Les premiers chapitres, écrits

en 2004 et 2010 ont posé les bases de notre démarche, ont façonné une identité qui n'appartient qu'à nous et dont nous sommes fiers même si nous avons conscience que rien n'est achevé et que nos organisation parce qu'humaines sont fragiles et imparfaites.

L'évaluation interne, réalisée pour nous aider à faire évoluer notre projet pour les 5 années à venir, a mis en lumière les forces et les faiblesses de nos pratiques et fait apparaître des pistes d'amélioration au service de cette identité à laquelle nous croyons quand bien même parfois l'ampleur de la tâche à accomplir au quotidien nous paraît au-delà de nos forces. Mais est-il possible de renoncer ?

La perspective de notre propre vieillesse, la vulnérabilité que chacun aperçoit derrière ses certitudes dans les moments de découragement nous invitent à poursuivre, à renforcer la solidarité des équipes afin d'installer définitivement les pratiques de l'Humanitude dans notre maison, pour la bienveillance de tous, résidents et professionnels.

Nous avons commencé il y a plus de 10 ans à transformer notre regard sur le grand âge, sur les pathologies qui l'accompagnent et sur les réponses que nous pouvons, ensemble, proposer pour cet âge de la vie afin qu'il reste dans la vie. Au moment où des structures nouvelles organisent les territoires de santé, les questions se bousculent pour savoir comment concilier l'idée d'un chez soi où achever sa vie sans ruptures et l'efficacité économique, l'accompagnement singulier de la fin de vie et la compétence des centres ressources. Y aura-t-il encore de la place pour la créativité, pour l'innovation ? Y aura-t-il encore une place pour l'Homme ?

Face à ces incertitudes, à la pression de plus en plus intense qui pèse sur les structures de taille modeste et leurs équipes, il serait tentant de confier les clés de la maison à d'autres. Mais il n'est pas facile de renoncer à sa liberté de penser un accompagnement que l'on voudrait pour soi ou pour ceux que l'on aime. C'est ainsi qu'a été révisé notre projet institutionnel nous essayerons encore de faire grandir pendant les 5 années à venir sans rien retirer de ce qui à animer notre démarche depuis 2004.

Table des matières

CHAPITRE 1 : ETAT DES LIEUX.....	10
A. LA RESIDENCE DU PARC A LA FIN DE L'ANNEE 2014.....	10
1. Des pensionnaires de l'origine	10
2. ... Aux résidents de 2014.....	11
a) Une zone d'attractivité étendue	11
b) Une population très féminine et de plus en plus âgée.....	12
c) Des motifs d'admission variés.....	14
d) Une dépendance importante.....	15
e) Mais une durée moyenne de séjour qui s'allonge	16
3. Le chemin parcouru pendant les 5 dernières années	16
4. Renforcement des actions initiées avant 2011.....	18
a) Information et communication (CTP article 7)	18
b) Le projet de vie (CTP article 8/1), une question de temps.	19
(1) L'admission.....	19
(2) La vie quotidienne	20
2. Des projets très personnalisés	22
3. Des équipements au service du projet	23
4. Le projet de soins (CTP – article 8/2).....	24
5. Le projet architectural (CTP-article 8/3).....	26
6. Les ressources humaines (CTP-article8/4).....	27
CHAPITRE II : LES DEMARCHES D'EVALUATION.....	29
A. L'évaluation interne	29
2. Méthodologie.....	29
3. Les résultats	30
a) Axe 1 : garantie des droits individuels et collectifs	31
b) Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents.....	33
c) Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance.....	35
d) Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement	37
e) Axe 5 : Accompagnement de fin de vie	39
f) Axe 6 : Le projet d'établissement.....	40
g) Axe 7 : L'établissement dans son environnement	42

h)	Axe 8 : L'organisation générale de l'établissement.....	44
i)	Conclusion de l'évaluation interne.....	46
B.	Les enquêtes de satisfaction.....	46
1.	Evaluation de l'EHPAD par les familles et les résidents.....	47
a)	Niveau de satisfaction des familles en ce qui concerne l'accueil et l'information	47
b)	Qualité de l'environnement.....	49
c)	L'équipement de l'établissement.....	49
d)	L'entretien de l'établissement	49
e)	L'entretien des extérieurs de l'établissement	50
f)	Qualité des soins et des accompagnements.....	51
g)	Prise en compte des problèmes.....	52
h)	Rapidité des réponses	52
i)	Qualité des réponses	53
j)	Relation avec le médecin	53
k)	Qualité des prestations.....	54
l)	Conclusion de l'enquête de satisfaction pour l'EHPAD	54
2.	Enquête de satisfaction pour l'accueil de jour.....	55
a)	Evaluation de l'accueil et de l'information au PHARE	56
b)	Qualité des espaces d'accueil	56
c)	Evaluation de la qualité du personnel.....	57
d)	Conclusions de l'enquête de satisfaction pour le PHARE	58
C.	Synthèse des différentes évaluations	58
CHAPITRE III : REVISION DU PROJET INSTITUTIONNEL DE LA RESIDENCE DU PARC POUR LES ANNEES 2015-2020		
59		
A.	Un lieu de vie comme chez soi.....	60
1.	L'esprit du projet.....	60
2.	Une architecture thérapeutique	61
a)	Des espaces d'accueil et de liaison avec la ville.....	61
b)	Des lieux de vie	62
(1)	Organisation générale de la Résidence	62
(2)	Organisation des appartements.....	62
(3)	Des locaux de soins	62
(4)	Des locaux techniques	63

3.	Remarques générales sur le projet architectural.....	63
B.	Le projet de vie institutionnel : La vie comme chez soi :.....	64
1.	L'objectif général : L'identité et la singularité préservées.....	65
2.	La préparation de l'accueil : une première reconnaissance	66
3.	L'avenir au jour le jour : Le projet d'accompagnement personnalisé.....	67
4.	Le respect des rythmes singuliers	69
C.	LE PROJET DE SOINS	72
1.	Le droit à l'information et au consentement aux soins.....	72
2.	Le management des soins.....	73
a)	Le médecin coordonnateur	73
b)	L'infirmière coordonnatrice.....	74
c)	Les infirmières référentes de services.....	75
d)	Les responsabilités fonctionnelles	75
3.	L'accès aux soins	75
4.	La prévention au service de la qualité de vie.....	76
5.	Qualité et sécurité des soins	77
6.	Organisation et transmissions des informations relatives aux soins	78
7.	Evaluation des soins	78
8.	La coordination des soins	80
e)	La commission de Coordination Gériatrique	80
f)	La culture partagée	80
9.	L'accompagnement psychologique.....	81
10.	Les accompagnements spécifiques	82
a)	L'accueil temporaire.....	82
b)	L'accueil de jour	82
c)	Le SSIAD.....	83
d)	Le NOCTAMBULE.....	83
e)	Le PASA.....	84
11.	Considérations générales pour conclure le projet de soins.....	84
D.	LE PROJET D'ANIMATION POUR UN « LIEU DE VIE, LIEU D'ENVIE »	85
1.	Quels objectifs pour l'animation	86
2.	La mobilisation de tous.....	86
a)	La commission d'animation	86

b) L'organisation du travail	87
c) Les projets personnalisés	88
d) La formation.....	88
E. LE PROJET SOCIAL.....	89
1. Le management	89
a) Le travail en équipe	89
b) La communication interne	90
(1) Les temps d'échanges.....	90
(2) Les écrits professionnels.....	90
2. La qualification des équipes et les compétences individuelles	91
a) Les recrutements	91
b) La formation professionnelle.....	92
c) La promotion professionnelle.....	92
3. La prévention des risques professionnels	92
F. Réflexion éthique, promotion de la bientraitance et prévention des situations de maltraitance.	93
1. Nécessité d'une réflexion éthique	93
a) Le cadre de la réflexion	93
b) Le fonctionnement	94
2. La promotion de la bientraitance.....	94
3. La prévention des situations de maltraitance	95
CONCLUSION	96

INTRODUCTION

En 2010 la réécriture du projet institutionnel, préalable à la signature de la convention tripartite de deuxième génération, a mobilisé l'ensemble des professionnels aux différentes étapes de son élaboration. De la même manière, sa mise en œuvre a mobilisé les énergies de tous au quotidien, et de certains plus particulièrement dès lors qu'il s'est agi d'en écrire de nouveaux chapitres.

En 2010, les résultats de l'évaluation externe nous ont conforté dans notre démarche et nous avons poursuivi, au cours des cinq années qui viennent de s'écouler avec le même souci de proposer à ceux qui n'ont d'autre choix pour finir leur vie que d'entrer en institution, l'organisation d'un lieu de vie qui préserve le désir de vivre avec les autres.

C'est à partir de l'évaluation interne du travail réalisé pour la mise en œuvre des deux précédentes versions de ce projet, de la référence constante au référentiel qualité « ANGELIQUE version HUMANITUDE », de l'analyse des résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès de nos résidents et de leur familles et dont les résultats seront présentés en annexes et commentés au Chapitre 2 de ce document que nous avons à nouveau revisité notre projet.

Ce que nous présentons dans le chapitre 3 de cette troisième version du projet institutionnel s'adresse à la population décrite dans les pages qui suivent pour répondre à ses besoins d'accompagnement spécifique et compte tenu de la prévalence des maladies neurodégénératives.

Il s'inscrit dans la continuité des actions menées depuis plus de 10 ans avec comme idée constante que nous devons aux Hommes vieux que nous accueillons, un accompagnement qui respecte leur singularité et leur histoire. Il repose sur des fondations construites patiemment pendant ces années et qui portent les valeurs auxquelles nous sommes attachées et que nous défendons même si parfois la tâche est rude tant notre domaine d'action est ignoré et dévalorisé. Il ne peut exister et avoir de sens qu'au regard du travail accompli en équipe pour mettre en œuvre les engagements inscrits dans les versions couvrant les années 2004 à 2015.

Nos convictions sont constantes comme les fondations de notre projet que nous ne renions pas et que nous ne prendrons pas le risque de trahir en les répétant ici. Notre expérience, la relecture de ce que nous projetions dans les précédentes versions de celui-ci, nous ont permis d'approfondir nos questionnements, de préciser les réponses que nous voulions apporter mais certainement de changer de cap. Troisième volet d'une aventure humaine intense et parfois éprouvante, le présent document doit donc être abordé comme la suite des épisodes précédents dictée par un souci de cohérence et d'adaptation à une nouvelle population, plus âgée, plus dépendante, mais aussi plus informée et légitimement plus exigeante.

Les objectifs que nous nous fixerons pour les 5 années à venir doivent permettre de consolider ce qui a été réalisé sans céder à la facilité ni à la routine. Pour lutter contre la lassitude, pour prévenir l'indifférence qui conduit à la maltraitance, il est nécessaire de rester exigeant avec soi-même et créatifs.

Malgré tout, nous devons admettre que nos convictions ne suffiront pas si la société se contente de mettre à l'écart pour qu'ils ne dérangent pas, les Vieux déments qui lui renvoient une image insupportable de son futur. Les Hommes vieux sont ce que nous les faisons. Devant notre soif de jeunesse et de performance, de vitesse et profit comment pourraient-ils ne pas se sentir déclassés ?

La réalité et la qualité de la mise en œuvre de notre projet d'établissement « créer un lieu d'envie » à la mesure de l'Homme, dépend des efforts consentis depuis 12 ans et de ceux à venir, mais aussi et pour beaucoup, des moyens dont nous disposerons pour le faire vivre. Il a besoin pour s'exprimer pleinement qu'aboutisse un projet de restructuration architecturale qui favorise la vie, communautaire et non collective, qui cultive les relations d'HUMANITUDE, tout en garantissant la qualité et l'adaptation des soins aux besoins des résidents.

La réalité de sa mise en œuvre dépendra aussi des choix politiques qui, à plusieurs niveaux, décideront de l'avenir des EHPAD et de celui des professionnels qui ont choisi d'y exercer leur activité.

CHAPITRE 1 : ETAT DES LIEUX

A. LA RESIDENCE DU PARC A LA FIN DE L'ANNEE 2014

Dans cette première partie, au moment de s'atteler à l'écriture d'une nouvelle page de notre histoire, il convient de faire le point sur la réalité de la mise en œuvre des objectifs fixés à l'établissement, lors de la signature des conventions précédentes. Toutefois, avant de présenter cet état des lieux, il semble nécessaire de rappeler sur quelles fondations historiques ont été construits les précédentes versions du projet institutionnel, mais aussi comment la population accueillie par notre établissement a évolué au cours des dernières années et nous a contraints à faire évoluer notre offre pour répondre aux besoins réellement constatés sur le terrain.

1. Des pensionnaires de l'origine ...

La première convention tripartite signée en 2005 a été le point de départ de la mutation de l'établissement. Il ne s'agit pas seulement d'une transformation sémantique, la maison de retraite devenant EHPAD, mais d'un changement en profondeur de la manière d'accompagner les personnes de plus en plus âgées et dépendantes qui frappaient à sa porte.

Lors de son ouverture en décembre 1972, la Maison de Retraite Publique Intercantonale de Saint Germain la ville, implantée dans un milieu rural à 15 km de Chalons en Champagne, répondait aux besoins d'une population locale valide qui cherchait le confort et la sécurité d'un établissement moderne pour affronter les dernières années de vie. A ce moment, le nom d'Alois ALZHEIMER n'évoquait rien pour les « pensionnaires » de l'établissement, pas plus d'ailleurs que pour ceux qui les assistaient dans les actes de la vie courantes.

Peu à peu la physionomie de la population de la maison a changé conduisant à son extension qui s'est accompagnée de la médicalisation d'une partie des places. Les premiers arrivés vieillissaient et il fallait faire face. Mais la maison était encore largement occupée par des valides pour reprendre le vocabulaire de cette époque.

La perspective de la grande dépendance effrayait les équipes, mais face à une évolution inéluctable de la population accueillie, au mouvement profond qui favorisait le maintien à domicile le plus longtemps possible, l'établissement devait s'adapter pour offrir à la population de son bassin de vie une réponse de qualité à chaque époque du vieillissement.

En 2005, la Maison de retraite est donc devenue EHPAD et a rempli sa mission d'accompagnement de personnes âgées dépendantes qu'il s'agisse de prendre en charge ceux qui y avaient vieilli ou ceux qui après avoir épuisé les ressources du maintien à domicile n'avaient d'autre recours que l'entrée en institution.

Nous avons très vite pris conscience que si nous étions là pour prendre en charge ceux qui devaient quitter définitivement leur domicile, nous avons aussi un rôle à jouer dans l'accompagnement du maintien à domicile, dans l'intérêt des aidants familiaux comme des personnes âgées. Cette politique d'adaptation de

l'offre aux nouvelles réalités de la société a pris une large place dans le projet institutionnel élaboré en 2004 puis dans sa version de 2010

C'est dans ce sens qu'en 2006, nous avons ouvert une place d'accueil temporaire qui depuis ne désemplit pas et qui répond à un vrai besoin sur le territoire. C'est aussi dans ce sens qu'en 2006 aussi, nous avons répondu à un appel à projet de la CNASA pour l'ouverture de structure de répit pour personnes souffrant de maladie d'ALZHEIMER ou apparentés. Notre proposition d'ouverture d'un accueil de jour de 8 places a été validée et l'ouverture du PHARE en octobre 2008 a clôturé 2 années de négociations avec les tarificateurs et de travaux d'aménagement.

Depuis son ouverture, ce dispositif maintient une activité tout à fait satisfaisante au regard de ce que connaissent les structures de même type et en tenant compte des fluctuations dues à la fragilité des participants qui peuvent interrompre brutalement leur participation pour raison de santé. L'accueil de jour est un mode d'accompagnement transitoire qui prépare l'entrée en institution tout en permettant de la retarder, dans la mesure où il préserve l'aidant et ralentit la perte d'autonomie. Ce caractère transitoire est l'une de ses raisons d'être, mais fait aussi sa fragilité ce qui nous oblige à une très grande adaptabilité.

Peu à peu, l'EHPAD est devenu le cœur d'un dispositif au service de la population âgée de son territoire et, en 2012, a complété son offre de service en répondant à un appel à projet pour l'ouverture de 20 places de SSIAD. Ce service dont l'activité a débuté le 2 juillet 2012 à un taux d'activité de 100% et depuis plusieurs mois une liste d'attente.

Ces services complémentaires nous permettent de connaître toutes les étapes de la perte d'autonomie et de mettre en place des accompagnements adaptés à chacune d'elles afin d'éviter les ruptures brutales dans le parcours de vie des âgés vulnérables. Ils préparent favorablement l'entrée dans l'établissement et sont le gage d'une meilleure adaptation.

Parallèlement à ces adaptations de l'offre de service à la population âgée de son bassin de vie, l'EHPAD a adapté son fonctionnement et la nature de ses prestations pour mieux accompagner des résidents de plus en plus âgés et de plus en plus souvent atteints de pathologie de type Alzheimer.

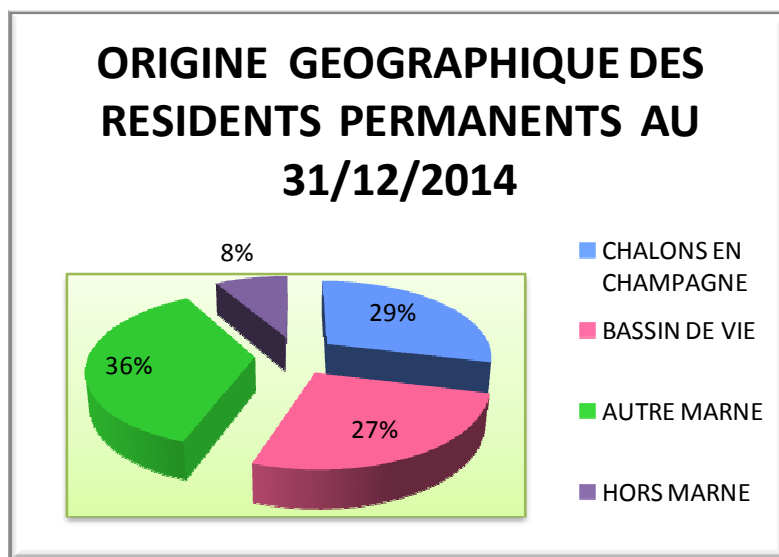
2. ... Aux résidents de 2014

Au moment où nous mettons un terme à la réflexion qui a conduit à l'écriture de cette troisième version du projet d'établissement, la photographie que nous pouvons faire de la population accueillies doit nous guider dans l'élaboration de nouvelles propositions.

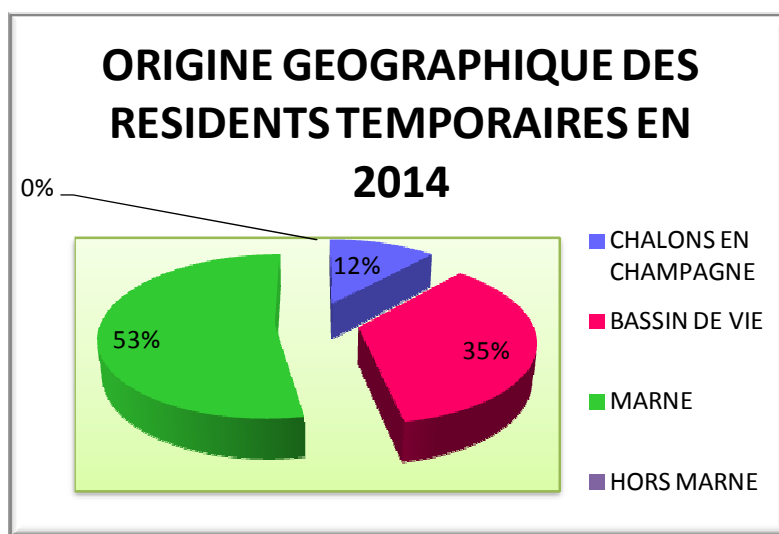
a) Une zone d'attractivité étendue

Si lors de sa construction, la Maison de Retraite Publique de Saint Germain la Ville avait vocation à accueillir les personnes âgées originaires des cantons qui lui avaient donné le jour, la réalité de 2014 est bien différente. Bien sûr, nous continuons d'accueillir la population de notre bassin de vie, et 27% de nos résidents y ont leurs racines. Mais aujourd'hui nous constatons que l'établissement attire au-delà de sa zone d'attractivité originelle et ce malgré l'absence d'accès aux transports en communs, faiblesse pointée par le rapport d'évaluation externe mais sur laquelle nous n'avons pas de possibilité d'agir, et malgré l'absence de

commerce et de service publics. Le graphique ci-après permet de dessiner cette zone d'attractivité qu'il s'agisse de l'accueil permanent :



ou de l'accueil temporaire :



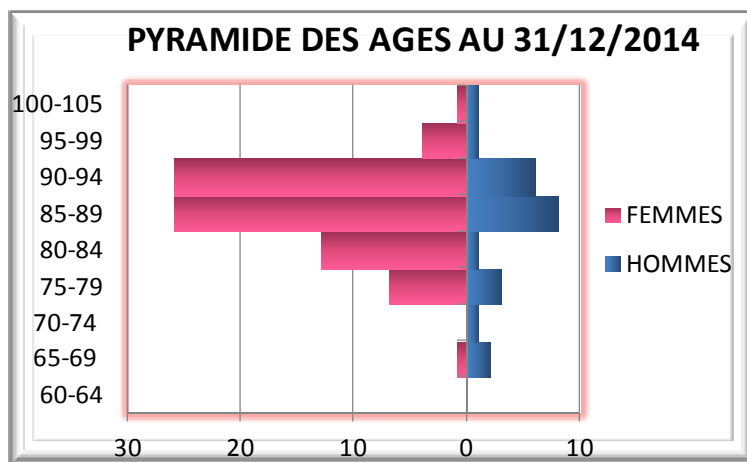
Le choix de la résidence du Parc n'est donc pas conditionné par sa situation géographique, où par les commodités d'accès mais par d'autres critères tels que le cout bien sûr, mais de plus en plus, la présence de dispositifs spécifiques pour la prise en charge des troubles.

b) Une population très féminine et de plus en plus âgée

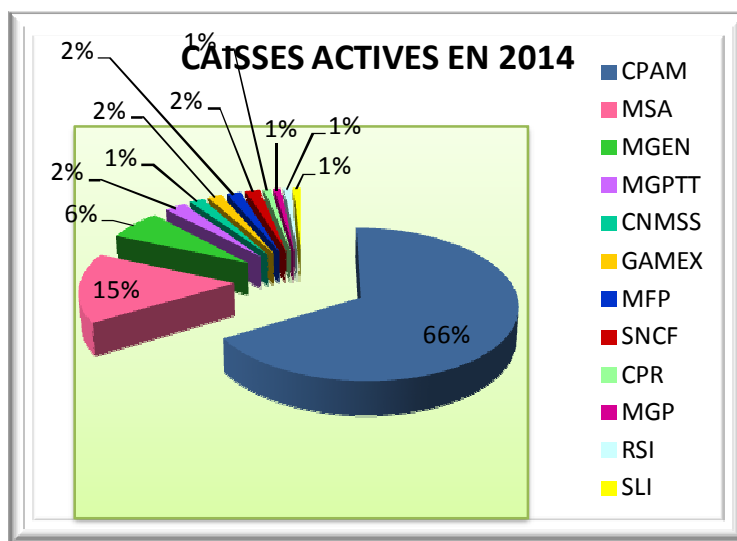
L'étude de la population accueillie à l'EHPAD montre, et cela n'est pas nouveau, une forte présence féminine et la différence entre la moyenne d'âge des femmes et celle des hommes est assez significative.

L'observation de la pyramide des âges montre que quelques résidents relativement jeunes ont été admis dans la structure. Il s'agit de personnes handicapées vieillissantes qui rejoignent l'institution au

moment du décès de leur dernier parent, essentiellement leur mère ou lors de l'apparition précoce d'une maladie neurodégénératives qui évolue très vite et rend impossible le maintien à domicile.

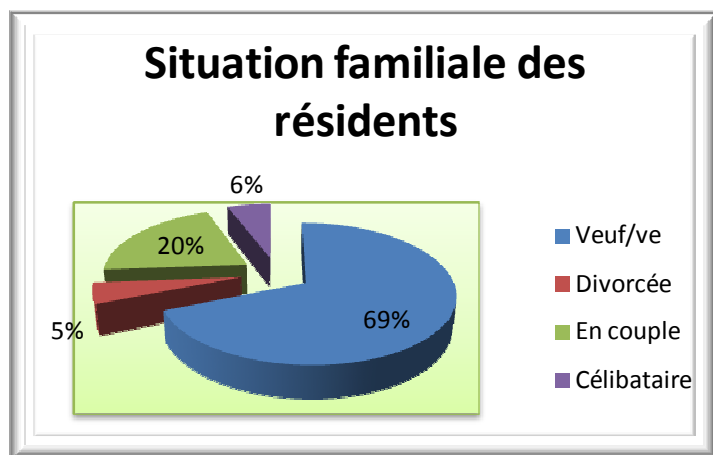


Si la répartition femme/ homme évolue peu, pour se situer dans un rapport stable de 80/20%, la population n'est plus essentiellement rurale comme en témoigne le graphique suivant qui permet à partir des caisses d'assurance vieillesse de dessiner une cartographie professionnelle des résidents.



Par ailleurs, la population féminine a beaucoup changé. Si pendant longtemps, les femmes admises dans l'établissement étaient l'auxiliaire de leur conjoint sur l'exploitation agricole, aujourd'hui, la plus grande majorité des femmes résidant dans la structure ont eu activité professionnelle indépendante de celle de leur conjoint et dispose d'une retraite personnelle.

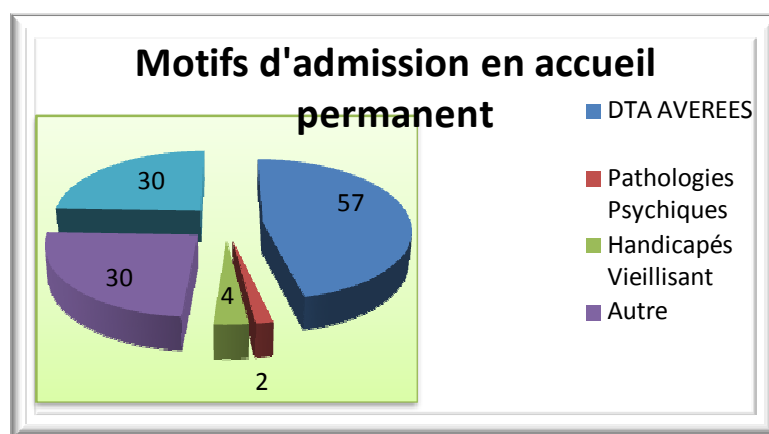
Si nous examinons plus avant la situation des personnes admises à titre permanent à la Résidence du Parc en 2014, nous notons que si la majorité des personnes sont isolées soit en raison d'un veuvage, d'un divorce ou parce qu'elles sont restées célibataires, 25 personnes étaient en couple au moment de leur entrée en structure et dont 8 ont d'entre eux ont résidé ensemble dans l'établissement au cours de cette année. Le graphique ci-dessous propose une lecture rapide de cette donnée.



Cet élément nouveau est lié au fait que l'entrée en structure est de plus en plus souvent occasionnée par des troubles du comportement que le conjoint âgé ne peut gérer quand bien même des aides sont mises en place au domicile. Cette situation complexifie l'accompagnement dans la mesure où souvent ce conjoint âgé est lui-même vulnérable et requiert une grande vigilance de notre part alors même qu'il ne sollicite pas clairement une aide.

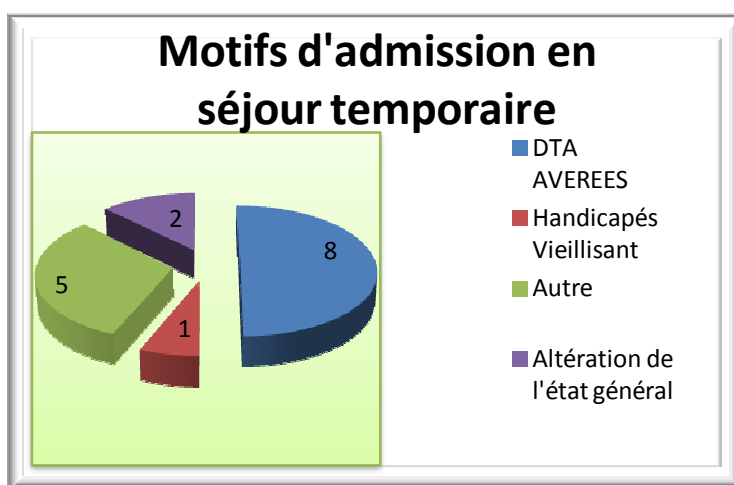
c) Des motifs d'admission variés

Si les dossiers de demandes d'admission évoquent la présence de troubles cognitifs chez plus de 80% des candidats à l'entrée en EHPAD, souvent accompagnés de troubles du comportement, les motifs principaux d'admission évoqués lors des entretiens sont très variés. Parmi les personnes présentes en 2014, le graphique ci-dessous nous permet d'appréhender cette réalité même si nous savons que le plus souvent la demande d'entrée en institution résulte d'une conjugaison d'éléments tels que l'épuisement de l'aidant, l'inadaptation du logement, l'éloignement de la famille qui ne font qu'augmenter l'impact des pathologies sur la qualité et la sécurité de la vie à domicile.



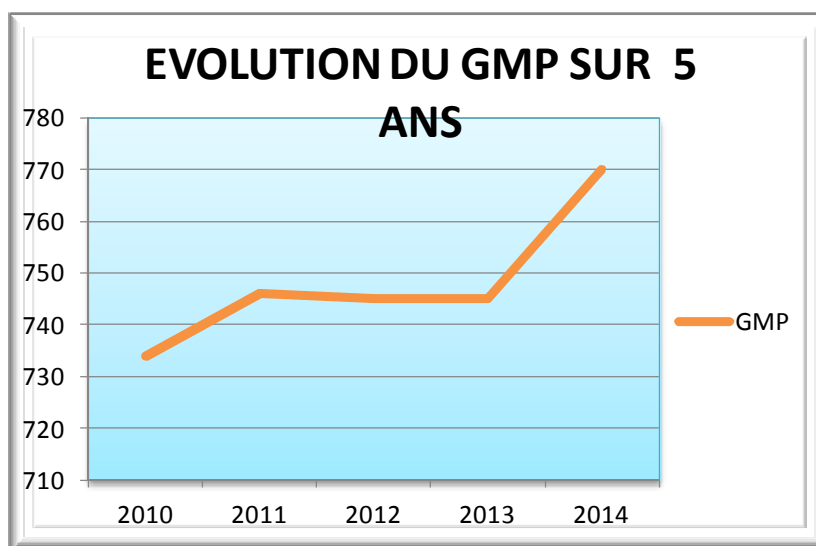
Nous constatons également que l'âge moyen à l'entrée ne cesse d'augmenter. De 83 ans en 2010, il est passé à 84,25 ans en 2014 ce qui corrobore le souhait de rester à domicile et met l'accent sur l'importance de tous les dispositifs créés pour permettre que cela soit une réalité.

En ce qui concerne les motifs de demande de séjour temporaire nous constatons que là aussi les maladies de type Alzheimer prévalent quand les troubles du comportement qui les accompagnent rendent indispensables un temps de répit pour l'aidant.



d) Une dépendance importante

Depuis la signature de la dernière convention tripartite la dépendance telle qu'elle est mesurée par AGGIR est restée relativement stable comme le montre le graphique ci-dessous même si nous notons deux ruptures significatives en 2011 et en 2014.



Cette situation est à mettre en relation avec le faible nombre de décès notamment en 2014. En effet si les résidents restent plus longtemps, la perte d'autonomie accompagne un vieillissement plus important. Et d'autre part, nous l'avons déjà indiqué, l'entrée en institution est la décision de dernier recours quand la perte d'autonomie est insupportable pour les aidants à domicile et dangereuse pour la personne de plus en plus âgée au moment de son admission. L'augmentation du GMP est donc une conséquence logique de l'ensemble de ces facteurs.

Par ailleurs, dans la mesure où notre liste d'attente compte en permanence une quarantaine de dossiers, où il faut faire des choix qui tiennent compte de la précarité des situations individuelles tout en veillant à maintenir supportable la charge de travail des équipes, nous veillons à assurer la stabilité du niveau de dépendance mesuré par le GMP. Le niveau élevé de celui-ci montre toutefois que nous ne nous dérobons pas devant notre mission qui est d'accompagner ceux qui n'ont d'autre solution que l'EHPAD.

Pourtant, et malgré ces précautions, sur le terrain, nous constatons un alourdissement des accompagnements qui ne correspond en rien à ce qui est évalué par AGGIR qui n'intègre pas l'impact des troubles du comportement sur la charge de travail des équipes qu'il s'agisse d'une charge physique ou d'une charge psychique.

e) Mais une durée moyenne de séjour qui s'allonge

Des résidents de plus en plus âgés au moment de leur entrée en EHPAD, une dépendance de plus en plus importante, les pronostics d'un turnover plus important avaient été posés depuis un certain temps qui dessinaient pour les établissements un avenir de séjours de plus en plus courts.

Si la dépendance ne cesse en effet de s'aggraver, notre établissement contredit les prévisions dans la mesure où la durée moyenne de séjour s'allonge. L'étude du profil de l'établissement réalisé par la caisse d'assurance maladie montre que le taux de décès en 2013 était de 22.8% alors que pour les EHPAD de la région la moyenne était de 36%.

Cette étude montre que le taux d'ALD 15 dans l'établissement était en 2013 de 38,8% pour un taux régional moyen de 30.2%.

3. Le chemin parcouru pendant les 5 dernières années

La convention tripartite signée en novembre 2010 a fixé un certain nombre d'objectifs à l'établissement, que nous allons rappeler dans les pages suivantes. Certains ont pu être atteints sans problèmes grâce à l'investissement des équipes et à l'engagement de tous dans une démarche exigeante de remise en cause permanente des pratiques professionnelles.

Les démarches d'amélioration continue de la qualité de nos accompagnements mises en place depuis plusieurs années ont été maintenues avec régularité malgré les difficultés d'organisation que cela peut parfois poser. Il faut en effet considéré que le personnel est fortement sollicité par ce travail qui génère du stress en raison des contraintes horaires, de la fatigue physique puisqu'il faut rester debout de longues heures, parcourir des distances importantes et porter à longueur de carrière des charges lourdes et fragiles, mais aussi de l'épuisement psychique en raison de la fréquentation permanente de la dégradation cognitive, des troubles du comportement sévères qui l'accompagnent et de la proximité de la mort. Il arrive donc un moment où, malgré le désir d'avancer, les ressources individuelles font défaut et le temps nécessaire à la réflexion éthique, à l'analyse des pratiques devient un temps en trop pris sur le repos où la vie familiale.

Tous les professionnels ressentent cette contradiction entre le besoin d'échange en équipe et la saturation qui pousse à fuir la structure dès que possible. Malgré tout, au cours des 5 années passées, la

majorité d'entre eux a réussi à passer outre cette lassitude pour continuer à avancer dans une démarche collective.

L'établissement compte 4 unités d'hébergement et des services annexes tels que l'accueil de jour, le PASA ou le Noctambule. Pour tous ces services, le rythme d'une réunion mensuelle en dehors des périodes de vacances scolaires a été maintenu et a permis de travailler sur les projets d'accompagnement personnalisé et sur l'adaptation des accompagnements aux rythmes individuels et aux besoins spécifiques de chacun.

Un groupe de travail sur la fin de vie a proposé, pendant ces 5 années, des séances de réflexion qui ont permis de conjuguer le soutien d'un groupe de parole et un travail sur les pratiques d'accompagnement aussi bien à destination des résidents en fin de vie que des familles. Aujourd'hui le dispositif que ce groupe de travail a mis en place permet des fins de vie apaisées pour lesquelles les proches sont très présents. Grâce au partenariat avec les soins palliatifs et l'HAD, 86% des décès ont lieu dans l'établissement.

Créé en 2007, le CLO VI MALT, Comité Local de Vigilance Contre la Maltraitance, labellisé en 2011 par l'ARS, a permis de conduire une réflexion éthique à partir de situation concrète de notre quotidien. Ce groupe de réflexion s'attache à favoriser l'expression des résidents et de leurs proches en offrant le recours à un médiateur et à étendre le domaine de nos interrogations à des sujets plus généraux en organisant chaque année un cycle d'échange sur un thème en lien avec notre vécu institutionnel tel que « le Secret » en 2011, « L'altérité en 2012 », « Vieux et libres en 2013 » « l'expérience de la honte » en 2014, et qui se terminent par une conférence organisée en partenariat avec l'Office des seniors de Châlons en Champagne.

Enfin, dans le but d'inscrire l'HUMANITUDE, de manière définitive dans notre démarche institutionnelle, nous avons installé en 2012, un comité de pilotage, Groupe ressource Humanitude qui se réunit une fois par mois pour définir des objectifs opérationnels permettant le déploiement de cette philosophie de l'accompagnement dans tous les champs couverts par notre activité.

L'ensemble de ces dispositifs nous a permis d'atteindre les objectifs fixés par la convention tripartite de deuxième génération en pérennisant les dispositifs mis en place depuis 2004 et en les renforçant et en développant de nouvelles initiatives pour sécuriser nos accompagnements, ceci dès lors que nous nous étions maîtres de nos décisions et dispositions des moyens humains et financiers adaptés. Il nous a permis de proposer à chacun de vivre selon son rythme, de continuer à faire des projets pour des lendemains porteurs de sens afin que la vie garde sa saveur jusqu'au bout, malgré les pertes que le temps inflige à tous.

En préambule au projet institutionnel 2010-2015, nous insistions sur la nécessité de ne pas se satisfaire, à ce stade de notre réflexion, de la médiocrité à laquelle nous réduisent trop souvent les contraintes budgétaires et la peur du risque. Nous avons retenu comme devise cette formule empruntée à Oscar Wilde « La sagesse, c'est d'avoir des rêves suffisamment grands pour ne pas les perdre de vue lorsqu'on les poursuit » et nous n'avons ni cédé à la facilité, ni renoncé à faire de notre établissement, un lieu de vie original, qui respecte les personnes autant que les règles. S'il reste du chemin à parcourir, et c'est une chance qu'il en reste pour nous porter vers l'avenir, nous ne pouvons qu'être fiers de ce que nous proposons à ceux qui nous sont confiés et qui va être rapidement présenté dans les pages qui suivent.

4. Renforcement des actions initiées avant 2011

La mise en œuvre du projet 2010-2015, comme cela a déjà été indiqué, s'est appuyé sur tous ce qui avait été initié au cours des cinq années précédentes. La mise en actes du premier projet d'établissement, son évaluation et les résultats de l'évaluation externe nous ont permis d'avoir des fondations solides pour construire un projet de vie dans l'EHPAD conforme aux valeurs qui nous guident, à notre engagement d'être des soignants « suffisamment bons » en référence à Donald WINNICOTT, l'un de nos maîtres à penser l'accompagnement. Pour cela, nous avons choisi la voie de l'HUMANITUDE, et accepté les remises en questions continues qu'elle fait naître dès que nous examinons nos pratiques pour les faire évoluer.

a) Information et communication (CTP article 7)

L'information des résidents et de leurs proches est un élément essentiel à l'instauration d'une relation de confiance entre tous les acteurs de la structure. Elle doit être empreinte de sincérité et de transparence dans la limite du droit à l'intimité due à chacun quel que soit son degré de dépendance.

Nous avons choisi depuis longtemps de transmettre, dès la demande initiale d'un dossier d'admission, les documents susceptibles d'éclairer le choix qui sera fait. Ainsi, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement régulièrement mis à jour, pour tenir compte des évolutions de notre projet et de la réglementation sont-ils transmis avec le livret d'accueil que nous avons voulu particulièrement documenté et actualisé à mesure que notre organisation évolue. Le choix de notre établissement doit pouvoir être fait en connaissance de cause afin de ne pas générer de conflits inutiles.

Ces documents, tout comme le projet d'établissement, sont accessibles en permanence sur le site Internet de l'établissement qui permet aussi aux familles de suivre la vie dans la structure grâce à une mise à jour hebdomadaire. Les menus, les plannings d'activités sont mis en ligne régulièrement ainsi que des articles retraçant les événements qui ont marqué la vie de l'EHPAD.

Le Conseil de la vie sociale se réunit régulièrement et une information est faite aux familles afin qu'elles connaissent leurs représentants et puissent, avant toute réunion les saisir des questions qu'elles souhaitent voir abordées. Les comptes rendus sont accessibles sur le site Internet et affichés dans l'établissement.

Chaque résident dispose dès son arrivée d'un carnet de liaison qui permet de faire circuler les informations entre l'équipe et la famille pour tout ce qui a trait à la vie quotidienne, (rendez-vous chez le coiffeur, réassortiment du trousseau etc...). Par ailleurs, des rencontres individuelles ou collectives sont organisées régulièrement avec les familles afin de faciliter la circulation des informations, des idées et des demandes. Enfin, les familles sont invitées, depuis 2011, à participer au cycle de réflexion du CLO VI MALT évoqué plus haut et depuis 2012, elles sont représentées dans le Groupe Ressources HUMANITUDE.

b) Le projet de vie (CTP article 8/1), une question de temps.

« On remarque qu'une société est en danger quand ses vieux accélèrent le rythme au lieu de le ralentir. On se demande où ils vont tous si vite ? »¹

L'entrée en institution est toujours, quoi qu'on fasse pour la banaliser, une rupture violente dans le parcours de vie de ceux auxquels le grand âge et la dépendance ne laissent pas le choix. Nous déplorons souvent la brutalité de l'évènement, son absence de préparation mais il ne faut pas se voiler la face, il est souvent impossible de faire autrement.

Aujourd'hui, la politique du maintien à domicile triomphe dans la mesure où l'on estime qu'elle est moins coûteuse pour la collectivité. Dans ces conditions, l'illusion est entretenue que cela pourra durer jusqu'au bout de la vie. Quand, au détour d'une pathologie aiguë, à l'occasion d'une hospitalisation, ou par « Ko » de l'aidant naturel grâce auquel ce maintien à domicile restait possible, le verdict tombe : « maintien à domicile impossible », il n'est plus temps de mettre en place la procédure d'admission idéale qui associe la personne aux choix qui vont déterminer son avenir. Dans son lit de SSR, la personne âgée, réduite à son GIR n'a plus qu'à se faire une raison. Prétendre le contraire c'est entretenir un mensonge commode, se donner bonne conscience en reportant la culpabilité sur les établissements qui ne respectent pas des règles de bonnes pratiques écrites pour un monde idéal mais irréel.

Nous avons conscience que nous devons tout mettre en œuvre pour concilier l'inconciliable et ne pas exclure la personne âgée des choix qui impactent sa vie. C'est donc un projet de vie exigeant, respectueux des singularités, dont nous avons poursuivi la construction au cours des cinq dernières années.

(1) L'admission

Dans la mesure où elles sont fréquemment réalisées dans des délais très courts, d'une part pour répondre à l'urgence des situations, d'autre part pour ne pas compromettre l'équilibre financier de l'établissement, les admissions font l'objet d'une grande attention. Tout doit être fait pour que ce moment qui est souvent, par la force des choses, le premier contact avec la structure, s'inscrive dans la poursuite d'une histoire de vie.

Pour cela, et conformément aux objectifs inscrits dans la convention tripartite signée en novembre 2010, nous avons renforcé notre procédure. Si depuis longtemps, nous avons consacré beaucoup de temps aux échanges préalables à l'entrée dans la structure, en organisant autant de rencontres préparatoires que nécessaires, nous devons admettre que ces rencontres ont rarement lieu avec la personne âgée elle-même, souvent incapable de se déplacer ou de comprendre ce qui est en train de se mettre en place. Il nous fallait donc trouver une organisation satisfaisante pour tous et qui permette d'obtenir l'acquiescement de la personne dépendante au projet que d'autres avaient formé pour elle, faute d'alternatives acceptables.

Nous avons donc élaboré un document qui est transmis au futur résident et à ces proches dès que l'admission est programmée. Si nous connaissons déjà le profil administratif et médical du futur admis, nous ne savons que peu de chose de l'Homme, de ces aspirations, de ses goûts. Le livret « Bien vous connaître pour mieux vous accompagner » élaboré par le Groupe Ressources HUMANITUDE doit donc être complété

¹ LAFERRIERE, Dany (2011) – *L'art presque perdu de ne rien faire* – Paris, Ed. Grasset

par le résident avec l'aide de ses proches et dans les limites de ce que chacun accepte de partager, et remis à l'équipe le jour de l'entrée. Il est confié au référent institutionnel qui pourra l'enrichir avec le résident.

Ce document comporte une partie réservée à l'équipe qui, au cours de la période d'essai, va le documenter avec ses observations. Il permet, à l'issue de la période d'essai et avant la signature du contrat de séjour, d'évaluer l'adaptation du résident à sa nouvelle vie, les hypothèses d'accompagnement formulées pendant cette période, les possibilités de personnalisation supplémentaire de notre prise en charge. Il sert de base à la discussion avec le résident et ses proches lors de la rencontre organisée à l'échéance de la période d'essai pour valider ou non l'admission. En cas de difficultés d'intégration et afin de ne mettre en danger ni le nouveau résident, ni les autres acteurs de la structure, une prolongation de la période d'essai sera proposée, accompagnée d'engagement de part et d'autre visant à améliorer l'adaptation de la personne à sa nouvelle vie et les alternatives seront évoquées au cas où l'intégration définitive se révélerait impossible. Dans tous les cas, et à chaque étape, la famille sera aidée dans sa prise de décision et dans ses démarches mais en faisant valoir l'intérêt de la personne âgée dépendante souvent occulté.

Nos résidents sont des adultes et parce que particulièrement vulnérables, ils doivent être protégés des excès de pouvoirs, même dictés par l'amour, auxquels il est tentant de se laisser aller « pour leur bien ». Si nous réfléchissons un instant à ce que nous pourrions accepter pour nous même, nous prenons vite conscience que l'accompagnement des personnes âgées est souvent trop intrusif. Qu'en est-il, une fois la dépendance venue, du droit au secret, à l'intimité, à la vie privée ?

Afin de faciliter l'intégration du résident dans son nouvel environnement, les proches sont invités à aménager la chambre avant l'entrée avec des objets personnels qui vont faciliter l'appropriation de l'espace. Le jour de l'entrée dans l'établissement, nous proposons une arrivée en fin de matinée et nous invitons le résident et ses proches à partager le premier repas avant d'entreprendre les formalités administratives d'admission. Le but de cette démarche est de signifier aux familles qu'elles ont leur place à côté de leur parent et qu'en aucun cas l'installation à l'EHPAD ne doit briser les liens affectifs. Leur histoire commune doit se poursuivre quand bien même les conditions sont différentes et ce à n'importe quel moment. C'est pour cela que dès l'entrée, les familles sont intégrées dans le rythme de la structure et qu'il leur est rappelé qu'il n'existe pas de limitation à leurs visites.

(2) La vie quotidienne

En 2010, nous nous étions engagés à mettre en place un accompagnement respectueux des rythmes individuels, de la singularité des besoins, mais surtout des désirs. Qu'est-ce qui nous fait resté vivant quand le corps s'abîme, quand la mémoire n'est plus qu'une tapisserie mitée et quand l'horizon n'est plus qu'à quelques pas et pourtant inaccessible ? Qu'est-ce qui donne du goût à ce qu'il reste de vie à la fin de la vie ?

Ce ne sont ni les normes, ni les lois, mais ce que nous en faisons au quotidien, la façon dont nous les mettons au service de notre projet institutionnel avec ce qu'il faut de souplesse et d'inventivité pour que la vie ait encore le goût de la vie.

Lorsqu'il arrive en EHPAD, l'Homme vieux est comme un de ces parchemins anciens sur lequel les habitudes, les rencontres, les obligations ont écrit une histoire avec laquelle nous devons composer si nous voulons établir un lien qui s'inscrive dans la continuité de cette histoire. Il nous appartient, non pas d'écrire

une nouvelle histoire sur une page qui serait blanche, mais simplement d'ajouter un chapitre, le plus souvent le dernier à une histoire commencée sans nous.

Cette histoire, nous en prenons connaissance, dès le premier jour de la relation que nous avons à construire avec tout nouveau résident grâce au document « Bien vous connaître pour mieux vous accompagner » décrit plus haut, qui permet, dès les premiers instants un accompagnement unique, qui ne ressemble qu'à celui ou celle pour qui il est proposé. Il permet de connaître ses préférences dans tous les domaines de la vie quotidienne.

En 2012, après avoir conduit une réflexion sur les troubles de l'endormissement et les troubles du comportement de nuit, nous avons pu proposer la création du NOCTAMBULE, démontrer qu'il était inutile de vouloir imposer un rythme de sommeil conforme aux rythmes institutionnels habituels qui sont essentiellement ceux du personnel, sauf à induire des troubles du comportement chez ceux qui en raison de leur habitude de vie, ou de l'angoisse qui survient avec le silence et l'obscurité, ne trouvent pas le sommeil à 20h30.

La création en octobre 2011 et à titre expérimental du NOCTAMBULE, nous a permis de prendre en compte les rythmes d'endormissement individuels et ainsi de réduire la prescription de psychotropes dont le but était de maintenir les résidents au lit, parce que c'était l'heure de départ du personnel de jour, parce qu'il ne restait plus que 2 soignants pour veiller sur la sécurité de tous et parce que c'était l'habitude en maison de retraite. Après près de 4 ans de fonctionnement, nous ne pouvons que mesurer le bien-fondé de ce dispositif qui a fait l'objet d'une évaluation complète en septembre 2014 et bénéficie toujours d'un financement exceptionnel.

La réflexion qui accompagné la mise en place du NOCTAMBULE, les évaluations régulières des effets du dispositif, notre engagement dans une démarche fondée sur la philosophie de l'HUMANITUDE, nous ont conduits à aller plus loin dans l'adaptation des rythmes de vie. L'activité des services a été adaptée pour permettre que les heures de réveil naturel soient aussi bien prises en compte que les heures de couchers, puis en cascade, les horaires des soins de nursing, des repas ont été adaptés aux singularités mise en évidence par les observations réalisées dans chaque service. En lien avec les médecins traitants, les traitements ont été réajustés afin de s'intégrer à ces rythmes. Cette adaptation du quotidien prend en compte non seulement les habitudes de vie de chacun, mais aussi les modifications exceptionnelles. Tout comme, dans cette vie que nous pourrions appeler la vraie vie, rien ne nous empêche, quand nous sommes délivrés des contraintes professionnelles ou familiales, de paresser jusqu'à midi, de faire une nuit blanche pour fêter un évènement, rien dans la vie à l'EHPAD n'interdit cette liberté. Là encore l'accompagnement s'adaptera à cette variation

A la Résidence du Parc, chacun peut donc vivre à son rythme même si nous constatons, pour la majorité de la population que les écarts sont très réduits. Tous ceux qui fréquentent des personnes âgées constatent, s'ils sont attentifs, que le temps n'a plus la même « consistance ». Alors même qu'il le sait compté et irréversiblement fuyant, l'Homme vieux, prend son temps, freine tant qu'il peut quand il exige des autres qu'ils répondent instantanément à ses demandes parce qu' s'il prend le temps pour être ce qu'il peut encore être un peu, faire ce qu'il peut encore faire un peu, il ne peut attendre ce dont il a besoin et dont cette fuite de temps pourrait le priver si l'attente était trop longue. Le temps de l'attente est toujours trop long quand le temps est compté, mais aller plus lentement laisse croire au temps qu'il n'a pas

d'importance. Alors pourquoi avoir la cruauté de demandé au vieux d'aller contre leur intérêt en pressant le pas ?

Cette nouvelle perception du temps, et l'obligation que nous fait notre réflexion de caler nos pas sur ceux des Hommes que nous accompagnons, et non de les obliger à courir pour nous suivre est un défi de tous les jours. Les moyens sont contraints, il faut concilier la qualité de vie du personnel avec les besoins d'accompagnement de plus en plus grand. Nous avons construit notre projet sur l'idée qu'il fallait s'adapter au rythme lent de la vieillesse. Mais alors quand un repas dure 1h15, quand il faut 15 minutes pour faire les 50 mètres qui conduisent debout à une chambre, c'est le prix de l'autonomie préservée, il faut adapter les plannings, jongler avec les horaires et demander beaucoup aux professionnels qui sont partie prenante de ces évolutions mais qui attendent encore la reconnaissance de leur mérite autrement que dans les discours. Car, disons-le, sans leur adhésion au projet, sans leur engagement de tous les jours, rien de cela ne serait.

2. Des projets très personnalisés

La mise en œuvre d'un accompagnement singulier, adapté aux attentes spécifiques de chacun de nos 100 résidents, s'inscrit dans la mise en place des projets d'accompagnement personnalisés. Aujourd'hui, alors que nous accueillons des personnes de plus en plus âgées, de plus en plus vulnérables et pour lesquelles la préservation de la relation doit se passer des mots, il est difficile de demander aux professionnels d'imaginer des projets de vie.

A la résidence du Parc, nous distinguons, dans le projet d'accompagnement, ce qui se rattache aux soins et qui, même s'ils sont adaptés aux besoins de chacun, et dès lors qu'ils sont acceptés, sont proposés à tous, comme l'aide à l'hygiène, l'accompagnement pour les repas ou les déplacements, mais sont vécus comme un passage obligé pas toujours agréable et les accompagnements relationnels ou sociaux qui n'ont de sens que s'ils nourrissent la pulsion de vie.

Depuis plusieurs années, nous avons mis à disposition des équipes un document support qui facilite la construction d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident. Il appartient aux référents institutionnels de chaque résident et qui travaillent en binôme pour éviter les ruptures en cas d'absence, de construire ce projet à partir des éléments recueillis dans le document « Bien vous connaître pour mieux vous accompagner, puis de l'enrichir à partir des observations réalisées après l'arrivée dans l'établissement, des échanges avec le résidents et ses proches.

Les professionnels sont guidés par des questions auxquelles ils doivent répondre pour élaborer le projet avec le résident en essayant de l'impliquer au maximum dans cette construction. Pour faciliter la prise de conscience qu'il s'agit du projet du résident, élaborer avec lui, pour lui, et non pas bricolé par un professionnel pour répondre à une obligation règlementaire, le groupe ressources HUMANITUDE a mis au point un guide qui oblige le professionnel à se décentrer pour donner la parole à celui qui sera au cœur du projet.

Si nous voulons vraiment que nos projets méritent d'être appelés « Projets d'accompagnement Personnalisé », la diversité des parcours et des situations nous obligent à la créativité. En effet, au-delà des actions décrites plus haut relatives au rythme de vie, au respect du droit au choix et au risque pour chacun, nous avons le devoir de proposer des réponses aux questions que nos résidents ne savent parfois plus nous poser mais qui imprègnent le quotidien et qui pourraient se résumer par « qu'est-ce que je vais devenir ? »

Si aucun d'entre nous ne peut afficher de certitude sur le long terme, nous pouvons proposer une réponse pour l'heure à venir, voir même pour les quelques minutes qui viennent.

Ce projet personnalisé, n'est pas simplement la description des soins qui seront mis en place pour assurer le bien-être physique de la personne et sa sécurité, c'est bien plus ce temps qui lui sera accordé, quel que soit son état, pour donner de la saveur à sa vie, pour que le désir de vivre ne s'éteigne pas trop vite mais que le moment venu, il soit acceptable pour tous de lâcher prise.

L'objectif que nous nous sommes fixé, en équipe, et que nous atteignons souvent, c'est de savoir proposer à chacun, selon ses possibilités, des moments de « fêtes » à sa mesure et qui peuvent être une sortie au restaurant, un retour dans son village, un soin relaxant en couple et bien d'autres propositions aussi différentes que le sont nos résidents.

Ces projets sont présentés à l'équipe lors des réunions de service, validé par un référent éthique, la directrice ou la psychologue, qui veillent à ce que rien dans ce projet ne porte atteinte à la dignité de la personne pour laquelle il a été élaboré, puis il est proposé à la signature du résident et/ou de son référent familial.

A mesure que le temps passe, les informations attestant de la réalité de la mise en œuvre de ce projet alimente le dossier individuel du résident. Les référents professionnels sont invités à illustrer leurs démarches par des photographies et à mettre ce dossier à la disposition des familles de manière régulière afin de maintenir le lien et de valoriser l'idée d'un partenariat. Ils doivent également réévaluer la pertinence du projet et le modifier si besoin pour qu'il reste réaliste.

3. Des équipements au service du projet

En 2010, nous avons défini nos objectifs en matière de modernisation des équipements afin d'en améliorer l'efficacité.

Ainsi nous souhaitons optimiser le service d'entretien du linge et en particulier assurer le respect des procédures en matière de prévention des risques bactériologiques. C'est dans cet esprit qu'après la défection de notre prestataire nous nous sommes rapprochés du GIP de Blanchisserie rattaché au Centre Hospitalier d'Eprenay.

Cet établissement assure l'entretien du grand plat et de tout le linge nécessitant un traitement particulier. Parallèlement, nous avons fait procéder à une étude de faisabilité afin d'externaliser l'entretien du linge des résidents dans la mesure où le matériel de la lingerie était devenu obsolète et que son remplacement devenait urgent.

L'étude des coûts du seul système qui garantissait une qualité de service semblable à celle offerte en interne nous a montré que l'impact sur prix de journée aurait été trop important. Dans ces conditions, après avoir entendu les difficultés et insatisfactions manifestées par les collègues qui ont externalisé l'entretien du linge des résidents et parce que la rapidité de restitution du linge est considérée comme essentielle, nous avons conservé notre service.

Aujourd'hui, les 2 machines aseptiques sont récentes et permettent d'offrir un service satisfaisant à nos résidents même s'il reste perfectible. La difficulté qui subsiste est liée à l'absence de locaux de stockage dans les unités de vie et ne trouvera de solution que dans la restructuration de l'établissement.

La modernisation des installations a été poursuivie et tout ce qu'il était possible de réhabiliter dans une structure en activité l'a été. L'installation d'un second ascenseur et le remplacement de celui installé au moment de la construction se termine mi 2015.

La perspective d'une restructuration de grande ampleur nous a conduits à différer certains travaux afin de ne pas utiliser des crédits trop rares pour être gaspillés. Par ailleurs, les travaux essentiels à la poursuite de l'activité ont été réalisés bien que sur un site occupé par une population particulièrement vulnérable le défi ait été de taille pour assurer la sécurité de tous. Les travaux auxquels nous avons renoncé n'étaient tout simplement pas réalisables en maintenant l'activité de l'établissement à son niveau actuel.

Il nous a fallu tenir compte du fait que nous devons faire face à une pression importante des familles qui sollicitent une admission et ne trouvent pas de réponse satisfaisante. Depuis plusieurs années notre liste d'attente compte jusqu'à 50 dossiers qui présente tous un caractère d'urgence. Dans ces conditions, il était impensable de fermer une partie de l'établissement pour y effectuer des travaux qui de toute façon ne l'aurait pas rendu plus adapté à la population qu'il reçoit.

Nous avons donc préféré différer certains travaux pour les inclure dans le projet architectural qui sera traité dans un article suivant.

4. Le projet de soins (CTP – article 8/2)

En 2010, notre projet de soins avait pour objectif de proposer d'inscrire les soins dans le projet général de l'établissement en se mettant au service de vie et non en imposant son rythme à la vie de manière à ne pas mettre en péril le goût de la vie.

Si la sécurité des soins et la préservation de la santé doivent être un souci constant, il nous faut garder à l'esprit que ceux que nous accompagnons ont fait l'essentiel de leur vie, que nos soins, le meilleur soit-il ne changera rien à l'issue de celle-ci, mais que la qualité des derniers temps dépend de notre capacité à proposer le juste soin dans le respect du droit à l'information et au choix de chacun.

Pour atteindre ces objectifs, la place du médecin coordonnateur et son implication dans le projet sont essentiels. De 2011 à 2013, nous avons, grâce à l'adhésion au projet général de l'établissement, du médecin coordonnateur recruté en janvier 2011, considérablement fait progresser notre démarche de soins.

Les protocoles ont été adaptés afin d'être plus précis, mieux compris des professionnels qui les mettent en œuvre et donc plus efficaces. Avec ce même souci de nouveaux protocoles ont été élaborés et mis en place. Les équipes ont été invitées à plusieurs reprises à participer à des journées de travail organisées par le RESCLIN.

Depuis 2007, les équipes utilisent un logiciel de soins PSI, qui permet de garantir la traçabilité des soins effectuées, des prescriptions, ainsi que de tout élément concernant l'état de santé physique et psychique de chaque résident. Les médecins traitants alimentent tous les dossiers informatisés individuels de leurs patients même si la sollicitation par les infirmières doit rester importante. Aujourd'hui,

l'établissement a fait évoluer son logiciel de soin. Easy-soins peut maintenant être accessible à distance par ces médecins s'ils en font la demande et cela devrait encore améliorer la qualité des dossiers de soins.

Les coordinations avec les médecins traitants, même si elles restent très contingentes de la personnalité de chacun mais aussi de la démographie médicale sur notre territoire a pu connaître un début de réalité bien que la totalité des intervenants aient refusé de signer le contrat prévu par le Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les réunions de coordinations médicales ont été organisées 2 fois par an sans toutefois qu'il soit possible de réunir l'ensemble des intervenants qui considère au mieux qu'il n'y a pas d'intérêt pour eux d'aménager un emploi du temps déjà chargé pour participer à une réunion au pire que ce type de pratique porte atteinte à leur indépendance et à leur liberté de prescrire.

Il convient ici de remarquer que le départ en retraite de nombreux médecins libéraux, l'absence de remplaçants et le refus des médecins de Châlons de faire le déplacement jusqu'à Saint Germain la ville posent de manière aiguë la question de l'accès aux soins, mais aussi du droit au libre choix. 5 médecins ont cessé leur activité pour des raisons diverses, un seul a été remplacé et ceux qui exercent encore refusent tout nouveau patient, souvent en raison d'une charge de travail trop lourde. Nous avons dû faire face à cette pénurie en recrutant un médecin salarié qui assure le suivi médical de près de 60% des résidents et en faisant régulièrement appel à SOS médecin pour pallier au manque de réponse en dehors des heures ouvrables. Cette situation de pénurie explique sans doute le grand nombre d'hospitalisation de très courte durée relevée dans le profil de l'établissement réalisé par l'assurance maladie².

Si dès 2005, nous avons signé des conventions de partenariats avec le Centre hospitalier de Châlons en Champagne, il nous faut reconnaître la difficulté d'élaboration d'une véritable filière de soins, en raison à part égale de la réticence des équipes hospitalières et de celle des médecins traitants, chacun ayant le sentiment de perdre son indépendance dès que l'on évoque l'organisation de la collaboration professionnelle. Néanmoins, et malgré ces difficultés, des progrès importants ont été réalisés dans la prise en charge de la douleur, en particulier grâce à la collaboration avec l'HAD et l'Equipe mobile de soins palliatifs. Le recours à l'Unité de soins palliatifs de CHU de Reims a également été ajouté à nos procédures et bien sûr le partenariat avec la psychiatrie de secteur a été maintenu à défaut d'être développée faute de moyens.

Notre démarche étant globalement fondé sur la prévention de la dépendance, le projet de soins s'en est fait un des outils en organisant de manière régulière l'intervention de Kinésithérapeute, en travaillant de manière étroite avec l'équipe de psychiatrie de secteur et en mettant en place des dispositifs d'accompagnement destinés à retarder les pertes d'autonomie liées aux maladies de type Alzheimer.

Au cours des dernières années, nous avons élaboré un plan de lutte contre la dénutrition qui passe par une évaluation des risques et un dépistage dès l'entrée, puis la mise en place d'un programme personnalisé de suivi nutritionnel et de complémentation si nécessaire. Par ailleurs, un outil de suivi pour l'ensemble de l'établissement permet d'avoir une vision globale des résultats obtenus.

² Annexe 1 – Profil de l'établissement par la CPAM de la Marne – Réf. 2013

En ce qui concerne le traitement des escarres, le personnel infirmier a été formé et travail en très étroite collaboration avec le service de dermatologie du Centre Hospitalier de Chalons. Afin d'éviter des déplacements fatigants et douloureux, pour des personnes particulièrement vulnérables, le suivi est si besoin assuré grâce à la transmissions de données par email. Par ailleurs, la prise en charge des escarres est toujours associée à une prise en charge nutritionnelle. Il convient toutefois de noter que le très grand âge, la multiplication des situations de fin de vie longue, laissent parfois les équipes en échec et relèvent plus du soin palliatif que curatif.

L'établissement s'étant inscrit dans la mise en œuvre de la Méthode HUMANITUDE, il limite très rigoureusement le recours aux contentions que ce soit par des dispositifs médicaux ou par des contentions passives. Les équipes sont sensibilisées à ces dispositions et à ce jour, les seules contentions mises en place, le sont à la demande des résidents eux même et se limitent à quelques barrières la nuit. Même dans ce cas, le dispositif fait l'objet d'une prescription médical et d'une réévaluation hebdomadaire consignée sur un carnet propre à chaque résident. L'information est par ailleurs transcrite dans le dossier informatisé de celui-ci.

Le Noctambule et le PASA jouent un rôle très important dans ce processus et les évaluations réalisées régulièrement sous le contrôle du médecin coordonnateur et de la psychologue en ont déjà montré la pertinence.

La diminution du nombre de décès, l'augmentation de la durée moyenne de séjour, reposent sur la qualité de nos accompagnements et sur les adaptations que nous avons su construire au fil des années. Cela nous conforte dans les choix effectués ces dernières années. Il reste néanmoins de nombreux progrès à faire dans ce domaine dans la mesure où une part importante des actions à mettre en œuvre doit être portée par le médecin coordonnateur et que celui-ci nous a fait défaut en décembre 2013.

Cette défection a, de manière importante, retardé la mise en place de certaines actions que nous avons commencé à élaborer et que la directrice ne pouvait portée seule.

5. Le projet architectural (CTP-article 8/3)

L'élaboration d'un projet architectural qui permette l'adaptation de l'établissement aux problématiques posées par une population de plus en plus fragile, atteinte le plus souvent de troubles cognitifs sévères était l'un de nos objectifs majeurs pour les dernières années de la convention de 2^{ème} génération.

Dans la mesure où il nous semblait essentiel que notre projet institutionnel et les valeurs qu'il porte soient solidement enracinés dans nos esprits, dans nos pratiques afin d'imaginer le lieu où il pourrait pleinement être mis en œuvre, nous avons pris le temps de l'analyse et de la réflexion avant de coucher sur le papier ce que nous nous proposons de construire. Nous y avons consacré beaucoup d'énergie en réunissant régulièrement les professionnels, les résidents et leurs familles pour entendre leurs jugements sur l'existant et les attentes qu'ils formulaient quant à ce qui serait construit pour l'avenir.

Il nous a également fallu tenir compte de la situation particulière de l'établissement en zone potentiellement inondable et des contraintes du dernier PPRI. Après avoir obtenu confirmation écrite par la DDT des possibilités de restructuration qui nous était offertes, nous avons pu rédiger un projet

architectural³ annexé au présent document et qui soit au service de notre projet institutionnel et le soumettre à l'agence ICADE qui finalise actuellement l'étude de faisabilité.

6. Les ressources humaines (CTP-article8/4)

La signature de la convention tripartite de deuxième génération et l'adoption du tarif global a permis de faire évoluer l'effectif du personnel afin d'améliorer l'accompagnement de résidents de plus en plus détériorés au moment de l'admission et qui nous l'avons vu reste de plus en plus longtemps.

La réussite de nos projets est bien sûr conditionnée par la construction de notre programme annuel de formation qui doit permettre à chacun de maîtriser son sujet, mais aussi d'être force de proposition pour améliorer en permanence la qualité des soins quel que soit le domaine auquel ils s'appliquent.

Le personnel qui doit accompagner cette population particulièrement vulnérable doit en permanence être soutenue dans ces pratiques professionnelles et la formation est l'un des leviers essentiels pour prévenir l'épuisement professionnel et la maltraitance qu'il pourrait induire.

Le plan de formation établi annuellement s'inscrit dans un cadre pluriannuel dont les objectifs sont :

- De former les nouveaux agents aux mêmes modes d'accompagnement que l'ensemble des équipes, en programmant régulièrement une formation de base pour l'Humanitude (Méthode Gineste Marescotti, la Validation (méthode Naomi Feil), soins palliatifs, AGFSU, évaluation de la douleur, ASG etc.
- De consolider les acquis en programmant des sessions d'approfondissement des acquis de ces mêmes domaines,
- De maintenir à niveau les connaissances professionnelles par des sessions de recyclages,
- De donner aux professionnels les outils nécessaires à la mise en place de projets personnalisés pour une population très dépendante (toucher relationnel, Snoezelen, Médiation par le Clown, médiation par le conte)
- De former des professionnels référents dans les champs qui nous semblent les plus importants pour la mise en œuvre de notre projet (HUMANITUDE, DOULEUR, SOINS PALLIATIFS, NUTRITION),
- D'entretenir la curiosité intellectuelle et la créativité en participant de manière régulière à des colloques gériatriques et gérontologiques. (Congrès de psychogériatrie, Colloque des approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, Université d'été de l'EREMA),
- De favoriser la promotion professionnelle du personnel en favorisant les formations qualifiantes,
- De former les professionnels de manière à disposer de compétences variées afin de répondre aux besoins constatés et dès lors que ces compétences ne sont pas disponibles sur notre territoire (psychomotricienne),
- De permettre aux professionnels d'affronter les difficultés liées à la charge physique et psychique des métiers de la gériatrie.

³ ANNEXE 2 - Projet architectural

Ces objectifs sont le support à la construction de notre plan de formation pluriannuel. Le dynamisme de notre politique de formation peut se mesurer par l'observation du montant des crédits affectés aux dépenses de formation ainsi que par le nombre de professionnels accompagnés vers un diplôme nouveau.

CHAPITRE II : LES DEMARCHES D'EVALUATION

Nous pensons qu'il ne suffit pas d'affirmer que les objectifs que nous nous étions fixés en 2010 sont, en majeure partie, atteints pour évaluer la qualité de nos accompagnements et leur pertinence. Afin de préparer la nouvelle convention tripartite, nous avons donc voulu évaluer nos pratiques au regard des recommandations réglementaires (ANESM, réglementation EHPAD) ainsi que des exigences du référentiel HUMANITUDE sur lequel nous fondons nos pratiques.

Par ailleurs, si notre regard de professionnel, nos analyses, nous permettent de mesurer la qualité de notre travail par rapport aux normes en vigueur dans notre champ professionnel, il nous a également semblé indispensable de demander à ceux au service desquels nous nous mettons, d'évaluer leur degré de satisfaction.

A. L'évaluation interne

Afin de réaliser une évaluation interne exhaustive, nous avons choisi d'utiliser un outil informatique qui tienne compte des exigences réglementaires auxquelles il soit possible d'intégrer les exigences spécifiques de l'Humanitude. Notre choix c'est donc porté sur le logiciel Qualit'Eval qui permet en outre d'éditer sans travail supplémentaire le rapport d'évaluation ainsi que les fiches actions qui découlent de nos analyses.

2. Méthodologie

L'évaluation interne doit nous permettre de mesurer la pertinence et la qualité de nos réponses aux règles de bonnes pratiques de notre secteur d'activité. Pour cela nous analysons chacune de nos pratiques au regard de ces exigences afin de mesurer l'écart entre la réponse attendue et la réponse fournie. Il s'agit à la fois d'une démarche très concrète et très méticuleuse.

Dans la mesure où elle couvre la totalité de notre champ d'action, que les réponses doivent être argumentées et vérifiables à travers l'examen des sources produites, il nous a semblé essentiel que cette évaluation soit réalisée de manière collégiale par des professionnels représentant la diversité des métiers, mais aussi des angles de vue. Le résultat d'une action n'est pas apprécié de la même façon suivant si l'on se trouve au cœur de cette action ou si on en est un observateur extérieur et la pluralité des points de vue nous a paru nécessaire pour garantir l'objectivité de nos notations.

Nous avons donc sollicité l'ensemble des professionnels, quel que soit leur grade, leur fonction ou leur statut et ceux qui étaient intéressés se sont relayés pendant plusieurs mois pour venir à bout d'un travail riche d'échange et de discussions.

A mesure que nous avançons dans notre démarche évaluative, chacun pouvait prendre conscience que lorsque nous avons le sentiment de maîtriser une pratique, la recherche des sources d'information justifiant notre notation nous prouvait qu'il restait encore des étapes à franchir, alors que plus loin, une pratique qui nous semblait encore fragile était finalement parfaitement maîtrisée.

Cette démarche s'est révélée fort utile pour faire prendre conscience aux participants de l'intérêt qu'il y a à tracer chaque action et à faire coïncider nos engagements avec nos actes si nous voulons être

crédibles. Les équipes qui s'estiment trop souvent mises à contribution sans recevoir en retour la reconnaissance à laquelle elles aspirent, sont tentées de négliger la mise en œuvre complète des engagements, de s'arrêter à mi-chemin en considérant que l'essentiel est fait. L'évaluation interne est un miroir sans complaisance qui nous oblige à renoncer à la facilité.

Si la démarche d'évaluation est riche en enseignements, elle est aussi dévoreuse de temps si nous laissons place à l'expression de chacun et à la controverse, et il nous a fallu une année complète pour en venir à bout dans les conditions de collégialité que nous nous étions fixées. L'outil que nous avons utilisé, le logiciel Qualit'Eval nous permet d'évaluer cette charge à 0.60 ETP ce qui n'est pas négligeable compte tenu de nos moyens et de l'ensemble des autres obligations, de plus en plus nombreuses, auxquelles nous devons répondre en permanence.

3. Les résultats

L'évaluation interne réalisée avec le logiciel Qualit'Eval nous a permis de mesurer la qualité de nos réponses aux exigences de bonnes pratiques fixées par l'ANESM et par le référentiel HUMANITUDE, nous l'avons déjà écrit plus haut, et de garantir l'honnêteté de cette évaluation en documentant nos réponses par toutes les sources possibles.

Le rapport d'évaluation et les commentaires qui explicitent la qualité de notre réponse à chacune des bonnes pratiques référencées, sont annexés au présent projet d'établissement à l'élaboration duquel ils servent de support, au même titre que la philosophie d'accompagnement de l'HUMANITUDE.

Les résultats présentés ci-dessous, sont une synthèse de cette évaluation. Ils font apparaître les points forts, mais aussi permettent de mettre en lumière les axes d'amélioration sur lesquels nous porterons nos efforts pour les prochaines années. Ils sont présentés selon l'organisation de notre outil de travail, c'est-à-dire en 8 axes d'analyse tirés des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et de la réglementation applicable aux EHPAD.

Il convient toutefois de noter, qu'aussi soucieux de l'excellence de nos pratiques que nous soyons, certaines règles de bonnes pratiques nous paraissent dépasser les possibilités de réponses de structures comme la nôtre tant les moyens à mobiliser sont importants. D'autre part, certaines exigences réglementaires semblent complètement déconnectées des réalités du terrain, ainsi que du degré de dépendance des personnes accueillies et de l'épuisement des familles qui les rendent totalement inapplicables. Un tel écart entre ce qui est attendu, et ce que les moyens accordés par la société pour prendre soin de ses « Vieux » nous permettent de faire, est source d'épuisement pour tous les professionnels.

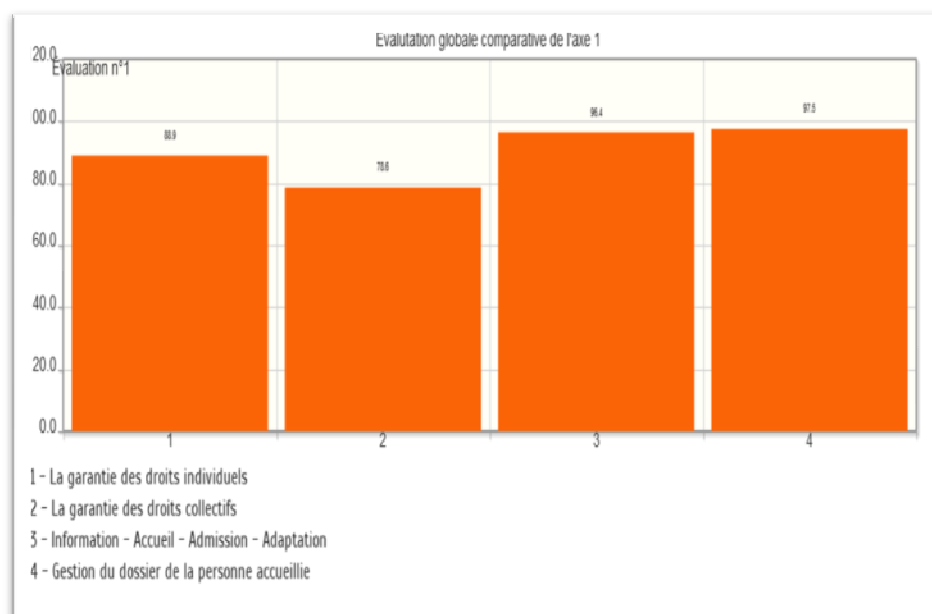
Dans ce sens, l'évaluation interne a été une leçon amère, qui nous rappelle notre impuissance. Malgré cela, la richesse des échanges, la mesure du chemin parcouru a suscité assez de fierté pour nous permettre d'aller au bout de l'épreuve et écrire une nouvelle page de notre histoire.

a) Axe 1 : garantie des droits individuels et collectifs

Ce premier chapitre de l'évaluation interne vise à mesurer la qualité des réponses mises en place par les équipes de la Résidence du Parc pour garantir les droits de ses résidents trop souvent réduits à des objets de prise en charge par les organes représentant la société comme par les familles qui ne voient en eux que des êtres devenus « Incapables » avec l'âge et qu'il faut à tout prix placé dans une institution pour qu'ils ne dérangent plus.

La promotion des droits des usagers, si elle est inscrite dans les textes, règlements et contrats en tout genre que nous devons mettre en place, n'est malheureusement trop souvent qu'une façade qui donne bonne conscience, mais qui s'exprime difficilement dans la réalité tant il semble normal de prendre le pouvoir sur ces Hommes Vieux forcément défaillants

Au regard des exigences réglementaires mais aussi parce que nous estimons que c'est un devoir, nous tâchons de faire valoir ces droits par tous les moyens et le graphique suivant donne une vision du niveau d'avancement de notre démarche.



Graphique 1 : Evaluation 2015 pour la garantie des droits individuels et collectifs

Nous constatons ici que pour les 4 critères étudiés, nous obtenons un taux de réalisations élevé, supérieur à 80%. Seule la Garantie des droits collectifs est plus difficile à mettre en place, sans doute parce que le grand âge, avec son cortège de pertes, éloigne des projets collectifs. Nous le constatons lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale notamment, quand les seules questions soulevées sont des questions d'intérêt personnel.

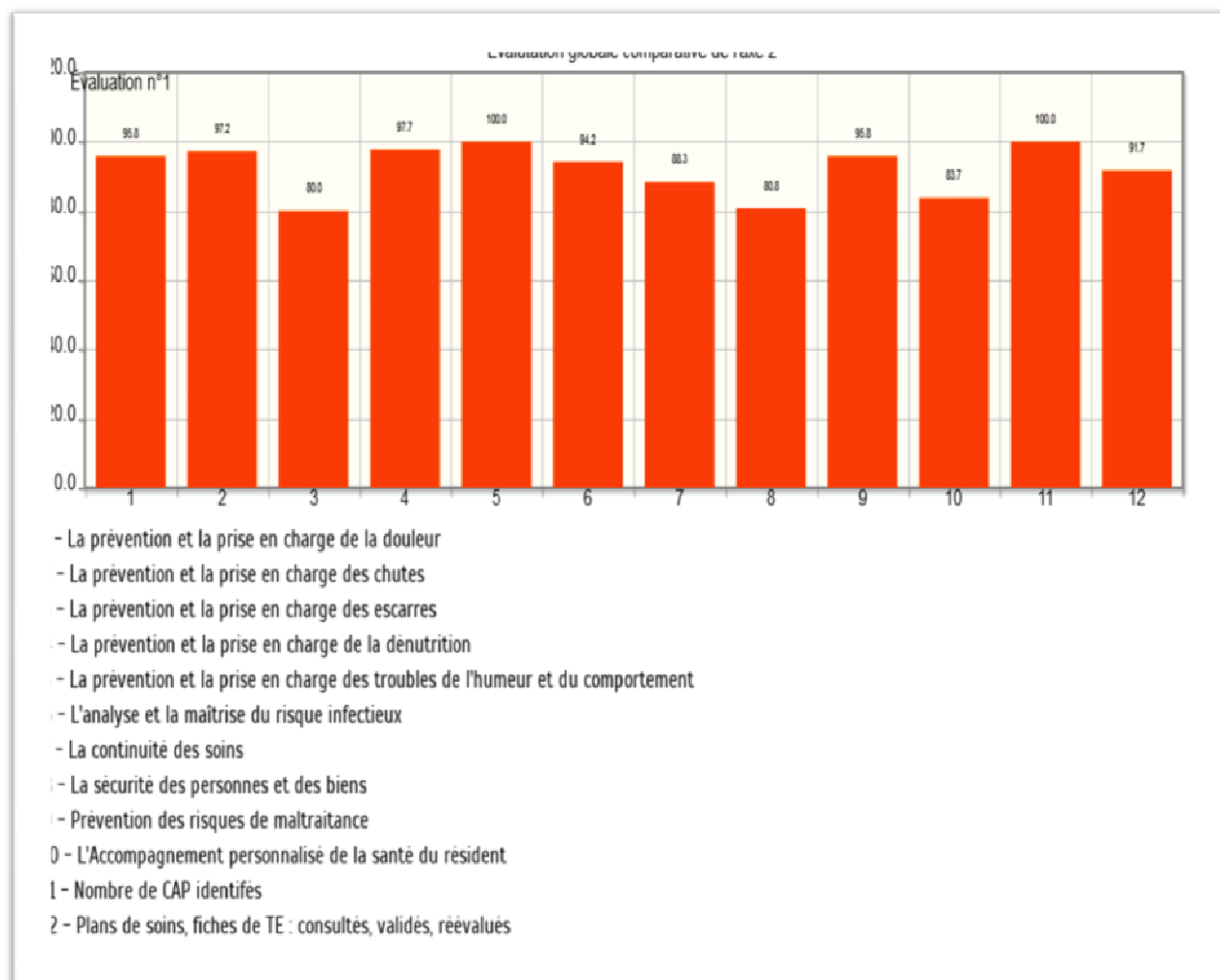
Le graphique suivant présente en détail les forces et les faiblesses de nos réponses face à nos obligations en matière de garantie des droits individuels et collectifs et fait apparaître les points d'efforts auxquels s'attachera notre projet pour les 5 prochaines années.



Graphique 2 : forces et points d'efforts pour la garantie des droits individuels et collectifs

Ces résultats sont le fruit d'une évaluation sincère qui ne cherche pas à embellir la réalité et fait apparaître des pistes d'amélioration que nous développerons dans les chapitres suivants. L'analyse plus fine présentée dans le rapport détaillé de l'évaluation précise les pistes d'amélioration envisagée par les équipes qui ont participé à ce travail.

b) Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents



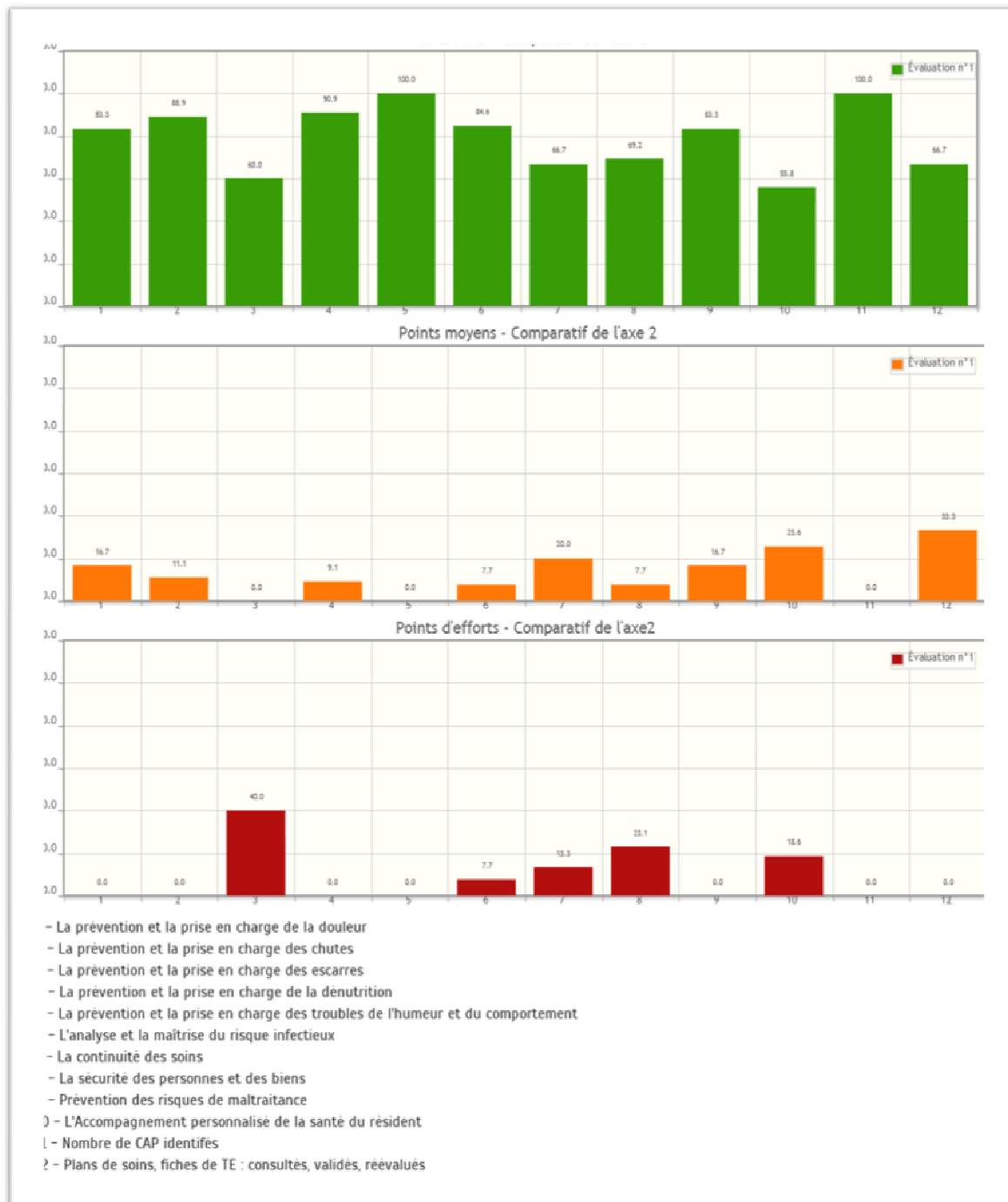
Graphique 3 : Evaluation globale de la Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Depuis 2010 et bien que l'absence de médecin coordonnateur nous pénalise dans la mise en place et le suivi de bonnes pratiques dans ce domaine, nous avons, pour la majorité des item évalués des résultats que nous pouvons juger satisfaisants.

Comme cela est développé dans le rapport détaillé de l'évaluation, les faiblesses dans la mise en œuvre des bonnes pratiques dans le domaine de la prévention des risques sont essentiellement liées à la faible implication des médecins traitants dans notre démarche, aggravée par l'absence de médecin coordonnateur depuis 18 mois. Cette carence prive parfois de sens les procédures mises en place dans la mesure où elles ne sont pas valorisées par les médecins dont la parole à force de loi auprès des soignants.

Par ailleurs, nos actions sont à ce jour limitées par la vétusté des bâtiments qui ne peuvent proposer toutes les installations innovantes qui augmentent la sécurité sans limiter la liberté de mouvement des résidents.

Le graphique suivant nous permet de visualiser les points forts de notre démarche, mais aussi de mettre l'accent sur les points d'efforts que nous devons travailler et qui seront parmi nos objectifs pour les 5 années qui viennent.

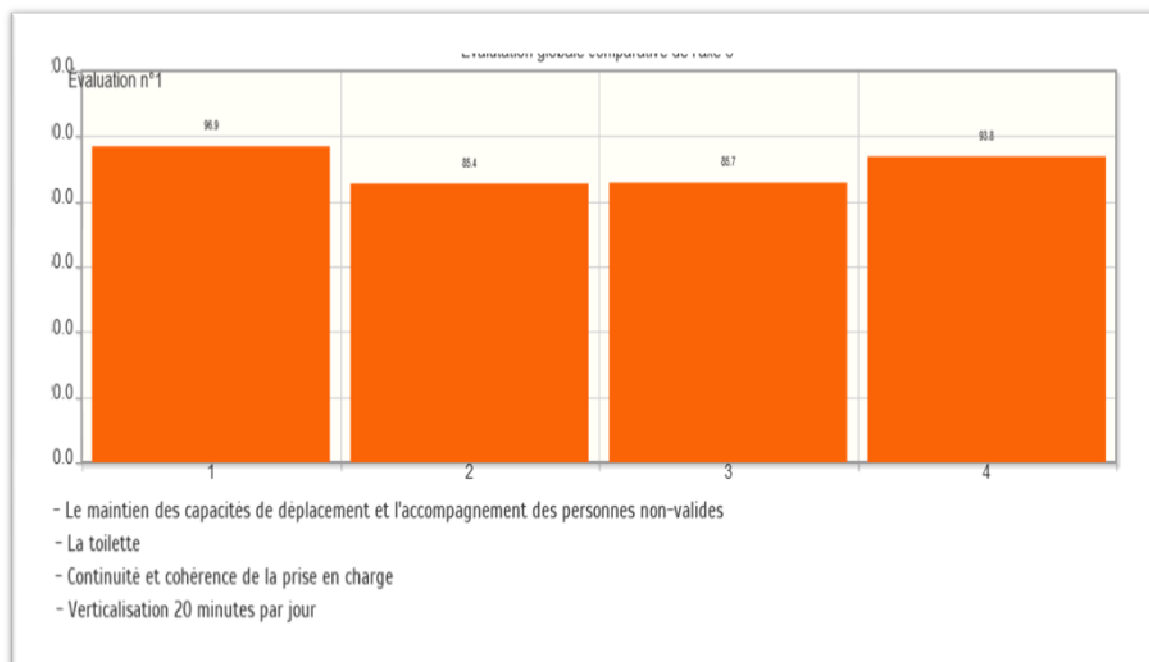


Graphique 4 : forces et points d'efforts dans Prévention des risques liés à la santé

Les points d'efforts concernant la mise en œuvre des bonnes pratiques dans ce domaine seront développés dans les chapitres suivants

c) Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance

Notre démarche dans ce domaine s'appuie sur l'HUMANITUDE et trouve sa traduction pratique dans la mise en œuvre par l'ensemble de professionnels de la méthode GINESTE MARESCOTTI.



Graphique 5 : Maintien des capacités et accompagnement de la dépendance

Depuis 2007 et grâce à la formation systématique, sur le terrain, de tous les professionnels nous avons beaucoup progressé dans la mise en place d'un accompagnement en accord avec nos valeurs. Tout est mis en place pour qu'à chaque étape de leur séjour à la Résidence du Parc, les résidents, même les plus dépendants soient respectés dans leur singularité et qu'il leur soit possible de poursuivre leur vie « debout ».

Certes, il est plus facile de faire à la place des plus faibles, de prendre la main, de parler pour eux, mais dans ce cas, le renoncement s'accélère et avec lui la perte d'autonomie.

Notre organisation de travail, la structuration des équipes, ont été adaptées en permanence pour répondre aux besoins qui ne cessent de fluctuer. Si les résultats sont là, si nous pouvons être satisfaits du taux de réponses positives aux exigences réglementaires, c'est cependant au prix d'un effort incessant qui devrait être reconnu par respect pour les professionnels qui font face à une charge de travail de plus en plus lourde aussi bien physiquement que psychiquement et qui attendent toujours que la société reconnaisse l'importance de leur mission et leur donne les moyens de la faire sereinement.

A défaut, et par épuisement professionnel, les évaluations futures pourraient être moins satisfaisantes.

Le graphique qui suit fait apparaître les points forts et les points d'efforts qui feront l'objet de notre travail à venir pour la promotion d'un accompagnement de la vie qui permette à chacun de « vivre et de mourir debout ».



Graphique 6 : forces et points d'efforts dans l'accompagnement de la vie quotidienne et la prévention de la perte d'autonomie.

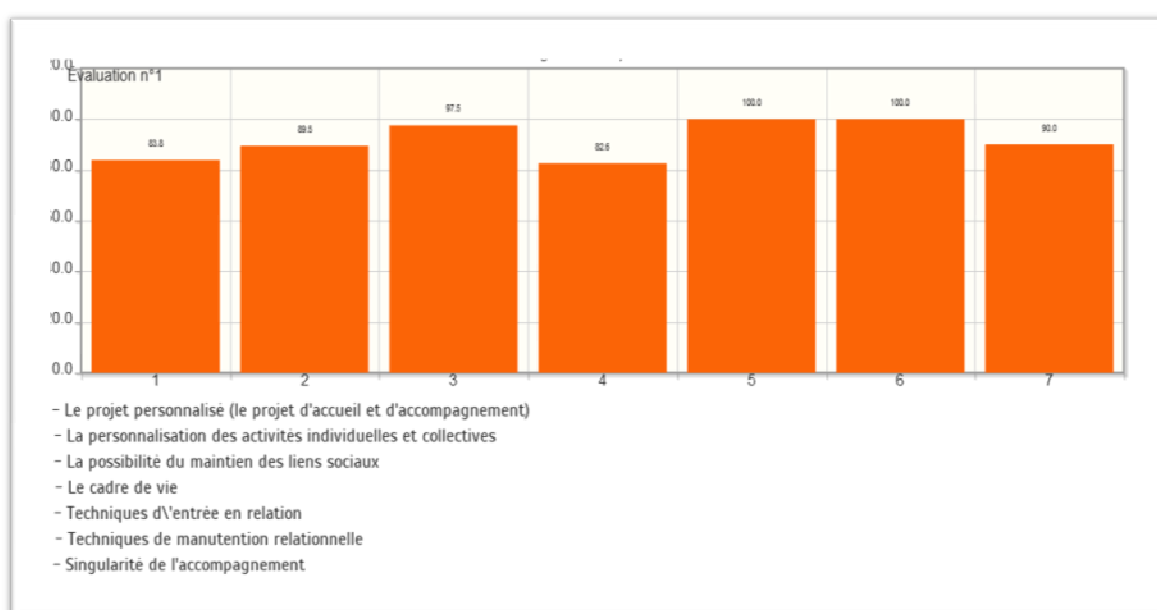
Nous constatons que l'un des points d'effort porte sur les conditions de réalisation des toilettes. Il nous faut donc préciser que la lecture du rapport détaillé⁴ de l'évaluation montre que la difficulté vient des locaux qui ne correspondent plus aux critères actuels de qualité et qui donc ne permettent pas de disposer d'une douche individuelle, ni même de cabinet de toilette décent. La seule réponse ici est la restructuration de l'établissement prévue par le projet architectural.

⁴ ANNEXE : Rapport d'évaluation 2015

En ce qui concerne la coordination et la continuité de l'accompagnement, nous avons là aussi des progrès à faire mais qui ne pourront être réels et pérennes que si nous disposons d'un encadrement motivé et notamment d'un médecin coordonnateur.

d) Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement

Depuis 2007, nous avons choisi d'orienter nos pratiques vers les approches non médicamenteuses des maladies de type Alzheimer et formé massivement le personnel à l'HUMANITUDE (Méthode Gineste Marescotti) ainsi qu'à la Validation (Méthode Naomi FEIL) qui reposent sur une prise en compte à chaque étape de la vie en structure de la singularité de chacun. Aujourd'hui, dans la mesure des moyens dont nous disposons, la personnalisation de l'accompagnement est donc une réalité comme le montre le diagramme ci-dessous.



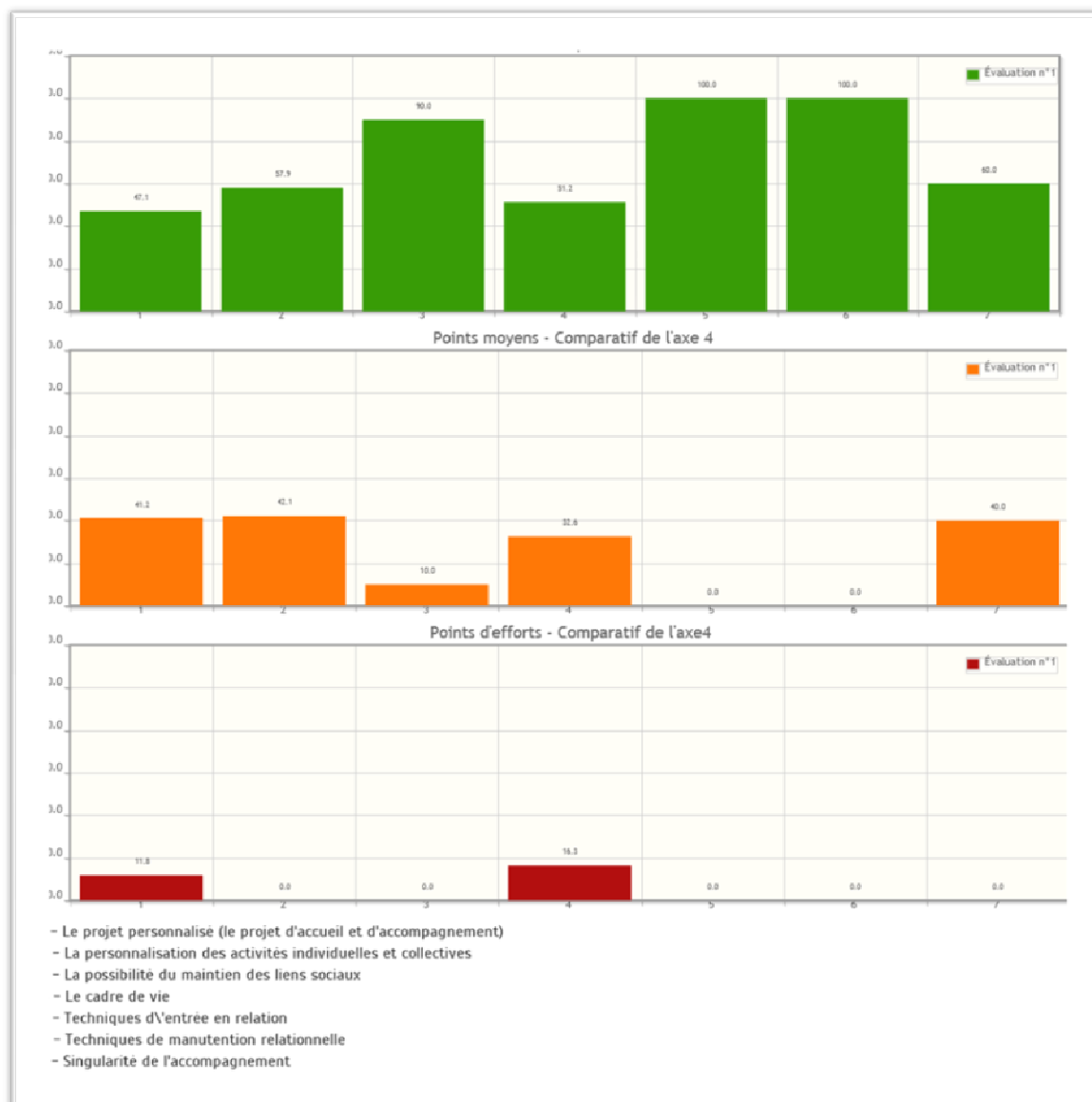
Axe 4 : Niveau de personnalisation de l'accompagnement

Au quotidien, tout est mis en œuvre pour tenir compte des attentes individuelles, pour réduire au maximum l'impact du collectif sur la vie de chacun en laissant place, au maximum, au maintien des habitudes de vie qui par essence, sont propres à chacun. Le projet de vie est un support essentiel à notre démarche et depuis 2010 nous avons grâce à la formation, au travail d'analyse des pratiques, et à la réflexion en équipes, réalisé de grands progrès pour que cela ait du sens.

Malgré tout, l'âge d'entrée dans l'établissement et l'état de santé souvent très dégradé au moment de l'admission complique beaucoup la tâche des professionnels face à des familles qui ne coopèrent que très peu malgré tout le travail de pédagogie que nous mettons en place en amont pour expliquer nos objectifs et les faire partager dans l'intérêt des personnes accueillies. Dans ces conditions, nous ne pouvons que constater le chemin qui nous reste à faire pour pouvoir proposer un projet réellement personnalisé et porteur de sens à chacun de nos résidents même très dégradés.

L'architecture entre pour une grande part dans la qualité de la personnalisation de l'accompagnement. Nous sommes aujourd'hui obligés de faire avec un établissement obsolète dont aucun aménagement ne correspond réellement aux besoins d'une population très âgée et très dépendante.

Le graphique suivant nous permet de visualiser les points forts, mais aussi de pointer les points d'efforts sur lesquels nous devons porter nos efforts dans les années à venir.



Axe 4 : Les points d'effort pour la personnalisation de l'accompagnement

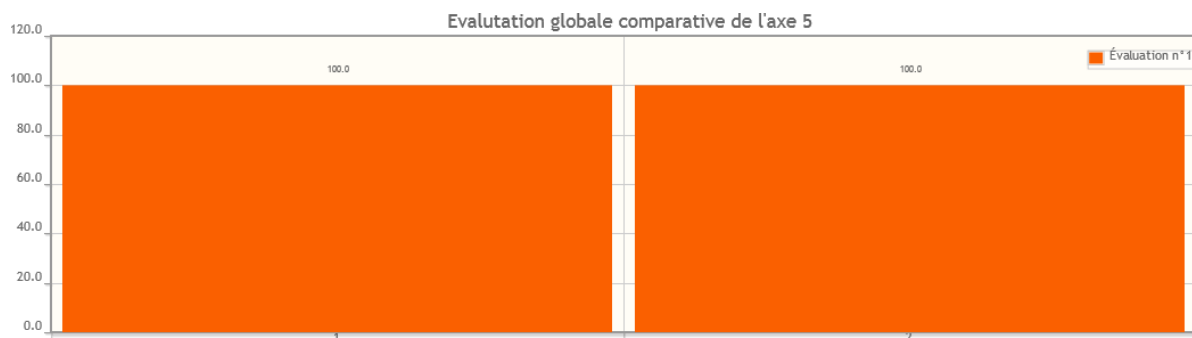
Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, nous pouvons voir clairement les 2 thèmes sur lesquels nous devons concentrer nos actions pour améliorer notre réponse en matière de personnalisation des accompagnements et nous ne pouvons que souhaiter qu'un cadre plus adapté grâce à une restructuration totale des locaux permette à chacun de trouver une place conforme à ses souhaits et ses spécificités.

Les actions à mettre en œuvre pour cela seront développées dans les chapitres suivants.

e) Axe 5 : Accompagnement de fin de vie

Conscient que la mort en EHPAD était une question difficile à traiter et que les professionnels étaient en difficultés quand ils devaient accompagner une fin de vie, nous avons, dès 2007, mis en place un groupe de réflexion sur l'approche de la mort en EHPAD. Ce groupe de réflexion, qui fonctionne depuis lors sur la base du volontariat, a permis d'aborder le sujet de la mort, en premier lieu dans son aspect théorique et philosophique, puis d'aller puiser dans l'expérience de chacun des participants les questionnements qui devaient nous permettre, en répondant à nos propres interrogations, de construire des réponses adaptables dans le champ professionnel.

Le graphique suivant montre que notre démarche d'accompagnement est construite et cohérente au regard des recommandations de bonnes pratiques.



Axe 5 : qualité de l'accompagnement de fin de vie

En EHPAD, l'accompagnement de fin de vie commence dès l'admission. Les résidents qui rejoignent l'institution le disent souvent : c'est leur dernière maison ». Il nous appartient donc de recueillir leurs souhaits et de veiller à ce que ceux-ci soient respectés par l'entourage, mais aussi par les équipes soignantes. Notre démarche s'appuie en grande partie sur la loi Leonetti, la pédagogie que nous déployons pour la faire connaître et respecter.

Grâce aux partenariats avec l'équipe mobile de soins palliatifs, avec l'HAD, qui viennent en complément des démarches initiées en interne, nous sommes en mesure d'accompagner tous nos résidents jusqu'à leurs derniers jours. En cas d'hospitalisation, et dès lors que le pronostic vital est engagé, nous mettons tout en œuvre pour obtenir un retour « à domicile » puisque c'est ainsi que les résidents considèrent la Résidence du Parc.

De cette manière, la quasi-totalité des décès a lieu dans l'établissement et les familles sont accueillies aussi longtemps que nécessaire pour pouvoir rester autant qu'elles le souhaitent auprès de leur parent en fin de vie.

Le graphique ci-dessous donne une vision plus détaillée de nos forces en ce domaine et si nos pratiques sont, dans ce domaine, particulièrement satisfaisantes, les prochaines années nous permettront de consolider ces acquis pour les maintenir à ce niveau de qualité.



Axe 5 : Les points d'efforts de l'accompagnement de fin de vie

f) Axe 6 : Le projet d'établissement

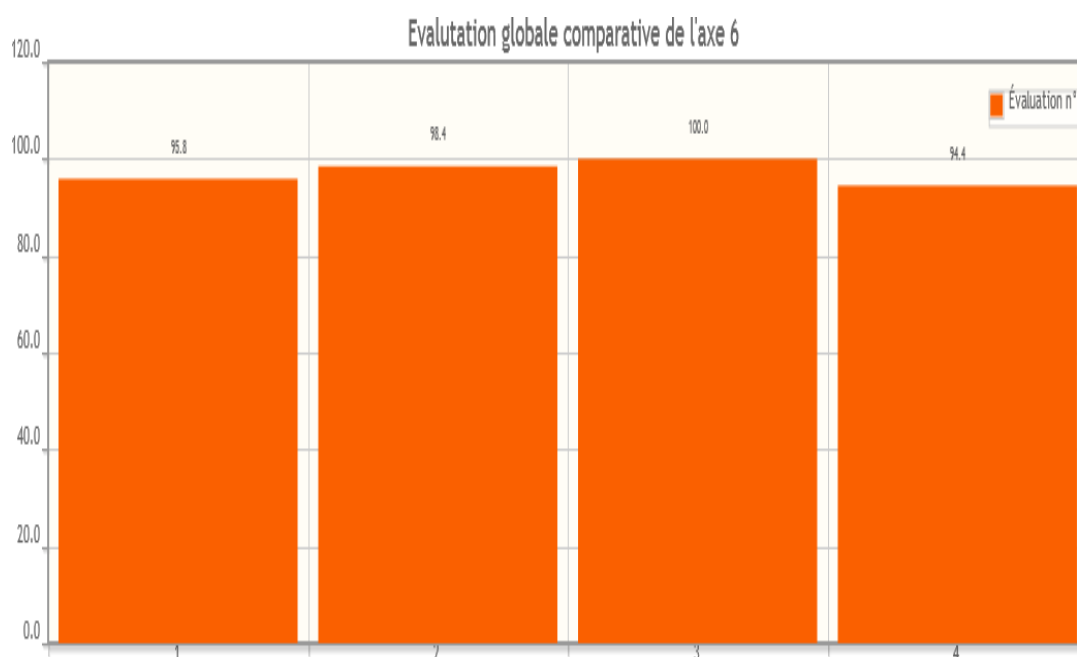
Le projet d'établissement de la Résidence du Parc a été écrit pour la première fois en 2004 comme support à la signature de la convention tripartite. Il était le fruit d'un travail de réflexion de toute l'équipe et a, au fil des années, été complété pour répondre aux besoins de la population accueillie. Il a reposé à chaque étape de son évolution sur les évaluations réalisées régulièrement, qu'il s'agisse d'auto-évaluations réalisées avec le référentiel ANGELIQUE ou son adaptation GAEL élaborée spécifiquement en 2010 pour élargir notre champ d'observation, ou sur l'évaluation externe réalisée en 2010 par le CNEH.

Il s'est attaché à répondre aux exigences réglementaires bien sûr, mais surtout à traduire notre engagement au service de valeurs que nous considérons comme essentielles car elles sont fondatrices de cette Humanité au sein de laquelle nous refusons d'exclure les « trop vieux ».

C'est dans cet esprit qu'en réponse aux questionnements quotidiens des équipes, il s'est enrichi de projets annexes, ceux qui ont donné naissance au NOCTAMBULE en 2011, au SSIAD en 2012 et enfin au PASA en 2013 et qui nous permettent d'apporter des réponses individualisées et adaptées à l'histoire de chacun.

A l'issue de ces évolutions, nous avons engagé une réflexion sur la labellisation HUMANITUDE qui sera l'un des objectifs de la nouvelle version de notre projet institutionnel et pour réaliser un état des lieux objectif et conformément aux exigences réglementaires nous avons réalisé une évaluation interne avec pour support le logiciel Qualit'Eval qui balaye tous les champs concernés par notre activité.

Le graphique ci-dessous, donne une vision globale de l'adéquation de notre projet avec les exigences règlementaires applicables aux EHPAD.



Axe 6 : niveau d'adéquation du projet d'établissement avec les RBP

La négociation de la prochaine convention qui doit avoir lieu avant la fin 2015 prendra en compte les acquis des deux précédentes conventions et la présente version du projet d'établissement. Celui-ci définira des objectifs nouveaux qui s'appuieront sur les différentes évaluations réalisées entre 2004 et 2015 pour consolider les points forts, et ainsi, pérenniser notre approche singulière.

Cette nouvelle version du projet d'établissement nous permettra aussi de parfaire nos réponses, en cohérence avec les valeurs que nous avons choisi d'afficher, en décidant de nous inscrire dans la démarche HUMANITUDE et dans le respect des règles de bonnes pratiques pour la qualité de vie en EHPAD.

Le graphique ci-dessous met en lumière les points sur lesquels nous aurons à porter nos efforts si nous voulons pouvoir accompagner dans des conditions bienveillantes conformes à nos valeurs, les personnes âgées les plus vulnérables.



Axe 6 : Les points d'effort du projet institutionnel

Comme nous le voyons, une grande partie du chemin est parcourue, mais nous pouvons chaque jour mesurer la fragilité des acquis quand le système dans lequel nous évoluons est instable, à la fois parce que nous accueillons des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes et parce qu'en parallèle, les exigences réglementaires sont de plus en plus déconnectées de cette réalité.

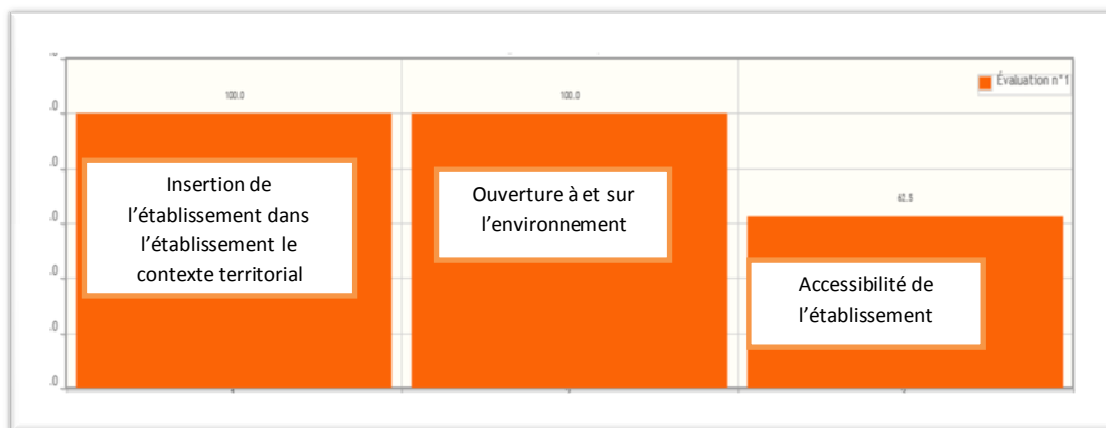
Nous avons donc conscience, et la réalisation de cette évaluation interne nous en a convaincus : nous pouvons et nous devons encore progresser.

g) Axe 7 : L'établissement dans son environnement

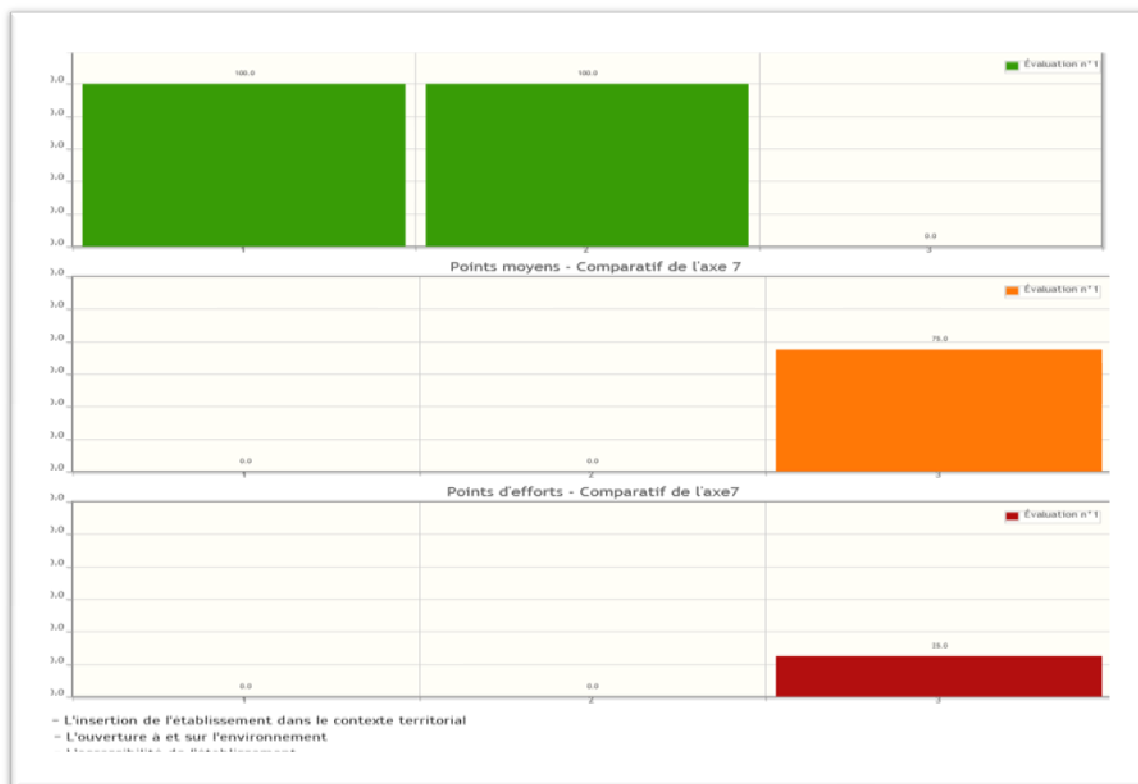
La Résidence du Parc est un établissement bien intégré dans son environnement qui a su nouer des liens avec de nombreux partenaires sur son territoire et qui a une volonté marquée d'ouverture sur l'extérieur.

Si certains partenariats répondent à une obligation réglementaire, d'autres s'inscrivent dans notre volonté de partager nos réflexions professionnelles et diffuser nos savoir-faire tout en nous enrichissant des échanges avec d'autres professionnels, dans d'autres champs de réflexion. C'est ainsi qu'au-delà des conventions qui nous lient aux structures médicales ou médico-sociales de notre territoire, nous travaillons régulièrement avec les centres de formation de la région et ce dans de nombreux domaines.

Les graphiques ci-dessous, extraits du rapport d'évaluation interne annexé au présent projet, donnent une vue d'ensemble de notre réponse aux exigences de bonnes pratiques en ce domaine et montre que ces résultats dépendent de notre possibilité d'agir ou non sur l'environnement.



Axe 7 : Evaluation globale de l'insertion de l'établissement dans son environnement



Axe 7 : Points d'effort pour améliorer l'intégration de l'établissement à son environnement

Nous constatons ici que l'accessibilité est le point faible de cet axe or celle-ci est entièrement dépendante des locaux sur lesquels nous ne pouvons apporter des modifications qu'à la marge et sans changer fondamentalement nos performances. Ce dernier graphique nous confirme à quel point le projet de restructuration architectural est essentiel pour l'avenir de l'établissement.

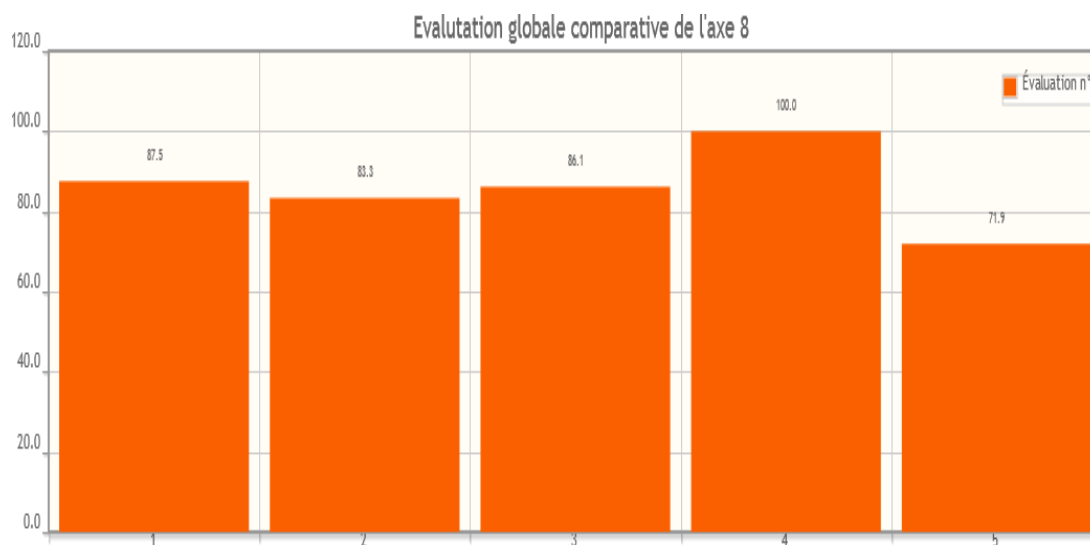
h) Axe 8 : L'organisation générale de l'établissement.

Cette partie de l'évaluation externe montre à quel point les exigences des recommandations de bonnes pratiques sont parfois déconnectées de la réalité du terrain. Pour satisfaire à toutes les obligations qui nous sont faites et qui sont les mêmes quelle que soit la taille de l'établissement, il faudrait des moyens que nous n'aurons sans doute jamais.

Dans ces conditions, l'analyse des réponses que nous étions capables de fournir aujourd'hui face à ces exigences nous a souvent découragé car nous savons que nous devons sans cesse opérer des choix et que l'organisation idéale reste une utopie impossible à atteindre.

Néanmoins, et malgré les difficultés, de nombreuses actions ont été mise en place depuis 2004 pour structurer l'organisation de l'établissement et tendre vers cet idéal. La faiblesse de l'équipe administrative et l'absence d'encadrement ont rendu ces actions difficiles et nous ont contraint, parfois à différer la mise en place d'une pratique dont nous ne sous-estimons pas l'importance, mais qui n'était simplement pas réalisable à ce moment.

Le graphique ci-dessous permet d'appréhender la performance globale de l'établissement en ce qui concerne son administration générale.



Axe 8 : Qualité globale de l'organisation de l'établissement

Il est clair que sur ce point, il reste des progrès à accomplir. Ces points d'effort qui sont plus clairement mis en lumière dans le graphique qui suit, feront l'objet de notre réflexion dans les années à venir

et nous nous attacherons à améliorer nos réponses dans la mesure où nous disposerons des moyens et du temps pour le faire.



Axe 8 : Force et faiblesse de l'organisation générale de l'établissement

Comme nous le voyons sur ce graphique, s'il fait apparaître des faiblesses dans notre organisation, il montre également que notre démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité est tout à fait satisfaisante et que si elle nous permet de mesurer ces faiblesses, elle ne peut que nous aider à progresser.

i) Conclusion de l'évaluation interne

L'évaluation interne dont les résultats synthétiques ont été présentés ici, fait l'objet d'un rapport détaillé annexé au présent projet d'établissement. Il détaille les réponses de la structure à l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques fixées par l'ANESM, mais aussi par rapport au référentiel « HUMANITUDE » qui guide nos pratiques avec des exigences supérieures à celles de l'ANESM.

Cette démarche d'évaluation nous a mobilisés pendant plus d'une année dans la mesure où elle s'ajoutait aux charges de travail habituelles. Nous n'avons rien mis de côté, ni reporté et le poids de ce travail est évalué par l'agenda du logiciel QUALIT'EVAL à 0.75 Etp. pour la période considérée.

Malgré la lourdeur que nous venons d'évoquer, nous avons tiré profit des enseignements de cette évaluation dans la mesure où la nécessité de produire des sources pour valider nos réponses nous a obligés à une objectivité parfois douloureuse quand elle mettait en évidence une lacune là où nous pensions maîtriser notre sujet. Par ailleurs les résultats de cette évaluation interne croisés avec les autres évaluations réalisées en préalable à l'écriture de ce projet, nous permettront de définir nos objectifs pour les années à venir avec pertinence.

B. Les enquêtes de satisfaction.

La qualité de nos pratiques se mesure certes à la manière dont nous répondons à nos obligations réglementaires, dont nous respectons les règles de bonnes pratiques applicables dans notre domaine d'action, mais aussi, et surtout, à la satisfaction de ceux qui nous ont fait confiance, les résidents et leurs familles. Nous avons donc, comme nous le faisons régulièrement depuis 11 ans, questionné les uns et les autres afin qu'ils nous fassent connaître leur opinion sur ce qui leur était proposé à la Résidence du Parc.

Les familles ont été destinataires d'un questionnaire de satisfaction au mois de Mai 2015. A la fin du mois de juillet, 62 familles avaient retourné le leur soit un taux de réponses de 62% qui peut être considéré comme très satisfaisant pour ce type d'enquête.

Pour inciter les familles à consacrer un moment à cet exercice et à nous renvoyer leur questionnaire, nous avons voulu que celui-ci soit aussi concis que complet. Nous avons donc construit un questionnaire en 19 questions regroupées en 7 chapitres complétées d'une appréciation globale. Il s'agit de questions fermées qui seules permettent de fournir un résultat chiffré, mais nous avons laissé à chacun la possibilité d'ajouter un commentaire libre, soit pour préciser sa pensée, soit pour soulever un problème particulier.

En ce qui concerne les résidents, nous devons admettre que leur niveau de dégradation conjugué à la limitation importante de leur centre d'intérêt les rend peu capables d'exprimer une opinion dans le cadre d'une enquête de satisfaction. D'une part, la grande majorité d'entre eux éprouvent de grandes difficultés pour lire ou pour écrire, d'autre part l'altération de leurs facultés cognitives rend souvent inaccessible le contenu des questionnaires même très simplifiés. Dans ces conditions, l'intervention d'un tiers est nécessaire mais qui fait naître le risque d'une autocensure liée à la crainte des représailles. Pour contourner cet obstacle, nous avons choisi de faire réaliser les interviews par des personnes étrangères à l'équipe. C'est ainsi que les résidents ont été questionnés soit par un stagiaire CAFERUIS, soit par un jeune volontaire du service civique. Nous avons ciblé 39 résidents susceptibles de répondre à l'enquête, 31 ont pu être

rencontrés, mais à chaque fois, certaines questions sont restées sans réponses et une personne a refusé l'entretien dans sa totalité mais a profité d'un temps de discussion.

Les résultats que nous présentons dans les pages suivantes reflètent ce que nous savons déjà des faiblesses de l'établissement et confirment, pour partie, les résultats de l'évaluation interne. Toutefois, nous constatons dans ces réponses et dans les commentaires qui leur ont été adjoints, que les préoccupations et motifs de réclamations des familles sont souvent égocentrés et n'intègrent pas le fait qu'elles évaluent une structure collective qui aussi vigilante qu'elle soit du respect des singularités reposera toujours sur les concessions faites par les uns et les autres pour pouvoir cohabiter.

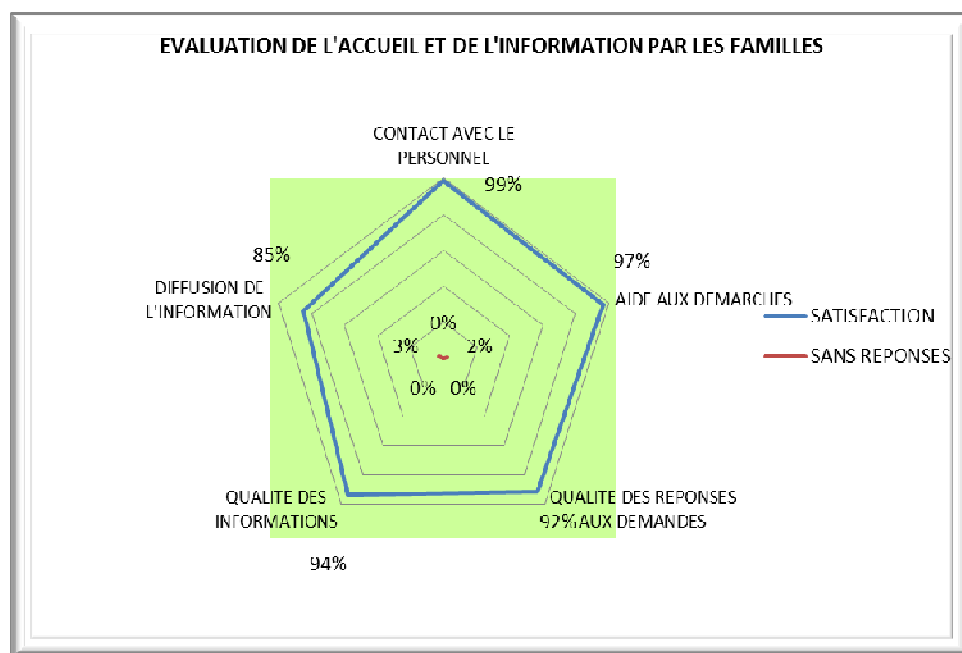
Nous devons aussi considérer le fait que familles et résidents n'ont pas toujours les mêmes avis ni les mêmes intérêts. Pour permettre de mesurer ces écarts nous avons présenté les résultats dans les mêmes graphiques pour tous les domaines où cela nous semblait pertinent.

En ce qui concerne l'Accueil de jour, les familles ont fait l'objet d'une enquête spécifique qui fera l'objet d'un commentaire distinct.

1. Evaluation de l'EHPAD par les familles et les résidents

a) Niveau de satisfaction des familles en ce qui concerne l'accueil et l'information

Il s'agit ici de connaître l'opinion des familles sur la manière dont elles sont accueillies, informées et accompagnées, dès la demande de renseignements préalable au dépôt d'un dossier, jusqu'au dernier jour du séjour. Nous avons par ailleurs regroupé dans cet item, accueil et information qui reposent essentiellement sur le personnel administratif même si tous les agents sont capables de donner les renseignements élémentaires aux visiteurs qui se présentent en dehors des heures d'ouverture des bureaux.

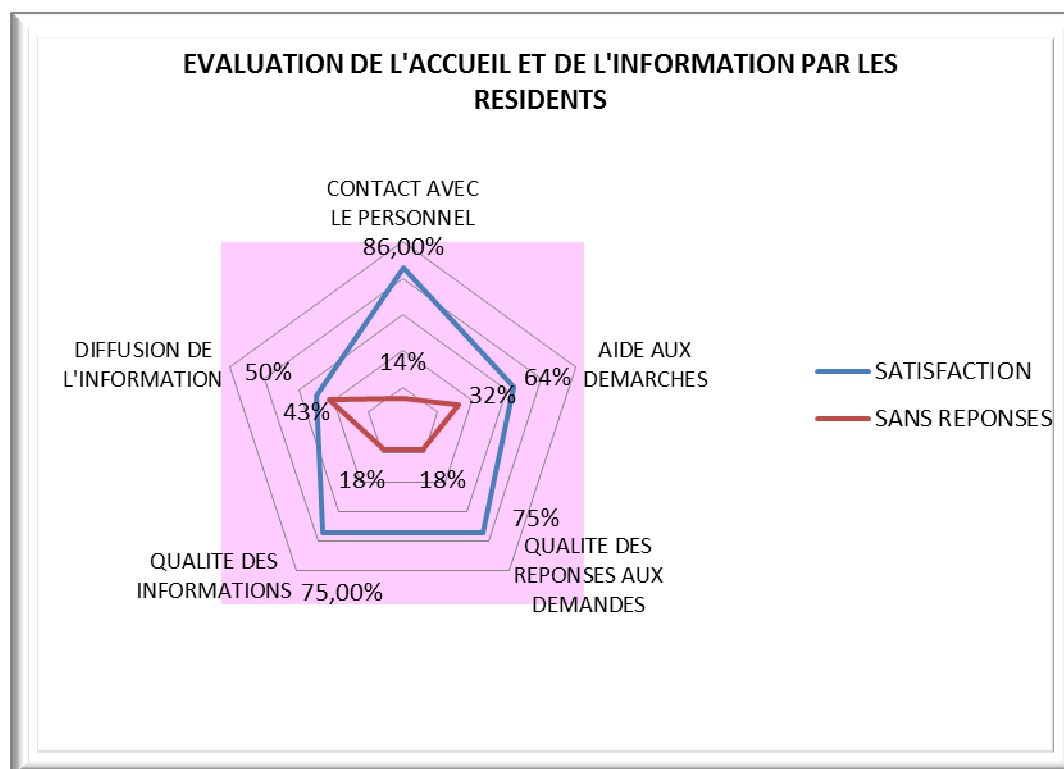


Nous sommes tout à fait conscients que les familles qui frappent à notre porte sont souvent dans une situation où l'urgence de trouver une solution pour un parent dépendant le dispute à l'épuisement et à la culpabilité. Dans ce contexte, nous sommes particulièrement attentifs à l'accueil et si nous ne sommes pas en mesure de donner une suite favorable à la demande, nous tentons de proposer d'autres solutions pour ne pas laisser des familles désemparées.

Si en ce qui concerne la diffusion de l'information, les résultats sont légèrement inférieurs, les commentaires nous éclairent sur les attentes des familles. Elles souhaiteraient une information individuelle continue sur ce que fait, mange ou dit leur proche. Ainsi, certaines familles veulent connaître les propositions de sorties ou d'activités.

Nous affichons chaque semaine et en plusieurs endroits le planning hebdomadaire d'activité qui est, de plus, accessible sur notre site internet. Lorsqu'un résident est concerné par une activité exceptionnelle telle qu'une sortie, le référent familial est prévenu grâce au carnet de liaison où même par téléphone, mais il est évident que les familles doivent aussi faire la démarche de se documenter et ne peuvent se limiter à un comportement de consommateurs.

L'examen des réponses des résidents aux mêmes questions fait apparaître des différences significatives aussi bien en ce qui concerne le nombre de non réponses qu'en ce qui concerne le degré de satisfaction et que traduit le graphique ci-dessous.



Enquête de satisfaction 2015 : Qualité de l'accueil et de l'information évaluée par les résidents

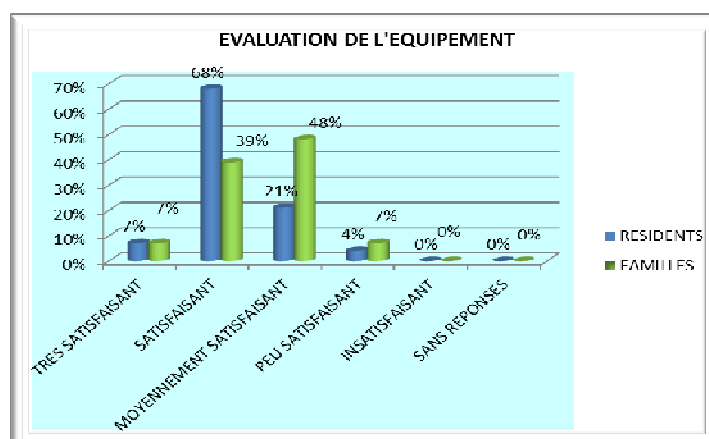
Ce graphique est le reflet d'une réalité à laquelle il est difficile de se résigner mais à laquelle il est également difficile de trouver un remède. Parce qu'elle arrive tardivement dans le parcours de vie de l'âge, parce qu'elle pose souvent dans un contexte de crise, la question de l'entrée en EHPAD échappe souvent aux futurs résidents qui pourtant sont les premiers concernés. Il est donc normal qu'ils jugent insuffisante l'information et qu'en tout état de cause, soit elle ne leur parle pas, soit elle n'est pas celle qu'ils voudraient.

b) Qualité de l'environnement

Il s'agit ici de connaître l'opinion des familles sur le cadre de vie de leurs proches et de croiser cette évaluation avec celle des résidents. Pour affiner cette évaluation, nous l'avons orienté vers trois aspects du cadre de vie que nous proposons à nos résidents.

c) L'équipement de l'établissement

L'établissement construit en 1972, l'a été pour une population valide et aujourd'hui, les équipements dont nous disposons ne sont plus, ni adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes, ni conforme aux standards de notre époque qui orientent les attentes de tous. Le graphique ci-dessous reflète bien ce constat.



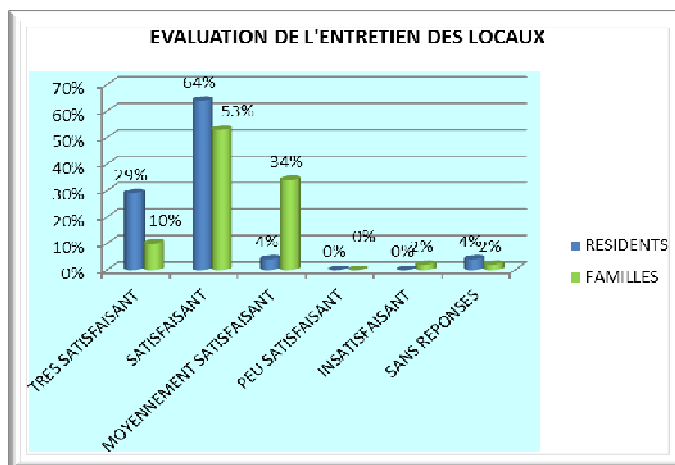
Enquête de satisfaction 2015 : Comparaison de l'évaluation de l'équipement par les résidents et leurs familles

Nous savons, pour y vivre aussi une grande partie de notre temps, que l'établissement n'offre pas des locaux modernes et bien équipés. Si les résidents sont relativement indulgents, sans doute parce qu'ils n'ont pas tous connus le confort auquel aujourd'hui nous ne saurions renoncer, les familles portent sur les équipements un regard plus sévère parce qu'elles connaissent ce confort.

d) L'entretien de l'établissement

Les travaux de rafraîchissement effectués ces dernières années ne suffisent pas à soutenir la comparaison avec les établissements modernes qui nous entourent. Les locaux sont vieux, peu aménageables et difficiles à entretenir en raison d'un manque d'espaces important. Si nous rénovons les chambres avant chaque entrée, nous ne pouvons faute de matériaux compatibles remplacer les sanitaires. Il faudrait pour le faire, engager beaucoup de crédits pour n'obtenir qu'un résultat médiocre.

Par ailleurs l'entretien quotidien, dans des locaux vétustes et avec une population qui en raison de troubles sévères du comportement est une charge lourde pour le personnel qui ne parvient pas toujours à maintenir les lieux de vie en bon état. Tous ces éléments justifient un taux de satisfaction modeste même s'il reste supérieur à 60%.

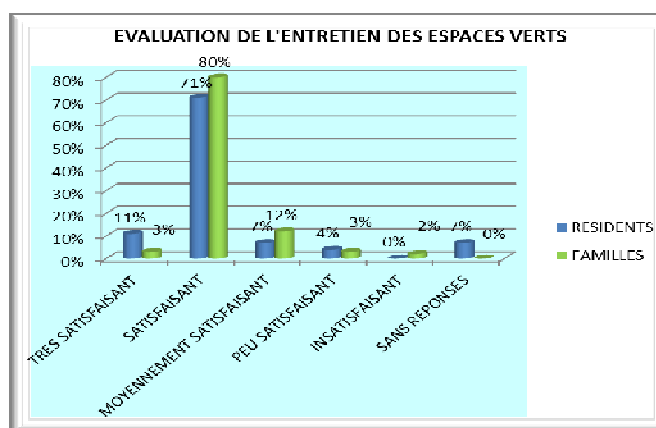


Enquête de satisfaction 2015 : Comparaison de l'évaluation de l'entretien des locaux par les résidents et leurs familles

Le graphique ci-dessus nous permet de voir que là encore les résidents sont plus indulgents que leurs familles, peut-être parce que l'environnement dans lequel ils vivent est moins important que le temps que le personnel leur accorde pour leurs demandes individuelles. Peut-être aussi parce qu'ils ont connu des conditions de logement moins confortable que ce que nous connaissons aujourd'hui.

e) L'entretien des extérieurs de l'établissement

L'établissement à la chance de disposer d'un grand parc arboré. Toutefois, cet avantage devient une charge importante quand il s'agit d'en assurer l'entretien sans disposer d'un personnel formé dans ce domaine



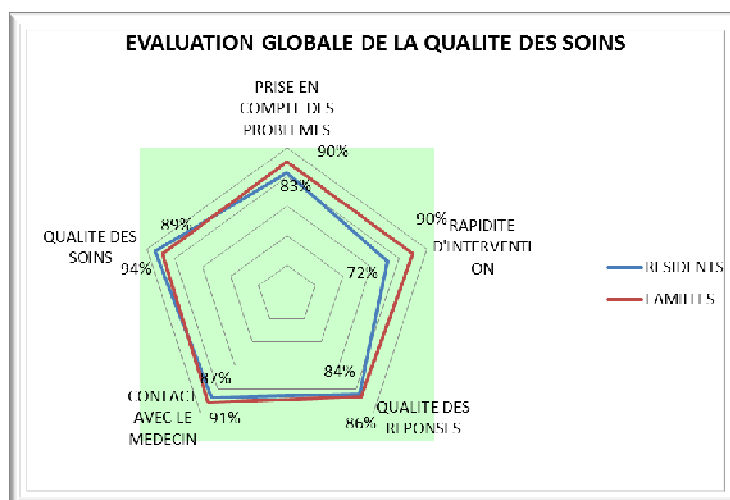
Enquête de satisfaction 2015 : Comparaison de l'évaluation de l'entretien des espaces extérieurs par les résidents et leurs familles

Malgré cela, grâce à la mise en place d'ateliers auxquels participent quelques résidents, les espaces extérieurs restent un atout pour la Résidence du Parc dans un village qui n'a pas d'autres centres d'intérêts et n'est pas desservi par les transports en commun de manière régulière.

f) Qualité des soins et des accompagnements

Depuis 11 ans, la réflexion incessante que nous avons conduite en équipe avec pour horizon la mise en place d'une démarche bientraitante trouvant sa source dans la philosophie de l'HUMANITUDE nous a permis de proposer des accompagnements singuliers qui font la force de l'établissement et lui vaut une image excellente sur son territoire.

Cette impression globale de satisfaction se traduit dans les réponses des personnes sur la perception qu'elles ont de la qualité générale de l'accompagnement et des soins qui sont proposés aux résidents en réponses à leurs problèmes de santé physique ou psychique et qui sont illustrés dans le graphique qui suit.



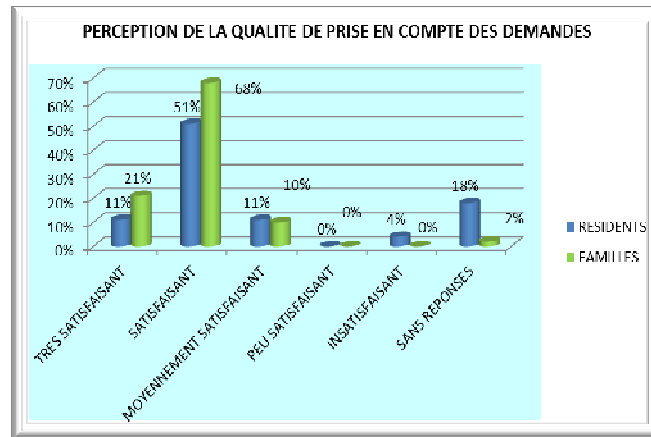
Enquête de satisfaction 2015 : Evaluation globale de la qualité des soins

L'analyse de ce graphique permet de mettre en évidence certaines nuances d'appréciation entre les résidents et les familles. L'appréciation moins positive émanant des résidents s'explique par l'angoisse d'être « oublié » et donc d'être en danger alors que les familles absentes au moment des crises ne la connaissent le plus souvent que déjà prise en compte ou même résolue. Par ailleurs nul ne peut imaginer l'angoisse de mort de l'autre. Il s'agit d'une expérience individuelle non partageable, même pour les sujets très empathiques qui ne feront qu'effleurer la question.

Afin de permettre une vision plus détaillée de cet écart et éventuellement mettre en place des réponses plus adaptées, nous allons détailler chaque question de manière isolée en précisant que pour l'évaluation globale nous n'avons pris en compte que les avis « très satisfaits » ou « satisfaits ». Il ne faut toutefois pas oublier qu'il s'agit là du ressenti des personnes et que cela ne veut pas dire que le nécessaire n'a pas été fait dans les délais normaux.

g) Prise en compte des problèmes

Il s'agit ici de mesurer la qualité d'écoute ressentie par les résidents ou leurs familles lorsqu'ils signalent un problème de santé ou une difficulté pour assurer les actes de la vie quotidienne et qu'ils sollicitent l'intervention des professionnels.

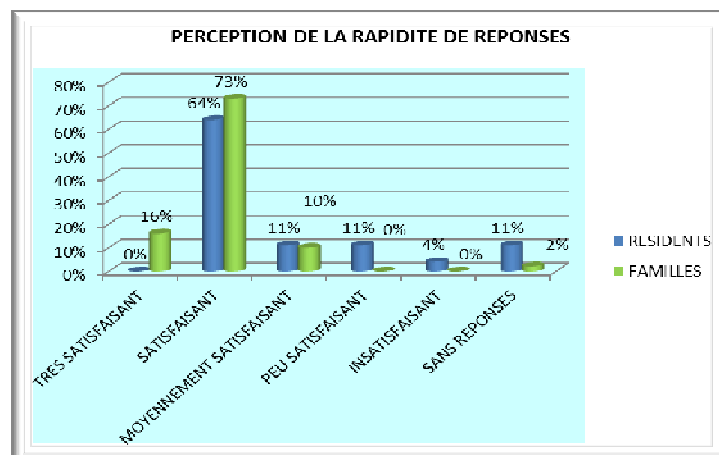


Enquête de satisfaction 2015 : Prise en compte des difficultés

Nous pouvons voir ici l'écart entre les familles qui évaluent plutôt le résultat, les actions mises en place, et les résidents qui mesurent leur frustration quand leurs demandes ne sont pas satisfaites comme ils le souhaiteraient.

h) Rapidité des réponses

Nous essayons autant que possible de répondre rapidement aux demandes qui nous sont faites, mais il nous faut considérer que chaque demandeur ne connaît que sa demande et le problème qui la motive quand les professionnels ont à traiter de multiples demandes simultanées et toutes aussi urgentes et que cela génère des insatisfactions.

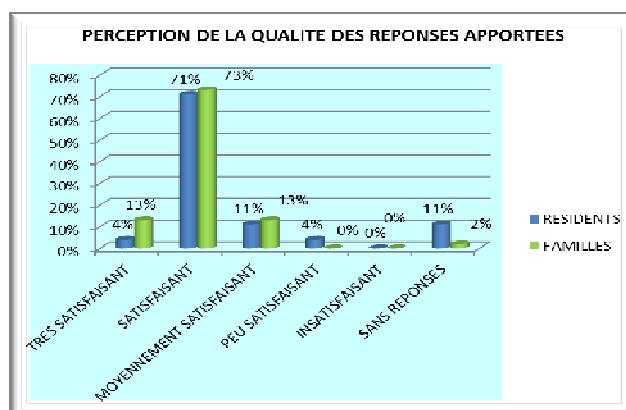


Enquête de satisfaction 2015 : Rapidité des réponses

Si nous connaissons les contraintes liées à l'effectif disponible pour répondre à l'ensemble des sollicitations, les familles ont parfois peine à entendre qu'il faut attendre son tour, quand pour les résidents, cette réalité est tout à fait impossible à imaginer. Chacun, dans son attente se trouve seul et cela explique le taux plus fort d'insatisfaction.

i) Qualité des réponses

Là encore si le taux de satisfaction des familles comme des résidents est assez élevé, nous devons faire le constat que certains ne sont pas convaincus que le nécessaire est fait. Même s'ils ne sont pas majoritaires, nous ne pouvons les ignorer.

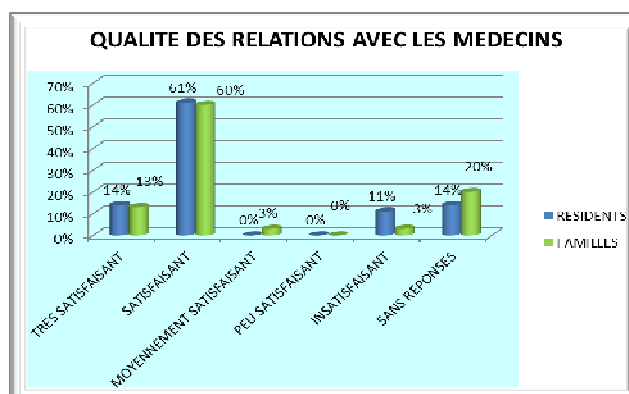


Enquête de satisfaction 2015 : Qualité des réponses

Ici la difficulté tient plus à la demande qu'à l'inadéquation de la réponse, car très souvent ce sont des miracles qui nous sont demandés, où des solutions que la loi n'autorise pas. En effet certains nous somment de faire l'impossible : leur rendre la jeunesse ou faire cesser une vie à laquelle ils ne trouvent plus de goût qu'amer.

j) Relation avec le médecin

Le médecin est un personnage important pour les personnes âgées que sa parole rassure autant que ses prescriptions. Cette question est donc importante dans le contexte de pénurie que nous connaissons actuellement et le manque de disponibilité de nos médecins.



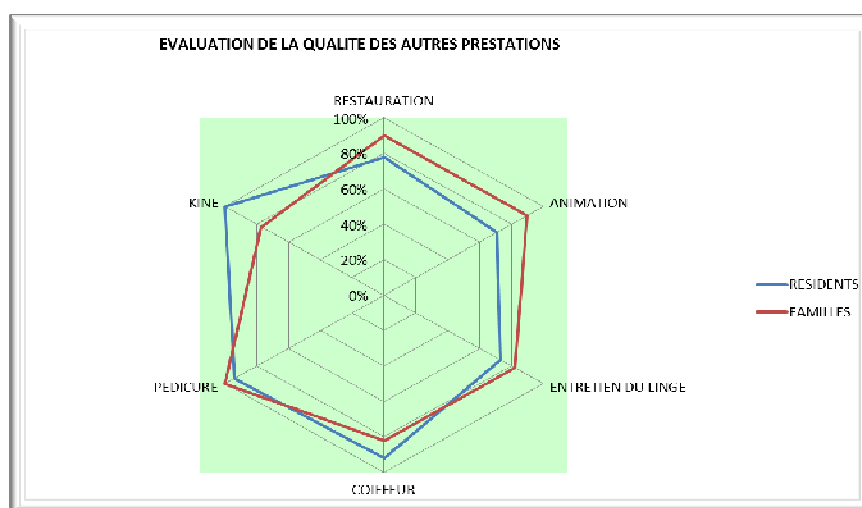
Enquête de satisfaction 2015 : Qualité des relations avec les médecins

Le graphique ci-dessus fait apparaître que près de 25% des personnes interrogées sont insatisfaites ou ne répondent pas ce qui peut d'une certaine façon traduire une forme d'insatisfaction qui doit être reliée d'une part à l'absence de médecin coordonnateur, d'autre part au manque de disponibilité des médecins traitants qui compte tenu d'un emploi du temps trop chargé délèguent aux infirmières le soin de rencontrer les familles.

Malgré ces difficultés, dans un taux de satisfaction en ce qui concerne la qualité globale des soins supérieur à 80% nous devons lire un encouragement à poursuivre la démarche initiée il y a 11 ans pour répondre au mieux, et avec les moyens alloués aux besoins d'une population particulièrement demandeuse de soins.

k) Qualité des prestations

Il s'agit là d'évaluer des prestations qui, si elles ne sont pas vitales sont celles qui donnent du goût à la vie et font paraître les jours plus légers ou permettent de garder une certaine autonomie.



Enquête de satisfaction 2015 : Evaluation des prestations hôtelières et diverses

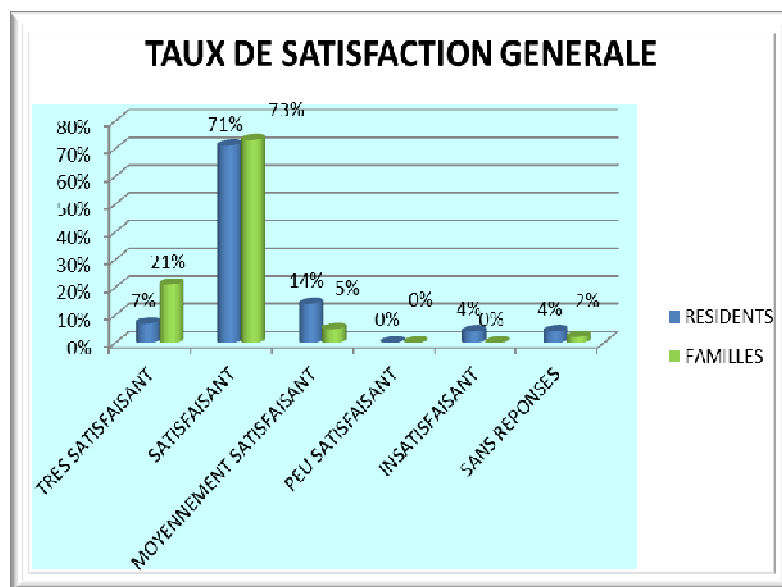
Là encore, les taux de satisfaction des familles comme des résidents en ce qui concerne les différentes prestations servies par l'établissement est positif même si nous pouvons trouver dans l'expression des insatisfactions une motivation pour progresser encore. Les commentaires joints aux questionnaires nous ouvrent des pistes de réflexion même si ce qui les motive est souvent d'ordre très personnel (manger plus souvent des lentilles, par exemple, ou servir des repas moins copieux).

l) Conclusion de l'enquête de satisfaction pour l'EHPAD

Comme nous l'avons analysé pour chaque chapitre de cette enquête, avec des taux de satisfaction qui sont pour beaucoup supérieur à 80% nous pouvons dire que globalement et malgré les faiblesses mises en évidence par l'auto évaluation, nos « clients » sont satisfaits du service que nous leur apportons et des conditions d'accompagnement proposées en fonctions des besoins de chacun.

Le graphique ci-dessous, le dernier pour ce qui concerne l'EHPAD résume l'opinion générale de ceux qui fréquentent la Résidence du Parc ou y achèvent leur vie. Que la satisfaction des résidents soit moins

forte que celle des familles est tout à fait compréhensible. Le plus souvent, ils sont entrés en structure faute d'une autre alternative plus conforme à leur choix de vie et cette réalité colore leurs réponses même s'ils ne sont pas complètement mécontents.



Enquête de satisfaction 2015 : Evaluation de la satisfaction globale

Mais il n'est pas question pour nous de se contenter de ces « bonnes notes ». Comme nous venons de l'écrire, nous connaissons nos faiblesses qui parfois se retrouvent à travers les résultats de cette enquête et il nous appartient de poursuivre notre cheminement vers ce qui nous semble être la garantie d'une prise en charge bienveillante en harmonie avec les aspirations singulières de chacun, la labellisation HUMANITUDE.

2. Enquête de satisfaction pour l'accueil de jour

Depuis 2008, Le PHARE accueille à la journée des personnes souffrant majoritairement de maladie de type ALZHEIMER. La fréquence d'accueil varie en fonction des besoins d'accompagnement des personnes, du besoin de répit de l'aidant mais aussi des possibilités financières des familles.

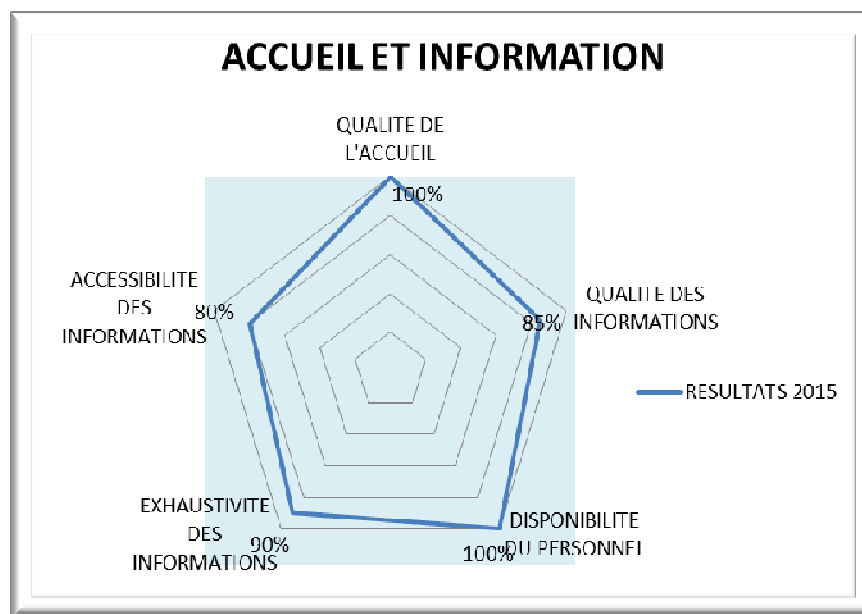
Depuis son ouverture la structure s'est constamment adaptée aux problématiques des usagers pour faire du sur-mesure afin de permettre le maintien à domicile aussi longtemps que possible. Certains usagers fréquentent la structure depuis son ouverture et grâce aux activités proposées, au maintien d'un lien social fort, ils ont pu préserver, pour certains une autonomie satisfaisante.

Notre démarche vise à établir un lien solide avec l'utilisateur et son aidant familial, mais aussi avec les autres acteurs du maintien à domicile afin de prévenir les situations dangereuses.

C'est pour évaluer la perception qu'ont les aidants de la qualité de ce dispositif que nous leur avons adressé un questionnaire de satisfaction qui balaye les différents aspects de notre action. Les résultats de cette enquête seront donc présentés par thème dans les pages qui suivent.

a) Evaluation de l'accueil et de l'information au PHARE

Depuis l'ouverture du PHARE et après avoir constaté que les professionnels de santé malgré nos contacts n'étaient que rarement prescripteurs, nous avons compris que la satisfaction des usagers et de leurs aidants serait notre meilleur vecteur de communication, nous avons beaucoup travaillé l'accueil et l'information. Le fruit de nos efforts se lit dans les taux de satisfaction illustrés par le graphique qui suit.



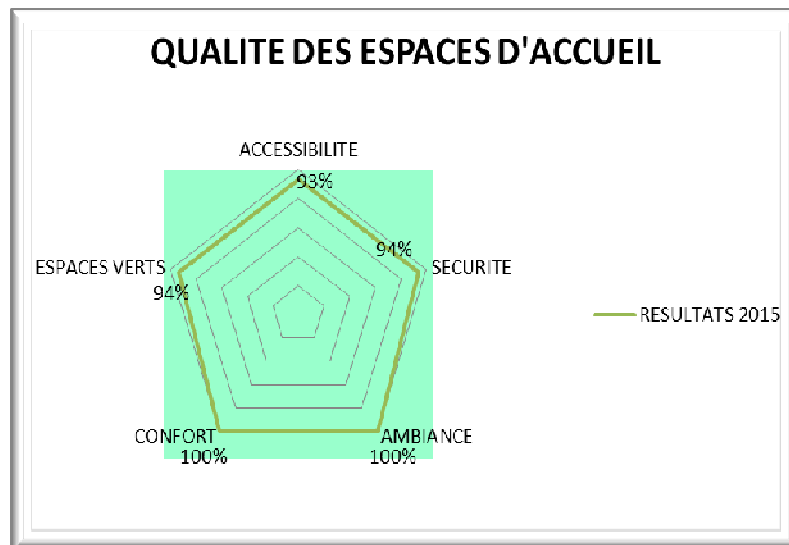
Enquête de satisfaction 2015 : Evaluation de la qualité de l'accueil et de l'information du PHARE

Compte tenu du fait que les aidants sont souvent eux même âgés et que le stress et la fatigue induits par ce rôle monopolisent leur attention, nous sommes très attentifs à multiplier les contacts et la journée découverte que nous proposons à tout demandeur est sans doute ce qui explique ce succès. Par ailleurs, conscients du fardeau qui pèse sur les épaules de ces aidants, nous mettons tout en œuvre pour ne jamais les laisser seuls face à une difficulté quand bien même nous sortons du cadre stricte de notre mission, soit en suscitant la coordination des acteurs du maintien à domicile, soit en cherchant avec ces aidants la solution la plus adaptée.

Devant une mission qui les dépasse, ces aidants épuisés sont très exigeants, ce qui peut se comprendre, mais notre écoute permet des relations paisibles dans l'intérêt des familles.

b) Qualité des espaces d'accueil

L'accueil de jour Le PHARE a été installé dans des locaux entièrement rénovés pour permettre un accueil non traumatisant. Nous avons choisi un espace indépendant de l'EHPAD qui fait peur aux usagers comme à leurs aidants et avons réalisé des aménagements qui rappellent plus le domicile que l'institution. Le fait de vivre au PHARE comme à la maison explique sans doute les taux de satisfaction élevés illustrés ci-dessous.



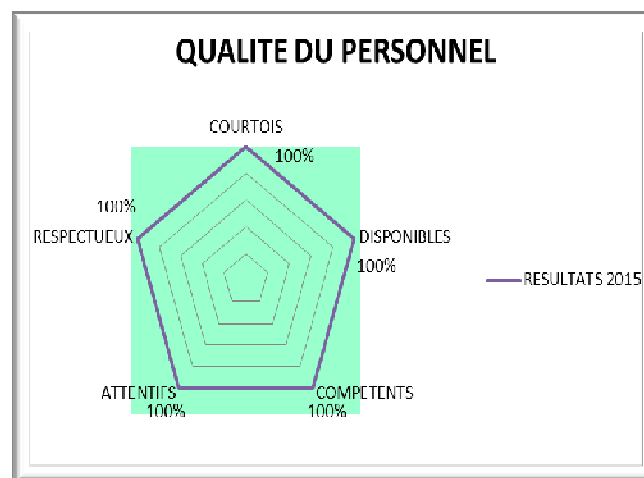
Enquête de satisfaction 2015 : Evaluation de la qualité des locaux du PHARE

Après 7 années de fonctionnement du PHARE et malgré les quelques imperfections que l'usage quotidien fait apparaître, ces résultats nous confirment la pertinence de nos choix et nous permettent aussi de tirer des enseignements qui seront mis à profit pour le projet architectural à venir.

c) **Evaluation de la qualité du personnel**

Si l'accueil et les locaux sont des atouts certains pour le PHARE, son succès qui ne se dément pas après 7 années de fonctionnement tient essentiellement à la qualité des professionnels qui y exercent.

Les agents diplômés, psychologue, AMP ou aides-soignants sont toujours en poste et les changements intervenus depuis 2008 ne concernent que le personnel non diplômé qui quitte la structure pour entrer en formation ou après l'obtention d'une qualification nouvelle. Cette stabilité donne à l'équipe une cohérence qui fait ses preuves au quotidien et a permis de développer une expertise qui fait la force de ce dispositif. Les indices de satisfaction qui sont transcrits dans le graphique qui suit montrent la qualité de la relation que ces professionnels très investis ont tissée tant avec les participants qu'avec leurs aidants.



Enquête de satisfaction 2015 : Evaluation de la qualité du personnel du PHARE

La qualité professionnelle de cette équipe, sa disponibilité sont nous le voyons, très appréciés des bénéficiaires qui évaluent ici le mieux-être qu'ils tirent, les uns de leur venue au PHARE, les autres du répit dont ils peuvent jouir sans culpabilité excessive. L'expertise de cette équipe fait aussi de notre accueil de jour un terrain de formation apprécié un modèle copié.

d) Conclusions de l'enquête de satisfaction pour le PHARE

Les chiffres présentés dans les pages précédentes parlent d'eux même, le PHARE est un accueil de jour de qualité ce qui explique que son activité soit élevée malgré les aléas liés à la fragilité de la population accueillie et son coût relativement élevé.

Nous pourrions nous enorgueillir de tels résultats, mais nous savons qu'il faut rester modeste et surtout créatifs pour maintenir l'appétence de la population pour notre structure alors que d'autres dispositifs semblables voient le jour.

Nos objectifs pour les années à venir devront nous permettre de ne pas tomber dans la facilité de l'habitude pour garder notre attractivité.

C. Synthèse des différentes évaluations

Comme nous l'ont montré les résultats tant de l'évaluation interne que des enquêtes de satisfaction, notre établissement a su faire évoluer ses pratiques pour garantir des accompagnements et des soins bienveillants. Pour autant, nous ne sommes pas au terme de notre cheminement, si tant est qu'il puisse y avoir un terme à l'amélioration de la qualité.

L'évaluation interne a mis en lumière les points d'efforts auxquels nous devons nous attachés pour répondre aux exigences de bonnes pratiques. Notre démarche pour les 5 prochaines années devra nous permettre de satisfaire ses exigences sans ignorer les attentes des résidents et de leurs familles. La labellisation HUMANITUDE devrait nous permettre de concilier ces exigences avec de surcroit le souci d'efficience auquel nous sommes tous contraints ;

Dans le chapitre qui suit, nous allons exposer nos objectifs pour les années à venir et qui seront nous l'espérons formalisés par la signature de la convention tripartite et qui marquera notre engagement, mais aussi celui des autorités de tarification signataires.

« Être conscient que demain existera et que je peux avoir une influence sur lui est le propre de l'homme. »

Albert JACQUARD

CHAPITRE III : REVISION DU PROJET INSTITUTIONNEL DE LA RESIDENCE DU PARC POUR LES ANNEES 2015-2020

Alors que l'avenir est difficilement lisible pour les EHPAD en attente d'une réforme qui les intègre à la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, alors que la population qu'ils accueillent est de plus en plus âgée, de plus en plus dépendante, mais qu'elle ne se contente plus d'établissements encore trop empreints de leur passé d'hospices et de leur filiation sanitaire, alors que les ressources se raréfient, écrire une troisième version du projet institutionnel de la Résidence du Parc est un exercice difficile.

Mais nous savons, comme l'affirmait Albert JACQUARD, « que demain existera » quand bien même cet avenir serait limité, et cette certitude, nous fait, à nous, Hommes responsables et conscients, l'obligation de peser sur lui, de l'orienter vers un plus grand respect de l'Humanité qui demeure en chaque homme aussi vieux et différent soit-il, en espérant que notre action ne sera pas vaine.

S'il y a une fatalité à devenir vieux à laquelle nul n'échappera quand bien même la science retarde régulièrement l'échéance, il ne doit pas y avoir de fatalité à être malheureux et misérable quand se profile la fin de vie. Le projet d'établissement que nous proposerons dans les pages à venir aura pour objectif général de proposer un accompagnement bientraitant de l'Homme très âgé qui lui permette de « mourir debout ».

Pour lui donner corps nous nous appuierons sur la démarche qui doit nous conduire à obtenir la labellisation « HUMANITUDE » dès 2016, et pour cela nous poursuivrons notre travail selon les axes développés dans les pages qui suivent. Nous y exposerons en premier lieu, le projet architectural en reprenant dans un souci de cohérence et de continuité, certains arguments présentés dans un dossier élaboré en amont car c'est sur ce projet que reposeront en partie les orientations inscrites dans les autres axes du projet institutionnel. Ensuite nous présenterons le projet de vie actualisé pour tenir compte des résultats de nos réflexions et des attentes de ceux que nous accueillons, le projet de soins qui lui aussi prendra en compte les faiblesses mises en évidence par l'évaluation interne essentiellement, le projet d'animation, puis enfin le projet social.

Il nous faut toutefois considérer que ces différents chapitres du projet institutionnel sont indissociable les uns des autres qu'on y trouve des croisements permanents. C'est de manière tout à fait arbitraire, mais cohérente avec notre démarche qui travaille d'abord sur le parcours de vie pour y intégrer le parcours de soins, que nous proposons la présentation qui suit.

A. Un lieu de vie comme chez soi

Il est certainement peu conventionnel de commencer la réécriture du projet institutionnel par la présentation du projet architectural et dans les versions précédentes nous avons clôturé notre travail par cette réflexion. Aujourd'hui, la donne a changé. Un projet architectural a été déposé en 2014 et les procédures pour sa mise en œuvre sont en cours. Par ailleurs, il nous sera difficile, voire impossible, de faire encore évoluer nos accompagnements et combler les lacunes mises en lumière par les différents processus d'évaluation dans un établissement totalement inadapté.

Quand bien même nous avons conscience de la nécessité de moderniser la structure, nous avons choisi de commencer par transformer notre façon d'accompagner la grande vieillesse et la dépendance, de faire évoluer les pratiques professionnelles, avant de transformer les locaux. Cela nous semblait en effet pertinent, d'une part d'un point de vue éthique, car il était essentiel de consolider les pratiques bientraitantes, et d'autre part, parce qu'il n'était pas pensable d'imaginer un bâtiment avant de savoir comment résidents et personnels allaient y vivre ce temps particulier de la dépendance et de la fin de vie.

Au cours de l'année 2012, nous avons mis en place un groupe de travail constitué de professionnels, de résidents et de familles et chargé d'évaluer la qualité d'usage des locaux au regard de notre réflexion institutionnelle et des valeurs qui la sous-tendent. Cette évaluation nous avait alors permis de mettre en évidence les inadéquations entre les objectifs de ce projet et les possibilités de sa mise en œuvre. Les enquêtes de satisfaction réalisées régulièrement et les enseignements tirés des colloques auxquels nous avons participé et les visites d'établissement que nous avons effectuées nous ont montré le chemin que nous voulions suivre pour aménager la nouvelle Résidence du Parc.

1. L'esprit du projet

Aujourd'hui, notre projet institutionnel repose sur des bases solides. Les équipes sont formées à ces approches innovantes qui donnent une large place aux prises en charges non médicamenteuses qui s'appuient sur le maintien ou la création de liens entre les différents acteurs pour créer l'environnement «suffisamment⁵ bon» qui permettra aux résidents de trouver l'apaisement quels que soient les troubles qu'ils présentent.

Depuis plusieurs années, nous nous intéressons aux différents modes d'accompagnements développés à travers le monde et nous avons constaté que tous ceux qui permettent une vie conforme aux aspirations évoquées par ceux que nous recevons, mais aussi par les personnes âgées encore autonomes mais qui envisagent la dernière étape de leur vie, reposent sur la création de lieux de vie proches de la structure d'une famille élargie. Qu'il s'agisse des maisons du mouvement CARPE DIEM⁶, des structures qui

⁵ D. W. Winnicott

⁶ CARPE DIEM : mouvement créé par Nicole POIRIER à Trois Rivières (Québec) et qui propose un accompagnement inspiré des travaux de Carl ROGERS (<http://alzheimercarpediem.com/1%E2%80%99approche-carpe-diem/>)

s'appuient sur les travaux de Maria MONTESSORI⁷ adaptés aux personnes souffrant de Maladie de type Alzheimer, ou des établissements labellisés HUMANITUDE⁸, ces lieux de vie tentent de remplacer la vie collective par la vie communautaire, celle des villages, des quartiers où il est possible de recréer un chez soi pour y finir sa vie. Au moment où les liens naturels se délitent sous l'effet du vieillissement, l'Homme cherche à retrouver un environnement matériellement sécurisant, mais qui offre surtout une permanence affective et émotionnelle qui préserve l'humanité de chacun et reconnaît son droit à exercer sa liberté « d'être » malgré l'âge et la maladie.

Nous avons donc proposé de restructurer l'établissement afin de pouvoir y développer notre projet d'accompagnement dans des conditions optimales qui lui donnent encore plus de force et de pertinence qu'aujourd'hui.

Pour y parvenir, les lieux de vie feront l'objet d'une construction nouvelle sur le site actuel et grâce à l'acquisition de terrains adjacents. Les locaux administratifs, de soins et techniques ainsi que certains espaces partagés seront aménagés dans une partie des anciens bâtiments alors qu'une partie sera détruite afin de créer des places de stationnement.

2. Une architecture thérapeutique

a) Des espaces d'accueil et de liaison avec la ville

C'est là que se nouent les premiers liens avec l'institution, et la configuration tout comme l'ambiance qu'elle créera, doivent être de nature à faire oublier la violence de l'institutionnalisation née des à priori dont souffrent les EHPAD. Les services administratifs et d'accueil devront être regroupés, facilement identifiables, et faciles d'accès depuis le domaine public mais offrir déjà un cadre convivial et chaleureux. Ils proposeront :

Situés au cœur de l'établissement, ils ne doivent pas devenir un territoire à part, coupée de la réalité, d'où l'importance d'y intégrer des espaces de vie collectives et d'échanges. Tous les résidents doivent pouvoir y passer, s'y attarder et le personnel qui y travaille doit garder le contact avec la population accueillie et ce de manière naturelle. On doit pouvoir venir dire bonjour en passant. Il s'agit de créer les conditions propices aux rencontres.

⁷ Méthode MONTESSORI adaptée par le Professeur Cameron CAMP neuropsychologue américain à partir de travail de Maria MONTESSORI :

http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/08/20/retrouver-la-memoire-des-gestes_1747477_1651302.html

⁸ Le mot " Humanitude " a été créé par Freddy KLOPFENSTEIN (Humanitude, essai, Genève, Ed. Labor et Fides, 1980.) puis repris par Albert JACQUARD et enfin par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI qui écrivent une nouvelle philosophie de soins : http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=39

b) Des lieux de vie

(1) Organisation générale de la Résidence

Il s'agira d'unités de vie de type appartement communautaire, des maisonnées qui offriront 96 places d'hébergement permanent réparties en unités de vie de 12 à 14 places et dont la majorité seront des unités pour les personnes souffrant de troubles de type ALZHEIMER qui fonctionneront la journée sur le mode d'une UVP (Unité de Vie Protégée), en impliquant les personnes âgées dans l'organisation de la vie quotidienne. Une de ces unités pourra être réservée aux personnes présentant des troubles plus sévères avec des passages à l'acte violent possibles.

A cet accueil permanent il conviendra d'adjoindre 3 places d'hébergement temporaires dont 2 pour des personnes souffrant de troubles de type ALZHEIMER ainsi qu'une place d'accueil de nuit réparties dans les unités précédemment citées et ceci pour s'adapter aux situations observées aujourd'hui.

Il serait également souhaitable de prévoir une place d'accueil d'urgence pour répondre aux situations de crise qui peuvent, faute de réponse, obliger à interrompre un maintien à domicile qui était pourtant parfaitement organisé.

(2) Organisation des appartements

Chaque appartement offrira un cadre apaisant à ses habitants en proposant une organisation de l'espace qui permettent à chacun de passer facilement de son lieu de vie personnel (sa chambre) aux espaces de vie communautaire, la salle à manger, le salon, la cuisine comme on le fait chez soi. Chaque appartement aura une ambiance propre créée par des harmonies de couleurs qui faciliteront l'orientation spatiale des résidents. Les circulations permettant ces passages ne devront pas présenter de cul de sac afin d'éviter toute sensation d'enfermement. La circulation entre les différents appartements sera facilitée.

Un appartement comportera 12 à 14 chambres de 20m² minimum avec salle d'eau (douche, lavabo, WC), prévues pour accueillir des personnes à mobilité réduite dans de bonnes conditions. Elles devront permettre un aménagement personnalisable et faciliter l'intervention du personnel.

Ces chambres ouvriront sur un espace commun. L'unité comprendra 1 salle à manger centrale et ouverte, pouvant accueillir tous les résidents de l'appartement ainsi qu'une cuisine thérapeutique adjacente qui pourra être sécurisée. Cet espace sera le cœur de la maison, les résidents et les accompagnants y partageront les repas, mais aussi les activités. La cuisine thérapeutique, aux équipements adaptés permettra d'associer les résidents aux activités de la vie quotidienne afin de préserver leurs capacités et de favoriser les rôles sociaux.

Enfin en périphérie de ces espaces de vie communautaire, isolés partiellement, des espaces plus calme permettront de regarder la télévision, de faire une activité en petit groupe, de s'isoler du groupe sans se couper complètement de lui ou de passer un moment en famille.

(3) Des locaux de soins

Si notre établissement est d'abord un lieu de vie, substitut de domicile ou chaque résident doit trouver un nouveau chez soi où il pourra poursuivre son histoire, nous ne pouvons oublier qu'avec le grand

âge, la multiplication des pathologies induit des soins médicaux et paramédicaux réguliers. Toutefois, parce qu'on on se soigne pour vivre et non l'inverse, les locaux de soins ne devront pas envahir les lieux de vie. En zone centrale, située non loin de l'administration, ils doivent offrir les conditions d'un accès aisées aux appartements pour les professionnels, aux salles de soins pour les résidents mais en même temps ne pas « envahir » les lieux de vie qui doivent le rester.

Ces locaux doivent permettre de garantir la sécurité des soins et la confidentialité de ce qui y a trait. Ils doivent en outre garantir aux intervenants libéraux de bonnes conditions d'exercice dans l'intérêt des résidents.

(4) Des locaux techniques

Comme les locaux administratifs et les locaux de soins, les services logistiques resteront installés dans des anciens bâtiments qui seront modernisés.

La réorganisation de l'espace permettra d'optimiser les conditions de travail de personnel qui aujourd'hui travaille dans des conditions parfois difficiles qui lui font perdre de l'efficacité.

La préparation des repas continuera à être assurée sur place avec une assistance technique qui nous permet de bénéficier d'une centrale d'achat et de l'intervention d'une diététicienne pour l'élaboration des menus. La cuisine devra donc être modernisée pour permettre répondre aux normes actuelles aussi bien en matière de sécurité et de qualité des aliments servis que d'ergonomie pour les professionnels.

L'entretien du linge est en partie sous-traité pour ce qui est du linge hôtelier et notre collaboration avec le GIP de blanchisserie d'Epernay sera poursuivi, mais nous conserverons en interne l'entretien du linge des résidents et les locaux de la blanchisserie devront être repensés pour faciliter le stockage du linge et sa distribution dans des conditions satisfaisantes tant en terme d'hygiène que d'ergonomie pour le personnel.

3. Remarques générales sur le projet architectural

Longtemps retardé par l'hypothèque, aujourd'hui levée, des contraintes du PPRI, le projet de restructuration de l'établissement est à présent entré dans une nouvelle phase. Début octobre, le Conseil d'administration devrait se prononcer sur la proposition en cours de finalisation avec l'Agence ICADE et en cas d'avis favorable le programme technique détaillé sera formalisé en respectant les principes essentiels de notre projet institutionnel.

Le choix de laisser la Résidence du Parc sur son site d'origine pour la maintenir au cœur de la vie du village permettra en plus d'une interaction constante avec la population de réutiliser une partie des installations techniques modernisées ces dernières années et de respecter la contrainte très restrictive du PPRI de conserver une partie de l'existant et d'avoir entre les deux parties une liaison fonctionnelle.

Dans la mesure où ce projet de restructuration devra mobiliser divers partenaires notamment pour organiser le financement de cette opération, il est difficile de fixer des objectifs sans prendre de risques. Nous ne pouvons que travailler encore, et avec le même engagement à sa réalisation.

B. Le projet de vie institutionnel : La vie comme chez soi :

Nous écrivons ici la troisième version du projet de vie institutionnel de la Résidence du Parc et nous ne remettons pas en cause ce que nous avons affirmé clairement dans les écrits de 2004 et 2010. Les valeurs affichées dans ces écrits n'ont fait qu'ensemencer nos pratiques au quotidien et comme dans une terre fertile, au fil des années, donner de nouveaux fruits. Le projet de vie institutionnel 2015-2020 s'appuie donc sur ses aînés, se nourrit de leur expérience et ne prétend pas apporter une révolution dans nos pratiques mais bien plus les amender quand il le faut et les ancrer dans le quotidien pour qu'elles survivent à ceux qui les ont fait murir.

Les enquêtes qui se succèdent, année après année, nous redisent sans cesse que les français veulent terminer leur vie à domicile, dans un chez soi singulier, construit avec le temps, les souvenirs, les joies et les peines. Face à cette attente, il n'est pas étonnant que les lieux qui accueillent les personnes âgées, quand ce chez soi idéalisé n'est plus suffisamment sûr, soient massivement rejetés et peinent à se débarrasser de leur image de mouiroirs.

Pourtant, les établissements se transforment, ils proposent aujourd'hui, des locaux modernes et fonctionnels, des animations pour tromper l'ennui, des soins pour rester en vie. Et alors ? Ils ne sont toujours pas, pour la majorité des « Vieux », ni pour nous même, un avenir envisageable et quoi qu'on fasse, nous devons accepter qu'ils ne le soient jamais. Il nous reste, pour continuer à croire à notre travail, à faire qu'une fois franchi le seuil de l'EHPAD, il devienne, un présent dont jouir comme chez soi.

C'est dans cet objectif, que nous avons choisi d'inscrire nos pratiques d'accompagnement dans le cadre très exigeant, mais très juste de l'Humanitude. Ce mot a été créé par un écrivain suisse, Freddy KLOPFENSTEIN en 1980 puis repris par le généticien Albert JACQUARD qui le situe dans la lignée du mot négritude jadis créé par Aimé CESAIRE puis popularisé par Léopold SENGHOR.⁹

Pour Albert JACQUARD « *L'Humanitude, c'est ce trésor de compréhensions, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'Humanitude déjà accumulé et de continuer à l'enrichir.* ». Nous pouvons ajouter, pour citer les mots des concepteurs de la méthodologie de soin HUMANITUDE, Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, que l'Humanitude :

«... est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce, l'Humanité. Ou alors...

...est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'Humanité. »¹⁰

C'est sur cette affirmation, qui pourrait sembler trop simple si nous ne savions comment sont encore trop souvent mal traités les Hommes vieux et vulnérables par notre société et ceux qu'elle charge de les « traiter », c'est-à-dire de laver leurs vieux corps et les remplir pour qu'ils durent un peu, que

⁹ PELLISSIER, Jérôme – docteur en gérontopsychologie - <http://www.jerpel.fr/spip.php?auteur1>

¹⁰ http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=39

nous avons construit depuis une décennie, notre projet de vie. Pour autant, si l'idée de l'Humanité nous convainc, la Méthodologie de l'HUMANITUDE n'est notre seule source de réflexion. Il s'agit d'un de nos outils d'accompagnement, qui n'est pas un remède miracle, qui ne supprime pas toutes les difficultés de nos métiers, mais qui a le mérite de structurer notre action, l'engagement des équipes, et de nourrir notre réflexion. Elle ne doit cesser de s'enrichir de toutes les autres approches élaborées aux quatre coins du monde par ceux qui veulent garder une place pour l'Homme vieux au sein de cette humanité afin de donner naissance à une structure singulière, porteuse de sa propre histoire comme chaque homme l'est de sa vieillesse.

Le projet d'accompagnement présenté dans les pages suivantes s'inscrit donc dans cette philosophie, mais il s'agit avant tout de la synthèse de nos réflexions d'équipes fondées sur l'expérimentation et l'analyse des pratiques. Il doit permettre de ne détruire aucune possibilités de l'Homme aussi vieux et vulnérable soit-il un lui offrant de poursuivre son histoire comme chez soi en EHPAD.

1. L'objectif général : L'identité et la singularité préservées

Ici nous sommes invités au questionnement : pourquoi ce projet-là ? Et nous proposons notre réponse dans les lignes qui suivent.

Alors que toutes les formations des professionnels de l'accompagnement et du soin font des capacités d'empathie une qualité essentielle, au moment d'écrire une nouvelle page de notre projet de vie institutionnel, ne pourrions-nous un moment et avec sincérité, tenter d'imaginer ce que ressent l'Homme vieux auquel on fait franchir, souvent contre son gré, la porte de l'EHPAD. Parce que « La seule intelligence qui vaille la peine, c'est celle qui nous permet de nous mettre à la place de l'autre - de ressentir ce qu'il ressent sous la douleur et l'humiliation »¹¹, nous pourrions peut-être approcher sa vérité. Acceptons le défi, jouons le jeu et prenons cette place que nous n'osons imaginer.

Si je suis cet Homme vieux que l'on conduit là, coupable mais résigné parce que c'est « la seule solution », si je suis cet Homme vieux à qui l'on chante « tu verras, tu seras bien »¹², n'ai-je pas peur tout à coup de disparaître, exilé à mon tour parmi les autres exilés du grand âge, auquel on confisque, son chez soi, son argent, ses papiers, parce que c'est plus prudent ?

N'aurais-je pas, tout à coup, et sans pouvoir le dire, la crainte effroyable d'être anéanti¹³, privé de mon identité, cette ipséité de Paul RICOEUR¹⁴, qui fait que je suis toujours là, enfant, adolescent, adulte, dans la vieille dépouille qui a du mal à aller plus loin. Je suis toujours là, même si j'ai un comportement qui vous trouble et que vous étiquetez bien vite, et même sans avis médical « ALZHEIMER », le mot qui tue l'HOMME plus que le mal lui-même ? Je suis toujours le même/la même derrière le papi/mamie dont vous m'affublerez pour que je me sente en famille. Je suis toujours le même, produit d'un temps qui s'écoule, qui a écrit mon histoire et qui me manque. « L'exil du temps est plus impitoyable que celui de l'espace. Mon enfance me manque plus cruellement que mon pays. »¹⁵

¹¹ LAFERRIERE, Dany (2011) - *L'Art presque perdu de ne rien faire* - Paris, Ed. Grasset

¹² FERRAT, Jean (1980) – FERRAT 80 - Temey/ Sony

¹³ WINNICOTT, D W (non daté)- *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*- Paris, Ed ; Gallimard

¹⁴ RICOEUR, Paul (1990) – *Soi-même comme un autre* – Paris Ed. Du Seuil

¹⁵ LAFERRIERE, Dany (2009) – *L'énigme du retour* - Paris, Ed. Du Boréal

Je ne veux pas disparaître et je vais lutter avec mes refus, mes agitations, mes cris, mes errances pour vous prouver que je suis bien là... à moins que le projet de vie institutionnel me reconnaisse, moi, individu singulier et s'attache à préserver, au-delà de ce que le temps gomme peu à peu, ce qui reste de moi en moi, citation peut-être facile, mais toujours explicite, qu' « on ne voit bien qu'avec le cœur »¹⁶.

A la question que nous posons il y a quelques instant nous devons maintenant en ajouter qui appelle les réponses que nous tenterons de proposer : Comment ? Comment préserver jusqu'au dernier jour cette identité et cette singularité que le temps attaque parfois violemment ?

2. La préparation de l'accueil : une première reconnaissance

En 2010, écrivant la seconde version du projet de vie institutionnel, nous avons formé le vœu de préparer avec un soin accru le bouleversement que sera, quoi qu'on fasse, l'entrée en institution pour celui qui, comme nous, voudrait achever sa vie dans un chez soi chargé de souvenirs et de sens. Nous y avons travaillé pendant les 5 années coulées, force est de constater que nous nous heurtons toujours à des difficultés liées au contexte même des demandes d'admission.

Nous l'avons maintes fois répété, personne n'envisage de finir ses jours en EHPAD mais plutôt de faire comme Ulysse. Après le long voyage de la vie et ses péripéties, chacun se prépare à retourner, « plein d'usage et raison, Vivre entre ses parents le reste de son âge ! »¹⁷. Aussi, il n'est pas étonnant que les demandes nous arrivent dans l'urgence, formulées par un tiers, souvent ; sous la pression des services hospitaliers, parfois. Dans ces conditions, la visite à domicile qui nous permettrait, comme nous le souhaitions en 2010, faire connaissance avec la personne avant son arrivée, ne peut être mise en place. Au mieux, quand la personne âgée est déjà accueillie dans un établissement ou service gériatrique, l'Infirmière coordonnatrice et la psychologue lui rendent visite, mais il est déjà bien tard et l'évènement qui l'a conduit là, l'a déjà privée de sa liberté de choix. Il convient d'ajouter à cela, la contrainte économique, qui nous impose des choix dont nous portons la honte : une visite à domicile, c'est un délai d'admission qui s'allonge, des ressources qui manquent, deux agents qui ne sont pas disponibles pour les autres résidents pendant plusieurs heures. Et ces considérations sordides, nous devons les affronter seuls.

Devant cette réalité qui nous échappe, les moyens d'agir ne nous appartiennent pas, ou rarement, mais devraient être l'affaire de tous les acteurs du secteur. En effet, pour que le parcours de soins de la personne âgée, la filière gériatrique, ne soient pas que des concepts vident de sens, il faut un engagement de tous, à commencer par ceux qui, financeurs, pourraient faire peser la responsabilité d'une entrée en institution bientraitante sur toute une filière et non sur les seuls EHPAD.

Malgré tout, pour offrir au futur résident un accueil qui, à défaut de garantir son adaptation, la facilite, nous avons développé, dans le cadre des travaux du Groupe Ressources Humanitude, l'outil « bien vous connaître pour mieux vous accompagner » qui, remis à la personne ou à ses proches dès que l'admission est décidée, doit nous permettre de faire connaissance dans les meilleures conditions possibles.

Ce document, mis en service en 2014, fait l'objet d'une évaluation et d'une adaptation permanente. Il fait l'objet d'une communication importante auprès des familles et si nos efforts portent leurs fruits, il

¹⁶ SAINT EXUPERY, Antoine (1946) - *Le petit prince* – Paris, Ed. Gallimard

¹⁷ DU BELLAY, Joachim (1558) – *Les regrets*

nous permet le jour de l'entrée, une rencontre de qualité tant pour le nouveau résident que pour ses proches et les professionnels qui vont l'accompagner. Aujourd'hui, il est remis au référent professionnel le jour de l'entrée, commenté dans le cadre de la procédure d'accueil et alimenté tout au long du premier mois de séjour, période d'essai avant la validation de l'admission.

Ce document, portrait détaillé autant que respectueux du droit à l'intimité de celui qui s'installe à la Résidence du Parc, va nous permettre de préserver jusqu'au bout de la vie son identité, « son ipsé », et sa singularité en garantissant autant que ses déficits le permettront de lui montrer que nous savons qu'il est toujours là, et qu'au-delà du masque de la vieillesse, nous le reconnaitrons comme notre semblable, mais aussi comme l'Homme singulier qu'il n'a cessé d'être. Doutons-nous « d'un chêne qu'il est le même, du gland à l'arbre entièrement développé »¹⁸

Et si le doute nous assaille devant un « vieux » dit dément, nous en appellerons encore une fois au philosophe Paul Ricoeur qui a développé l'idée d'un « invariant relationnel »¹⁹, qui affirme « une forme de permanence dans le temps qui soit une réponse à la question "Qui suis-je?" »²⁰. Et si cette notion nous semble difficile à envisager quand l'âge semble avoir eu raison de l'Homme, regardons le dans les yeux, avec le regard de l'Humanité, et remplaçons, toujours avec Ricoeur, « Qui es-tu ? » par « Où es-tu ? », il saura nous dire : je suis toujours là !

Cette réflexion nous engage, car il n'est d'identité que dans la relation à autrui et nous devons par nos actes, nos paroles au quotidien, réaffirmer que nous savons qui est là. Ainsi la plus grande attention est portée au respect dû à celui-là dans la manière de le nommer sans familiarité, de lui laisser affirmer ses choix, prendre des risques, disposer de ses biens, de ses papiers d'identité, de son intimité, et bien sûr, de sa vie. Pour cela nous allons développer les outils destinés à assurer que chaque fois que nécessaire son consentement sera recueilli après une information adaptée en ce qui concerne la transmission d'information à des tiers par exemple.

La mise en œuvre de ces principes suppose bien sûr une démarche pédagogique aussi bien auprès des professionnels que des résidents ou de leurs familles sur la base de procédures tracées et réévaluées en permanence.

3. L'avenir au jour le jour : Le projet d'accompagnement personnalisé

Parler de projet, c'est envisager l'avenir, or pour ceux que nous accueillons et malgré tous nos efforts s'envisage surtout en terme de fin et trop souvent suspend ce qui reste de vie à cette attente de la fin. C'est donc un exercice difficile de parler des projets personnalisés et encore plus de les mettre en œuvre en leur donnant du sens. Les professionnels parfois s'y épuisent. Et pourtant ... Notre souhait de préserver la garantie du respect de la singularité de chacun s'appuie sur l'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé.

¹⁸ RICOEUR, Paul (1990) – Soi-même comme un autre – Paris Ed. Du Seuil

¹⁹ Id.

²⁰ Id.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, nous disposons depuis 2014 d'un outil précieux pour la construction des projets d'accompagnement personnalisé, le document « Bien vous connaître pour mieux vous accompagner » qui permet dès les premiers jours de faire une réalité du projet d'accompagnement personnalisé. On notera ici que nous ne parlons pas de projet de vie dans la mesure où nous considérons que la vie est avec ou sans nous et qu'elle ne se projette pas mais s'impose.

Si nous interrogeons les Hommes Vieux, très vieux même, ils n'ont plus guère de projets, à part celui de mourir sans le savoir, pendant leur sommeil. C'est une réalité que les textes ne prennent pas en compte mais qui fait notre quotidien. Et même s'ils n'ont pas envie de mourir, ils n'osent plus faire de projet, censurent leurs envies, sans doute parce que la société qui les met au rebus si facilement, leur donne à entendre qu'il serait indécent à leur âge d'être encore des êtres de désir. Si elle l'admet pour certains, c'est qu'ils sont des êtres d'exception, artistes, scientifiques, hommes politiques, mais certainement pas des vieux souffrant de maladie de type Alzheimer.

Chacun sait, à ce moment, que c'est la mort qui se projette sur l'écran du futur proche et avec cette perspective, il est plus juste de parler de projet d'accompagnement à des professionnels parfois mal à l'aise avec l'idée qu'il faut renoncer au fantasme de sauveur qui a nourri leur choix professionnel. Il faut se résoudre à voir la vie s'achever sans désertier et admettre que quelques minutes de vie à venir, même précaire, c'est assez pour un échange silencieux mais rempli d'humanité.

Depuis 2011, nous avons travaillé avec un groupe de professionnels à l'élaboration d'un support à l'écriture de ces projets. Il doit guider les équipes encore peu familières de cette démarche et souvent mal à l'aise avec l'écrit. Comme tous nos outils, ce document fait l'objet d'une évaluation et d'une adaptation permanente afin d'être un véritable objet relationnel porteur avant tout des désirs des résidents qu'ils soient clairement exprimés par ceux qui en ont la possibilité ou suggérés par les proches et validés par l'acquiescement à lire dans les regards échangés, les sourires, les gestes.

L'écriture des projets d'accompagnement personnalisés est un ouvrage de longue haleine « à remettre sur le métier » sans cesse avec les résidents eux même ou leur proche afin de l'adapter soit à une situation nouvelle soit à une demande. Cette mission est celle du binôme de référents professionnels désigné pour chaque personne dès son arrivée. La directrice et la psychologue sont les garants éthiques de ces projets et à ce titre, les visent avant de les proposer à la signature du bénéficiaire et ou de ces proches si celui-ci donne son accord. Les documents supports sont régulièrement alimentés par l'enregistrement des actions mises en place et illustrées de photographies si cela est pertinent, afin d'en faire un lien entre les acteurs de cet accompagnement. L'objectif général de notre démarche est de préserver le goût de la vie en favorisant l'expression des désirs et la réalisation personnelle jusqu'au dernier jour. Les réalisations peuvent être modestes : une promenade dans le parc, où ambitieuse : retrouver une compagne à l'autre bout de la France.

Un répertoire des projets d'accompagnement personnalisé a été mis en place qui permet de suivre la réalité de la démarche et de la rendre dynamique. Par ailleurs, la mise en place de ces projets très personnalisés organise la vie de la maison autour du respect des singularités.

4. Le respect des rythmes singuliers

Dans « *L'Art presque perdu de ne rien faire* », paru en 2011, l'écrivain haïtien Dany Laferrière nous propose cette réflexion qui semble faite pour nous, professionnels de la gérontologie : « On remarque qu'une société est en danger quand ses vieux accélèrent le rythme au lieu de le ralentir. On se demande où ils vont tous si vite »²¹. La sagesse, dans notre propre intérêt nous suggère donc : Laissez-leur le temps ! Le temps de marcher à pas lent, de dormir longtemps ou pas, de manger sans se presser. Notre projet institutionnel va donc comme il a commencé à le faire promouvoir le droit d'aller à la mort sans courir.

L'entrée en EHPAD est une rupture grave du continuum de la vie en premier lieu parce qu'il faut renoncer aux lieux dans lesquels on a vécu ses derniers moments heureux, où l'on a accumulé tous les souvenirs qui font l'histoire d'une vie et en attestent la réalité. Les renoncements inévitables sont nombreux mais une chose est certaine, ils ne sont pas obligés de s'étendre à tout ce qui fait la singularité d'un individu.

Si l'institution le prive de son lit matrimonial parce que les chambres sont trop petites, elle peut s'organiser pour respecter sa grasse matinée si tel est son souhait. Elle peut et doit le faire quand bien même cela suppose une souplesse d'organisation parfois complexe à mettre en place compte tenu des moyens dont dispose un établissement comme le nôtre. Comment prétendre mettre en place un accompagnement bienveillant, conforme aux règles de bonnes pratiques, avec des moyens toujours inadaptés à la réalité du besoin d'aide. Or n'est-ce pas contraire à cette bienveillance que nous sommes invités à promouvoir que d'imposer à tous un lever à 7h00 ou un dîner à 18h00?

Nous avons, depuis 2004, fait évoluer les rythmes de l'institution pour qu'ils s'approchent le plus possible de ceux de la vie ordinaire, et peu à peu, nous avons mis en place une organisation de service qui respecte complètement les rythmes individuels de lever comme de coucher. Parallèlement, nous avons dû réadapter le service des repas afin de ne pas compromettre l'équilibre nutritionnel d'une population fragile. Les horaires de distribution des traitements ont également été réévalués avec les médecins traitants. Notre démarche pour les années à venir devra nous permettre de consolider ces pratiques.

Dans le cadre de cette démarche, nous souhaitons porter une attention toute particulière au respect du sommeil de nos résidents en réduisant aux strictes raisons médicales les intrusions du personnel dans les chambres pendant la nuit. L'héritage d'une culture sanitaire qui prévoyait des tournées de changes 2 fois par nuit, a suscité quelques résistances de la part des soignants qui lisaient là une remise en cause de leur travail. 10 années et des heures de pédagogie plus tard, les aides-soignantes de nuit ne rentrent plus dans les chambres que sur prescription pour une surveillance particulière ou pour répondre à un appel et les traitements ont été révisés afin de ne plus imposer de réveil.

Il est bien évident que les aides dont les résidents peuvent avoir besoin sont programmées pour s'adapter au rythme de chacun sans qu'il y ait d'abandon de soin. Pour cela, les résidents sont interrogés sur leurs préférences et les observations des professionnels permettent une réévaluation permanente.

Si l'établissement doit se doter d'un cadre qui propose des repères qui rythment les journées, le cadre que nous proposons se veut stable pour être sécurisant, mais souple pour s'adapter aux besoins de chacun. Ainsi, le service des repas est proposé à heure fixe, ce qui satisfait la majorité qui a besoin de ces

²¹ LAFERRIERE, Dany (2011) – *L'art presque perdu de ne rien faire* – Paris, Ed. Grasset

rendez-vous, mais il est toujours possible d'avoir un repas en dehors de ces horaires sur demande ou, parce que les observations du personnel ont permis de repérer l'heure idéale de repas pour un résident.

Le respect des rythmes individuels n'est pas seulement une histoire d'horaires mais aussi de durée. La vieillesse est le temps de la lenteur, nous le savons bien. A mesure que le temps qui passe inscrit ses stigmates dans nos corps, quand bien même nous n'en mesurons pas les effets, nous ralentissons et point n'est besoin d'attendre 90 ans pour en faire le constat. Il semble qu'inconsciemment, et à mesure que la vie s'écoule et que le temps qui reste s'amenuise, ce qui nous occupe s'y allonge de plus en plus, comme si dérisoire défense devant la fin qui s'annonce, nous tentions, par ce stratagème, d'en repousser le terme. Mais n'est-ce pas normal ? Comme le rappelle l'écrivain Dany LAFERRIERE que nous citons au début de cette réflexion sur les rythmes individuels : « on se demande où ils vont tous si vite »²². Mais à cette question nous connaissons la réponse puisque nous y allons aussi.

Ce constat nous oblige à adapter nos accompagnements à cette lenteur et s'est sans doute au moment des repas que l'impact sur la qualité de vie du résident et sur l'organisation de la structure pèse le plus. Quand il faut plus d'1h30 à un résident pour prendre son repas et qu'il a besoin d'aide pour le faire, la tentation pourrait être grande de céder à la facilité et de donner la « becquée » pour en finir plus vite et passer au suivant. Rappelons ici que l'ANESM prescrit la présence d'un professionnel pour 2 résidents à accompagner pendant le temps du repas. Notre démarche, inscrite dans la philosophie du prendre soin en Humanitude, nous l'interdit et nous oblige à développer d'autres stratégies, déjà présentées dans la seconde version du projet institutionnel, et en perpétuel réaménagement.

C'est ainsi que nous avons initié ce que nous avons d'abord appelé repas thérapeutique pour poser le cadre et afficher clairement l'objectif général de cette démarche, puis terrasse gourmande pour mieux illustrer les objectifs opérationnel qui s'y rattachent et cesser de considérer que tout, dans un EHPAD, doit être thérapeutique ou ne pas être, un sourire, un jeu, un repas.

Que sont ces « terrasses gourmandes » ? Des espaces annexés le temps du repas, où, autour d'une grande table, résidents et professionnels partagent ce repas et bien plus. Ce dispositif présente plusieurs avantages dont ceux de donner du temps et du sens à l'acte de manger et de pouvoir laisser faire les résidents à leur rythme en faisant confiance au travail des neurones miroirs qui réveillent la capacité de manger seul en voyant d'autres le faire.

Là aussi la philosophie de soin de l'HUMANITUDE qui prescrit le « repas plaisir » structure notre démarche et la formation de référents à la gastronomie holistique sera programmée pour qu'ils puissent guider la réflexion des équipes qui doivent prendre conscience que « le repas est représentatif d'un art de vivre ensemble, par la communication, le partage et la convivialité, ... par sa forte dimension identitaire quand il tient compte des goûts, des rythmes et des choix de chacun ». ²³

Quand la destination finale devient si proche que nul ne peut plus l'ignorer, chacun doit garder le droit de faire le chemin à son rythme. Certains résidents voudront traîner en chemin, d'autres en finir au plus vite. Nous ne pouvons qu'aller à leur côté en réglant nos pas sur les leurs à chaque étape de nos

²² LAFERRIERE, Dany (2011) – *L'art presque perdu de ne rien faire* – Paris, Ed. Grasset

²³ INSTITUT INESTE MARESCOTTI – Formation « La gastronomie holistique : le repas en milieu de vie et Humanitude » http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=205&Itemid=104

accompagnements. Pour cela, il faut bien entendu que les moyens soient enfin adaptés à la réalité des besoins des « vieux » d'aujourd'hui mais aussi de ceux que nous serons demain.

Pour conclure ce chapitre du projet institutionnel qui définit le projet de vie proposé aux personnes admises à la Résidence du Parc, nous réaffirmons notre engagement à mettre en œuvre une démarche bientraitante qui prend en compte l'identité et la singularité de chacun en formant le personnel à la Philosophie de soin de l'Humanité. Un projet qui fait du résident un sujet d'accompagnement et non un objet de prise en charge.

Dans ce sens, dès avant l'entrée, nous apportons tout notre soin à la préparation de cet événement avec le résident et ses proches en nous assurant, au minimum, de son acquiescement de sujet. Les outils créés depuis 2011 seront évalués en permanence pour être améliorés et permettre la mise en place des projets d'accompagnement personnalisés dans les premières semaines du séjour avec une traçabilité des réévaluations qui devrait en garantir la cohérence et l'adaptation.

Si nous souhaitons que le sujet âgé soit véritablement acteur de la vie jusqu'au bout, la parole doit lui être donnée chaque fois que nécessaire et il doit pouvoir, quel que soit son état être reconnu dans la communauté au sein de laquelle il aura toujours un rôle social à jouer si nous lui laissons une place pour le faire, en sachant que cette place sera particulière, bien sûr.

Si nous voulons aller au bout de notre démarche, il nous faudra développer les outils de coopération avec les autres prescripteurs du « placement » que sont les familles, les médecins traitants, les services sociaux ou les établissements de santé et en accord avec la réalité des situations. Il serait souhaitable par exemple de pouvoir organiser des journées d'essai avant de placer la personne devant le fait accompli, d'évaluer systématiquement le besoin de protection juridique afin d'éviter les situations d'emprise que nous rencontrons fréquemment et qui nous laissent démunis.

Pour trouver son expression, pour ne pas être qu'une suite de mots alignés pour répondre à une injonction administrative, notre projet de vie institutionnel a besoin du cadre particulier défini par le projet architectural. Tout ce que nous souhaitons proposer aux Hommes âgés que nous accueillons, le respect de leur place dans le monde, leur bien-être physique et psychique, leur sécurité sans enfermement alors que majoritairement ils souffrent de maladies neurodégénératives accompagnées de comportements perturbateurs, passe par la création de petites unités de vie fonctionnant en Unités de vie Protégés sans pour autant être des lieux de réclusion. L'environnement matériel et professionnel doit être suffisamment bon pour ne pas susciter le désir de fuir vers un ailleurs et notre expérience nous prouve que l'accompagnement que nous proposons est possible. Cette organisation permettrait que ce que nous proposons à ce jour, à titre expérimental ou pour quelques privilégiés, soit accessible à tous ceux qui en ont besoin et envie.

Sans doute, dans la mesure où cela n'est pas de notre seul ressort, les difficultés sont multiples, mais pas insurmontables dès lors qu'il y a une volonté commune d'entendre enfin la parole du « Vieux ». L'EHPAD ne peut être le seul responsable de la qualité de vie de ceux qu'il accueille. L'EHPAD fait au mieux avec les moyens qui lui sont alloués, mais tous nos efforts seront vains, s'ils ne sont pas accompagnés d'un changement de logique de notre société sur le sujet de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

C. LE PROJET DE SOINS

Notre projet de soins a été élaboré conformément au décret n°2005-560 article D.312-155 du 27 mai 2005. et s'inscrit dans une logique de recherche de qualité globale conformément à l'obligation qui nous est faite par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale. Il s'inscrit également dans la démarche d'accompagnement en HUMANITUDE que nous développons depuis 2007 et qui implique que tous les acteurs du soin soient formés à cette approche, y compris le médecin coordonnateur.

Depuis sa première version écrite en 2004, notre projet de soins vise à offrir à tous le juste soin requis par son état de santé dans le cadre d'une organisation au service de l'Homme et non de la médecine. Si dans ce cadre, la sécurité des soins est indispensable, nous ne devons pas oublier que nos résidents ne sont pas des malades, mais des Hommes vieux, qui sont malades, parfois, mais pas toujours. Aussi la qualité du parcours de soin que nous devons mettre en place se traduira par sa capacité à s'intégrer au parcours de vie sans le détourner. Comme nous ne cessons de l'affirmer depuis 12 ans, il faut se soigner pour vivre encore et non pas vivre encore pour se soigner. Et nous savons bien que si la vie n'a plus d'horizon, les soins n'ont plus de sens. 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. Le fruit de notre réflexion énoncée depuis plusieurs années, déclinée dans tous nos projets, 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 et nous guidera pour faire évoluer notre projet de soins en cohérence avec notre philosophie du prendre soin en Humanitude.

Le projet d'accompagnement que nous venons de décrire est une partie essentielle du projet de soins que conformément au choix que nous avons indiqué plus haut nous avons voulu souligner en lui accordons un chapitre entier de ce projet et s'inscrit plus dans une démarche gériatologique que gériatrique qui vise à réhabiliter la personne âgée en tant que sujet.

Notre objectif général, le sens de notre action au jour le jour est bien de maintenir la santé des personnes accueillies en attribuant au mot santé, le sens défini par l'OMS²⁴ « La santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » Nous traiterons donc ici plus spécifiquement du projet de soins en ce qu'il concerne le domaine gériatrique et s'adresse à « l'individu biomécanique » sans oublier que les soins ainsi visés s'adresse aussi à la personne à la personne bio-psycho-socio-culturelle » et que selon son histoire de vie, chacun hiérarchise ses besoins de façon différente et que les soignants doivent s'adapter à la particularité de chacun. Il conviendra donc que, dans la démarche du « prendre soin » (to care) qui doit chez tous les professionnels, y compris les médecins, remplacer la démarche de traiter des pathologies (to cure), le projet de soins personnalisé s'intègre au projet d'accompagnement en définissant en équipe les objectifs acceptables de cette démarche.

1. Le droit à l'information et au consentement aux soins

Nul ne peut considérer comme son projet de vie, une liste de médicaments à prendre ou d'exams médicaux à subir, pour autant, les soins sont nécessaires, « pour permettre une vie de bonne qualité, pour

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé

prévenir les dégradations quand cela est possible, pour soulager la douleur et pour mourir enfin » écrivions-nous en 2010. Mais s'ils sont nécessaires, ils doivent néanmoins être expliqués et acceptés.

En aucun cas, le vieillard dont nous avons la charge dans l'établissement ne saurait notre objet de soins, quand bien même il semble inapte à comprendre. Que savons-nous de ce qu'il comprend ? Rien si nous ne prenons pas la peine de l'observer en considérant que grand âge n'est pas synonyme de soumission. Considérant en 2010 que nos pratiques faisaient de cette soumission l'ordinaire du soin, nous nous sommes engagés dans une démarche véritable 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* »²⁵. La démarche n'est pas simple, parfois source de discussions intenses mais il appartient aux responsables de l'établissement de veiller au respect de cette parole qui se donne parfois plus à voir qu'à entendre et à mettre en place les outils qui garantissent le respect de ce droit à disposer de soi, même vieux, même « dément ».

La pédagogie menée auprès des familles qui doivent gérer l'ambiguïté de leurs sentiments face à la dégradation d'un être cher est organisée et tracée. La teneur des entretiens est transcrite dans les dossiers de soins, et dès la fin de l'année 2015, de nouvelles procédures seront mises en place de façon systématiques en complément de celles déjà élaborées et mises en œuvre dans le cadre du projet de soins 2010/2015.

Ainsi, après avoir travaillé sur les directives anticipées, les fiches de refus de soins de nursing, nous veillerons à recueillir, de manière formelle autant que possible, la réalité d'une information accessible, le consentement ou le constat d'acquiescement aux soins. En cas de refus, une procédure d'analyse et d'explication du risque sera initiée en équipe pluri disciplinaire et la décision prise par le résident à l'issue de cette démarche devra être respectée par l'équipe. Elle sera consignée dans le dossier du résident qui sera informé qu'il peut à tout moment revenir sur sa décision.

Nous devons également poursuivre l'information à destination des résidents ou de leurs représentants sur les conditions d'accès au dossier médical par eux même ou des tiers. Si très peu de personnes font aujourd'hui usage de ce droit, les bouleversements sociétaux changeront la donne dans les années à venir, nous devons nous préparer à répondre aux demandes nouvelles. Aujourd'hui, les patients âgés sont dociles, il n'en sera pas de même demain, nous le savons pour être nous-mêmes ces patients auxquels on n'en compte pas.

2. Le management des soins

Bien sûr nous voulons, pour les résidents, des soins de qualité assurés dans des conditions optimales et pour cela, le management des soins est essentiel. Il repose sur :

a) Le médecin coordonnateur

Dans le respect de la réglementation, le management des soins est confié au médecin coordonnateur sous l'autorité du chef d'établissement. Il doit avoir un temps de présence réel dans

²⁵ Résidence du Parc - PROJET D'ETABLISSEMENT 2010-2015 p 48

l'établissement en adéquation avec la capacité de l'établissement. Il a été fixé à 0.60 ETP en 2012 et doit lui permettre d'assurer les 13 missions définies par les décrets n° 2005-560 du 27 mai 2005 et n° 2011-1047.

Nous ne pouvons que regretter la difficulté que nous rencontrons pour nous adjoindre les services d'un médecin coordonnateur de manière durable. Notre situation géographique n'est pas sans conséquence sur l'attractivité du poste.

Pourtant ses compétences et son « autorité » sont essentielles pour garantir la qualité des soins et nous devons trouver dans les mois qui viennent une solution pour pourvoir ce poste resté vacant trop longtemps. Dès qu'il sera recruté, le nouveau médecin coordonnateur devra poursuivre les démarches initiées par ses prédécesseurs en ce qui concerne l'organisation de l'équipe soignante, la traçabilité des soins, l'information des résidents et des familles qu'il rencontrera régulièrement. Il devra en outre vaincre les réticences des intervenants libéraux à mettre en place une véritable coordination médicale conduisant notamment à une bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments ce qui n'a pu que modestement être réalisé jusqu'à présent. Par ailleurs formé à notre philosophie du prendre soin en Humanitude, il participera au groupe de pilotage, «Groupe Ressources Humanitude » au côté de la directrice et des référents HUMANITUDE.

b) L'infirmière coordonnatrice

Depuis 2011, une infirmière est détachée dans un rôle de coordination particulièrement important quand le médecin coordonnateur manque à l'appel. Après le départ en retraite de celle qui a créé la fonction dans l'établissement nous avons cherché la personne capable de prendre du recul par rapport à son expérience de soignante afin de pouvoir, avec la directrice, porter le projet d'établissement sous toutes ses facettes. Dans l'attente d'une véritable reconnaissance de cette fonction spécifique aux EHPAD, la nouvelle titulaire du poste suivra en 2016 la formation mise en place par l'Université de Lille qui propose une véritable certification.

Elle est d'ores et déjà l'interlocutrice privilégiée de l'administration pour ce qui concerne les problèmes de fonctionnement général de la structure, notamment la supervision des plannings. Elle a aussi pour mission de veiller à la diffusion des règles de bonnes pratiques professionnelles et de la réglementation et à leur respect par l'équipe soignante. Elle assure ses missions en collaboration étroite avec la directrice.

Elle participe à l'évaluation des professionnelles et à l'élaboration du plan de formation en fonction des besoins qu'elle constate. Elle participe au groupe Ressources Humanitude et aux différents groupes de réflexion mis en place dans l'établissement, de manière à assurer un relais avec la directrice dans la mise en application des propositions de ces groupes de travail et de leur évaluation.

Elle participe à l'organisation d'un réseau de soins qui permette de garantir un accès de tous les résidents aux soins dont ils ont besoin dans les meilleurs délais et évite les hospitalisations souvent néfastes pour une population vulnérable.

Elle participe également à l'information et à l'accompagnement des familles afin de maintenir un climat de confiance et de sérénité entre tous les acteurs de la structure.

c) Les infirmières référentes de services

Devant un travail éprouvant d'accompagnement d'une population particulièrement vulnérable, les équipes d'aides-soignantes et d'auxiliaires de vie qui font vivre les unités de vie ont besoin d'un management de proximité qui guide les pratiques au quotidien et assure la qualité des relations avec les familles en fournissant informations et explications aussi souvent que nécessaire. C'est depuis 2010 le rôle assigné aux infirmières référentes de chaque unité de vie.

Chacune d'elle assure l'animation de l'équipe qu'elle gère, la supervision des plannings et des organisations quotidiennes. Elle veille en outre au respect des prescriptions à leur évaluation et à leur adaptation permanente. Elle participe de manière régulière à l'évaluation individuelle des agents qu'elle conseille et oriente afin de garantir la sécurité et la qualité des soins. Comme cela a été défini par sa fiche de poste, 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'elle entend déléguer dans le cadre du décret de compétence propre à l'exercice de la profession d'infirmier.

Dès 2016, les infirmières référentes devront participer à l'élaboration du projet de service de l'unité de vie qu'elle accompagne avec l'ensemble des professionnels de l'équipe et le soutien de l'encadrement. Elles prépareront les réunions de service mensuelles qui devront faciliter la mise en œuvre de ces projets en préservant pour chaque équipe une maîtrise de son organisation dans le respect des règles de bonnes pratiques et du projet institutionnel inscrit dans la philosophie de soin de l'HUMANITUDE.

d) Les responsabilités fonctionnelles

Comme cela a été prévu par le projet institutionnel dans sa version de 2010, la bonne organisation du service de soins et la mise en œuvre de certains dispositifs réglementaires, impliquent que les infirmier(e)s soient investies de missions de responsabilités spécifiques pour lesquelles les intéressés bénéficieront des formations nécessaires.

Cette responsabilisation a pour vocation de valoriser les compétences et investissements individuels sous la responsabilité du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordonnatrice en accord avec le responsable de l'établissement.

Ainsi, alors qu'une référente HUMANITUDE assure la diffusion des pratiques de cette philosophie de soins, l'établissement devrait à terme disposer d'une référente douleur, d'une référente plaies et cicatrisation titulaires toutes deux d'un DU, mais aussi d'un référent nutrition formé à la gastronomie holistique et à la prévention de la dénutrition.

3. L'accès aux soins

En 2010 nous écrivions « *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 conditions et avec la même diligence que s'il s'agissait d'un patient jeune.* » Si nous avons réalisé quelques progrès, nous sommes encore loin du compte malgré nos efforts.

A partir de 2011, avec le médecin coordonnateur, nous avons cherché à développer notre réseau de spécialistes afin que nos résidents ne restent pas sans soins mais aussi qu'ils aient accès à une prise en charge de qualité qui se donne le temps de l'écoute et de l'exploration avant de dire que tout est joué. Il n'est pas question ici de soins déraisonnables, mais de justes soins qui doivent garantir une fin de vie sans souffrance inutiles, sans acharnement, mais sans abandon.

Le médecin coordonnateur devra donc s'attacher à poursuivre la mise en place effective d'une filière de soins. Compte-tenu de la situation de notre bassin de vie le souci essentiel sera de pouvoir trouver un médecin traitant qui se déplace à la Résidence du Parc pour tous les résidents. Il devra également s'attacher à améliorer la coordination des soins délivrés par les professionnels de santé libéraux et notamment :

- Veiller à ce que les médecins traitants répondent aux demandes de visites dans des délais compatibles avec l'urgence des situations.
- Mettre en place la commission des soins soit et garantir son fonctionnement effectif afin de définir une politique institutionnelle cohérente et respectée par tous
- Etablir 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.
- Développer la coordination avec les services hospitaliers afin de privilégier l'accès direct et programmés aux hospitalisations ainsi qu'au 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.
- Veiller à la réévaluation des prescriptions dans le respect des règles de bonnes pratiques formulées par la HAS pour la gériatrie et pour cela notamment établir une liste de médicaments préférentiels, formaliser une politique de l'usage des antibiotiques, des neuroleptiques, benzodiazépines et antidépresseurs
- Veiller au respect de la réglementation en matière de droits des malades, droit à l'information et au consentement aux soins, prise en charge de la douleur, directives anticipées et refus des soins déraisonnables etc.
- Actualiser les protocoles de soins afin de permettre une réponse rapide aux situations du quotidien.

4. La prévention au service de la qualité de vie

Nous l'avons affirmé à maintes reprises, les soins doivent être au service de la vie et non le contraire. La première mission d'un médecin et de tout soignant est de ne pas nuire à la santé de ses patients (primum non nocere). La prévention est donc le premier acte soignant à envisager. Nous constatons encore que dans ce domaine, la faiblesse de nos interventions impacte directement sur la qualité de vie des résidents. L'équipe soignante doit donc améliorer ses démarches de prise en charge, les formalisées afin de généraliser leur application et en mesurer les effets. Il est par ailleurs indispensable de mesurer l'écart entre les résultats obtenus et ceux attendus afin de corriger les procédures déjà en place pour améliorer leur efficacité.

A l'issue de l'évaluation interne cette démarche a déjà été engagée et doit conduire à proposer de manière systématique, une évaluation gériatrique multicritères qui permettra, après avoir mis en évidence les fragilités de la personne accueillie, la mise en place du projet de soins personnalisé le plus adapté. Compte tenu de la lourdeur du processus, il devra être adapté au moyen de l'établissement, mais suffisamment documenté pour être réellement efficient. Nous pourrions dans ce domaine nous référer aux travaux des Professeur JOUANNY²⁶ et JM SEROT²⁷ qui passent en revue les outils à utiliser.

La réalisation d'une telle évaluation devrait permettre notamment :

- De renforcer le suivi nutritionnel chaque résident, de réaliser un repas évaluatif puis d'établir une prescription individuelle visant à guider les équipes en ce qui concerne le contenu de l'assiette, mais aussi l'installation du résident et le mode d'accompagnement nécessaire pour promouvoir son autonomie.
- D'évaluer le risque d'escarres de manière plus pertinente grâce à l'utilisation systématique d'une échelle spécifique.
- D'évaluer les risques de chute.
- et de conduire des actions préventives visant à réduire les risques.

5. Qualité et sécurité des soins

La qualité des soins implique aussi que ceux-ci soient adaptés et à ce titre l'acquisition par les soignants de nouvelles qualifications doit permettre :

- D'améliorer la prise en charge rapide de la douleur grâce à la présence d'un référent douleur titulaire d'un DU.
- Améliorer la prise en charge des escarres en développant le travail en partenariat avec le service de dermatologie du Centre Hospitalier de Châlons grâce à la formation d'une IDE dans le cadre d'un DU « plaies et cicatrisation ».

Avoir accès aux soins est une chose, encore faut-il qu'ils soient dispensés dans de bonnes conditions, qu'ils soient de qualité et présentent un caractère de sécurité mesurable. Là encore, c'est sous la responsabilité du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordonnatrice que devront être mises en place les procédures garantissant la qualité et la sécurité des actes effectués dans la structure.

Pour ce faire, le médecin coordonnateur qui sera recruté devra compléter la panoplie des protocoles à disposition des équipes. Il devra réévaluer ceux élaborés par son prédécesseur et les adapter le cas échéant pour tenir compte des connaissances nouvelles dans le domaine concerné. Il veillera à leur bonne diffusion et donnera les explications nécessaires à leur mise en œuvre.

²⁶ Professeur Pierre JOUANNY –CHU de RENNES <http://www.sgoc.fr/DES%20MG/Pr%20Jouanny%20-%20DES%20MG%20C3%A9valuation%20g%C3%A9riatrique%202008%20%5BMode%20de%20compatibilit%C3%A9%5D.pdf>

²⁷ JM SEROT <http://pirg.fr/wp-content/uploads/2011/11/Pr-JM-Serot-Echelles-utiles-en-Geriatrie.pdf>

A partir du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) réalisé en 2012 et régulièrement actualisé, le médecin coordonnateur et l'IDEC établiront un plan d'action pour améliorer la réponse de l'établissement. Si nécessaire le RESCLIN sera sollicité pour améliorer la pertinence des procédures mises en place.

En 2005, compte tenu de l'isolement géographique de l'établissement et après consultations, l'EHPAD a choisi d'établir un partenariat avec la pharmacie de la Moivre pour la fourniture des médicaments et la préparation des piluliers. En 2015, cette officine a fait l'acquisition d'un automate pour la préparation des doses à administrer (PDA). Cette nouvelle organisation est encore en rodage et nécessite des ajustements pour donner entière satisfaction mais doit à terme mieux sécuriser le circuit du médicament et garantir la traçabilité de la dispensation des traitements.

6. Organisation et transmissions des informations relatives aux soins

Depuis 2007 l'établissement dispose d'un dossier de soins informatisé et en 2015 s'est doté d'une nouvelle version de ce logiciel afin d'améliorer la traçabilité des informations et soins et la transmission de ces informations entre les différents intervenants. Ce nouvel outil permet aux médecins traitants une consultation des dossiers de leurs patients à distance. Un module complémentaire accessible par la pharmacie permet également au pharmacien de mettre à jour les traitements en temps réel.

Les équipes utilisent cet outil pour établir les plans de soins individuels, tracer leurs actions et transmettre toutes les informations utiles aux membres de l'équipe pluridisciplinaire afin d'assurer la continuité des prises en soins, leur évaluation et si nécessaire leur réadaptation rapide.

Comme cela est fait depuis plus de 10 ans, les services sont organisés de manière à permettre un temps de transmission au moment des changements d'équipes. Ce temps d'échange est inscrit dans les organisations de travail et doit être mis à profit dans l'intérêt des résidents.

Par ailleurs, des réunions de services mensuelles permettent d'évaluer les organisations et méthodes de travail ainsi que les actions mises en place. Elles permettent aux professionnels de soumettre les questions relatives aux changements d'état des personnes qu'elles accompagnent afin de construire en équipe une réponse appropriée.

Ces réunions sont structurées de manière à favoriser la pertinence et l'efficacité tout en restant un espace d'expression pour les équipes. Elles font l'objet de comptes rendus écrits et sont complétées par des réunions thématiques fixées selon un calendrier semestriel. Les plannings sont adaptés de manière à favoriser la participation du plus grand nombre.

7. Evaluation des soins

La multiplication des procédures et protocoles, si elle répond à une exigence réglementaire ne garantit ni qualité ni la sécurité des soins. Ceux-ci doivent être en permanence soumis à un dispositif d'évaluation et adapté en fonction des observations sous la responsabilité du médecin coordonnateur pour ce qui concerne les soins.

Rappelons ici que ces documents doivent permettre aux personnels de disposer d'un cadre qui favorise un fonctionnement cohérent et la promotion d'une démarche qualité partagée par tous. La procédure définit une marche à suivre et précise :

- Ce qui doit être fait.
- Qui doit le faire.
- Quand, où et comment cela doit être fait.
- Quels moyens doivent être utilisés.
- Comment cela doit être enregistré et évalué.

Le protocole quant à lui définit le déroulement d'une action et s'il s'agit d'un protocole de soins, il s'agit d'un document médical attestant d'une bonne pratique d'un acte médical ou paramédical. Les protocoles sont élaborés à partir de bibliographies, d'expériences cliniques reconnues ou de recommandations d'un consensus professionnel. L'article 7 du décret du 11 février 2002 énonce que (Décret abrogé et remplacé par le nouveau décret du 27 juillet 2004), « l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

A la Résidence du Parc, les procédures et protocoles de soins sont regroupés et tenus à la disposition de tous les professionnels. Toutefois, il convient de rester vigilant face à ces dispositifs qui créent une routine conduisant parfois à l'économie de la réflexion. L'absurdité des situations qui en résultent parfois nous conduit à penser que les procédures et protocoles n'ont de sens que si leur application est précédée d'une évaluation pluridisciplinaire et que les résultats sont observés très régulièrement et qu'elle est remise en cause en cas d'inefficacité.

A l'occasion de l'évaluation interne, nous avons pu mettre en lumière une certaine faiblesse quand à cette pratique sans doute liée à la faiblesse de l'encadrement et donc à l'absence de médecin coordonnateur. Dès 2015, nous avons donc commencé à mettre en place des outils garantissant la réévaluation régulière des soins que nous proposons aux résidents. Ces outils 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.

Pour toutes ces situations, un travail important est réalisé depuis plusieurs années mais l'absence de médecin coordonnateur pendant plus de 18 mois a parfois fragilisé les dispositifs élaborés précédemment et a bloqué certaines initiatives qui n'ont d'écho qu'avec le cautionnement de ce professionnel.

8. La coordination des soins

e) La commission de Coordination Gériatrique

Elle repose sur le médecin coordonnateur et nous ne pouvons que souhaiter un recrutement rapide de ce professionnel afin de redynamiser ce dispositif en panne depuis 2013 notamment pour ce qui concerne la coordination avec les intervenants extérieurs, médecins traitants et kinésithérapeutes. Elle trouve son sens dans le travail de la Commission de Coordination Gériatrique qui doit se réunir 2 fois par an pour débattre :

- Du projet général de soins et de vie,
- De la politique générale des médicaments et des dispositifs médicaux,
- De la politique d'amélioration de la qualité de prise en charge « soins »,
- Des grands axes de formation des personnels médicaux et leur mise en œuvre,
- De la fonction de diffusion de l'information,
- De la politique d'inscription de l'établissement au sein de l'environnement sanitaire, social et médico-social.

f) La culture partagée

La mise en place d'une action coordonnée au service des personnes accueillies dans la structure repose sur une culture commune à tous les professionnels. C'est pourquoi depuis 2007, notre politique de formation se propose de construire ce bien commun en réalisant intra-muros des formations qui au fil des années doivent toucher tous les membres de l'équipe.

Ces formations peuvent être réalisées par des intervenants extérieurs ou par des référents spécialisés suivant les sujets abordés. Leur rôle vise à la diffusion de cette culture commune et doit faciliter la compréhension et l'utilisation des procédures et protocoles. Il s'agit d'offrir à tous le même bagage pour faire face aux situations rencontrées dans la structure à savoir :

- Prise en charge des personnes désorientées.
- Prise en charge des troubles du comportement.
- Dépistage, évaluation et prise en charge de la douleur.
- Dépistage, évaluation et prise en charge de la dénutrition.
- Dépistage, évaluation et prise en charge des troubles de l'humeur.
- Dépistage, évaluation et prise en charge des troubles locomoteurs.
- Dépistage, évaluation et prise en charge des troubles de la continence.

Toutes ces formations doivent être compatibles avec la philosophie de soins de l'HUMANITUDE support de notre projet institutionnel. Cela implique que dès le recrutement et après présentation de notre démarche et de nos valeurs, l'adhésion d'un nouveau professionnel soit recherchée et que la signature de la Charte HUMANITUDE soit requise.

9. L'accompagnement psychologique

L'entrée en EHPAD, nous l'avons déjà écrit ne répond aux aspirations de personne et la nécessité de s'accommoder des pertes successives auxquelles doit faire face toute personne accueillie en EHPAD la fragilisant encore plus. Par ailleurs, la plupart des personnes qui arrivent dans l'établissement présentent des troubles cognitifs associés à un état dépressif et la proximité de la mort, que nul ne contestera, génère des souffrances qu'elles doivent pouvoir exprimer. Dans ces conditions l'accompagnement psychologique est un complément indispensable à la prise en charge assurée par l'équipe de psychiatrie de secteur.

Qu'il s'agisse d'évaluation des troubles et de l'état thymique des résidents ou de l'accompagnement au quotidien des souffrances psychiques, ces missions relèvent de la compétence de la psychologue qui s'en acquitte de plusieurs façons en fonctions des circonstances.

Lorsqu'elle intervient auprès des résidents, elle doit mettre en place une relation de confiance qui lui permettra d'accompagner la personne dans son cheminement personnel qui doit la conduire à faire le deuil de ce qu'elle a quitté, à investir ce nouveau temps de vie pour y construire de nouveaux attachements qui faciliteront son adaptation. Elle peut, dès lors que la confiance est installée, favoriser la parole autour de la fin de vie et de la mort. Si cet aspect de son activité auprès des résidents nous semble essentiel, nous ne devons pas oublier qu'elle doit aussi prendre sa part à l'évaluation gériatrique standardisée afin de mesurer leurs capacités cognitives et guider ainsi ses collègues lors de l'élaboration des projets d'accompagnement et de soins personnalisés.

Si son principal sujet d'intervention est la personne accueillie, elle doit, par extension apporter aux familles souvent désemparées un soutien qui favorisera, tout au long du séjour, la préservation, voire la reconstruction, des liens familiaux que la maladie peut avoir malmené. Contraintes par la réalité violente de la grande dépendance, à faire entrer un être aimé dans un lieu abhorré, ces familles portent une culpabilité qui perturbe leurs relations avec l'établissement. L'accompagnement de la psychologue dès l'admission devrait permettre d'alléger le fardeau grâce à une écoute empathique, mais aussi à une démarche pédagogique de nature à permettre jusqu'à la fin de la vie une relation riche avec un parent différent mais pourtant toujours le même.

L'arrêté du 26 avril 1999 a reconnu la nécessité d'un accompagnement psychologique du personnel et nous l'affirmons ici, ce soutien devient de plus en plus nécessaire à mesure que, les années passant, les professionnels sont confrontés à une dépendance de plus en plus grande en même temps qu'ils accumulent les deuils. En 12 ans, le GMP a progressé de 150 points, la quasi-totalité des résidents présentent des troubles du comportement productifs qui portent atteinte à la santé psychique de tous les accompagnants et si nous avons le courage de faire le calcul, nous constatons incrédules, qu'en 40 années de carrière en gériatrie, une aide-soignante aura vécu plus de 1300 deuils. Il s'agit bien de deuil tant les conditions de l'accompagnement en EHPAD, sur un temps long, plus de 3 ans, dans chaque moment de la journée, dans la proximité des corps et des cœurs, aucune mort n'est indolore pour les soignants.

Si, sur une carrière, les deuils s'accumulent et marque le psychisme des soignants comme les projections inévitables, le renoncement à leur idéal du soin parfait, non pas la toute-puissance du soignant très vite abandonnée en EHPAD, mais un idéal d'accompagnement mis à mal par les moyens toujours insuffisants, engendre une souffrance qui doit aussi être entendue. Travailler jusqu'à la rupture et ne pas

avoir, au final le sentiment d'avoir fait tout ce qui était humainement essentiel, conduit à l'épuisement émotionnel et là encore la psychologue, si elle ne peut changer la réalité du travail, peut concourir à faire baisser la pression.

Dans ces conditions, il est indispensable que pour 101 résidents, le temps de psychologue accordé à l'établissement soit réévalué à la hauteur des missions qui sont confiées à ce professionnel. Il est bien évident que 0.5 ETP ne permet qu'un survol improductif de celles-ci. Dans ces conditions, il faut choisir une priorité au milieu de toutes les autres et là encore la souffrance psychique pointe, et là encore sans réponse.

10. Les accompagnements spécifiques

Depuis 2006, l'établissement a choisi pour répondre aux besoins de la population de son bassin de vie de diversifier son offre de service à destination des personnes âgées. Aujourd'hui, la Résidence du Parc, grâce à son accueil temporaire, son accueil de jour et son SSIAD est un acteur important du maintien à domicile. Par ailleurs, conscients qu'il fallait offrir une alternative aux neuroleptiques aux personnes souffrant de troubles du comportement, nous avons développé des accompagnements originaux grâce au NOCTAMBLE et au PASA. Ces services nouveaux disposent de projet de service particulier aussi nous ne ferons que les évoquer dans ses pages pour ne pas oublier qu'ils sont eux aussi porteurs du même projet institutionnel.

a) L'accueil temporaire

En 2006, il fut l'occasion du premier avenant à la convention tripartite et depuis sa mise en place, il fait la preuve de sa nécessité dans notre bassin de vie. La seule place qu'il propose, il ne permet pas de répondre à toutes les demandes et nous sommes fréquemment confrontés à des situations d'urgence auxquelles nous ne pouvons donner suite, alors même que nous savons l'absence d'alternative pour des aidants épuisés.

Dans ces conditions, nous souhaitons que la restructuration de l'établissement nous permette d'accroître notre offre en réservant 2 chambres supplémentaires à ce type d'hébergement, dont une serait proposé en accueil de nuit. En effet, la présence de troubles du comportement la nuit est l'un des principaux motifs de demandes d'admission dans notre structure.

Les personnes accueillies en séjour temporaire bénéficient des mêmes modes d'accompagnement que les résidents permanents même si les projets ne sont pas suffisamment formalisés. Ce sera l'un de nos objectifs pour l'année 2016.

b) L'accueil de jour

Le Phare, accueil de jour thérapeutique a ouvert ses portes le 28 octobre 2008 et fonctionne depuis cette date, 5 jours par semaine. Sa capacité d'accueil a été portée à 9 places après quelques années de fonctionnement pour répondre aux demandes toujours nombreuses. Il est un élément indispensable du dispositif de maintien à domicile et conscient du rôle déterminant que joue ce service, nous le voulons particulièrement adaptable face aux difficultés rencontrées par les aidants familiaux.

Véritable solution de répit pour des aidants épuisés, il permet, devant le manque de place d'hébergement permanent dont nous disposons pour faire face à l'afflux de demandes, de gérer l'attente en limitant les situations de crise. Au quotidien, il propose un accompagnement développé à partir des activités de la vie quotidienne, d'activités supports au maintien des capacités sociales et relationnelles, mais aussi de d'ouverture sur l'extérieur.

En 2015, dans le cadre des travaux préparatoires au renouvellement de la convention tripartite, le projet de service a été révisé, il est annexé au présent document dont il est un chapitre à part entière.

c) Le SSIAD

Il s'agit d'une structure annexe à l'EHPAD et dont le financement et la gestion sont détachés. Créé en 2012, il constitue un nouveau maillon de la chaîne qui favorise un maintien à domicile prolongé. Il dispose de son propre projet de service mais entretient des liens étroits avec l'EHPAD qui lui a donné vie sur les mêmes valeurs.

Les professionnelles qui ont rejoint le SSIAD ont été formées aux mêmes approches et exercent leurs fonctions en s'appuyant sur la philosophie de soins de l'HUMANITUDE. Il participe au triptyque qui permet le respect du souhait de rester le plus longtemps possible chez soi et en même temps, les échanges entre les 3 services que nous venons de décrire, les passages de l'un à l'autre organisés chaque fois que nécessaire, amorcent une entrée en structure plus sereine quand elle devient nécessaire.

d) Le NOCTAMBULE

Les troubles du comportement prennent, la nuit, une importance plus inquiétante et sont difficilement gérables par les 2 soignants qui doivent assurer la sécurité et le bien-être de 101 personnes chaque nuit sans mettre ses professionnels et les résidents en danger.

Ce constat, nous l'avons fait depuis longtemps et l'occasion de proposer une réponse innovante, en lieu et place du renforcement des prescriptions de neuroleptiques, s'est présentée en juin 2011 après le passage de l'établissement en tarif global. Le dispositif proposé alors en saisissant l'opportunité d'un excédent budgétaire et fonctionne depuis chaque nuit de 19h00 à 5h00.

Accompagné par un ASG, une douzaine de personnes profitent chaque soir d'un accompagnement adapté. Les activités proposées doivent par leur caractère apaisant permettre de contenir les angoisses nocturnes, éviter ou apaiser les troubles du comportement et finalement permettre un sommeil de meilleure qualité sans réveils itératifs.

Les bienfaits du NOCTAMBULE sont incontestables et font l'objet d'une évaluation régulière au moyen d'un outil que nous avons mis au point avec le médecin coordonnateur. Autorisé à titre expérimental et financé par des crédits non reconductibles, ce dispositif a fait l'objet de plusieurs rapports d'évaluation qui montrent leur apport indiscutable à la qualité de vie des résidents concernés, mais aussi de ceux qui peuvent dormir sans être troublés ainsi que du personnel.

Le NOCTAMBULE qui a reçu le grand prix des donateurs de la fondation MEDERIC ALZHEIMER ainsi que le prix « lieu de vie, lieu d'envie » de l'association ASSHUMEVIE a fait l'objet de communications dans

des revues professionnelles ainsi que dans des colloques et suscité suffisamment d'intérêt de la part d'autres structures pour nous laisser espérer qu'il devienne un jour un dispositif obligatoire dans tous les EHPAD.

e) Le PASA

Après avoir mis en place un dispositif visant à accompagner les troubles du comportement de nuit, la création d'un PASA était une évidence, malgré les freins que constituent l'inadaptation des locaux et donc notre incapacité à remplir les exigences du cahier des charges.

Autorisé par l'ARS en juin 2013, le PASA fonctionne du lundi au vendredi et accueille chaque jour 14 personnes souffrant de troubles du comportement modérés. Comme le précise le projet de service, les admissions et sorties du PASA se font après des évaluations réalisées par la psychologue, NPI-ES et COHEN MANSFIELD, et aussi à partir des observations réalisées par les professionnels.

Dans la mesure où le PASA a son propre projet de service, nous ne détaillerons pas celui-ci dans ces pages, mais renverrons les lecteurs au document annexé à ce projet institutionnel dont il est une déclinaison au service de l'accompagnement bientraitant des personnes les plus vulnérables.

Compte tenu du nombre de personnes souffrant de troubles cognitifs et au vu des bienfaits du PASA sur le maintien des capacités, il nous paraît indispensable qu'à l'avenir et après la restructuration de l'établissement, tous ceux qui tireraient un bénéfice réel d'un accompagnement comme celui mis en place au PASA, puissent être pris en charge dans des unités de type UVP, le permettant.

11. Considérations générales pour conclure le projet de soins

Depuis 2004, nous avons sans cesse retravaillé le projet de soins, afin qu'il conjugue le respect de nos valeurs et les contraintes, qu'elles soient règlementaires, sociétales ou financières. Cette 3^{ème} version ne va pas à l'encontre de ce que nous professons depuis 12 ans, mais tente de reformuler nos engagements et de les préciser. Il n'aura de sens et de réalité que dans la mesure où nos recherches pour recruter un médecin coordonnateur véritablement désireux de reprendre ce projet à son compte aboutiront.

Par ailleurs, si nous formalisons des engagements qui nous semblent justes et adaptés aux besoins de notre population, nous constatons avec amertume que la gériatrie reste le parent pauvre de la santé sur notre territoire où le poids du manque de professionnels n'a d'égal que leur manque d'intérêt pour les sujets âgés.

D. LE PROJET D'ANIMATION POUR UN « LIEU DE VIE, LIEU D'ENVIE »

A la Résidence du Parc, l'animation est depuis 2004, au cœur du projet institutionnel. Trop souvent reléguée au second plan, très peu inscrite dans les parcours de formation des infirmières ou des aides-soignantes, abandonnée à une seule animatrice, l'animation se place pourtant au cœur de la prise en soin au même titre que les autres services proposés par l'EHPAD. Nous affirmons depuis plusieurs années qu'elle participe à rendre le soin acceptable en lui donnant un sens, un avenir. En effet, quand les déficits se multiplient qu'ils soient physiques, psychiques ou cognitifs, la vie peut sembler perdre son sens. D'ailleurs à côté de ces personnes très âgées, certains peinent à imaginer qu'elles regardent encore vers un objectif de vie, alors que trop vite nous leur attribuons un objectif de mort. Nous n'avons aucune expérience personnelle de cette étape de la vie, si ce n'est ce que nous en observons comme spectateur. Quand la mort rôde sans se décider, elle tend à occuper toute la pensée (la nôtre sans doute !) et dans ces conditions, il est difficile de trouver la juste réponse, celle qui jusqu'au bout garantit le continuum de l'histoire individuelle et donne encore à vivre.

Parce que ce qui motive l'entrée en EHPAD est une dépendance incompatible avec le maintien dans un cadre de vie ordinaire, celle-ci est omniprésente dans l'institution qu'elle conditionne jusqu'à lui faire oublier qu'elle n'accueille pas la seule part de l'individu devenu dépendant, mais un Homme inséparable de l'enfant et de l'adulte qu'il a été et qui ne sont jamais très loin de lui.

L'accompagnement que nous mettons en place, et qui inclut l'animation, doit permettre de cultiver le désir qui est le moteur de la vie et qui se nourrit essentiellement dans la relation à l'autre et dans les échanges que l'on parvient à maintenir au-delà des déficits. Alors que l'EHPAD tend à enfermer, dans les murs, dans les règles, dans les groupes (Iso ressources par exemple), l'animation, puisque c'est encore ainsi qu'il convient de l'appeler pour se conformer au cadre de référence de notre spécialité, doit ouvrir les portes, faire reculer les limites, élargir l'espace au-delà des murs de la chambre et en même temps respecter le droit au retrait, au désengagement nécessaire à l'apprivoisement de la mort. C'est l'outil par excellence qui doit faire de L'EHPAD lieu de vie, un lieu d'envie, comme nous y invite notre philosophie d'accompagnement, l'HUMANITUDE, un lieu où vivre et mourir Homme.

Les actions proposées tout au long de l'année s'adresseront suivant les circonstances, les désirs et capacités de chacun, soit à un groupe de résidents partageant les mêmes aspirations, soit à un résident ayant un projet singulier. Dans la mesure du possible nous continuerons à donner la préférence aux actions qui permettent de construire ou de reconstruire du lien, de faire émerger des coopérations qui confortent le sentiment de chacun d'appartenance au groupe et de valorisation de l'estime de soi. Il nous faudra toutefois tenir compte des changements constatés au sein de notre population. Pour la majorité des résidents, devenus très dépendants, nous devons être toujours plus inventifs afin de construire des alternatives aux travaux manuels, parties de belote et autres activités devenues inaccessibles au plus grand nombre. Il s'agira pour nous de trouver un équilibre dans nos propositions afin de ne laisser personne de côté, soit parce que trop valide, soit parce que trop dépendant.

Ces considérations ne devront pas pour autant, nous faire boudier les activités purement récréatives. La vie de la maison est rythmée par des rencontres festives, des spectacles, des jeux qui ont pour but de réjouir les participants mais aussi de créer du lien avec la cité, entre les générations, avec les familles. Nous

poursuivrons donc nos efforts dans ce sens pour que l'EHPAD soit un lieu de rencontres ouvert sur son environnement.

1. Quels objectifs pour l'animation

Les objectifs du projet d'animation restent globalement les mêmes depuis plusieurs années même si notre expérience et les formations nous ont permis de les approfondir. Il ne s'agit pas pour nous de proposer un catalogue d'activités occupationnelles mais de construire un support pour une prise en charge relationnelle adaptée aux capacités des résidents, répondant à leurs désirs et à leur culture et qui a pour objectif dans un premier temps de donner du sens à la vie au travers du plaisir pris dans la rencontre de l'Autre et aussi selon les cas :

- Préserver l'identité et la singularité des résidents.
- Favoriser l'adaptation du résident.
- Prévenir, réduire, apaiser, les troubles du comportement.
- Préserver les capacités cognitives, physiques et relationnelles.
- De promouvoir ou conserver l'autonomie de choix de décision.
- Préserver les liens familiaux et promouvoir les liens intergénérationnels.
- Promouvoir la citoyenneté.

Toutefois ces objectifs n'ont de sens et d'intérêts que s'ils s'intègrent à la démarche générale d'accompagnement proposée par l'établissement. Le projet d'animation doit favoriser la mise en œuvre de chaque projet d'accompagnement personnalisé et compte tenu de ce que nous avons déjà expérimenté, nous savons que pour la population que nous accueillons, qui présente, dans 90% des cas des troubles du comportement, le meilleur accompagnement intègre les activités à la vie quotidienne, à chaque moment de la journée, comme c'est le cas au PASA, à l'Accueil de Jour ou au NOCTAMBULE. C'est par ailleurs ce que nous voulons mettre en place dans les unités de vie qui naîtront du projet de restructuration.

2. La mobilisation de tous

a) La commission d'animation

Les relations entre l'institution et les familles sont souvent sources de tension. Comme le souligne Pierre CHARAZAC dans « Aide-mémoire, psychogériatrie »²⁸. Les soignants ont des difficultés pour « passer de la relation duelle qui est la base du soin quotidien à la relation à trois qu'exigent les échanges avec la famille. Tandis que la relation duelle est du type régressive et souvent non verbale, la relation triangulaire est de type adulte et repose sur la parole ». Les familles sont très vite perçues comme des intrus par les soignants qui se sont appropriés les résidents, dans un souci de bien faire, mais de toute façon inapproprié. Par ailleurs, l'aidant qui a surinvesti son rôle pendant des années, même s'il s'en plaignait, doit accepter qu'un tiers prenne le relais. L'animation que nous situerons plus volontiers du côté de l'accompagnement social et relationnel peut jouer un rôle pacificateur.

Alors qu'elles ne peuvent plus dispenser les soins d'hygiène devenus trop lourds, les familles doivent nous aider à déverrouiller les coffres à souvenirs que sont les personnes accueillies en EHPAD. Elles

²⁸ CHARAZAC, Pierre (2012) - Aide-mémoire, psychogériatrie- Paris, Dunod, 2^e Ed.

connaissent leurs parents bien mieux que nous ne les connaissons jamais, et leur participation à des activités, outre qu'elles leur permettent de retrouver des proches « capables » là où elles ne voyaient plus que des déficits, peut favoriser la circulation des idées, des paroles dans l'intérêt de tous.

La commission d'animation, issue du Conseil de la Vie Sociale, nous permet de mobiliser les familles trop souvent spectatrices de ce que nous mettons en œuvre. Composée de représentants des résidents et des familles, ainsi que de membres du personnel, elle est invitée, 2 fois par an, à évaluer les activités mises en place pendant la période écoulée et à proposer de nouvelles actions en lien avec les demandes formulées par ceux qu'ils représentent.

Les familles sont alors plus enclines à prendre part aux actions qu'elles ont proposées, mais aussi à faire preuve d'indulgence car elles peuvent mesurer les difficultés liées au manque de motivation de résidents épuisés.

La participation de tous les acteurs de l'institution à la commission d'animation permet aussi de valoriser la place de celle-ci dans l'organisation de l'institution. Malgré tous nos efforts de pédagogie auprès des équipes, l'animation garde son image d'intervention mineure auprès des soignants de culture sanitaire dont la formation n'aborde que peu cette dimension du prendre soin. Lui donner une représentation institutionnelle participe à en faire un indicateur de la qualité.

b) L'organisation du travail

Comme nous l'écrivions dans les lignes précédentes, la culture sanitaire, qui imprègne encore fortement les pratiques en EHPAD, a longtemps renvoyé l'animation à un rôle de figuration dans la vie des établissements. Une animatrice pour 100 résidents dont 90% sont touchés par des troubles cognitifs, peut-elle réellement construire un projet d'animation qui apporte à chacun selon ses besoins ? Elle ne peut faire que du saupoudrage d'activités, souvent à destination des plus alertes et laisser les autres, le plus grand nombre, s'enfoncer dans la solitude et se retirer peu à peu de la vie.

Cette situation qui pourrait s'apparenter à un abandon des plus fragiles ne saurait nous satisfaire. Conscient que nous ne saurions envisager notre propre vie sous les seuls angles des soins médicaux et infirmiers ou de la toilette, nous organisons nos activités pour que chaque après-midi, y compris les weekends, plusieurs ateliers soient proposés, adaptés aux capacités de chacun et répondant à des objectifs de valorisations des rôles sociaux à travers l'activation ou la réactivation de ces compétences.

Parce que les bienfaits du PASA sont incontestables, parce qu'il est injuste que tous en aient besoin et que seul un tiers des résidents puissent en bénéficier, nous souhaitons continuer à développer et enrichir notre offre d'activités pour tous.

Ainsi les plannings intègrent cette exigence et chaque jour, 4 agents d'après-midi, un pour chaque unité de vie, organisent 8 ateliers adaptés de 30 à 45 minutes chacun et qui s'ajoutent à ceux proposés par l'animatrice. Celle-ci élabore le planning hebdomadaire d'animation, affiché dans les services, publié sur le site Internet de l'établissement, en tenant compte des compétences particulières de chaque professionnel en s'assurant de la diversité des propositions. Ceux-ci, informés au cours de la semaine précédente, préparent leurs activités et sollicitent l'animatrice pour qu'elle fournisse le matériel nécessaire et parfois apporte son aide pour l'élaboration des projets.

Cette organisation, qui a été mise en place depuis 2007, est pertinente quand bien même elle est parfois insuffisante pour offrir à chacun chaque jour, un moment d'activité et de relation qui soit entièrement détachés du soin. Elle pourra être maintenue et améliorée dans les années à venir par la poursuite de notre démarche de formation.

c) Les projets personnalisés

Les activités proposées chaque jour et regroupées sous le vocable d'animation, n'ont de sens que si elles peuvent s'inscrire dans la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés.

Nous l'avons déjà affirmé, nous ne pouvons imaginer, pour nous même, une vie qui ne serait qu'un enchaînement de soins aussi nécessaires soient-ils. Aussi un chapitre important de nos projets personnalisés repose sur les actions programmées avec le résident à partir de ce qu'il accepte de partager avec nous de son histoire de vie afin d'en écrire une suite avec lui.

Dans la mesure où nous envisageons l'animation non pas comme un divertissement, ce qu'elle peut être malgré tout, mais bien plus comme l'ultime réalisation de soi, il nous faudra être créatif et audacieux. Si le souhait le plus cher d'un Homme qui achève sa vie en EHPAD est par exemple de retourner dans le village qui a marqué sa vie, nous devons être capables, avec ses proches, de réaliser ce projet et d'utiliser les émotions qui naîtrons de ce retour aux sources pour donner du sens au présent mais aussi au futur aussi réduit fut-il. C'est ainsi que projet de vie et projet d'animation se conjuguent dans chaque page ajoutée aux projets d'accompagnement personnalisés.

d) La formation

Une telle proposition, dès lors qu'elle s'adresse le plus souvent à des résidents souffrant de maladie de type Alzheimer, laisse parfois les professionnels désemparés. En effet, que proposer à Madame X qui ne semble être bien qu'au sol, pour explorer son environnement et peut être s'assurer de sa permanence ? Que lui proposer qui respecte l'enseignante qu'elle a été ? Que lui proposer pour lui éviter les blessures sans l'attacher, elle qui s'est toujours affirmée libre ?

Ces questions sont le quotidien des équipes et devant la difficulté à trouver la réponse juste, la formation est une nécessité. Nous avons initié, voici plusieurs années, une politique de formation massive aux approches non médicamenteuses. Celles-ci s'appuient très souvent sur des activités adaptées qui valorisent les personnes en réaffirmant leur appartenance au groupe et par extension à l'Humanité, lui permettent de poursuivre son histoire de vie en limitant les ruptures et de contenir l'angoisse d'anéantissement qui s'installe dans l'ombre de la fin de vie. Nous devons poursuivre dans ce sens pour donner à tous les professionnels les outils qui permettent d'exploiter chaque moment dans ce sens.

Les années qui viennent doivent nous permettre de proposer la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie à tous ceux qui peuvent y prétendre. Par ailleurs, nous nous attacherons à multiplier les formations qui ajoutent de nouveaux outils de médiation, par le clown, le conte, le toucher massage et l'approche SNOEZELEN et tous ce qui permet d'avancer dans notre philosophie d'accompagnement. Comme nous l'avons déjà évoqué, une formation à la méthode MONTESSORI²⁹ adaptée aux personnes souffrant de

²⁹Exemple d'un lieu de vie ayant implanté cette méthode : <http://www.ag-d.fr/actualites/en-video/>

maladie de type Alzheimer et déjà étudiée par quelques professionnelles fera l'objet d'une diffusion plus massive dès que notre projet de restructuration sera engagé dans la mesure où le cadre de vie que nous proposons de créer, de type UVP, se prêtera particulièrement bien à cette démarche.

E. LE PROJET SOCIAL

Le projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. Il doit être élaboré dans le cadre d'une démarche associant l'ensemble des personnels et constituer un moyen de fédérer les équipes. Le projet social définit dans son aspect le plus large la politique de gestion des ressources humaines et à ce titre vise à promouvoir des relations de travail favorisant l'épanouissement de chacun. Pour cela, le projet social doit promouvoir le respect et la reconnaissance mutuels, favoriser l'expression des talents individuels au service du projet collectif, développer l'autonomie et la prise de responsabilité et encourager la participation de tous à la réflexion sur les pratiques professionnelles, les objectifs à atteindre et les modalités d'évaluation des résultats. Pour donner vie à ce projet social, nous disposons de leviers qu'il conviendra d'actionner régulièrement dans les prochaines années quand bien même l'évolution de la relation au travail favorise une forme de retrait.

1. Le management

Le management se veut participatif et la réussite du projet institutionnel nécessitant l'engagement professionnel de tous, l'animation des équipes doit permettre à chacun d'apporter sa contribution à la mise en place d'actions innovantes susceptibles d'améliorer la qualité du service rendu aux personnes accueillies en même temps que la qualité de vie au travail. Aucun des acteurs de la structure ne doit être laissé à l'écart de la démarche dès lors qu'il manifeste le désir d'y prendre part.

a) Le travail en équipe

Notre accompagnement ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui s'il ne reposait pas sur une dynamique d'équipe importante qui affirme la place et le rôle de chacun. Elle repose sur la définition de ces rôles dans les fiches de postes élaborées depuis 2010. Par ailleurs, dans chaque unité de vie des fiches missions déclinent les obligations professionnelles en fonction des horaires indiqués sur les plannings. Ceux-ci élaborés par cycle de 8 semaines sont soumis aux équipes avant leur validation afin de favoriser l'adéquation entre la vie professionnelle et la vie familiale en prenant en compte, dans la mesure du possible et sans négliger les obligations de services, les demandes spécifiques.

Les plannings tiennent compte des demandes de congés formulées en février pour l'année en cours et nous tentons dans un souci d'équité de trouver une organisation qui permet à chacun de bénéficier à tour de rôle de son choix préférentiel.

Afin de mobiliser les énergies et offrir à tous un espace de réalisation, le management des équipes passe par une délégation de responsabilité adaptée aux capacités de manière à éviter les mises en échec et de prévenir le risque d'épuisement professionnel en donnant aux professionnels une certaine maîtrise de leur travail et de son organisation.

Si la notion d'équipe n'est pas contestée au niveau des unités de vie ou des services logistiques, nous voulons aussi cultiver l'idée d'un esprit d'équipe qui dépasse ces clivages et favorise le respect mutuel et la solidarité. Des actions visant à fédérer tous les professionnels de la structure sont proposées tout au long de l'année. En 2016, nous allons proposer aux services qui n'ont pas encore de projet d'équipe formalisé de construire leur projet de service. Cette démarche devrait permettre de redonner du souffle aux équipes qui s'épuisent devant une charge de travail toujours plus importante en leur offrant l'occasion de réfléchir au sens qu'elles donnent à leur action et au rôle que chacun a envie de tenir dans l'exécution de ses missions.

b) La communication interne

(1) Les temps d'échanges

A tout moment le fonctionnement des équipes et plus généralement de l'établissement doit s'appuyer sur un esprit de solidarité et d'entraide et le management doit se faire avec un souci constant d'équité et d'objectivité. Il développe donc toutes les actions qui favorisent la communication et le dialogue.

Des réunions de services auxquelles participent l'encadrement sont organisées mensuellement qui permettent de construire des réponses d'équipes aux problèmes rencontrés qu'ils soient organisationnels ou liés à une difficulté dans l'accompagnement d'un résident. Les groupes de travail et d'échanges institués dans l'établissement afin de favoriser l'expression des professionnels et le développement de projets, doivent se dérouler dans un esprit de bienveillance.

Toutefois le fonctionnement quotidien et la sécurité des accompagnements supposent une circulation permanente des informations. Les temps d'échanges sont donc intégrés au temps de travail au moment des changements d'équipes. De plus chaque matin le colloque permet de transmettre à l'équipe IDE toutes les informations utiles concernant les résidents. Cette pratique doit favoriser la réactivité et permettre une intervention rapide et adaptée aussi souvent que nécessaire.

(2) Les écrits professionnels

« Les paroles s'en vont, les écrits restent ». Nous connaissons cet adage et nous savons aussi combien la permanence de l'accès aux informations est importante pour assurer la sécurité et le bien être de ceux que nous accueillons. Nous avons travaillé depuis plusieurs années à construire une culture de l'écrit dans notre établissement peu familier de cette pratique.

Aujourd'hui, la majorité des professionnels a admis la nécessité de tracer les informations, de disposer de supports écrits pour guider les actions et sait y faire référence même si nous devons regretter que le temps manque pour approfondir cette démarche.

Les réunions de service, de groupe de travail et de réflexion font l'objet de comptes rendus écrits diffusés dans les services et accessibles en permanence en version informatique dans les services. Les projets soumis par les professionnels sont également écrits et argumentés pour pouvoir recevoir l'aval des responsables de l'établissement.

Depuis 2007, le logiciel de soins PSI concentre les écrits relatifs aux résidents. Quotidiennement utilisé par les professionnels en fonction de leurs droits d'accès, il facilite la continuité et la cohérence des soins.

Au fil des années, l'établissement a accumulé une documentation importante mais malheureusement sous utilisée. L'évaluation interne a fait apparaître la nécessité d'organiser de manière à la rendre plus opérationnelle, cette ressource documentaire. La démarche a été initiée en juillet 2015 et devra être poursuivie.

2. La qualification des équipes et les compétences individuelles

a) Les recrutements

La spécificité de notre milieu professionnel est que l'accès à la plupart des emplois, est conditionné par la possession, par les candidats au recrutement, de diplômes spécifiques. L'établissement applique donc la réglementation et s'assure avant tout recrutement de la recevabilité des candidatures qui lui sont le plus souvent adressées spontanément. A défaut, il est fait appel aux services de Pôle emploi ou de la Mission Locale pour les postes d'AS, AMP ou ASH. En ce qui concerne les recrutements de personnel médical ou paramédical, à défaut de candidature dans notre fichier, nous faisons appel à des revues professionnelles ou des sites comme celui de la FHF.

Les candidats pressentis sont reçus en entretien par la directrice et pour les soignants par l'IDEC. Il s'agit de s'assurer des motivations des candidats mais aussi de leur présenter, s'ils ne l'ont pas déjà consulté sur le site internet de la Résidence du Parc de leur adhésion au projet institutionnel et aux valeurs qu'il porte.

L'établissement prend à cœur son rôle citoyen en accueillant des personnes en difficultés d'insertion pour pourvoir certains postes ainsi que dans le cadre des emplois aidés qui permettent d'apporter un soutien en effectif aux équipes surchargées. Les candidats à ces emplois doivent avoir un projet professionnel compatible avec nos missions et celui-ci est testé à l'occasion d'une mise en situation professionnelle préalable à l'embauche. Un accompagnement régulier de ces personnes est mis en place pour mener à bien le projet professionnel ayant justifié le recrutement et ce dans le cadre d'une formation qualifiante. Des rencontres régulières avec le référent de la mission local et le bénéficiaire du dispositif permettent de suivre son évolution. Par ailleurs, depuis 2013, l'établissement est habilité à accueillir un volontaire du service civique dont la mission est d'accompagner ces personnes dans leur parcours de formation.

Les nouveaux salariés tout comme les étudiants en stage bénéficient d'un accueil au cours duquel le fonctionnement de l'établissement, les droits et devoirs des salariés ou stagiaires sont réprécisés. Un livret d'accueil est remis et à l'issue d'une visite de la structure la personne est confiée à l'équipe au sein de laquelle elle fera ses premiers pas. Pour faciliter son adaptation et chaque fois que possible, une période d'accompagnement de 15 jours est programmée pendant laquelle elle travaille en double avec un professionnel aguerri. Une évaluation est réalisée en principe avant la fin de la période d'essai de un mois.

Régulièrement, l'établissement met en place une session de formation pour les nouveaux agents. Dispensée en interne, cette formation permet de donner les bases de nos méthodes d'accompagnement et un vocabulaire commun afin de faciliter la transmission des savoirs et compétences.

Quel que soit leur contrat de travail, leur qualification, les professionnels de la Résidence du Parc ont les mêmes droits et les mêmes devoirs envers l'établissement. Tous sont soumis au même régime horaire, et bénéficient des mêmes droits à congés.

b) La formation professionnelle

La formation est l'un des moteurs du projet social dans la mesure où il permet à chacun de développer de nouvelles compétences et ainsi favorise la promotion professionnelle et personnelle des agents dans le respect des orientations du projet institutionnel. Pour tenir compte de risque d'usure professionnel, le plan de formation doit aussi proposer des actions de reconversion aux personnes qui en manifestent le désir. Il doit éventuellement permettre une réorientation grâce au bilan de compétence accessible à chacun.

Les grandes orientations du plan de formations pluriannuelles sont définies par rapport aux objectifs fixés par le projet institutionnel. La plus grande partie du budget alloué à la formation professionnelle continue, dont la gestion est déléguée à l'ANFH, est dédiée aux formations destinées à améliorer les compétences du personnel. Dans un souci de cohérence, afin qu'ils partagent des références communes, les professionnels bénéficient tous des mêmes formations dès lors qu'elles sont à la base du projet d'établissement. Par ailleurs, le plan de formation fait également une place aux aspirations individuelles recueillies à l'occasion de l'entretien annuel de progrès et propose des formations plus ciblées mais en lien avec les techniques d'accompagnement dont nous faisons la promotion.

Les instances sont consultées pour valider ses orientations avec un souci d'équité quant à l'accès aux formations.

c) La promotion professionnelle

La promotion professionnelle est un outil essentiel de management des équipes surtout dans un secteur d'activité particulièrement éprouvant physiquement et psychologiquement. La perspective d'améliorer sa situation professionnelle, d'exercer un autre métier, de pouvoir changer de lieu d'exercice est de nature à préserver la motivation des agents.

Chaque année, nous voyons entrer en formation qualifiante plusieurs de nos salariés, qu'il s'agisse de personnel permanent ou de personne en contrat d'insertion. Notre engagement est de les accompagner vers la réussite en mobilisant éventuellement des ressources internes pour assurer un tutorat.

Ce dispositif participe à la gestion prévisionnelle des emplois et compétences dans la mesure où elle nous permet d'organiser le renouvellement des équipes pour faire face au départ en retraite par exemple ou à la mobilité occasionnée par un changement de situation familiale. Elle nous permet également de disposer d'un vivier de professionnels partageant notre culture et nos valeurs en prévision d'une augmentation de nos moyens liée à l'alourdissement du GPM et du PMP.

3. La prévention des risques professionnels

Conscient de la difficulté du travail confié et de la diversité des risques encourus par le personnel dans l'exercice de ses missions, nous souhaitons la mise en place d'un véritable plan de prévention des

risques notamment des risques psychosociaux et nous avons prévu de mobiliser des crédits spécifiques afin de conduire une action de grande ampleur visant à renforcer l'écoute et la solidarité au sein des équipes pour cultiver l'art de travailler ensemble et de s'y épanouir même si cette idée va à l'encontre des évolutions de nos relations au travail.

Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) est révisé régulièrement après consultation des agents et des aménagements de postes peuvent si besoin être réalisés. Toutefois, la vétusté des locaux et leur manque d'ergonomie, facteurs de risques incontestables, n'auront de solution que dans la restructuration de l'établissement.

F. Réflexion éthique, promotion de la bientraitance et prévention des situations de maltraitance.

1. Nécessité d'une réflexion éthique

Pour assurer ses missions auprès de la population âgée qui lui est confiée, la Résidence du Parc appuie sa pratique sur une réglementation abondante qui produit des normes et fait produire procédures et protocoles dont l'application dans le cadre d'un accompagnement singulier ne saurait se faire sans questionnement. Quand, « *Par leur complexité, leur durée, la dureté des expériences humaines auxquelles elles renvoient, les situations dans lesquelles se trouvent les usagers mettent parfois les professionnels devant des questions sans réponse immédiate, auxquelles aucune posture fixée à l'avance ni aucun fonctionnement préétabli ne peuvent répondre* »³⁰ apparaît la nécessité d'une réflexion éthique.

Dans les établissements comme le nôtre et selon la définition formulée par J.-J. NILLES qui prend en compte les travaux d'Alain BADIOU et de Paul RICOEUR « *l'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées*³¹ ». Nous voyons à la lecture de cette définition qu'il n'est pas besoin d'être confronté à des situations extrêmes pour se poser la question du bien agir et donc mettre en place ce questionnement dans le cadre institutionnel. Aucun professionnel ne doit rester seul avec ses interrogations qui, avec le temps et faute de soutien, peuvent conduire à des situations de maltraitance et l'institution à le devoir de proposer un espace de questionnement.

a) Le cadre de la réflexion

Depuis 2007, sur la base du travail de fin d'étude d'une aide-soignante traitant de la question de la maltraitance, l'établissement a proposé un lieu de questionnement ouvert à tous Le CLo. Vi. Malt, Comité Local de Vigilance contre la Maltraitance qui a très vite élargi son champs de compétence à la réflexion éthique qui au final habitait chaque cas traité en réunion.

La participation aux travaux de ce comité qui se réunit chaque trimestre, mais peut aussi être sollicité pour une situation particulière que ne saurait attendre la prochaine rencontre, se fait sur la base du volontariat, mais est incluse dans le temps de travail pour les professionnels. Elle est ouverte aux familles, aux résidents, mais aussi à des tiers extérieurs. En outre, afin de susciter l'envie de partager questions et

³⁰ ANESM juillet 2008 « La Bientraitance, définition et repère pour sa mise en œuvre »

³¹ NILLES J.-J. - Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les ESSMS

expériences, le CLo. Vi. Malt' propose chaque année un cycle d'échanges sur un thème choisi pour ses liens avec nos questionnements. Une conférence publique animée par une personnalité faisant autorité dans le domaine, clôture le cycle.

b) Le fonctionnement

La directrice, le médecin coordonnateur, l'IDEC et la psychologue sont les garants du fonctionnement régulier de cet espace de réflexion, de la régularité des rencontres au cours desquelles sont discutées des situations concrètes présentées par les participants, qu'ils les aient vécues eux même ou qu'ils relayent la parole d'un tiers. Ils garantissent en outre la neutralité de cet espace de paroles afin que chacun s'y sente en sécurité et s'y exprime en toute indépendance.

Au moment où ils intègrent cette instance les personnes volontaires s'engagent à titre personnel à participer de manière régulière et à échanger avec les autres de manière bienveillante. Les débats sont confidentiels et les comptes rendus de séances qui exposent la teneur des échanges ne permet pas d'identifier les personnes ayant émis un avis. Il convient de noter que les réunions du CLo. Vi. Malt' ne sauraient en aucun cas être un lieu de règlement des plaintes ou de mises en accusation ce qui lui ferait perdre son sens « éthique ».

Le médiateur désigné par l'établissement pour favoriser l'expression des personnes âgées, peu à l'aise avec ces pratiques, propose des rencontres au cours desquelles il recueille les questionnements qu'il soumettra aux participants lors de la prochaines rencontre.

Pour une structure comme la nôtre, une telle instance labellisée en 2011 par l'ARS au titre de la promotion du droit des usagers, est une chose toute à fait nouvelle qui doit encore être développée ce que nous ferons au cours des prochaines années en nous appuyant sur les recommandations de l'ANESM notamment pour ce qui concerne l'ouverture sur l'extérieur et à condition de trouver des personnes désireuses de s'investir dans un telle projet

2. La promotion de la bientraitance

La bientraitance n'est pas le fruit de courants de pensées, elle a depuis la loi 2002.2 du 2 janvier 2002 des bases juridiques. Toutefois, la complexité des situations, la dépendance de plus en plus lourde rendent certains principes inopérants s'ils ne sont pas accompagnés de la réflexion éthique décrite plus hauts.

Pour avoir choisi de construire notre démarche d'accompagnement sur la philosophie de soins de l'HUMANITUDE nous nous sommes résolument engagés dans la promotion d'une démarche bientraitante qui redonne à l'Homme vieux toute la place qui lui revient, qui le consacre en tant que sujet, acteur de sa vie jusqu'au bout.

Afin que la parole de cet Homme vieux, même contrainte par la maladie jusqu'à n'être plus audible, le personnel est formé à une observation permanente et à une adaptation de ses actions qui doivent garantir l'instauration d'une confiance qui permettra des échanges équilibrés dans une relation dans laquelle chacun donne et reçoit.

La promotion de la bientraitance passe donc par la réflexion éthique décrite plus haut et qui permet de trouver le « bien agir » adapté à chaque situation, mais aussi par l'action du Groupe Ressources Humanité qui propose des outils favorisant cette relation équilibrée qui prend en compte les singularités de chacun, les évalue et les adapte en permanence pour tenir compte des difficultés rencontrées par les professionnels et de l'évolution des besoins et attentes des personnes accueillies.

Par ailleurs, dans la mesure où la participation à la réflexion éthique se fait sur la base du volontariat, et face à la nécessité de partager en expliquant les orientations prises, une action de formation à destination de tous les professionnels est proposée chaque année. D'une durée de deux heures, elle repose sur une analyse de témoignages, textes, vidéos, et sur les réactions des participants issus de services différents et qui commentent et discutent les questions soulevées par ces documents. La participation à cette formation est obligatoire.

Enfin, nous estimons que la bientraitance des résidents repose aussi sur la bientraitance du personnel qui doit pouvoir exercer son activité dans des conditions correctes ce qui, faute de moyens suffisant n'est pas toujours la réalité. Nous essayons néanmoins, en mettant en place de nombreuses formations, en remplaçant de manière quasi systématique les agents absents, en valorisant les réalisations individuelles ou collectives de limiter l'impact de la surcharge de travail sur les conditions de l'accompagnement afin qu'il reste bienveillant. Aujourd'hui, avec un GMP à 776 et un PMP validé à 279, les moyens accordés en 2010 atteignent leurs limites et nous devons être particulièrement vigilants pour ne pas désespérer les professionnels qui ne peuvent vivre avec le sentiment de trahir leurs valeurs sans avoir les moyens de lutter.

3. La prévention des situations de maltraitance

Nous l'avons déjà affirmé dans nos projets précédents, la bientraitance n'est en rien l'inverse de la maltraitance et bannir ce mot de notre vocabulaire ne changera rien à la réalité de la vie institutionnelle dans laquelle trop souvent les contraintes organisationnelles, réglementaires et budgétaires sont les premières sources de maltraitance quand bien même, le personnel bienveillant et compétent répond à ces contraintes.

La pénibilité du travail en gériatrie au côté de résidents dont les comportements perturbés par l'âge ou par les maladies neurodégénératives attaque le psychisme des professionnels et rend omniprésent le risque de maltraitance. Lorsque l'épuisement professionnel guette, il devient difficile de penser l'ensemble de ses actions pour l'éviter.

La réflexion éthique que nous proposons aux personnes volontaires, les formations visant à promouvoir la bientraitance sont une réalité, mais ni plus ni moins opérantes que l'épuisement professionnel qui naît d'un écart trop grand entre un idéal professionnel et une réalité désespérante. La présence sur le terrain de personnes ressources, IDEC, référents Humanité et la psychologue tout comme l'instauration de temps de parole et l'analyse régulière des pratiques, en particulier des événements indésirables, doit nous permettre d'éviter cette maltraitance que nous savons toujours à l'affût dans les situations les plus banales. Il faut donc rester vigilant, sentinelles au service de la bientraitance et éviter de créer un climat de suspicion douloureux pour tous. Si la confiance doit être de mise entre les personnes accueillies et ceux qui les accompagnent, elle doit aussi être un a priori des relations entre professionnels.

CONCLUSION

« Toujours trop d'espoir devant soi. Et trop de déceptions derrière soi. La vie est ce long ruban qui se déroule sans temps mort et dans un mouvement souple qui alterne espoir et déception. »³²

Après des mois de travail, d'évaluation du travail accompli, de satisfactions et d'impatiences, voici venu le moment de mettre un point final à cette nouvelle version du projet institutionnel et la phrase de Dany LAFERRIERE résume bien l'état d'esprit dans lequel nous nous trouvons aujourd'hui.

Douze année de vie d'une institution, c'est cette alternance d'espoir et de déception, mais dans laquelle l'espoir a toujours le dernier mot. Ainsi sont faits les Hommes et nous donc, parfois lassés d'attendre ces jours meilleurs qu'on nous promet pour la gérontologie, parfois pleins d'énergie pour écrire une nouvelle page de notre histoire commune au service de ceux qui nous précèdent dans la vie mais auxquels nous savons ressembler au-delà de leurs mémoires défaillantes et de leurs corps usés.

Cette réalité nous ne devons pas l'oublier car les efforts consentis aujourd'hui parfois dans les larmes, nous en goûterons peut être les fruits si nous avons à notre tour la chance ou la malchance de vieillir. S'il est vrai que les professionnels des EHPAD souffrent des situations douloureuses qui font écho à leur propre peur de la mort et de la vieillesse, nous savons aussi que nous sommes chaque jour les héros d'une histoire extraordinaire. Nous aimerions alors entendre les applaudissements à la fin du spectacle car ces rôles que jouent pour la société indifférente, et aux risques de se briser, les infirmières, aides-soignantes et autres professionnels, personne n'en veut.

Et nous sommes encore là à écrire un projet pour demain, à vouloir encore bâtir parce que nous avons conscience que *« la vieillesse n'est qu'un déguisement sous lequel le moi réel reste jeune et impatient de vivre »*³³ et que nous savons qu'il faut lui donner la possibilité de le faire jusqu'au dernier jour parce qu'un jour c'est nous et vous, lecteurs, qui serez sous ce déguisement.

³² LAFERRIERE, Dany, 2009 – L'énigme du retour – Paris, Ed. du Boréal

³³ GRINER ABRAHMA Véronique, Amour de vieillesse, coll. Presses de l'EHESP