

**Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil**

Diplôme de Cadre de Santé



**La Pluridisciplinarité :
un défi pour le cadre de
santé en EHPAD.**

Leititia LANCON

**2011-2012
DCS@11-12**

REMERCIEMENT

Je remercie mon directeur de mémoire Mr LEDESMA qui a su me guider pour que j'aborde sereinement ce travail.

Je souhaite montrer ma gratitude aux professionnels qui ont accepté de participer à mon enquête.

Je remercie également toutes les personnes de mon entourage, mes amis et surtout ma famille, qui m'ont soutenu et accompagné tout au long de cette année de formation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1 CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	5
1.1 Histoire et Evolution du Secteur Médico-social :	5
1.1.1 Des institutions religieuses aux asiles :	5
1.1.2 Des asiles aux maisons de retraite :	6
1.1.3 De la maison de retraite à l'EHPAD :	6
1.1.4 L'EHPAD d'aujourd'hui :	7
1.2 Place De La Personne Agée Dans L'institution :	8
1.2.1 Evolution et législation :	8
1.2.2 Le sens du soin en gériatrie :	10
1.3 Le Projet De Vie Personnalisé :	11
1.3.1 Qu'est-ce-qu'un projet ? :	11
1.3.2 Définition et législation :	12
1.4 De L'individu Au Collectif De Travail :	13
1.4.1 L'individu face au groupe :	14
1.4.2 L'équipe :	14
1.4.3 L'équipe soignante en gériatrie :	16
1.4.4 L'équipe pluri professionnelle ou pluridisciplinaire :	17
1.4.5 Travail en équipe :	18
1.4.6 La cohésion :	18
1.4.7 Collectif de travail :	19
2 L'ENQUETE DE TERRAIN :	20
2.1 Méthodologie :	20
2.2 Le cadre de l'enquête :	21
2.2.1 Les quatre unités :	21
2.2.2 Le personnel :	21
2.2.3 Les projets de vie personnalisés :	21
2.2.4 Les réunions pluridisciplinaires :	22
2.3 Le corpus des professionnels :	23
2.4 Synthèse et analyse : cas concret	24
2.4.1 Les actions prévalentes :	25

2.4.2	Différenciation des actions portant sur le physique ou le psychique :	26
2.4.3	Les actions coordonnées entre les différents acteurs:	27
2.4.4	Les Acteurs :	27
2.4.5	Cas des professionnels ayant des missions spécifiques:	28
2.5	Synthèse et analyse : questionnaire.....	30
2.5.1	Première question :	30
2.5.2	Deuxième question :	30
2.5.3	Troisième question :.....	31
2.5.4	Quatrième question :	32
2.6	Synthèse et Analyse globale :	33
2.6.1	Place du résident et rôle des aidants :.....	34
2.6.2	Les impacts de la pluridisciplinarité dans la personnalisation des soins :.....	35
3	ROLE ET PLACE DU CADRE EN EHPAD	38
3.1	Le cadre face aux contraintes socio-économiques :.....	38
3.2	Le cadre face à la pluridisciplinarité :.....	41
3.3	Le cadre face aux projets de vie :.....	42
4	Limites du travail	45
	CONCLUSION.....	46
	BIBLIOGRAPHIE.....	49
	ANNEXE	

INTRODUCTION

J'ai découvert la gériatrie et ses richesses lors de ma prise de poste en tant que faisant fonction de cadre de santé au sein des « Sables Roses » en février 2011. Cette unité dont j'étais responsable est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) public d'une capacité d'accueil de cent dix lits. De nombreux professionnels, soixante au total doivent cohabiter et participer chacun selon leurs fonctions à rendre la vie des résidents la plus agréable possible en se préoccupant de leur bien-être quotidien et en respectant leurs besoins, leurs envies et leurs attentes.

Ils ont des emplois, des formations initiales, des fonctions et des logiques différentes. Ceux sont des soignants issus des secteurs sanitaires, médico-social et même social qui ont des métiers variés tel que médecins, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, agents de service hospitalier, ergothérapeute, neuropsychologue, kinésithérapeute,...mais aussi des agents administratifs, d'entretien, de restauration, d'animation, de bien-être (coiffeuse, esthéticienne, pédicure) et des bénévoles.

Après avoir observé les règles de fonctionnement, l'organisation générale et les zones de collaboration entre les différents intervenants, un manque de cohésion et de coordination entre eux m'a interpellé. En effet, pour moi il était évidemment que pour effectuer une prise en charge de qualité du résident les acteurs devaient travailler ensemble, dans le même sens.

Il n'existait pas de temps formel de discussion pour planifier les actions à mettre en place auprès des résidents. De plus, l'architecture de l'institution empêchait les temps informels et ne favorisait pas la rencontre entre les agents. Les Projets de Vie Personnalisés (PVP) bien qu'inscrits comme objectif prioritaire dans la convention tripartite (2010-2015) n'étaient pas formalisés. C'est pourquoi, j'ai suivi une formation pour me familiariser avec cet outil que je n'avais jamais manipulé et me suis rapidement rendue compte qu'il risquait de bousculer les pratiques professionnelles au sein de l'EHPAD. Je souhaitais profiter de leur mise en œuvre pour redonner au résident sa place légitime qui est au centre du processus avec tous les professionnels gravitant autour de lui.

Mon départ à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), ne m'a pas permis d'aller au bout de ma démarche, c'est la raison pour laquelle j'ai choisi de traiter ce sujet dans mon mémoire de fin d'études.

Ma première idée était de m'intéresser à la possible utilisation du projet de vie personnalisé comme un outil de management pour le cadre de santé en EHPAD dans le but de fédérer tous les intervenants autour du résident. Les premiers mois passés à l'institut de formation des cadres de santé m'ont permis d'évoluer grâce aux apports théoriques et aux éclairages des différents intervenants ainsi que par les nombreux ouvrages que j'ai pu lire.

J'ai donc réorienté mon questionnement sur les raisons du manque de cohésion entre les soignants et comment le cadre de santé pouvait favoriser l'émergence de compétences collectives tout en s'appuyant sur la complémentarité des compétences individuelles de chacun.

Mon cheminement s'est poursuivi et j'ai décidé de fixer mon étude sur les liens qui peuvent exister entre la pluridisciplinarité d'une équipe de travail et les éléments de la personnalisation de la prise en charge des résidents d'un EHPAD.

La pluridisciplinarité qui apparaît souvent comme une vraie valeur ajoutée pour le résident, ne peut-elle pas également devenir une difficulté pour le cadre de santé qui devra apprendre à manager des individus très hétérogènes

D'où ma question de recherche :

La pluridisciplinarité participe-t-elle à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD en favorisant la multiplicité des éléments de personnalisation des soins ?

Dans la première partie de mon travail, je vais exposer mon cadre conceptuel et théorique, dans une deuxième, je vais vérifier mon hypothèse en la comparant aux données recueillies sur le terrain. Ma troisième partie sera consacrée à mon analyse personnelle de la situation. Je vais, en confrontant la théorie, les réponses obtenues à mon questionnaire, mon point de vue et mon expérience dégager le rôle du cadre de santé en EHPAD ainsi que les enjeux et les difficultés auxquels il doit faire face.

1 CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Afin de permettre la compréhension de mon travail de fin d'étude, je vais introduire et expliciter le cadre contextuel et conceptuel de la thématique que je souhaite étudier. Les apports législatifs et théoriques me serviront de références dans la deuxième partie de mon travail où j'aborderai l'analyse de mon enquête de terrain.

1.1 Histoire¹ et Evolution² du Secteur Médico-social :

La prise en charge des vieillards d'autrefois que l'on cachait dans des hospices a évolué et est devenue au fil du temps une préoccupation des pouvoirs politiques qui ont souhaité redonner une dignité à l'être humain vieillissant.

1.1.1 Des institutions religieuses aux asiles :

Moyen-âge : Les institutions hospitalières sont gérées par l'église, elles hébergent les pauvres, infirmes et malades sans distinctions.

XVI^{ème} : La naissance d'une médecine fondée sur l'observation marque le début de l'assistance publique.

Révolution française : Elle a permis l'élaboration du droit à l'assistance avec le décret du 19 mars 1793 qui précise : « *Tout homme a droit à sa subsistance, par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler* ».

Des asiles réservés aux vieillards et aux infirmes de plus de 70 ans sont prévus dans chaque ville de plus de 100 000 habitants.

Les institutions hospitalières sont laïcisées, les hôpitaux rattachés aux communes : ils reçoivent les vieillards, les malades et les démunis.

¹ Chap.1 : DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel 3^{ème} édition(2008). -**Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales**.-Paris: Edition Seli Arslan.-, 310p.

² DIETSCH Emmanuelle -**Développer une relation humaine de service au sein d'un EHPAD : L'apport d'un démarche qualité**-Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2008

1840 : Le règlement modèle des hôpitaux amène la différenciation entre l'hôpital réservé aux malades et l'hospice réservé aux vieillards et aux indigents, il annonce la séparation entre logique médicale et logique sociale.

Loi du 14 juillet 1905 : Elle se préoccupe de l'hébergement et des ressources minimales des vieillards, infirmes et incurables.

1945 : Création de la sécurité sociale qui n'a dès lors pas cessé d'élargir les bénéficiaires et les prestations.

1.1.2 Des asiles aux maisons de retraite :

1962 : Le rapport LAROQUE³ s'inquiète de l'image dévalorisante de la vieillesse, il préconise de favoriser la citoyenneté et l'insertion sociale des personnes âgées.

Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales: Elle induit la transformation des asiles en maison de retraite.

Loi 86-017 du 6 janvier 1986 : Elle offre la possibilité aux maisons de retraite de créer des sections de cure médicalisées en passant une convention avec l'assurance maladie.

1.1.3 De la maison de retraite à l'EHPAD :

Loi du 4 janvier 1997 de réforme de la tarification : Elle crée les EHPAD qui doivent être conventionnés par le Conseil Général et l'Assurance Maladie. Cette convention tripartite les engage dans une démarche qualité. Elle instaure la prestation spécifique dépendance

Loi du 2 janvier 2002, loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale : Elle place le résident au centre du dispositif et affirme ses droits.

Loi du 21 juillet 2009⁴ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Elle entreprend le décroisement⁵ des secteurs sanitaires et médico-sociaux en favorisant leur rapprochement et la coordination entre les deux. La prise en compte du médico-social au sein du plan stratégique

³ Inserm (1962).-**Rapport LAROQUE**-<http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66058957faafd3cac12568cf00433fdd?OpenDocument#CONCLUSIONS>- consulté le 13/12/2011

⁴ ANAP (2009).-**Loi HPST : les clés pour comprendre**- http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/La_loi_HPST.pdf - consulté le 24/04/2012

⁵ LETOURNEAU Dominique.-**Lois Hospitalières**- Cours du 20/09/2011

régional de santé montre la volonté politique d'améliorer les parcours de soins de nos aînés en préconisant le développement des réseaux et de nouveaux métiers tels que les gestionnaires de cas. Le schéma régional d'organisation des soins médico-sociaux précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

1.1.4 L'EHPAD d'aujourd'hui :

Un EHPAD est un lieu de vie où se côtoie une multitude d'acteurs d'horizons (sanitaire, social), de formations (Infirmier, Aide-soignant, Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Psychologue,...), de hiérarchie (libéraux, employés, bénévoles) différents avec des valeurs, des compétences, un vocabulaire propre à chacun.

L'expression « lieu de vie »⁶ est utilisée afin d'annoncer la rupture avec les asiles qui étaient des lieux d'enfermement, d'éloignement de la société alors que les EHPAD ont pour mission, au contraire, de s'ouvrir sur la société tant au niveau organisationnel par la création de réseaux et de partenariats qu'au niveau individuel pour les personnes accueillies, citoyens qui ont droit à une vie sociale épanouie.

Il s'agit d'accompagner la **vie** et non de créer un lieu qui aurait comme seule finalité la fin de la vie.

La médicalisation des EHPAD rend difficile la perception des résidents de se sentir chez eux. L'institution, même si elle met tout en œuvre pour s'en approcher doit également tenir compte des contraintes collectives et sécuritaires.

C'est un lieu où se côtoient deux logiques : l'une sanitaire dont l'objectif est de traiter des pathologies donc d'exécuter des soins, l'autre sociale dont la principale fonction est l'accompagnement des personnes âgées, le respect de leur individualité et de leurs souhaits.

Il est important que ces deux logiques se rencontrent et que leurs actions soient coordonnées afin que les acteurs qui la composent puissent travailler ensemble et former une équipe de travail.

C'est dans cette optique, il me semble, qu'il est important de développer la notion de projets dans les EHPAD surtout celle de projet de vie personnalisé.

⁶ P.43 CHRISTEN-GUEISSAZ Eliane (dir.) (2008).-Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien.-Paris : Edition Seli Arslan -,218p.

La définition d'un objectif commun à atteindre peut amener les nombreux professionnels à coopérer en mutualisant leurs compétences et à se compléter en acceptant leurs différences.

1.2 Place De La Personne Agée Dans L'institution :

Le nombre de personnes âgées⁷ ne cesse d'augmenter, il atteindra plus de 10 millions en 2040. Cela représente 400 000 personnes âgées dépendantes de plus qu'en 2000.

Selon une étude⁸ éditée par l'Institut National d'études démographiques (INED), en 2015, un français sur quatre aura plus de 60 ans, en 2035 ce sera trois français sur dix.

1.2.1 Evolution et législation :

Le recul de l'espérance de vie associé au développement des services d'aide à domicile qui permettent aux personnes de rester plus longtemps chez elle et aux progrès médicaux ont repoussé l'âge d'entrée en institution. Cela implique que les EHPAD accueillent des usagers de plus en plus tardivement avec des pathologies souvent multiples et un niveau de dépendance plus important. D'après une étude publiée par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)⁹ en février 2010, l'âge moyen d'entrée en institution est de 85 ans et le Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré (GMP) est de 686.

La place de la personne âgée en institution a changé, notamment avec la réglementation :

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002¹⁰, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a pour but de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Son objectif, tel que l'a voulu

⁷ Sont considérées comme âgées les personnes de plus de 75 ans

⁸ INED (2008)-http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/toile/mortalite_decès_longevite/duree_vie_consequence_france/- consulté le 16/01/2012

⁹ ANESM (2011).- **Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD-** http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf - consulté le 19/04/2012

¹⁰ Ministère de la santé et de la protection sociale (2004).-**Les droits des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux-** http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/d_usagers.pdf- consulté le 18/01/2012

le ministère de la santé est de «*passer de la protection de la personne fragile à la reconnaissance d'un usager citoyen* ».

Elle repose sur sept principes :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité

2° Le libre choix entre les prestations offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité favorisant son autonomie, adaptés à ses besoins, respectant son consentement éclairé

4° La confidentialité des informations la concernant

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge

6° Une information sur ses droits fondamentaux ainsi que sur les voies de recours à sa disposition

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de soin place l'utilisateur au cœur du dispositif en lui octroyant des droits et renforce ceux déjà présents dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Son évolution est également due aux travaux et recherches réalisés par différentes instances et associations notamment la fondation nationale de gérontologie¹¹ (FNG) qui a édité la *charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*¹². Elle se décline en quatorze articles inspirés des sept principes de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et conforme à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

La volonté politique de revaloriser la personne âgée et lui redonner une place de citoyen ayant des droits est réelle.

¹¹ Fondation Nationale de Gérontologie.-http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_abrege.htm- consulté le 19/04/2012

¹² Annexe n°1 : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

1.2.2 Le sens du soin en gériatrie¹³ :

Le soin en gériatrie ne revêt pas le même sens que l'on se place du côté des acteurs issus du milieu sanitaire ou des acteurs provenant du secteur social.

L'approche est sensiblement différente, les paramédicaux sont dans une optique de soin, améliorer l'état de santé ou du moins éviter qu'il ne se dégrade. Leur objectif, même s'il évolue avec une meilleure connaissance et reconnaissance du vieillissement et ses retentissements est de traiter une pathologie, de privilégier le curatif. Il est difficile pour un soignant qu'il soit médecin ou aide-soignant de lâcher prise et se contenter de palier sans espoir de guérison. Leurs difficultés peuvent provenir de leur proximité avec la dégradation physique souvent avancée en institution et la mort.

Les acteurs sociaux accompagnent la personne, ils axent leur prise en charge vers une conservation de l'autonomie en permettant à la personne âgée de prendre conscience de ses ressources et de les optimiser. Ils ne se retrouvent pas en confrontation directe avec le vieillissement physique. Il me semble qu'ils appréhendent le processus de vieillissement plus sereinement.

Pourtant les missions et les objectifs qu'un EHPAD doit remplir sont communs aux deux. L'essentiel est de préserver l'autonomie de la personne âgée, de respecter sa dignité, son humanité, sa socialisation. Le soin doit être bienveillant et respecter les désirs et les attentes du sujet admis en institution. La charte de la personne accueillie et celle de la personne âgée en institution sont des modèles à suivre. Les logiques sociales et sanitaires doivent se rejoindre et trouver un sens commun à leurs actions. Ce rapprochement doit se concrétiser autour d'une valeur qui me paraît essentielle dans la réflexion autour des soins en gériatrie : la bientraitance.

La bientraitance¹⁴ est une culture provenant de l'évolution de plusieurs notions dont la bienfaisance, la bienveillance, l'attitude de « bonne mère » développée par D.WINNICOTT, les enseignements de Carls ROGERS en matière de communication, la sollicitude, l'empathie, la reconnaissance et le care (soigner dans une relation de sollicitude à l'autre). Elle inspire les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service.

¹³ Discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement

¹⁴ ANESM (2008).-**La bientraitance : définition et repères pour la mettre en œuvre**-<http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ecobientraitance.pdf>- consulté le 12/01/2012

C'est « un état d'esprit¹⁵, une exigence éthique de la relation soignant-soigné. Il s'agit de donner au soigné la possibilité d'exister avec tout ce qu'il est ».

Elle apparaît en opposition ou en solution contre la maltraitance qui est selon l'OMS (2002) ¹⁶: « La maltraitance est un acte commis ou omis, auquel cas on parle habituellement de négligence, qu'elle soit intentionnelle ou involontaire. La maltraitance peut-être physique ou psychologique avec des agressions verbales notamment. Elle peut aussi passer par des mauvais traitements sur le plan financier et matériel. Quel que soit le type, la maltraitance entraînera certainement des souffrances et des douleurs inutiles, la perte ou la violation des droits de l'homme et une dégradation de la qualité de vie de la personne âgée ».

La finalité du soin en gériatrie vise le bien-être de l'usager. Il trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il doit répondre aux besoins fondamentaux des usagers de la manière la plus individualisée et **personnalisée** possible. Ce qui, pour moi, rejoint la philosophie générale de l'élaboration en équipe des projets de vie personnalisés.

1.3 Le Projet De Vie Personnalisé :

Le Projet de Vie Personnalisé (PVP)¹⁷ désigne le processus par lequel, en partant du projet de la personne, on adapte celui-ci à son potentiel et aux possibilités de réponses de l'institution.

Avant de développer cette notion et afin d'en saisir le véritable sens, il me semble important de définir au préalable le concept de projet.

1.3.1 Qu'est-ce-qu'un projet ?

Le mot projet¹⁸ vient de latin «*projicio*» qui signifie jeter en avant ou, se projeter «*ce qui implique qu'un projet est avant tout la projection de soi, de ses idées, de ses intentions avant une réalisation et une évaluation des résultats*

¹⁵ P.92 FORMARIER Monique (2009).-**Les concepts en sciences infirmières**-Paris : MALLET conseil-,290p.

¹⁶ P .192 CHRISTEN-GUEISSAZ Eliane (dir.) (2008).-**Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien**.-Paris : Edition Seli Arslan -,218p.

¹⁷ P.196 VERCAUTEREN Richard (2010).-**DICTIONNAIRE de la GERONTOLOGIE SOCIALE**.-Toulouse: Edition érès.-,280p ;

¹⁸ P.14 : VERCAUTEREN Richard, HERVY Bernard, SCHAFF Jean-Luc (2011).-**Le projet de vie personnalisé des personnes âgées**.-Toulouse: Edition érès.-, 167p.

d'actions futures ».Le projet est une façon d'agir par anticipation en ayant considéré l'ensemble des paramètres pouvant interférer dans son accomplissement et définit les objectifs que l'on souhaite atteindre ».

En sociologie¹⁹, il est utilisé dans les années soixante-dix pour « réintroduire de l'action, redonner une place aux initiatives des acteurs peu reconnues dans des organisations mécanistes».

Le projet oblige à rechercher du sens, il indique non pas un contenu mais une direction. C'est une notion dynamique, il évolue selon les objectifs fixés. C'est pourquoi il est important avant de démarrer un projet de s'interroger sur ses fondements afin d'établir son identité (objet, raison d'être, objectifs) puis de définir un plan d'action (moyens, temps, planification) et déterminer le plan d'animation (gestion de la vie du projet).

Le projet permet d'anticiper les changements et non de les subir, il nécessite la formation d'un groupe et un chef de projet pour l'animer.

1.3.2 Définition et législation :

L'article L.311-3 de la loi du 2 janvier 2002 repris dans l'article L311-3 du Code de l'Action Sociale et Familiale assure à la personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, «*la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ».

Apparaît ainsi de manière explicite **les notions de projet** (projet de soins personnalisé, projet de vie de la personne, projet d'établissement).

Le terme de projet personnalisé²⁰ est celui qui a été retenu par l'ANESM lors de l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles: « les attentes de la personne et le projet personnalisé » édité en décembre 2008 car il qualifie la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie et/ou son représentant légal et les équipes professionnelles.

¹⁹ ANESM (2009).- **Repères concernant la notion de projet** -http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf- consulté le 12/01/2012

²⁰ ANESM (2008).-**Les attentes de la personne et le projet personnalisé**-http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf- consulté le 12/01/2012

Le Projet de Vie Personnalisé²¹ doit «*être personnel et singulier, élaboré pour chaque personne. C'est un outil pour préserver l'identité du résident. Il recouvre deux étapes : celle du projet de la personne exprimé par elle et celle de la réponse à ses demandes personnelles dans un cadre structuré et collectif*».

C'est une dynamique institutionnelle inscrite dans le projet d'établissement qui recherche la participation du résident et/ou celle de son tuteur et nécessite l'implication de toute l'équipe. Le résident placé comme acteur se sent impliqué et mis en valeur.

L'élaboration du PVP nécessite, au préalable, une connaissance du résident et de ses habitudes de vie qui seront ensuite utilisées lors de la formalisation des objectifs et des actions à mettre en place avec et pour la personne par toute l'équipe soignante.

Un soignant référent doit être nommé pour chaque résident duquel il devient l'interlocuteur privilégié. Il est le lien entre le résident, sa famille et l'institution. Il est responsable du suivi, des évaluations et des réajustements des PVP. On retrouve cette disposition dans la recommandation ANESM de décembre 2008 « les attentes de la personne et le projet de vie personnalisé » ainsi que celle de janvier 2012 « qualité de vie en EHPAD ».

Le projet de vie²² représente « *une opportunité pour les professionnels de mettre en cohérence les différentes logiques : médicales, soignantes, hôtelières, sociales qui entourent le résident* ». Cela peut permettre de décloisonner des différentes disciplines présentes dans les EHPAD en favorisant la collaboration entre professionnels, le partage de leurs connaissances et le développement de compétences collectives.

1.4 De L'individu Au Collectif De Travail :

Au travers de ce chapitre, je vais tenter d'expliquer comment peut se créer un collectif de travail à partir d'un ensemble d'individus.

²¹P.284 FORMARIER Monique (2009).-**Les concepts en sciences infirmières**-Paris : MALLET conseil-,290p.

²²P.131 AMYOT Jean-Jacques, MOLLIER Annie (2002).-**Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées**.-Paris : Dunod.-, 213p.

1.4.1 L'individu face au groupe :

L'individu est confronté à la réalité groupale dès sa naissance. En effet, la notion de groupe²³ apparaît dès qu'un tiers s'interpose dans un couple. Le premier groupe auquel appartiendra un enfant est le groupe familial lorsque le père s'immisce au sein du couple mère-enfant. Il s'exprime pleinement à partir de quatre personnes, lorsque le nombre d'interactions en face à face possible est supérieur à celui des membres du groupe. Chaque individu peut appartenir à plusieurs groupes : amical, sportif ou professionnel.

Notre personnalité se forge en partie grâce à nos interactions avec les membres des groupes que nous côtoyons ainsi que la place que nous occupons parmi eux. Le groupe permet la socialisation de l'individu par un mécanisme de **personnalisation**²⁴ qui est « *un processus par lequel un individu devient une personne, un être humain comme les autres et parmi les autres, semblable à eux sans être eux, ego parmi des alter-ego* » et d'**individuation**²⁵ par laquelle « *l'individu acquiert une singularité sociale, recherche d'un équilibre dynamique entre la ressemblance et la dissemblance avec autrui* ».

L'individu se situe dans son groupe d'appartenance²⁶ en se singularisant face aux groupes de non-appartenance tout en se forgeant son identité grâce à son groupe de référence. Le groupe de référence étant celui auquel il aimerait appartenir.

Le groupe d'appartenance peut être une équipe de travail auquel l'individu se considère appartenir car il en partage les normes, les codes,...Il se sent respecté pour ce qu'il est, protégé par les autres membres envers lesquels il éprouve de la confiance.

1.4.2 L'équipe :

Une équipe²⁷ est « *un groupe primaire qui présente certaines caractéristiques dont un nombre restreint de membres, une poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, des relations affectives intra-groupales pouvant*

²³ Chap.1 ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-YVES 4^{ème} édition(2011).-**La dynamique des groupes restreints**.-Paris: PUF.-, 397p.

²⁴ P.19 BLANCHET Alain, TROGNON Alain (2005).-**La psychologie des groupes**.-Paris: Armand COLIN.-, 127p.

²⁵ Op.cit. p.22

²⁶ Op.cit p.26

²⁷ ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-YVES Op.cit p36.

constituer des sous-groupes, une forte interdépendance des membres, une différenciation des rôles entre les membres, la constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe ».

D'après le professeur Robert LAFONT cité par R.MUCCHIELLI²⁸ :

« Equipe viendrait du vieux français esquif, qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes ou des chevaux en attendant l'époque des remorqueurs. Est-ce l'image des bateliers tirant sur la même corde ou celle des bateaux attachés ensemble. Toujours est-il qu'on a parlé d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis ensuite d'équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble ».

Il la définissait *« non pas comme une addition d'êtres, mais une totalité, un groupe psychosocial vivant et évolutif, une interdépendance consentie, où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne. C'est un engagement, une communauté d'action, ce qui ne veut pas dire identité d'action mais plutôt **complémentarité d'action** »*. La coopération s'établit entre les professionnels différents grâce au partage de responsabilité dans la réalisation d'actions dont l'objectif leur est commun. La structure ainsi définie et le cadre stable et organisé les sécurise et permet l'expression de chacun.

Olivier DEVILLARD²⁹ compare l'équipe à un corps humain qui aurait les mêmes besoins et nécessiterait quatre composantes : *« un groupe d'équipier, un chef, un objectif et des pratiques qui visent la concertation d'action. Il précise qu'il n'y a pas d'équipe en l'absence d'un seul de ces éléments »*. Chacun doit donc trouver sa place et définir son rôle au sein du groupe afin d'entériner son appartenance et participer à la construction d'un collectif de travail.

Le travail en équipe³⁰ n'est pas inné, il est d'autant plus difficile que les équipes ne se choisissent pas. *« La réussite d'une équipe est liée à la volonté de chacun de ses membres de collaborer au travail collectif et d'apporter sa contribution à la cohésion de l'ensemble »*.

²⁸ P.12 MUCCHIELLI Roger 12^{ème} édition (2011).-**Le travail en équipe**.-Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.-,203p.

²⁹ P3 : DEVILLARD Olivier 2^{ème} édition (2003).-**La dynamique des équipes**.-Paris : Editions d'organisations -,304p.

³⁰ P.169 FORMARIER Monique (2009).-**Les concepts en sciences infirmières**-Paris : MALLET conseil-,290p.

L'équipe a besoin d'une certaine homogénéité, notamment dans le langage utilisé afin que la communication entre ses membres soit possible mais une hétérogénéité semble nécessaire pour multiplier les points de vue, enrichir les potentiels de l'équipe et développer de nouvelles compétences.

C'est ce qu'avance R.MUCCHIELLI³¹ dans son ouvrage consacré au travail en équipe: « *L'efficacité des communications requiert une homogénéité des membres : homogénéité du niveau de culture et des cadres mentaux de référence, homogénéité de l'équilibre psychique* », même si *l'homogénéité des membres de l'équipe est un facteur de coopération et d'efficacité, l'hétérogénéité des compétences (dans le même cadre de référence, dans la confiance interpersonnelle et dans la commune motivation pour la tâche) est un facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe, les qualifications différentes accroissent l'interdépendance des membres et la complémentarité des interventions* ».

Les membres de l'équipe doivent donc respecter leurs différences mais également développer des compétences communes. La compétence des équipes³² « *ne peut se réduire à la somme des compétences individuelles qui la composent. Elle dépend largement de la qualité des interactions qui s'établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif* ».

Le cadre de santé est confronté à la difficulté de concilier ces deux idées qui semblent contraires surtout en EHPAD où l'équipe soignante est élargie et peut regrouper de nombreux métiers différents.

1.4.3 L'équipe soignante en gériatrie :

L'équipe soignante en EHPAD est une équipe pluridisciplinaire, elle réunit tous les professionnels pouvant intervenir auprès du résident ainsi que les bénévoles.

Celle-ci est constituée par plusieurs sous-groupes qui sont défini par leur appartenance première soit à une profession soit au fait qu'ils soient externes à la

³¹ P.49 MUCCHIELLI Roger 12^{ème} édition (2011).-**Le travail en équipe**.-Issy-les-moulineaux : ESF éditeur.-,203p.

³² AYMAR Gilles-CEDIP (1998).-Créer la compétence collective-http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/fichetech5_cle715a62.pdf- consulté le 23/11/2011

structure. Elle est caractérisée par le fait que le travail en équipe au sein des établissements de soin va de soi.

On le retrouve dans la réglementation que ce soit dans le référentiel de compétence de l'infirmier : arrêté du 31 juillet 2009 et dans le décret du 18 août 1995 encadrant l'obtention du diplôme de cadre de santé. Les activités se reportant au travail en collaboration pour les infirmiers et la gestion des équipes pluridisciplinaires pour les cadres de santé sont décrites dans le répertoire³³ des métiers de la fonction publique hospitalière (FPH).

L'équipe³⁴, en gériatrie, inclut *« tous ceux qui soignent et prennent soin des résidents, elle contribue en ce sens à prendre en compte les personnes dans une approche globale. Elle est composée d'individus complémentaires orientés vers un objectif commun qui doivent apprendre à collaborer et travailler en équipe »*.

Cependant lorsque l'on utilise les termes *« équipe soignante »*, cela renvoi le plus souvent aux professionnels que l'on retrouve classiquement dans le domaine sanitaire et qui s'intéressent principalement aux soins curatifs et corporels. Ceux sont les infirmiers (IDE), aides-soignants (AS) et faisant fonction d'aides-soignants (aides médico-psychologique : AMP et les agents de service hospitaliers qualifiés : ASHQ), alors que pour qualifier l'ensemble des intervenants, l'expression *« équipe pluridisciplinaire »* sera privilégiée.

1.4.4 L'équipe pluri professionnelle ou pluridisciplinaire :

La discipline³⁵ est *« une branche de la connaissance, une matière d'enseignement »* alors que la profession³⁶ est *« le métier exercé par une personne, activité manuelle ou intellectuelle procurant un salaire »*.

La **pluridisciplinarité**³⁷ est *« une action concertée en vue d'un but à atteindre, d'un objectif de soin centré sur le patient. Elle implique l'utilisation des savoir-faire complémentaires des différents intervenants permettant à chaque discipline de conserver et de développer sa propre spécificité.*

³³ FPH -Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.-<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=47>- consulté le 24/04/201

³⁴ P.130 AMYOT Jean-Jacques, MOLLIER Annie (2002).-*Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*.-Paris : Dunod.-, 213p.

³⁵ Wikipédia.-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Discipline>- consulté le 20/01/2012

³⁶ Wikipédia -<http://fr.wikipedia.org/wiki/Profession>- consulté le 20/01/2012

³⁷ P.37 RUFINI Jacques, GAILLARD Michel (1996) -*Pratique psychogériatrique : la genèse d'une équipe multidisciplinaire* -Paris : Editions l'Harmattan -,143p.

Elle se construit dans un processus continu, qui implique la coordination des rôles, l'intégration des savoir-faire multiples, la planification des compétences complémentaires et la collaboration fonctionnelle centrée sur le patient ».

Certaines conditions dont une philosophie commune, un but commun, une méthode commune et une spécificité de chaque discipline sont nécessaire pour qualifier une équipe de pluridisciplinaire.

Le but commun permet l'articulation et la coordination des différentes disciplines présentes, il doit prendre naissance au sein de l'équipe par une réflexion commune et la recherche d'un consensus. C'est une démarche qui implique que les acteurs aient les compétences requises pour travailler en équipe.

1.4.5 Travail en équipe :

Pour que le travail en équipe soit efficace³⁸ « *chacun de ses membres doit être conscient des motivations sous-jacentes des autres et vouloir que les autres atteignent leurs buts tout autant que lui. Le groupe doit travailler ensemble à des solutions mutuellement définies plutôt que prédéterminées. Si le groupe n'est qu'un agrégat d'individus sans interactions, il n'y aura que peu d'efforts ; parfois il se produira du parasitisme et occasionnellement de l'exploitation ».*

La réussite d'une équipe³⁹ est liée à « *la volonté de chacun de ses membres de collaborer au travail collectif et d'apporter sa contribution à la cohésion de l'ensemble ».*

La cohésion me semble essentielle lorsque l'activité concerne l'humain, elle permet de proposer des prises en charges consensuelles, crédibles et cohérentes.

1.4.6 La cohésion :

Olivier DEVILLARD définit la cohésion comme étant « *un ensemble de liens fonctionnels et affectifs qui concourent à l'unité d'action ».*

Etymologiquement, le mot cohésion⁴⁰ vient du latin : « *cohaersus* » qui signifie « *adhérer ensemble, c'est la propriété d'un ensemble dont toutes les parties sont intimement unies* ».

³⁸ P.33 MUCCHIELLI Roger 12^{ème} édition (2011).-**Le travail en équipe**.-Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.-,203p.

³⁹ P3 DEVILLARD Olivier 2^{ème} édition (2003).-**La dynamique des équipes**.-Paris : Editions d'organisations -,304p.

⁴⁰ P.231 JEUGE-MAYNARD Isabelle (2012).-**Grand Larousse**-Paris : Editions LAROUSSE-,1969p.

Pour Jacob Levy MORENO⁴¹ : « *La cohésion du groupe est mesurée par la force et la tendance qui pousse le plus de sous-groupes ou des membres individuels à coopérer, à conjuguer leurs efforts au profit du but commun qui est la raison d'être du groupe* ».

Une équipe dont les membres font preuve d'une réelle cohésion peut être assimilée à un collectif de travail.

1.4.7 Collectif de travail :

Le collectif de travail⁴² à « *la différence de l'équipe n'est pas seulement une entité organisationnelle, il se construit dans l'action, au fil des gestes et du temps, à mesure que des liens de confiance et de coopération se tissent* ».

Il ne prendra son véritable sens qu'à partir du moment où il y aura émergence de nouvelles connaissances favorisant des modes de fonctionnement coopératifs, apparition d'un langage commun marquant l'appartenance au groupe, élaboration de procédures d'action équilibrant les contraintes pesant sur les différents opérateurs.

Il est donc essentiel que des compétences collectives émergent au sein du collectif.

La compétence collective⁴³ « *représente l'ensemble des savoirs et savoir-faire d'un collectif mis en œuvre pour faire face à une situation de travail. Elle est issue de l'interaction entre ses membres* ».

Le cadre contextuel et conceptuel précisés dans les chapitres précédents vont servir de base de référence afin que mes lecteurs puissent comprendre le sens que j'ai souhaité donner à mon travail de recherche.

En effet, l'enquête de terrain qui suit a pour but de déterminer comment les soignants en EHPAD s'approprient la pluridisciplinarité et surtout si elle apporte un plus-value à la personnalisation des soins qu'ils prodiguent aux résidents.

⁴¹ DEBANNE Thierry (2009) -**La dynamique d'équipe**- <http://thierry.debanne.free.fr/dynamique/index.htm>, consulté le 5/12/2011

⁴² KROHMER Cathy (2008).-Repérer les compétences collectives -http://www.philippepierre.com/media/reperer_les_compетенences_collectives_proposition_d_indicateurs.pdf-consulté le 23/11/2011

⁴³ Op.cit.

2 L'ENQUETE DE TERRAIN :

J'ai décidé, dans le but de vérifier mon hypothèse de départ de mener une enquête sociologique auprès de cadres de santé et de professionnels.

2.1 Méthodologie :

J'ai orienté mon enquête vers des EHPAD de provinces ayant un mode de fonctionnement et des caractéristiques similaires afin de faciliter les comparaisons entre eux et de pouvoir confronter mon analyse à mon expérience personnelles.

J'ai choisi quatre unités rattachées à trois établissements différents pour déposer mes questionnaires. Trois sont intégrées à un centre hospitalier public (« Sables Roses », « Cèdres1 » et « Cèdres 2 »), le dernier, à un établissement de santé privé d'intérêt collectif (« Hôpital Saint Jean »). Ils sont situés dans trois régions différentes (Centre, Auvergne et Bourgogne) donc dépendants de trois ARS (Agence Régionale de Santé) distinctes.

Dans un premier temps, je suis allée à la rencontre des cadres de santé auxquels j'ai demandé de remplir une fiche de renseignements concernant l'unité qu'ils gèrent puis je leur ai laissé des questionnaires destinés aux professionnels afin qu'ils les distribuent. Ma seule demande a été qu'ils incitent les professionnels spécifiques à les remplir. Mon but était de comparer les réponses d'intervenants de disciplines différentes, j'espérais recueillir les points de vue d'au moins cinq d'entre eux.

Je les ai orientés vers le but de mes questions, l'objectif de ma démarche étant de déterminer l'implication de chaque professionnel dans les prises en charges des résidents, d'analyser la place qu'ils accordent aux autres intervenants et les liens qu'ils définissent entre eux.

Pour cela, j'ai utilisé un questionnaire dont la question principale est l'étude d'un cas concret que j'ai traité comme une question ouverte d'entretien selon la méthode⁴⁴ d'analyse de contenu. Les différents professionnels devaient décrire la prise en charge qu'il préconise pour une personne âgée dépendante vivant en EHPAD. Cette première réflexion a été complétée par quatre questions concernant la pluridisciplinarité et la personnalisation des prises en charge.

⁴⁴ OLIVIER Anne.-l'analyse de contenu-Cours du 28 /03/2012

Les informations recueillies auprès des cadres de santé et des autres professionnels seront croisées lors de l'analyse.

2.2 Le cadre de l'enquête :

Il portera sur les renseignements recueillis auprès des cadres de santé.

2.2.1 Les quatre unités :

Les informations citées ci-dessous sont issues des fiches⁴⁵ de renseignements envoyées aux quatre cadres de santé des unités que j'ai sélectionnées. Je leur ai demandé une présentation de l'établissement dans lequel ils exercent.

Les quatre EHPAD ont une capacité d'accueil comprise entre **cinquante à cent dix lits** d'hébergements.

2.2.2 Le personnel :

Ils ont tous un personnel⁴⁶ ayant des métiers variés donc une pluridisciplinarité existe au sein des quatre lieux d'enquête. Ils comptent, en effet, chacun plus de dix acteurs de soins différents avec des métiers issus de la filière sanitaire et d'autres issus de la filière médico-sociale.

Tous les professionnels présents dans ces quatre unités sont employés par la structure elle-même sauf le kinésithérapeute aux « sables roses » qui est un acteur libéral intervenant ponctuellement sur prescription médicale à la demande des résidents qui conservent le choix de leurs intervenants.

2.2.3 Les projets de vie personnalisés :

Sont-ils formalisés pour chaque résident ?

- **OUI** pour trois EHPAD sur les quatre ayant fait l'objet de l'étude.

⁴⁵ Annexe n°2 : Fiche de renseignement destinée aux cadres de santé

⁴⁶ Annexe n°5 : Tableau des professionnels présents dans chaque unité

Si oui : quand ?

- Ils sont formalisés entre **un à trois mois** après l'entrée du résident.

Si oui : par qui ?

- Par le référent professionnel du résident seul pour une unité
- Le référent et l'équipe de soins pour les deux autres.

Si non : pourquoi ?

- Le cadre est actuellement seul pour gérer quatre unités dont l'EHPAD intégré dans mon étude, le responsable de cette unité étant à l'IFCS, la formalisation des PVP est suspendu par manque d'encadrement.

2.2.4 Les réunions pluridisciplinaires :

Des réunions pluridisciplinaires sont-elles organisées ?

- **100%** des cadres affirment que des réunions de synthèse pluridisciplinaire sont organisées dans leurs unités respectives.

A quel moment ?

- Pour deux unités, elles ne sont pas régulières
- Une en organise toute les semaines
- Au sein de la quatrième unité, elles sont organisées systématiquement pour chaque résident nouvellement entré dans l'institution trois mois après son admission, ce qui impose une fréquence régulière. Deux réunions pluridisciplinaires sont organisées tous les mois.

Quels sont les objectifs des réunions pluridisciplinaires ?

- Tous les cadres interrogés pensent que cela permet une synthèse des besoins et des capacités des personnes hébergées.
- Un seul cadre associe les réunions de synthèse pluridisciplinaire à la validation, l'évaluation et le réajustement en équipe des PVP.
- Un seul cadre répond que cela permet d'apporter une prise en charge globale aux résidents.

Quels professionnels participent ?

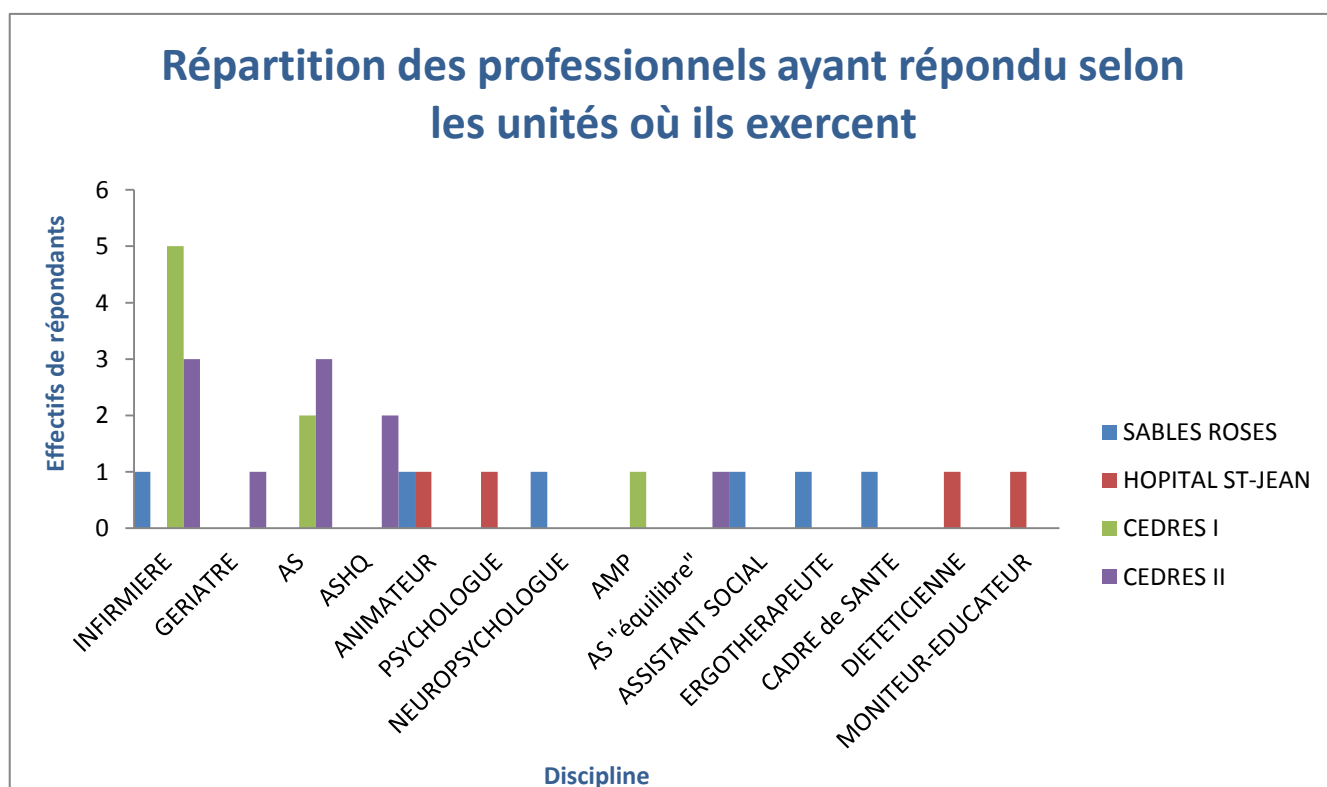
- Les quatre cadres sont d'accord et intègrent tous les professionnels aux réunions de synthèse (Médecin, IDE, AS, Ergothérapeute, Assistant social, Animateur, Neuropsychologue,...).

Les cadres interrogés sont unanimes, l'équipe pluridisciplinaire intègre tous les soignants pouvant intervenir auprès des résidents de façon permanente ou ponctuelle.

2.3 Le corpus des professionnels :

Vingt-huit professionnels travaillant au sein des quatre EHPAD ont accepté de participer à mon étude. Je leur ai demandé de lire un cas concret que j'ai élaboré en m'inspirant d'un cas réel et de me décrire le projet de prise en charge qu'ils imaginent pour cette personne âgée.

J'ai pu mettre en évidence les caractéristiques de ce corpus : en premier lieu, leurs métiers et le lieu où ils exercent :



L'échantillon exploité est composé de neuf infirmières, un médecin gériatre, cinq aides-soignants, un aide-soignant responsable d'un atelier « équilibre », un aide-médoco-psychologue, deux agents de service hospitalier qualifiés, un psychologue, un neuropsychologue, un ergothérapeute, une diététicienne, deux animateurs, un moniteur-éducateur, un cadre de santé et un assistant social.

Le nombre d'année durant lesquelles ils ont travaillé dans l'unité où ils exercent à ce jour nous permettra de calculer :

- Une moyenne par unité :

	SABLES ROSES	HOPITAL ST-JEAN	CEDRES I	CEDRES II
Moyenne	5,5 ans	7 ans	5 ans	3 ans

La moyenne pour les quatre unités confondues est de **5 ans et 3 mois** mais des écarts important existent : un animateur est dans la même unité depuis seize ans et une IDE depuis quinze, j'ai donc procédé au calcul de la médiane qui me semble plus représentatif.

- La médiane de chaque unité est de :

	SABLES ROSES	HOPITAL ST-JEAN	CEDRES I	CEDRES II
Médiane	4,5 ans	5,5 ans	3,5 ans	3,5 ans

La médiane pour les quatre unités confondues est de : **4 ans et 6 mois**. Cela signifie que la moitié des professionnels interrogés travaillent depuis moins de quatre ans et demi dans l'unité où ils exercent leurs fonctions.

2.4 Synthèse et analyse : cas concret ⁴⁷

Ma première réflexion se fera au travers d'un cas concret que j'ai bâti en m'appuyant sur une situation réelle que j'ai rencontrée pendant mon expérience de faisant fonction de cadre.

Le cas que j'ai choisi de développer est celui d'une femme de 78 ans, veuve, entrée en institution depuis deux ans, présentant une maladie de parkinson à un stade avancé et qui souffre des conséquences telles qu'une limitation de ses mouvements, un syndrome dépressif, des troubles cognitifs légers et une dépréciation de son image. Elle n'a pas accepté son entrée en institution ni l'évolution négative de sa maladie. Elle présente des douleurs récurrentes et un risque de chutes important. L'équipe soignante a des difficultés à prendre en charge efficacement cette personne notamment en ce qui concerne son traitement médicamenteux.

⁴⁷ Annexe n°3 : cas concret

J'ai pensé qu'il serait intéressant d'analyser et de comparer les idées des différentes catégories de personnels afin de se rendre compte qu'elle place chacun accorde aux autres et si la prise en charge préconisée par chacun d'eux inclut les autres professionnels. Et surtout si les actions proposées sont le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire donc menées de façon coordonnée et en équipe ou si elles sont juxtaposées et effectuées les unes après les autres sans réel lien.

2.4.1 Les actions prévalentes :

Nous retrouvons les objectifs et les actions classées par ordre décroissant selon le nombre de fois où ils ont été cités par les professionnels. Ils sont présentés de manière synthétique dans le tableau ci-dessous:

Favoriser l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne	22
Diminuer le syndrome dépressif, isolement social	19
Améliorer son installation au fauteuil	13
Améliorer la prise du traitement médicamenteux	12
Animation	12
Favoriser son expression, ses goûts, ses besoins,...	12
Diminuer la douleur physique	11
Aide dans les actes de la vie quotidienne	8
Evaluation médicale, kiné,...	8
Privilégier son intimité, aménager son environnement	5
Eviter les chutes	5
Coordination/réunion pluridisciplinaires	5
Formalisation d'un plan de soins, PVI	5
Favoriser ses capacités mnésiques	3
Privilégier les visites de sa famille	2
Dépister la dénutrition/bilan nutritionnel	2
Accompagnement // pathologies	2
Rapprochement familiale	1
Activités physiques	1
Améliorer l'image de soi	1

Nous pouvons voir dans le tableau récapitulatif que cent cinquante sept idées ou actions ont été évoquées par seulement vingt-huit soignants soit une moyenne de cinq à six par soignants.

Cela est un premier aperçu de la créativité et de la richesse qu'une équipe pluridisciplinaire peut développer. Pour l'analyse, nous les avons regroupées sous vingt et un items plus généraux.

Le premier item concerne le maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne qui a été évoqué par vingt-deux personnes, le syndrome dépressif auquel nous pouvons lier l'isolement social est le deuxième sujet de préoccupations des soignants, dix-neuf d'entre eux l'ont cité. L'amélioration de l'installation de Mme D. dans son fauteuil a mobilisé treize personnes. Le troisième, énoncé par douze acteurs de soins, touche l'expression de ses goûts, ses besoins, ses envies qui doivent être privilégiés. La participation à des animations adaptées à ses difficultés ainsi que l'amélioration de la prise de son traitement médicamenteux ont également préoccupé douze personnes. La douleur physique et sa gestion arrive en septième position, elle n'a été citée que par onze agents qui sont quasi-exclusivement des IDE et des AS ou faisant fonction à l'exception d'une neuropsychologue. Les autres items ont été formalisés entre une à huit reprises.

2.4.2 Différenciation des actions portant sur le physique ou le psychique :

Si l'on répartit ces données en comptabilisant les informations se reportant au versant physique et celle au versant psychique. On voit nettement que les professionnels sont plus centrés sur les problématiques physiques et de maintien d'autonomie, ils représentent soixante-dix interventions et moins préoccupés par le versant psychique, le ressenti de la résidente, le syndrome dépressif qui s'installe ont été pris en compte quarante-deux fois.

Une seule personne, une infirmière, a précisé dans son plan d'action que toutes les actions proposées interagissaient avec les autres et que l'amélioration de son état physique (diminution de la douleur, risque de chute moindre, meilleure installation dans son fauteuil,...) aura un impact sur son psychique et pourrait entraîner un mieux-être et à l'inverse un bien-être mental pourrait diminuer son mal-être physique.

2.4.3 Les actions coordonnées entre les différents acteurs:

L'importance de la coordination entre les professionnels n'a été évoqué que cinq fois mais nous avons pu retrouver dans vingt propositions de prise en charge sur vingt-huit soit une évocation implicite du travail en collaboration qui se traduit dans leurs écrits par l'utilisation de mots tels que : « *tous les soignants, réunions, réunions pluridisciplinaires, équipe soignante, discussion, solution en équipe* » soit une réelle description d'actions coordonnées introduites par des expressions telles que : « *avec, nous, en collaboration, actions coordonnées, réflexion commune* ».

2.4.4 Les Acteurs :

Les professionnels interrogés font la même distinction que celle décrite dans le cadre conceptuel entre équipe soignante et équipe pluridisciplinaire. Cela se traduit, au travers des informations recueillies dans les exemples de prises en charge des différents protagonistes.

Les membres de l'équipe soignante au sens strict ont été cités comme acteurs de soins dans quarante propositions d'actions. Les membres de cette équipe soignante restreinte ont, en général, détaillé de vrai plan de soins ce qui sous-entend un réel travail en collaboration avec les autres professionnels. Quinze sur dix-huit ont employé des termes suggérant des actions coordonnées.

Les intervenants, hors équipe soignante, qui ont été le plus fréquemment sollicités par les autres sont les ergothérapeutes : dix-neuf fois, les kinésithérapeutes : dix-huit, ce qui corrobore l'idée que les soignants sont attentif au maintien de l'autonomie des résidents et surtout à la capacité de se déplacer, à effectuer ses transferts seuls ainsi que la préhension qui permet de manger, se laver,... seule. Les autres sont le gériatre, responsable des prescriptions d'antidépresseurs et d'antalgiques : seize puis l'animateur : treize.

L'intervention possible **des bénévoles** particuliers ou faisant partie d'une association auprès de Mme D. a été énoncée six fois.

Dix-sept soignants ont placés **Mme D.** comme actrice dans la formalisation des actions la concernant alors que **la famille** qui semble pourtant importante dans la vie de Mme D., occupe une place limitée dans les projets des soignants élaborés pour elle, seulement trois personnes l'ont mentionnée.

2.4.5 Cas des professionnels ayant des missions spécifiques:

Moins de la moitié des professionnels ayant des missions spécifiques soit quatre sur neuf proposent des actions coordonnées avec les autres soignants.

L'AS responsable de l'atelier équilibre présente un plan de prise en charge qui ne s'intéresse qu'à la prise en charge de la locomotion et des problèmes d'installation au fauteuil, par contre c'est le seul qui écrit que la connaissance de la personne et de son projet de vie permet de solliciter le professionnel le plus pertinent pour l'objectif que l'on souhaite atteindre. Il cite l'exemple du choix entre l'intervention d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute ou de lui-même. Cela peut être important, dans un contexte économique difficile et de pénurie de professionnels de santé, pour un cadre que les besoins soient identifiés clairement afin de savoir quand un professionnel peut se substituer à un autre.

L'ergothérapeute a le même cheminement mais il énonce le travail en collaboration avec l'équipe soignante, le kinésithérapeute et les fournisseurs de matériel paramédical en ce qui concerne son champ de compétence. Il préconise des réunions de synthèse pluridisciplinaires.

Le **psychologue** ne propose pas d'actions ni d'objectifs mais des réunions pluridisciplinaires en présence de l'équipe complète (soignants, kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier psychiatrique, animateur, référent, gériatre) pour élaborer ensemble un plan de soins.

Le **neuropsychologue** a structuré son plan de prise en charge classiquement avec des objectifs et des actions où elle fait intervenir différents professionnels mais ne les associe pas à ses propres interventions. On peut présumer, au vu du langage utilisé qu'elle ne s'inclut pas dans l'équipe soignante.

Le **diététicien** préconise un dépistage des troubles nutritionnels, elle énumère les actions qu'elle envisage de réaliser elle-même mais n'évoque pas les autres acteurs.

Les **animateurs** restent centrés sur leur propre mission mais l'un d'eux qui travaille dans son unité depuis seize ans s'appuie sur l'équipe soignante et la famille pour proposer à Mme D. des animations et activités qui vont lui convenir alors que le deuxième n'envisage aucune collaboration avec les autres membres de l'équipe.

Le **moniteur-éducateur** prend en compte les avis des différents intervenants, les résultats des évaluations qu'ils ont pu réaliser auprès de la résidente pour réaliser une mise en commun et formaliser un plan de soins en équipe.

L'**assistant-social** liste une dizaine d'objectifs à atteindre pour Mme D. sans préciser quel acteur est concerné ni énoncer d'actions effectuées en collaboration.

Les résultats obtenus permettent d'amorcer l'idée que les professionnels ayant des missions spécifiques se sentent moins concernés par le travail en équipe et la pluridisciplinarité mais apportent néanmoins des idées de prises en charge créatives, coordonnées supposant une personnalisation des soins. Ils préconisent des réunions d'équipe mais sans s'inclure systématiquement. Certains apparaissent plutôt comme des intervenants externes apportant juste leurs points de vue aux autres professionnels sans s'impliquer réellement dans le projet du résident. Cela confirme le ressenti que j'ai eu lors de ma prise de poste aux « Sables Roses ».

Nous allons maintenant enrichir les informations recueillies dans ce cas concret par les réponses données par les intervenants au questionnaire qui le complétaient.

2.5 Synthèse et analyse : questionnaire⁴⁸

Ce questionnaire destiné aux différents professionnels est composé de quatre questions soit fermées dont la réponse est oui ou non, soit ouvertes où les soignants sont libres de s'exprimer.

2.5.1 Première question :

Existe-t-il des réunions de synthèse pluridisciplinaire au sein de l'unité où vous exercez ?

Cinquante quatre pour cent des personnes interrogées soit quatorze sur vingt-huit ont répondues **OUI** alors que cent pour cent des cadres ont affirmé que des réunions pluridisciplinaires étaient organisées dans leurs unités. On peut se questionner sur le sens qu'attribuent les différents professionnels à ces réunions. Il est possible que d'un côté la pluridisciplinarité évoque l'équipe soignante au sens large soit tous les acteurs intervenant auprès des résidents alors que de l'autre il peut s'agir uniquement des soignants qui sont quotidiennement au plus proche de la personne.

2.5.2 Deuxième question :

Si oui, dans quelles circonstances sont-elles organisées ?

- Pour cinq professionnels sur quatorze, elles sont organisées avec la présence de toute l'équipe.
- Pour six acteurs, elles sont organisées lorsque des difficultés apparaissent dans une prise en charge d'un résident. Cela permet d'échanger entre soignants et trouver des solutions en équipe, deux soignants rajoutent que cela permet d'adapter la prise en charge.
- Pour trois personnes, elles sont planifiées lors de la formalisation des PVP qui permettent la personnalisation de la prise en charge.

⁴⁸ Annexe n°4: questionnaire

- Deux soignants ont écrit qu'elles étaient prévues comme des formations informelles afin d'améliorer la connaissance des pathologies et des traitements des résidents. Elles sont également l'occasion de formuler en équipes, des synthèses cliniques.
- Les propositions suivantes n'ont été citées qu'une seule fois : Prise en charge globale, que tous aient le même objectif, que chacun puisse s'exprimer afin de multiplier les points de vue, l'évaluation, l'ajustement

La réponse la plus fréquente est qu'elles ont lieu en présence de toute l'équipe mais les professionnels présents ne sont pas détaillés, nous ne pouvons donc pas déterminer s'il s'agit de l'équipe soignante ou de l'équipe pluridisciplinaire. Personne ne fait référence à une planification régulière ni des délais. Cela suggère qu'elles n'apparaissent pas dans l'organisation des unités, qu'elles ne sont pas instituées de façon pérenne mais plutôt programmée lorsqu'un dysfonctionnement apparaît dans la prise en charge d'un résident pour permettre à l'équipe de trouver ensemble une solution. Seulement trois personnes les relient à la formalisation des PVP tout comme un seul cadre a énoncé que l'objectif des réunions pluridisciplinaires était leur validation, leur évaluation et leur réajustement.

2.5.3 Troisième question :

Si non, pensez-vous qu'elles seraient bénéfiques ?

Quatre-vingt-seize pour cent des professionnels ayant répondu au questionnaire estiment que les réunions de synthèse pluridisciplinaires seraient bénéfiques.

Pourquoi ?

- Quatre professionnels ont répondu que les réunions de synthèse pluridisciplinaires permettent la multiplicité des approches par des soignants ayant des métiers différents.
- Pour quatre soignants, elles permettraient la personnalisation des prises en charge et la formalisation de PVP.
- La raison suivante a été évoquée par trois personnes : cela permet l'évaluation, le réajustement et l'adaptation de la prise en charge.

- Pour évoquer des difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un résident a été cité trois fois
- Deux personnes pensent qu'elles pourraient permettre, par un échange entre soignants, une prise en charge globale, harmonisée et optimale.

La grande majorité pense que les réunions de synthèse pluridisciplinaires seraient bénéfiques afin d'améliorer, réajuster, harmoniser et personnaliser les prises en charge des résidents.

2.5.4 Quatrième question :

Pensez-vous que le travail en équipe pluridisciplinaire a un impact sur la personnalisation des projets de vie des personnes âgées ?

Vingt-sept personnes ont répondu **OUI** soit quatre-vingt seize pour cent, un animateur n'a pas répondu à la question.

Lequel ?

Chaque idée développée a été quantifiée, comptabilisée chaque fois qu'elle est apparue dans une réponse et classée par ordre croissant:

- Quatorze personnes pensent qu'il permet d'améliorer **la personnalisation de la prise en charge** par la formalisation, l'évaluation et le réajustement des PVP et de considérer le sujet âgé comme une personne.
- Douze agents conçoivent qu'il favorise la personnalisation en favorisant les **échanges entre soignants**. Le travail en équipe assure une confrontation et une multiplication des points de vue différents, ainsi qu'un recueil et un partage des informations et des connaissances en équipe. Il concourt à l'amélioration de la compréhension des résidents. Il permet de discuter autour des problèmes rencontrés afin de rechercher des solutions.
- Onze professionnels écrivent qu'il entraîne une **adaptation des soins à l'évolution du résident** en améliorant la prise en charge, en favorisant le maintien de l'autonomie par des réponses proposées plus nombreuses et concernant un champ d'action plus larges.

- Dix soignants lui attribuent le bénéfice d'offrir **une prise en charge globale** qui prend en compte toutes les dimensions de la personne soit vision globalisée, complète et holistique de la personne âgée. Il permet d'utiliser la complémentarité des disciplines.
- Huit personnes estiment qu'il apporte de **la cohérence à la prise en charge** et sert à trouver un consensus entre tous les membres de l'équipe afin d'assurer une prise en charge harmonieuse où tous les intervenants vont dans le même sens et poursuivent des objectifs communs. Le travail en équipe développe un partenariat entre les différents métiers.
- Un seul répondant fait référence **à la continuité de la prise en charge**.
- Seul l'AS responsable de « l'atelier équilibre » répond que l'équipe, par le partage de ses connaissances, peut aider au **choix entre plusieurs intervenants** pour obtenir une meilleure adéquation entre l'objectif à atteindre, le besoin de la résidente et les compétences du professionnel donc une amélioration de la prise en charge.

A cette question, toutes les personnes qui ont répondu pensent que le travail en équipe pluridisciplinaire a un impact positif sur la personnalisation des projets de vie des personnes âgées par l'échange entre professionnels, la complémentarité des soignants et la recherche de consensus pour une prise en charge optimale.

2.6 Synthèse et Analyse globale :

Nous allons synthétiser et croiser les informations recueillies à la fois auprès des cadres de santé et des soignants au travers des questionnaires et de l'étude du cas concret. Cela pour réaliser une analyse thématique autour de la place réelle accordée aux personnes âgées en institution et les impacts de la pluridisciplinarité dans la personnalisation des soins qui leur sont prodigués.

2.6.1 Place du résident et rôle des aidants :

Comme nous l'avons vu précédemment, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 place l'usager au cœur de l'action sociale et médico-sociale, elle lui donne la parole, la liberté de choix mais les professionnels semblent éprouver des difficultés à l'appliquer sur le terrain.

En effet, quarante pour cent des d'acteurs de soins n'incluent pas Mme D. à l'élaboration de son projet. Ils imposent des objectifs de prise en charge sans prendre en considération les desiderata de la personne âgée qui, certes a des problèmes de santé qui affectent sa mobilité, mais ses fonctions cognitives sont à ce jour préservées. Elle est donc tout a fait capable d'orienter les professionnels et donner ou non son consentement à leurs interventions. Ce constat vient à l'encontre du changement de place des résidents amorcé comme nous l'avons vu dans le cadre législatif par la loi suscitée et le concept de projet de vie personnalisé qui préconise une co-construction des objectifs entre les soignants et la résidente ou ses représentants. Il est toutefois en corrélation avec une enquête effectuée par l'ANESM⁴⁹, éditée en février 2010 où seulement dix-neuf pour cent des établissements répondants ont déclaré élaborer le projet de vie systématiquement avec le résident.

La famille de Mme D. n'a été incluse qu'à trois reprises dans son projet de prise en charge. Pourtant, l'ANESM, au travers de sa recommandation concernant «Qualité de vie en EHPAD : La vie sociale des résidents en EHPAD⁵⁰» éditée en décembre 2011 préconise le maintien et la facilitation des liens sociaux entre les résidents et leurs proches et la reconnaissance de leur place dans son accompagnement. Ces recommandations seront des points de repère et constituent des indicateurs de qualité lors des évaluations internes et externes qui sous-tendent les autorisations d'activité des établissements médico-sociaux.

⁴⁹ ANESM (2010).- **Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.**- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf- consulté le 23/04/2012

⁵⁰ ANESM (2011).- **Qualité de vie en EHPAD (volet 3)La vie sociale des résidents en EHPAD**- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf - consulté le 19/04/2012

2.6.2 Les impacts de la pluridisciplinarité dans la personnalisation des soins :

La majorité des professionnels pense que la pluridisciplinarité a un impact positif sur la personnalisation des soins, douze agents écrivent qu'elle permet des échanges entre soignants, dix-neuf répondants sur vingt-huit proposent des actions coordonnées dans leur exemple de prise en charge, cependant seulement cinq font référence à l'élaboration d'un véritable projet de soins ou de vie pour Mme D. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, la personnalisation des soins se traduit par l'élaboration de projets de vie personnalisés en équipe pluridisciplinaire. Le projet de vie tel que nous l'avons défini nécessite la participation du résident et/ou son représentant mais aussi l'implication de toute l'équipe. Cinq personnes seulement ont évoqué la personnalisation des soins dans l'étude du cas concret alors que cinquante pour cent d'entre eux pensent que le travail en équipe pluridisciplinaire permet cette personnalisation.

Au travers des réponses obtenues, nous pouvons supposer que cela traduit des difficultés pour les agents à penser le travail en équipe et donc à le formaliser. Les réalités quotidiennes qui cloisonnent les professionnels à leurs propres tâches l'emportent souvent sur la réflexion pluridisciplinaire.

Ce cloisonnement est également repérable par la distinction que font les répondants entre équipe soignante et équipe pluridisciplinaire.

Les professionnels issus du secteur sanitaire tels que les IDE et les AS ont l'habitude de travailler en équipe, elles proposent davantage d'actions coordonnées et en collaboration (seize personnes sur dix-neuf soit quatre-vingt quatre pour cent) que les autres acteurs issus du milieu médico-social (quatre sur neuf soit quarante-quatre pour cent) fonctionnant souvent seuls, en dehors des unités de soins.

Pourtant, si l'on se réfère aux référentiels de formation des ergothérapeutes⁵¹, la compétence n°9 : *organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* se reporte au travail en collaboration. De même, pour la profession de diététicien qui selon la loi 2007-127 du Code de la Santé publique a un rôle de coordination du soin nutritionnel en établissement de santé. On retrouve également la notion de travail en équipe dans la fiche métier d'animateur socioculturel⁵² du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

⁵¹ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au DE d'ergothérapeute définit le référentiel d'activités, de compétences et de formation

⁵² Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. - <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=47> - consulté le 24/04/201

Selon les cadres de santé, les PVP sont formalisés systématiquement dans trois des quatre unités choisies pour cette étude mais seulement trois soignants relient l'organisation des réunions de synthèse pluridisciplinaires à leur élaboration. Ils semblent que pour les acteurs de terrain, le lien entre pluridisciplinarité et personnalisation des soins ne soit pas évident. Le changement, tant dans la représentation des conséquences du vieillissement et de la dépendance que de la place de la personne âgée dans notre société, est réel aux yeux des pouvoirs publics et des responsables de l'encadrement. Ces derniers doivent respecter les législations et faire évoluer les modes de pensées et de travailler des soignants, mais la réalité du travail en gériatrie par sa pénibilité et son manque de reconnaissance engendre des freins et des résistances qui nécessitent un accompagnement des équipes. D'après Daniel DICQUEMARE⁵³, la résistance aux changements est *la manifestation d'une réticence à modifier ses comportements, représentations ou idées, pour des raisons autres que ses valeurs personnelles (morales, religieuses, sociales)*. Le cadre a un rôle majeur à jouer auprès d'elles : il doit expliquer et démontrer la plus-value de cet outil.

La moitié des professionnels interrogés travaille depuis plus de quatre ans et demi dans l'unité où ils exercent leurs fonctions. Cela suppose un turn-over de personnel limité et une stabilité plutôt confortable de l'équipe ce qui peut faciliter la construction d'un collectif de travail. Comme décrit dans le cadre conceptuel, l'émergence d'une cohésion d'équipe demande du temps et de l'implication. La naissance de compétences collectives est sous-tendue par une connaissance de chaque intervenant, de sa discipline et de ses spécificités par les autres afin que tous puissent se comprendre et accepter la complémentarité des actions. Elle peut également être liée à une organisation pérenne, systématique et suivie par le cadre de santé. La formalisation de temps d'échanges formels ou informels permettrait de conforter, d'améliorer et de faire évoluer ce processus pour répondre d'une part aux injonctions législatives et d'autre part aux demandes des résidents et de leurs représentants.

⁵³ DICQUEMARE Daniel (2000). - **La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu-**
http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_dicquemare_292_293.pdf- consulté le 25/04/2012

Cette analyse nous a permis de démontrer que, certes les professionnels sont unanimes pour impliquer positivement la pluridisciplinarité dans la personnalisation des soins prodigués aux personnes âgées dépendantes, mais globalement la réalité ou du moins ce qu'il est ressorti lorsque nous avons confronté les soignants à un cas concret réaliste démontre que les actions coordonnées et la collaboration entre les diverses disciplines ne sont pas exploitées. Cela pourrait pourtant concourir à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Le défi du cadre de santé sera de parvenir à réorganiser son unité afin que la pluridisciplinarité⁵⁴ permette de *« réels échanges, croisements et imbrications des savoirs et des points de vue entre les disciplines pour tendre vers l'interdisciplinarité qui elle suppose dialogue et échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes »*. Il devra créer des espaces de rencontre et conditions favorables aux échanges entre professionnels.

54 Les cahiers de l'actif n°402 :403-Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe-
http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_hamann_402_403.pdf (25/04/2012)

3 ROLE ET PLACE DU CADRE EN EHPAD

Dans cette troisième partie, je vais explorer le rôle du cadre de santé en EHPAD, lister les difficultés rencontrées et énoncer des pistes de réflexion pour qu'il parvienne à concilier toutes les logiques dont il est à l'interface.

3.1 Le cadre face aux contraintes socio-économiques :

Le secteur médico-social évolue, les EHPAD doivent s'adapter d'une part à une population de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante et d'autre part à un contexte économique défavorable.

Les personnes admises en EHPAD sont, certes de plus en plus âgées, mais aussi de plus en plus dépendantes :

Une enquête réalisée par l'ANESM⁵⁵ en 2010 auprès de 6840 EHPAD et foyers logement a montré que l'âge moyen des résidents est de 85,2 ans contre 84,7 en 2007, soixante cinq pour cent ont plus de 85 ans contre cinquante pour cent en 2009.

La dépendance s'évalue grâce au calcul du Gir Moyen Pondéré⁵⁶ qui permet de déterminer le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. Il s'obtient en divisant le total des points GIR de la population d'un établissement par le nombre de personnes hébergées. Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance dans l'établissement est important. D'après l'étude de l'ANESM le GMP augmente d'années en années, il était égal à 671 en 2009 et 686 en 2010. Cinquante pour cent des établissements ont un GMP supérieur à 700.

Les difficultés économiques s'expliquent par un contexte national de ressources financières devenues rares, l'institution au travers du cadre de santé doit optimiser l'utilisation des moyens dont elle dispose que ce soit financiers, humains ou matériels. Le financement de la vieillesse et de la dépendance est un sujet

⁵⁵ ANESM (2010).- **Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.**- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf consulté le 23/04/2012

⁵⁶ Idem

épineux, une étude prospective⁵⁷ estime « *la dépense publique liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes à environ 19 milliards d'euros par an* ».

Actuellement le système de tarification des EHPAD est ternaire, c'est à dire qu'il existe trois sections budgétaires et tarifaires distinctes que sont l'hébergement, la dépendance et les soins mais plusieurs pistes sont en cours d'analyse pour améliorer le système de financement sans accroître le déficit de la sécurité sociale. La création d'un cinquième risque⁵⁸ qui serait « *un nouveau champ de la protection sociale, une branche qui s'ajouterait à celles qui couvrent la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites* » a été évoquée par le gouvernement mais est toujours à l'état de projet. Une réforme⁵⁹, soutenue par la loi de financement de la sécurité sociale 2009, est en cours de réalisation avec un processus de convergence tarifaire dont l'objectif est d'uniformiser les ressources des EHPAD se trouvant dans une situation identique d'ici 2016.

La recherche d'efficience, déjà présente au sein des établissements sanitaires, traduite par l'analyse des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le développement de la politique qualité, l'introduction de la T2A, la nouvelle gouvernance et plus récemment la territorialisation, se met également en place au niveau des établissements sociaux et médico-sociaux. Les EHPAD sont soumis à des nouvelles règles de tarification qui obligent une certaine rentabilité. Leurs budgets de fonctionnement est défini par une convention tripartite signée avec le directeur de l'ARS et le Conseil Général. Par la signature de cette convention, l'établissement entre dans une démarche qualité et s'engage à respecter des objectifs préétablis lors de la préparation de la convention.

Cette qualité est au cœur des évaluations devenues obligatoires depuis la promulgation de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 pour les établissements médico-sociaux selon un cahier⁶⁰ des charges et un calendrier établis⁶¹ par décrets.

⁵⁷ Sénat (2008) - **Construire le 5^{ème} risque : le rapport d'étape**- <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-1.html>- consulté le 29/04/2012

⁵⁸ Portail du gouvernement (2007).- **Qu'est-ce que le cinquième risque**-<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/qu-est-ce-que-le-cinquieme-risque>- consulté le 20/04/2012

⁵⁹ Sénat (2012).- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : secteur médico-social**- <http://www.senat.fr/rap/111-074-3/111-074-310.html>- consulté le 30/04/2012

⁶⁰ Décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁶¹ Décret n°2012-1319 du 3 novembre 2010 fixant le calendrier applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux en matière d'évaluation

L'entrée des EHPAD dans une telle démarche qualité nécessite une implication et un investissement des professionnels. Un des critères qui sera utilisé comme indicateurs est la mise en place des projets de vie tout comme l'existence d'un livret d'accueil, le contrat de séjour,

A contrario du vieillissement et de la dépendance, l'effectif professionnel qui est le premier poste de dépense d'un établissement évolue peu, d'après l'enquête de l'ANESM le taux d'encadrement était de 0,58 en 2010 contre 0.57 en 2007. Alors que le **Plan solidarité grand âge 2007-2012**⁶² qui repose sur cinq principes dont un qui propose d'augmenter le nombre de personnels soignants pour disposer, au terme du Plan, d'un professionnel par résident dans les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1). Le ratio d'encadrement préconisé décroît⁶³ ensuite avec la diminution de la dépendance.

De plus, le nombre de postes budgétés mais vacants augmente : de 1,7 en 2007, il est passé à 2,1 en 2010.

Un turn-over⁶⁴ important du personnel de gériatrie est, selon les divers auteurs et rapports que j'ai eu l'occasion d'étudier au cours de la réalisation de ce mémoire, un élément dont le cadre doit tenir compte dans l'organisation de son unité. En effet, selon une étude⁶⁵ de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) parue en novembre 2010, 6,1 % des infirmiers exerçant dans un établissement pour personnes âgées en tant que salariés changent de mode d'exercice entre deux années consécutives contre 2,6 % pour l'ensemble des infirmiers.

Le cadre de santé doit donc concilier tous ces paramètres pour parvenir à maintenir une qualité optimale des soins prodigués aux personnes âgées tout en respectant des contraintes institutionnelles, budgétaires et législatives. Le cadre apparaît comme un gestionnaire : il doit optimiser les ressources dont il dispose.

⁶² Ministère des solidarités et de la cohésion sociale (2007)-**Plan solidarité grand âge 2007/2012**- <http://www.solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,95/plan-solidarite-grand-age-2007,5707.html>- consulté le 21/04/2012

⁶³ 0.84 (GIR 2), 0.66 (GIR 3), 0.42 (GIR 4), 0.25 (GIR 5), 0.07 (GIR6).

⁶⁴ Rapport de la demi-somme du nombre de salariés partis et arrivés au cours d'une période donnée divisé par le nombre initial de salariés en début de période (mois, trimestre, année).

⁶⁵ DRESS (2010).-**La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles**- <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf>- consulté le 25/04/2012

Un des moyens pour parvenir à améliorer la performance de l'établissement dont il est responsable est de réussir à fédérer les professionnels et de créer un collectif de travail.

3.2 Le cadre face à la pluridisciplinarité :

Selon la loi du 31 juillet 1991, n°91-748, relative à la réforme hospitalière, le cadre de santé est garant de la qualité des soins infirmiers, il organise, contrôle et coordonne le travail d'équipe. Il est donc à l'initiative de la collaboration entre tous les professionnels intervenant dans l'unité dont il est responsable.

Henry MINTZBERG⁶⁶ a déterminé dix rôles du cadre qui sont des rôles de symbole, de leader, d'agent de liaison, d'observateur actif, de diffuseur d'information, de porte-parole de l'équipe, d'entrepreneur, de répartiteur de ressources et de négociateur.

D'après Sonia BAL⁶⁷, « pour favoriser la co-construction de sens dans les soins, le cadre de santé doit donc s'atteler à créer des moments, des lieux et des espaces transitionnels afin d'inciter la réflexion collective ».

Le cadre doit être à l'initiative de l'organisation des réunions de synthèse pluridisciplinaires, il doit aider à la construction d'une réelle équipe où chacun peut s'exprimer librement. D'après Jean-Michel MOTTA⁶⁸ qui se réfère à H.MINTZBERG : « Le cadre de santé est ou devrait être le vecteur de la communication. Animateur, lors de réunions ou de staffs de service, il favorisera l'expression de tous et donnera la parole à chacun ».

Il doit fédérer ses membres en faisant preuve d'autorité dans le rappel et l'application des règles établies et de leadership afin que tous les professionnels trouvent du sens à leurs pratiques.

⁶⁶ MOTTA Jean-Michel (2003).- **Travail en équipe : Positionnement cadre envers « l'Un-dividu » soignant.**- <http://cadredesante.com/spip/spip.php?article155>- consulté le 1/05/2012

⁶⁷ BAL Sonia (2011).- **Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé**- <http://www.em-consulte.com/article/557037/cohesion-dequipe-et-role-du-cadre-de-sante> -consulté le 1/05/2012

⁶⁸ Idem Jean-Michel MOTTA

Hélène ARCHAMBAULT⁶⁹ précise que « *Les intrications médico-psychosociales chez les personnes âgées de surcroît polypathologiques rendent indispensable le recours à diverses catégories professionnelles capables de coordonner une intervention gérontologique. Cela suppose de privilégier la mise en commun de valeurs et de savoirs permettant de redonner du sens aux pratiques professionnelles* ».

La coordination est sous-tendue par la formulation d'objectifs communs à atteindre par tous. En EHPAD, celui-ci est l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Cette amélioration sera effective par la personnalisation des projets de vie de chaque résident.

Le collectif⁷⁰ « *n'est pas une fusion mais plutôt une recherche de convergences qui respecte les différences...Il doit permettre de construire une identité commune qui ne soit ni dilution ni négation des identités individuelles, professionnelles et institutionnelles* ». Pour réussir à créer ce collectif et insuffler un esprit d'équipe, le cadre doit s'efforcer de pratiquer un style de management qui respecte l'individualité des soignants mais qui, dans un même temps, doit permettre le développement de compétences collectives.

Il paraît également nécessaire de concilier les plannings des différents intervenants en réfléchissant sur les organisations existantes afin qu'ils se côtoient davantage et puissent mener des actions coordonnées.

3.3 Le cadre face aux projets de vie :

Le cadre de santé doit faire respecter le cadre législatif inhérent à son secteur et organiser le travail afin de réunir les conditions optimales à son application.

La mise en place de projets de vie personnalisés pour toutes personnes admises en EHPAD est, nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, une obligation depuis 2002.

⁶⁹ ARCHAMBAULT Hélène (2006).-CAIRN - **Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie**-
<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2006-3-page-85.htm> - consulté le 30/04/2012

⁷⁰ HAMANN Emmanuelle-**Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe**- Les cahiers de l'actif
n°402/403-http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_hamann_402_403.pdf-consulté le 24/04/2012

Mon expérience de faisant fonction de cadre et l'enquête que j'ai réalisée lors de ce mémoire m'ont permis d'appréhender le changement de mentalité que cela représente pour les professionnels et les difficultés qu'ils éprouvent pour les instituer. Le résultat de l'analyse que j'ai pu fournir après mon enquête de terrain est confirmé par une expérience vécue a posteriori.

En effet, lors d'un stage effectué au sein de l'unité des « cèdres 2 » pendant ma formation de cadre de santé, j'ai pu observer que les projets de vie des résidents étaient formalisés systématiquement trois mois après leur admission. Un protocole d'accueil a été établi lors d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant la bientraitance, il balise le parcours de la personne âgée de la visite de pré-admission à l'évaluation des projets de vie personnalisés. Chaque dossier est censé faire l'objet d'une synthèse pluridisciplinaire lors d'une réunion mais les infirmiers chargés de les organiser avouent manquer de temps pour les préparer. Le gériatre tient le même discours et soutient l'équipe lorsqu'elle affirme que la charge de travail ne permet pas de libérer du temps pour finaliser, évaluer et réajuster les projets de vie. Le cadre, quand à lui, exprime des difficultés à les faire vivre au quotidien et à concilier leur organisation avec les contraintes institutionnelles et individuelles. En effet, un poste de gériatre est vacant depuis plus d'un an, l'assistante sociale du pôle gériatrique est en congés maternité, l'animatrice est une AS positionnée sur ce poste pour des problèmes de santé mais sans réelle formation ni implication. De plus, la démarche est récente, la désignation des référents des résidents est en cours. Elle pourra servir de levier pour le cadre afin d'augmenter l'implication des agents. Si les agents se sentent impliqués, leurs motivations personnelles grandiront et pourront engendrer un climat collectif favorable à la mise en place d'une nouvelle organisation permettant de planifier des réunions de synthèse pluridisciplinaires et donner plus de sens aux projets de vie personnalisés.

Martine HUBERT⁷¹ souligne que « *l'engagement dans un projet est une source de motivation pour les aides-soignants* ».

Les aides-soignants et faisant fonction sont la catégorie professionnelle la plus nombreuse dans les unités à orientation gériatrique, il me semble donc intéressant de se pencher davantage sur leurs difficultés.

⁷¹ HUBERT Martine (2007) -*l'infirmière et la démarche projet*- Gestions hospitalières n° 468, aout/septembre 2007, p 457.

Je pense que le personnel en gériatrie et surtout les aides-soignants qui sont le plus en contact avec les personnes vieillissantes, la dégradation de leurs corps et toutes ses conséquences (douleurs, dépendance physique et psychique, incontinence,...), ont besoin de valorisation afin de trouver des motivations intrinsèques et pouvoir continuer à prodiguer des soins bienveillants.

Comme l'a écrit Yannick BARBIER⁷², « *la motivation passe par la valorisation du travail de chacun* ». Je crois qu'un des moyens pour valoriser les aides-soignants est de les impliquer dans la formalisation des projets de vie en les nommant référent. Le référent a un rôle essentiel, le professionnel qui peut mieux tenir ce rôle est la personne qui, au quotidien, est la plus proche de la personne âgée soit l'aide-soignant.

Un autre levier de motivation pour le personnel qui pourrait également être bénéfique aux résidents est la professionnalisation des agents au travers de formation tel que l'humanité, la bienveillance,... ou l'évolution vers le métier d'AS pour les ASHQ. Le contenu des formations initiales doit être adapté à l'évolution des personnes accueillies et aux nécessités de coordination et de travail en collaboration.

L'un des points qui est apparu lors de ma recherche et que j'ai pu retrouver lors du stage effectué aux « cèdres 2 » est le manque de prise en considération des aidants naturels dans cette notion de projet de vie. Je pense qu'il est essentiel qu'ils soient impliqués à toutes les étapes du processus, de l'entretien d'admission à la validation afin que le projet décidé soit en adéquation avec les désirs et les possibilités de tous les protagonistes et que soient ainsi évités des incompréhensions qui pourraient engendrer des conflits. La réussite d'un projet est liée à l'implication de toutes les personnes qui sont concernées par celui-ci.

⁷² BARBIER Yannick (2006).-**Le management par projet : Qu'en est-il aujourd'hui ?**-<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article323&lang=fr> - consulté le 1/05/2012

4 Limites du travail

J'aurais souhaité consacrer plus de temps à la réalisation de ce mémoire mais les multiples obligations liées à la formation de cadre de santé ne m'ont pas permis d'approfondir le sujet que j'ai traité.

En effet, il a été difficile pour moi de me libérer du temps pour aller à la rencontre des soignants, d'autant que j'ai choisi de réaliser mon enquête dans des EHPAD de province.

J'aurais aimé assister à des réunions de synthèse pluridisciplinaires et observer le comportement de chaque participant mais la seule pour laquelle j'ai pu être présente s'est déroulée entre deux aides-soignants et un cadre de santé j'ai donc décidé de ne pas l'exploiter dans ce travail. C'est pourquoi, j'ai préféré utiliser un questionnaire pour réaliser mon enquête de terrain.

Je n'ai pas atteint l'objectif que je m'étais initialement fixé soit recueillir cinq questionnaires pour chaque catégorie de professionnel.

La problématique du vieillissement, de ses conséquences et de sa prise en charge est un sujet vaste qui mérite que du temps et des moyens lui soient consacrés.

CONCLUSION

J'ai orienté ce travail de recherche, effectué au cours de ma formation de cadre de santé vers un sujet de société qui, certes, préoccupe les pouvoirs publics, les professionnels du secteur gériatrique mais aussi les familles qui se sentent souvent démunis lorsque le placement en institution de leurs parents devient inéluctable.

En plus de la culpabilité qu'elles peuvent éprouver à « abandonner » leurs proches aux mains des professionnels s'ajoute souvent un malaise face aux questions économiques que cela suscite.

Un changement s'opère au sein des EHPAD depuis quelques années, le résident est passé d'un vieillard qui subissait à un citoyen qui a des droits. Son expression est recherchée de même que celle de ses aidants. Elle s'exprime directement lors de prise en charge individuelle ou au travers des conseils de vie sociale lorsque l'on traite des questions collectives.

La réflexion autour des soins prodigués doit donc suivre le même mouvement. Les représentations que les professionnels ont du vieillissement, de la dépendance et des besoins qu'ils engendrent doivent changer. Le développement de la notion de bientraitance qui suppose un respect de la personne âgée dans toutes ses dimensions a amorcé la modernisation des EHPAD et celle-ci se poursuit par l'obligation de formaliser des projets de vie personnalisés pour chaque personne admise en institution. La personne âgée doit être actrice de son propre projet. Ils sont construits sur les besoins, désirs, demandes, envies du résident, les informations recueillies auprès des aidants naturels et les réponses que les soignants peuvent apporter en conciliant les contraintes institutionnelles avec les besoins réels et ressentis du résident.

Pour réussir à effectuer des prises en charge globales et cohérentes, les intervenants doivent se comprendre, réfléchir ensemble et coordonner leurs actions.

Le secteur gériatrique étant marqué par une multitude d'intervenants, le cadre de santé a la responsabilité d'organiser le travail en équipe, de favoriser la pluridisciplinarité et de créer des zones de collaboration entre tous les soignants. La pluridisciplinarité apparaît comme une solution à une prise en charge harmonieuse et personnalisée.

Les compétences individuelles doivent être valorisée afin qu'une réelle complémentarité entre les agents s'organise et que les échanges entre eux permettent la création de compétences collectives.

Le cadre de santé a un rôle prépondérant dans la personnalisation des soins. En effet s'il parvient à créer des conditions de travail propices à l'optimisation de la pluridisciplinarité, celle-ci par la créativité et la multiplicité qu'elle engendre, aura un impact positif sur la qualité des soins prodigués aux résidents.

Le changement est en marche, les évaluations internes et externes devenues une obligation pour les EHPAD vont leur permettre de l'accélérer par la réflexion et la remise en question des pratiques que les travaux préliminaires vont engendrer.

Le cadre doit accompagner les équipes, les familles et les résidents dans ce changement de logique en étant lui-même bientraitant et en personnalisant son style de management.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE:

- AMYOT Jean-Jacques, MOLLIER Annie (2002).-**Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées.**-Paris : Dunod.-, 213p.
- ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-YVES 4^{ème} édition(2011).-**La dynamique des groupes restreints.**-Paris: PUF.-, 397p. (chap.1)
- BLANCHET Alain, TROGNON Alain (2005).-**La psychologie des groupes.**- Paris: Armand COLIN.-, 127p.
- CHRISTEN-GUEISSAZ Eliane (dir.) (2008).-Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien.-Paris : Edition Seli Arslan -,218p.
- DEVILLARD Olivier 2^{ème} édition (2003).-**La dynamique des équipes.**-Paris : Editions d'organisations -,304p.
- DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel 3^{ème} édition(2008). -**Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales.**-Paris: Edition Seli Arslan.-, 310p. (chap.1)
- FORMARIER Monique (2009).-**Les concepts en sciences infirmières**-Paris : MALLET conseil-,290p.
- JEUGE-MAYNARD Isabelle (2012).-**Grand Larousse**-Paris : Editions LAROUSSE- 1969p.
- MUCCHIELLI Roger 12^{ème} édition (2011).-**Le travail en équipe.**-Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.-,203p.
- RUFINI Jacques, GAILLARD Michel (1996) –**Pratique psychogériatrique : la genèse d'une équipe multidisciplinaire** –Paris : Editions l'Harmattan -,143p.
- VERCAUTEREN Richard, HERVY Bernard, SCHAFF Jean-Luc (2011).-**Le projet de vie personnalisé des personnes âgées.**-Toulouse: Edition érès.-, 167p.
- VERCAUTEREN Richard (2010).-**DICTIONNAIRE de la GERONTOLOGIE SOCIALE.**-Toulouse: Edition érès.-,280p
- CAUVIN Pierre (1997).-**La cohésion des équipes : pratique du team building.**- Issy-les-Moulineaux: ESF édition.-,220p.

- VERCAUTEREN Richard, CONNANGLE Sylvain (2007).-**Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées : La culture gérontologique dans les équipes multi professionnelles.**-Ramonville saint-agne: Edition érès.-,141p ;
- EVERAERE Christophe (1999).-**Autonomie et collectifs de travail.**-Paris : ANACT.-,273p.

ARTICLES :

- ARCHAMBAULT Hélène (2006).-CAIRN - **Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie**-<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2006-3-page-85.htm>- consulté le 30/04/2012
- AYMAR Gilles-CEDIP (1998).-Créer la compétence collective-
http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/fichetech5_cle715a62.pdf-
consulté le 23/11/2011
- BAL Sonia (2011).- Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé- <http://www.em-consulte.com/article/557037/cohesion-dequipe-et-role-du-cadre-de-sante> -consulté le 1/05/2012
- **BARBIER Yannick (2006).**-Le management par projet : Qu'en est-il aujourd'hui ?-<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article323&lang=fr> - consulté le 1/05/2012
- DEBANNE Thierry (2009) -**La dynamique d'équipe**-
<http://thierry.debanne.free.fr/dynamique/index.htm>, consulté le 5/12/2011
- DICQUEMARE Daniel (2000). - **La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu**-http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_dicquemare_292_293.pdf- consulté le 25/04/2012
- HAMANN Emmanuelle -**Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe**- Les cahiers de l'actif n°402/403.-http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_hamann_402_403pdf-consulté le 24/04/2012
- HUBERT Martine (2007) -**L'infirmière et la démarche projet**- Gestions hospitalières n° 468, aout/septembre 2007, p 457.

- KROHMER Cathy (2008) –Repérer les compétences collectives-
[http://www.philippepierre.com/ media /reperer_les_compences_collectives_proposition_d_indicateurs.pdf](http://www.philippepierre.com/media/reperer_les_compences_collectives_proposition_d_indicateurs.pdf) - consulté le 23/11/2011
- Les cahiers de l'actif n°402 :403-**Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe**- http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_hamann_402_403.pdf (25/04/2012)
- **MOTTA Jean-Michel (2003).**-Travail en équipe : Positionnement cadre envers « l'Un-dividu » soignant.-<http://cadredesante.com/spip/spip.php?article155>-
consulté le 1/05/2012
- Ministère des solidarités et de la cohésion sociale (2007)-**Plan solidarité grand âge 2007/2012**-<http://www.solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,95/plan-solidarite-grand-age-2007,5707.html>- consulté le 21/04/2012
- Portail du gouvernement (2007).-**Qu'est-ce que le cinquième risque**-
<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/qu-est-ce-que-le-cinquieme-risque>-
consulté le 20/04/2012
- Sénat (2012).-**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : secteur médico-social**-<http://www.senat.fr/rap/111-074-3/111-074-310.html>-
consulté le 30/04/2012
- Sénat (2008) -**Construire le 5^{ème} risque : le rapport d'étape**-
<http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-1.html>- consulté le 29 /04/2012

RAPPORT :

- DIETSCH Emmanuelle -**Développer une relation humaine de service au sein d'un EHPAD : L'apport d'une démarche qualité**-Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2008
- Inserm (1962).-**Rapport LAROQUE**-<http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66058957faafd3cac12568cf00433fdd?OpenDocument#CONCLUSIONS>-consulté le 13/12/2011
- Ministère de des solidarités et de la cohésion sociale (2011).- **Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie**.- Paris, 21/06/2011

- ANESM (2009).- **Repères concernant la notion de projet** -
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf- consulté le 12/01/2012
- ANESM (2008).-**Les attentes de la personne et le projet personnalisé**-
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf- consulté le 12/01/2012

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES :

- ANESM (2011).- **Qualité de vie en EHPAD (volet 3)La vie sociale des résidents en EHPAD**http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf - consulté le 19/04/2012
- ANESM (2008).-**La bientraitance : définition et repères pour la mettre en œuvre**-http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/eco_bientraitance.pdf- consulté le 12/01/2012

COURS :

- LETOURNEAU Dominique.-**Lois Hospitalières**-Cours du 20/09/2011
- OLIVIER Anne.-**l'analyse de contenu**-Cours du 28 /03/2012

ENQUETE :

- ANESM (2010).- **Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.**- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdefpdf.pdf- consulté le 23/04/2012

- DRESS (2010).-**La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles**- <http://www.sante.gouv.fr /IMG/pdf/serieetud101-2.pdf>- consulté le 25/04/2012
- INED (2008)-http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/toile/mortalite_deces_longevite/duree_vie_consequence_france/- consulté le 16/01/2012

SITES INTERNET :

- ANAP (2009).-**Loi HPST : les clés pour comprendre**- http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/La_loi_HPST.pdf- consulté le 24/04/2012
- Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.-<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=47>- consulté le 24/04/201
- Wikipédia.-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Discipline>- consulté le 20/01/2012
- Wikipédia.-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Discipline>- consulté le 20/01/2012

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Charte personnes âgées

ANNEXE N°2 : Fiche de renseignement des unités

ANNEXE N°3 : Cas concret

ANNEXE N°4 : Questionnaire

ANNEXE N°5 : Tableau récapitulatif des Acteurs de soins présent au sein de chaque unité

ANNEXE N°1

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

PRÉAMBULE

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement. Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales. Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens. Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.

Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

ARTICLE I - CHOIX DE VIE

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. Elle doit bénéficier de l'autonomie que lui permettent ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il convient de la sensibiliser à ce risque, d'en tenir informé l'entourage et de proposer les mesures de prévention adaptées. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement.

ARTICLE II - CADRE DE VIE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins. Elle réside le plus souvent dans son domicile et souhaite y demeurer. Des dispositifs d'assistance et des aménagements doivent être proposés pour le lui permettre. Un handicap psychique rend souvent difficile, voire impossible, la poursuite de la vie au domicile, surtout en cas d'isolement. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. La décision doit répondre aux souhaits et aux difficultés de la personne. Celle-ci doit être préparée à ce changement. La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral de la personne doivent constituer l'objectif constant, quel que soit le lieu d'accueil. Lors de l'entrée en institution, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite ; la personne concernée a recours au conseil de son choix avant et au moment de l'admission. Le choix de la solution d'accueil prend en compte et vérifie l'adéquation des compétences et des moyens humains de l'institution avec les besoins liés aux problèmes psychosociaux, aux pathologies et aux déficiences à l'origine de l'admission. Tout changement de lieu de résidence, ou même de chambre, doit faire l'objet d'une concertation avec la personne. En institution, l'architecture et les dispositifs doivent être conçus pour respecter la personne dans sa vie privée. L'espace commun doit être organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements. Il doit être accueillant et garantir les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III - VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société. La vie quotidienne doit intégrer son rythme d'existence ainsi que les exigences et les difficultés liées aux handicaps, que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou en institution. Les élus et les urbanistes doivent prendre en considération le vieillissement de la population et les besoins des personnes de tous âges présentant des incapacités, notamment pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être accessibles en toute sécurité afin de préserver l'insertion sociale et de favoriser l'accès à la vie culturelle en dépit des handicaps. Les institutions et industries culturelles ainsi que les médias doivent être attentifs, dans leurs créations et leurs programmations, aux attentes et besoins spécifiques des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. Les nouvelles technologies doivent être accessibles dans les meilleures conditions possibles aux personnes qui le souhaitent.

ARTICLE IV - PRESENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Le rôle des proches qui entourent la personne à domicile doit être reconnu. Il doit être étayé par des soutiens psychologiques, matériels et financiers. Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités. En cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne. Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime. Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous.

ARTICLE V - PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles. Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs et à ses besoins, sous réserve d'une protection légale, en cas de vulnérabilité. Elle doit être préalablement informée de toute vente de ses biens et préparée à cette éventualité. Il est indispensable que le coût de la compensation des handicaps ne soit pas mis à la charge de la famille.

Lorsque la personne reçoit des aides sociales, la fraction des ressources restant disponible après la prise en charge doit demeurer suffisante et servir effectivement à son bien-être et à sa qualité de vie.

ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités. Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement existent à tout âge, même chez des personnes malades présentant un affaiblissement intellectuel ou physique sévère. Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui. La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée. L'activité ne doit pas être une animation uniformisée et indifférenciée, mais permettre l'expression des aspirations personnelles. Des activités adaptées doivent être proposées aux personnes quelle que soit la nature du déficit. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

ARTICLE VII - LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix. Sa liberté d'expression s'exerce dans le respect des opinions d'autrui. L'exercice de ses droits civiques doit être facilité, notamment le droit de vote en fonction de sa capacité juridique. Toute personne en situation de handicap ou de dépendance doit être reconnue dans ses valeurs, qu'elles soient d'inspiration religieuse ou philosophique. Elle a droit à des temps de recueillement spirituel ou de réflexion. Chaque établissement doit disposer d'un espace d'accès aisé pouvant servir de lieu de recueillement et de culte et permettre la visite des représentants des diverses

religions et mouvements philosophiques non confessionnels en dehors de tout prosélytisme. Les rites et les usages religieux ou laïcs s'accomplissent dans le respect mutuel.

ARTICLE VIII – P R E S E R V A T I O N D E L ' A U T O N O M I E

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit. La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. Le handicap physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie, chaque fois que son efficacité est démontrée. En particulier, la personne exposée à un risque, soit du fait d'un accident, soit du fait d'une maladie chronique, doit bénéficier des actions et des moyens permettant de prévenir ou de retarder l'évolution des symptômes déficitaires et de leurs complications. Les possibilités de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, des personnes âgées comme des professionnels, et être accessibles à tous. Handicaps et dépendance peuvent mettre la personne sous l'emprise d'autrui. La prise de conscience de cette emprise par les professionnels et les proches est la meilleure protection contre le risque de maltraitance.

ARTICLE IX - ACCÈS AUX SOINS ET A LA COMPENSATION DES HANDICAPS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles. L'accès aux soins doit se faire en temps utile selon les besoins de la personne. Les discriminations liées à l'âge sont contraires à l'éthique médicale. Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Les soins visent aussi à réduire les fonctions déficitaires et à compenser les incapacités. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade,

en réaménageant espoirs et projets. En situation de handicap, la personne doit avoir accès à l'ensemble des aides humaines et techniques nécessaires ou utiles à la compensation de ses incapacités. Aucune personne ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution. Le consentement éclairé doit être recherché en vue d'une meilleure coopération du malade à ses propres soins. Tout établissement de santé doit disposer des compétences et des moyens, ou à défaut, des coopérations structurelles permettant d'assurer sa mission auprès des personnes âgées malades, y compris celles en situation de dépendance. Les institutions d'accueil doivent disposer des compétences, des effectifs, des locaux et des ressources financières nécessaires à la prise en soins des personnes âgées dépendantes, en particulier des personnes en situation de handicap psychique sévère. Les délais administratifs anormalement longs et les discriminations de toute nature à l'accueil doivent être corrigés. La tarification des soins et des aides visant à la compensation des handicaps doit être déterminée en fonction des besoins de la personne et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge. Elle ne doit pas pénaliser les familles.

ARTICLE X - QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution. Une formation spécifique en gérontologie doit être assurée à tous les intervenants concernés. Cette formation est initiale et continue : elle s'adresse en particulier à tous les métiers de la santé et de la compensation des handicaps. La compétence à la prise en charge des malades âgés ne concerne pas uniquement les personnels spécialisés en gériatrie mais l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans les aides et les soins. Les intervenants, surtout lorsqu'ils sont isolés, doivent bénéficier d'un suivi, d'une évaluation adaptée et d'une analyse de leurs pratiques. Un soutien psychologique est indispensable ; il s'inscrit dans une démarche d'aide aux soignants et aux aidants.

ARTICLE XI – RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille. Il faut éviter de confondre les affections sévères et les affections mortelles : le renoncement thérapeutique chez une personne curable s'avère aussi inacceptable que l'obstination thérapeutique injustifiée. Mais, lorsque la mort approche, la personne doit être entourée de soins et d'attentions appropriés. Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale. La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences. La place des proches justifie une approche et des procédures adaptées à leurs besoins propres. Que la mort ait lieu à l'hôpital, au domicile ou en institution, les intervenants doivent être sensibilisés et formés aux aspects relationnel, culturel, spirituel et technique de l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille, avant et après le décès.

ARTICLE XII - LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir. Elle implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et sociales, les sciences économiques et les sciences de l'éducation. La recherche relative aux maladies associées au grand âge est un devoir. Bénéficier des progrès de la recherche constitue un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés. Seule la recherche peut permettre d'acquérir une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge ainsi que de leurs conséquences fonctionnelles et faciliter leur prévention ou leur guérison. Le développement d'une recherche gérontologique et gériatrique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, diminuer leurs souffrances et abaisser les coûts de leur prise en charge.

ARTICLE XIII - EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNERABLE

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne. L'exercice effectif de la totalité de ses droits civiques doit être assuré à la personne vulnérable, y compris le droit de vote en l'absence de tutelle. Les professionnels habilités à initier ou à appliquer une mesure de protection ont le devoir d'évaluer son acceptabilité par la personne concernée ainsi que ses conséquences affectives et sociales. Dans la mise en œuvre des protections prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), les points suivants doivent être considérés : · le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif ; · la personne protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ; · la dépendance psychique n'exclut pas que la personne puisse exprimer des orientations de vie et soit toujours tenue informée des actes effectués en son nom. La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitements doit être assurée. Toutes violences et négligences, même apparemment légères, doivent être prévenues, signalées et traitées. Les infractions caractérisées peuvent donner lieu à des sanctions professionnelles ou à des suites judiciaires. Les violences ou négligences ont souvent des effets majeurs et irréversibles sur la santé et la sûreté des personnes : l'aide aux victimes doit être garantie afin que leurs droits soient respectés.

ARTICLE XIV – L'INFORMATION

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion. Les membres de la société doivent être informés de manière explicite et volontaire des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. L'information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une attitude de mépris ou à une négligence indifférente à la prise en compte des droits, des capacités et des souhaits de la personne. Une information de qualité et des modalités de communication adaptées s'imposent à tous les stades d'intervention auprès de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Loyale et compréhensible, l'information doit intervenir lorsque la

personne est encore en capacité d'affirmer ses choix. Il convient également de prendre en considération le droit de la personne qui se refuse à être informée. Une exclusion sociale peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus individuel et collectif d'être attentif aux besoins et aux attentes des personnes.

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

ANNEXE N°2 : Fiche de renseignements

Mme LANCON Leitia
Etudiante Cadre de Santé



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Destinée au cadre de santé de l'établissement

1° Etablissement :

- Dénomination :
- Raison sociale :
- Capacité d'accueil :

2° Personnel :

ACTEURS	STATUT (libéraux, employés,...)	NOMBRE	SPECIFICITE
Médecin			
Infirmier			
Aide-soignant			
Animateur			
Assistant social			
Ergothérapeute			
Masseur-kinésithérapeute			
Psychologue			
Diététicienne			
Autres			

3° Les Projets de Vie Personnalisés sont-ils formalisés pour chaque résident ?

Si oui :

- Quand ?
- Par qui ?

Si non :

- Pourquoi ?

4° Des réunions pluridisciplinaires sont-elles organisées ?

- A quel moment ?
- Quels sont leurs objectifs ?
- Quels professionnels participent ?

Données Personnelles

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité :

Votre formation :

ANNEXE N°3: Cas concret

Mme LANCON Leitia
Etudiante Cadre de Santé



Pour réaliser mon mémoire de fin d'études dans lequel j'étudie les liens entre pluridisciplinarité et personnalisation de la prise en charge des personnes âgées en institution, je sollicite votre participation et vous en remercie par avance.

Je vous demande de lire ce cas concret et me décrire le projet que vous envisageriez pour cette personne : objectifs de la prise en charge, actions à mettre en place, acteurs concernés et ensuite de répondre à quelques questions.

Mme D. née le 21/03 /1935 en Provence mais elle vit depuis de nombreuses années dans la Nièvre où elle s'est mariée et a élevé ses enfants.

Elle était institutrice et son mari pharmacien. Ils avaient un niveau de vie confortable et une vie sociale très riche.

Son mari est décédé depuis 3 ans (octobre 2008).

Elle est atteinte de la maladie de Parkinson depuis 27 ans.

Elle est entrée en EHPAD le 18/04/2010 suite à une hospitalisation dans un centre de rééducation spécialisé d'île de France où elle avait passé 5 mois. Elle avait, en effet des séquelles motrices suite à une tentative de traitement devant limiter les conséquences de la maladie de Parkinson mais qui n'a pas été efficace et qui a été à l'origine de 2 mois de coma.

Elle a un fils qui vit à PARIS et une fille qui habite dans le sud de la France : ils lui rendent visite une fois par mois chacun leur tour.

A son arrivée, elle a retrouvé des fonctions motrices : elle est capable d'aller aux toilettes seules en s'aidant d'un déambulateur et des barres installées dans la salle de bain sinon elle se déplace en fauteuil roulant.

Elle nécessite une aide au lever et au coucher afin d'effectuer ses transferts lit-fauteuil.

Elle peut, après installation faire sa toilette du haut et prendre une douche, elle a besoin d'aide pour la toilette intime, pour enfiler ses bas et mettre ses chaussures.

Elle mange seule la plupart du temps au restaurant mais lorsqu'elle présente des dyskinésies, elle préfère rester dans sa chambre car « le regard des autres la dérange ».

A son arrivée, un bilan neuropsychologique a été effectué : celui-ci a montré des troubles mnésiques légers sur les faits récents (MMSE= 27/30), des troubles cognitifs en rapport avec la maladie de Parkinson et un syndrome dépressif marqué.

Mme D. est préoccupée par la perte de la préhension ce qui pourrait l'empêcher d'écrire et de manger seule.

Elle pleure souvent, elle regrette sa maison, son mari, elle est inquiète de l'évolution de la maladie. Elle ne veut pas être « un poids » pour ses enfants et appréhende chacune de leurs visites.

Elle chute régulièrement soit en glissant de son fauteuil soit lors de ses transferts dans la salle de bain. Les aides-soignants ont signalé dans le dossier de soins qu'ils la retrouvaient de plus en plus en souvent mal installée dans son fauteuil le soir (elle penche sur le côté gauche et n'arrive plus à se redresser).

Elle se plaint souvent de douleurs physiques (jambes, céphalées, cervicales,...) surtout le soir vers 22h.

L'équipe soignante a des difficultés à prendre en charge le traitement médicamenteux de Mme D. qui se dit encore capable de le gérer seule mais qui sollicite l'aide des infirmières quasi-systématiquement ce qui pose problèmes à partir de 21h car il n'y a plus d'infirmière présente dans l'unité : plusieurs solutions ont été proposées à Mme D. mais aucune n'a fonctionnée à ce jour.

Son médecin traitant est un généraliste qui travaille en libéral. Mme D. a des difficultés à accepter les contraintes de la vie collective, elle s'ennuie. Elle participe facilement aux animations qui lui sont proposées.

Elle est suivie par un kinésithérapeute, un ergothérapeute et une infirmière spécialisée en psychiatrie.

ANNEXE N°4: Questionnaire



Mme LANCON Leitia
Etudiante Cadre de Santé

QUESTIONNAIRE

1° Existe-t-il des réunions de synthèse pluridisciplinaire au sein de l'unité où vous exercez ?

- OUI
- NON

2° Si oui, dans quelles circonstances sont-elles organisées ?

3° Si non, pensez-vous qu'elles seraient bénéfique et pourquoi ?

4° Pensez-vous que le travail en équipe pluridisciplinaire a un impact sur la personnalisation des projets de vie des personnes âgées ?

- OUI
- NON

Si oui, lequel ?

Si non, pourquoi ?

Données Personnelles

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité :

Votre métier :

ANNEXE N°5 :

Tableau récapitulatif des Acteurs de soins présent au sein de chaque unité :

	SABLES ROSES	HOPITAL ST JEAN	CEDRES 1	CEDRES 2
MEDECIN	OUI	OUI	OUI	OUI
INFIRMIER	OUI	OUI	OUI	OUI
AIDE SOIGNANT	OUI	OUI	OUI	OUI
ANIMATEUR	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANT SOCIAL	OUI	OUI	OUI	OUI
ERGOTHERAPEUTE	OUI	OUI	OUI	OUI
KINESITHERAPEUTE	OUI (libéral)	OUI	OUI	OUI
PSYCHOLOGUE		OUI	OUI	OUI
NEUROPSYCHOLOGUE	OUI			
DIETETICIENNE	OUI	OUI	OUI	OUI
PSYCHOMOTRICIEN		OUI		
MONITEUR EDUCATEUR		OUI		
ASH	OUI	OUI	OUI	OUI
AMP	OUI	OUI		
AS EQUILIBRE			OUI	OUI

Diplôme de cadre de santé

DCS@11-12

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

La Pluridisciplinarité: un défi pour le cadre de santé en EHPAD.

AUTEUR

LANCON Leitia

MOTS CLES

Pluridisciplinarité, Travail d'équipe,
Personnalisation des soins

KEYS WORDS

Multidisciplinary, Team work,
Personalization

RESUME

Le vieillissement, la dépendance, et surtout leur financement est une préoccupation majeure des pouvoirs publics qui souhaite faire évoluer les mentalités et placer les résidents au centre des processus de soins. Le cadre de santé en EHPAD doit concilier le travail en équipe pluridisciplinaire et une prise en charge efficiente des résidents. Celle-ci, au travers de l'élaboration de projets de vie personnalisés doit répondre au mieux aux attentes des personnes âgées et de leurs aidants.

ABSTRACT

The theme of my research is to explore if there are benefits of individualized patterns of care and personalized medicine when the health care manager favours the point of view of different professional.

Input for this survey was obtained by means of a questionnaire addressed to the different health care professionals who work in a nursing home for dependent elderly people. Twenty-three persons responded to my questions. I ask them to describe what care provision they advocates for the same resident. I compared and analyzed the differences, the similarities and their opinion on the multidisciplinary approach.

A ninety-six percent of the respondents think that the variety of different approaches can improve the personalization of residents' care.