

**SZYPRUK PAULINE**

Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de master

13/09/2017

# La démarche des Projets de Vie Individualisés :

Etat des lieux de la situation dans le  
secteur du handicap et le secteur des  
personnes âgées dans les Hauts-De-France

Sous la direction du Docteur Anne HUGODOT

Composition des membres du jury :

**Président de jury** : Monsieur Stanislas WOCH

**Directeur de mémoire** : Docteur Anne HUGODOT,  
Médecin Coordonnateur.

**3<sup>ème</sup> membre de jury** : Madame Amandine POLLET,  
Responsable d'établissement en EHPAD.

---

## *Table des matières*

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Table des matières</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>Table des figures</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Table des tableaux</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>Table des annexes</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Remerciements</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>Glossaire</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>Introduction</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>PARTIE I – Contexte actuel de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées en France et dans les Hauts-De-France</b> ..... | <b>9</b>  |
| A. Les structures de prise en charge .....  | 9         |
| 1) La prise en charge des personnes âgées .....   | 9         |
| 2) La prise en charge des personnes handicapées .....   | 13        |
| B. La réglementation .....  | 16        |
| 1) Historique réglementaire des établissements médico-sociaux .....   | 16        |
| 2) La loi du 1 <sup>er</sup> janvier 2017.....  | 17        |
| 3) L’usager au centre d’une prise en charge individualisée .....  | 17        |
| <b>PARTIE II – Les Projets de Vie Individualisés</b> .....  | <b>19</b> |
| A. Qu’est-ce que les PVI ? .....  | 19        |
| 1) Définition .....   | 19        |
| 2) Mise en œuvre.....   | 22        |
| B. Entretiens semi-directifs.....   | 25        |
| 1) Pourquoi des entretiens semi-directifs ? .....   | 25        |
| 2) Réalisation des entretiens .....   | 25        |
| <b>PARTIE III – Etat des lieux dans les Hauts-De-France</b> .....   | <b>27</b> |
| A. Résultats des entretiens et comparatif .....   | 27        |
| 1) Une méthode similaire... ..  | 27        |
| 2) ... avec des spécificités.....   | 28        |
| B. Bilan .....  | 30        |
| 1) Les obstacles et les leviers de mise en œuvre.....   | 30        |
| 2) Les principales difficultés dans la mise en œuvre des PVI .....  | 35        |
| 3) Les principaux bénéfices des PVI.....  | 38        |
| <b>PARTIE IV – Préconisations</b> .....   | <b>41</b> |
| A. Les PVI : un réflexe professionnel.....  | 41        |

|  |           |
|--|-----------|
| 1) Les PVI liés aux autres documents de la démarche qualité .....          | 41        |
| 2) Les PVI, une habitude de la vie de l'établissement .....                | 42        |
| 3) Des professionnels formés à la démarche .....                           | 43        |
| <b>B. Une équipe pluridisciplinaire aux rôles clairement définis .....</b> | <b>44</b> |
| 1) Une procédure formalisée.....   | 44        |
| 2) L'implication de tous les domaines professionnels.....                  | 46        |
| 3) Tenir compte des contraintes de chacun .....                            | 47        |
| <b>C. L'utilisateur au cœur de la démarche .....</b>                       | <b>48</b> |
| 1) L'importance de la dimension temporelle .....                           | 48        |
| 2) La diversité des usagers.....   | 49        |
| 3) Quand la communication est impossible .....                             | 51        |
| 4) L'implication des familles .....  | 53        |
| <b>D. La direction, acteur primordial des PVI .....</b>                    | <b>54</b> |
| 1) Le respect de la hiérarchie .....                                       | 54        |
| 2) Le management participatif .....  | 56        |
| 3) La motivation des équipes.....  | 56        |
| <b>Conclusion .....</b>  | <b>58</b> |
| <b>Bibliographie .....</b>   | <b>61</b> |

---

## *Table des figures*

---

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 : Pyramides des âges en France Métropolitaine et dans les Hauts-De-France ... | 12 |
| Figure 2 : Evolution du nombre de place pour personnes handicapées depuis 2006.....    | 15 |
| Figure 3 : Hiérarchie des projets au sein d'un établissement médico-social.....        | 22 |
| Figure 4 : Etapes de la mise en œuvre des PVI selon l'ANESM.....                       | 23 |

---

## *Table des tableaux*

---

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Répartition des places d'hébergement par type d'établissement ..... | 12 |
|---|----|

---

## *Table des annexes*

---

|  |      |
|--|------|
| ANNEXE I : Trame de grille d'entretien semi-directif .....                           | II   |
| ANNEXE II : Grille d'entretien semi-directif de la résidence DRONSART .....          | III  |
| ANNEXE III : Grille d'entretien semi-directif de l'EHPAD du CH de Somain .....       | VI   |
| ANNEXE IV : Grille d'entretien semi-directif de la MAS du Quesnoy .....              | VIII |
| ANNEXE V : Grille d'entretien semi-directif de la résidence Le Pain d'Alouette ..... | X    |
| ANNEXE VI : Grille d'entretien semi-directif de la résidence Le Château .....        | XIII |

---

## *Remerciements*

---

Je tiens à remercier dans un premier temps le Docteur Anne HUGODOT, qui en tant que directrice de mémoire a apporté son expertise tout au long de mon travail. Un grand merci pour vos conseils, pour votre disponibilité et pour votre investissement.

Je tiens à remercier vivement Madame Amandine POLLET, responsable de site à la Résidence Le Château à Ecaillon, pour son accueil lors de mes stages de master et pour la patience et l'engagement qu'elle a témoignés lors de ma formation. Merci pour votre participation en tant que 3ème membre de jury. Merci également à Monsieur Serge TONNEAU, directeur de Pôle à la Fondation Partage et Vie pour sa confiance et son soutien.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur Stanislas WOCH, président de jury, pour ses recommandations en tant que responsable du master Management Sectoriel à l'ILIS.

Enfin, je remercie l'ensemble des professionnels ayant participé à ce mémoire, notamment les établissements m'ayant reçue lors des entretiens semi-directifs, ainsi que l'ensemble des personnes ayant contribué à mon parcours au sein de l'ILIS dont ce mémoire est l'aboutissement.

---

## Glossaire

---

**AAH** = l'Allocation aux **A**dultes **H**andicapés

**AMP** = **A**ides **M**édico-**P**sychologiques

**ANESM** = **A**gence **N**ationale de l'**E**valuation et de la qualité des ESSMS

**APA** = **A**llocation **P**ersonnalisée d'**A**utonomie

**ARS** = **A**gence **R**égionale de la **S**anté

**ASV** = **A**daptation de la **S**ociété au **V**ieillessement

**CASF** = **C**ode de l'**A**ction **S**ociale et des **F**amilles

**CDAPH** = **C**ommission des **D**roits et de l'**A**utonomie des **P**ersonnes **H**andicapées

**CVS** = **C**onseil de **V**ie **S**ociale

**DQ** = **D**émarche **Q**ualité

**DIPC** = **D**ocument **I**ndividuel de **P**rise en **C**harge

**EHPAD** = **E**tablishement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes

**ERP** = **E**tablishements **R**ecevant du **P**ublic

**ESAT** = **E**tablishements et **S**ervices d'**A**ide par le **T**ravail

**ESSMS** = **E**tablishement ou **S**ervice **S**ocial et **M**édico-**S**ocial

**FALC** = **F**acile **A** Lire et à **C**omprendre

**FAM** = **F**oyers d'**A**ccueil **M**édicalisés

**HAS** = **H**aute **A**utorité de **S**anté

**IDE** = **I**nfirmier **D**iplômé d'**E**tat

**INSEE** = **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques

**MAS** = **M**aison d'**A**ccueil **S**pécialisée

**MDPH** = **M**aisons **D**épartementales des **P**ersonnes **H**andicapées

**OMS** = **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

**PASA** = **P**ôles d'**A**ctivités et de **S**oins **A**daptés

**PVI** = **P**rojet de **V**ie **I**ndividualisé

**RBPP** = **R**ecommandations de **B**onnes **P**ratiques **P**rofessionnelles

**UNAPEI** = l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

**UVA** = **U**nité de **V**ie **A**lzheimer

**UVPHA** = **U**nités de **V**ie pour **P**ersonnes **H**andicapées **A**gées

---

## *Introduction*

---

Depuis plusieurs années, la France connaît un vieillissement de sa population évident, qui peut s'expliquer d'une part par l'augmentation de l'espérance de vie, et d'autre part par le « baby-boom » ayant suivi la Seconde Guerre Mondiale. Ce phénomène engendre d'inévitables conséquences sur notre société qui doit aujourd'hui répondre à des besoins importants au niveau de la prise en charge des personnes âgées. Dans ce contexte, le nombre d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est en constante augmentation. Cependant, ces derniers sont loin d'être les seuls à offrir un accueil aux personnes âgées. En effet, la multiplicité des établissements et services est constante : EHPAD, foyers logements, Unités de Vie Alzheimer (UVA)... Cette évolution nous a conduits à porter un nouveau regard sur nos pratiques et postures. Il s'agit à présent de dépasser une culture soignante, centrée sur les soins techniques et de nursing, pour intégrer à nos réflexions des questions d'ordre éthique et de rapports humains [1].

De nos jours, le domaine du médico-social est tenu de s'adapter constamment aux évolutions de la société. Ainsi, outre le secteur des personnes âgées, la prise en charge des personnes handicapées est également une problématique importante. A ce niveau-là aussi nous pouvons noter une diversité des offres, incluant entre autres les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS). Les personnes handicapées vieillissantes représentent quant à elle une catégorie de la population à part entière, nécessitant une prise en charge adaptée et spécifique, pour lesquelles existent également des établissements ou services dédiés, les Unités de Vie pour Personnes Handicapées Agées (UVPHA).

Dans ce contexte de prolifération des acteurs, nous pouvons aussi observer un renforcement du droit des usagers lié à des évolutions sociales et législatives importantes. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) rénovant l'action sociale et médico-sociale réaffirme les droits des usagers et est notamment un pilier important dans la prise en compte de leurs besoins, attentes et désirs. En effet, bien que les professionnels avaient depuis longtemps défini des principes permettant de rendre l'utilisateur acteur de son parcours, cette loi en a posé l'obligation en garantissant à chaque usager d'un Établissement ou Service Social et Médico-Social (ESSMS) « 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 le concerne » [2].

Ce projet personnalisé est une démarche dynamique de co-construction, qui consiste à chercher ce qui peut permettre aux personnes accueillies et aux professionnels de construire ensemble un cadre de vie lié à leurs aspirations personnelles tout en tenant compte des obligations liées à la collectivité. Il définit les missions de l'établissement auprès de l'utilisateur selon ses besoins et désirs, et vient s'ajouter au projet d'établissement pour concilier une vision individuelle et une vision collective [3]. Le projet d'accompagnement peut être désigné par de nombreux termes : Projet de Vie Personnalisé (PVP), Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), Projet Personnalisé (PP)... Nous utiliserons au long de ce mémoire l'appellation réglementaire, le terme de Projet de Vie Individualisé (PVI).

Bien qu'ayant posé l'obligation de la démarche, la loi 2002-2 n'est pas entrée davantage dans les détails, n'indiquant ni le contenu, ni la forme, ni le cadre d'élaboration de l'outil [4]. Certains textes ultérieurs y font référence : décrets sectoriels, loi Handicap du 11 février 2005, cahier des charges des évaluations externes, sans qu'aucun n'en précise véritablement de quoi il retourne. La première clarification est intervenue en décembre 2008 avec la publication d'une recommandation de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des ESSMS (ANESM) [5].

Au fil des lectures, des recherches et des expériences, il a ainsi été observée une large diversité dans le déploiement des PVI. Dans le secteur du handicap, la loi de 2005 a conforté la démarche en invitant les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) à une approche personnalisée, fondée sur l'expression de l'utilisateur et de ses proches. En revanche, dans le champ des personnes âgées, le sujet n'a pas encore été véritablement traité. Ainsi, la démarche est abordée différemment selon le domaine médico-social, entre établissements publics ou privés, selon les types de structures...

Cela amène à se poser plusieurs questions : parmi toutes les méthodes mises en place, quelle est la bonne, si toutefois elle existe, ou du moins la meilleure ? Quelles sont les difficultés et obstacles de mise en œuvre des PVI ? Comment surmonter ces difficultés selon les établissements de prise en charge ? Comment certaines structures peuvent-elles s'inspirer des pratiques d'autres établissements ? Afin d'aborder ces différentes interrogations, il est intéressant de travailler sur la problématique suivante : la démarche des PVI : état des lieux de la situation dans le secteur du handicap et le secteur des personnes âgées dans les Hauts-De-France.

Dans un premier temps, le contexte de travail sera posé en présentant les différentes structures de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi

que le cadre réglementaire. La seconde partie définira les PVI et la démarche de mise en œuvre. La troisième partie sera un état des lieux de la situation des PVI dans la région des Hauts-De-France grâce à un entretien mené auprès de différentes structures médico-sociales, tant dans le secteur du handicap que des personnes âgées. La démarche entière sera présentée, de l'élaboration de la grille d'entretien semi-directif à l'analyse des résultats en passant par la diffusion. Enfin, la quatrième partie permettra de traiter les résultats des entretiens afin d'en dégager des préconisations, les forces et les faiblesses des différentes structures.

# PARTIE I – Contexte actuel de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées en France et dans les Hauts-De-France

Dans le but de garantir la bonne compréhension de ce mémoire, il est nécessaire de poser un cadre en décrivant le contexte actuel de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, c'est-à-dire les différents types de structures existant en France et dans les Hauts-De-France. Une fois le contexte posé, la démarche des PVI pourra être abordée.

## **A. Les structures de prise en charge**

### **1) La prise en charge des personnes âgées**

#### ***a. Les EHPAD***

Un EHPAD est une structure médicalisée qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. Les EHPAD, qui peuvent aussi être appelés « maisons de retraite médicalisées », constituent aujourd'hui la majorité des établissements d'accueil des personnes âgées en France, et sont des établissements médico-sociaux habilités par l'Etat. [6]

Les prestations fournies par les EHPAD sont classées en trois grandes catégories de tarification : tarif hébergement, tarif dépendance et tarif soins, et peuvent être financées par plusieurs types d'aides et de subventions telles que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et l'Aide Sociale [7]. Bien que les services offerts puissent varier d'un établissement à un autre, l'EHPAD assure la plupart du temps l'hébergement, la restauration et la blanchisserie, des animations, une aide à la vie quotidienne, une surveillance médicale et des soins. La liste et la nature des prestations offertes ainsi que le coût sont détaillés dans le contrat de séjour remis au résident lors de son admission.

Certains EHPAD peuvent comporter des unités dédiées à des publics spécifiques. Nous pouvons ainsi mentionner les Unités des Vie Alzheimer (UVA). Ces unités protégées accueillent en moyenne 18 résidents et sont destinées à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies accompagnées de troubles du comportement [8]. Les UVA sont caractérisées par une prise en charge psycho-sociale globale, un projet de soins et de vie spécifique, un environnement architectural adapté et une éventuelle adaptation des horaires aux habitudes de vie des résidents.

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) peuvent aussi être présents au sein des EHPAD. Ces pôles permettent d'accueillir dans la journée des résidents de l'EHPAD, en moyenne 12 à 14, ayant des troubles du comportement modérés. Ainsi, des activités sociales et thérapeutiques sont proposées à une population ciblée. [9] Les Unités de Vie pour Personnes Handicapées Agées (UVPHA) peuvent aussi être présentes en EHPAD, elles seront présentées dans une prochaine partie concernant l'accompagnement des personnes handicapées.

### ***b. Les autres structures d'hébergement permanent***

Outre les EHPAD, différents types de structures d'accueil permanent des personnes âgées peuvent être cités d'une manière non exhaustive. Ainsi, les foyers-logements sont également nombreux en France. Aussi appelés « résidences autonomie » depuis le 1er janvier 2016 avec la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), ces établissements médico-sociaux destinés aux personnes autonomes de 60 ans et plus ne sont pas médicalisées et n'assurent pas de soins en interne. Ils permettent aux personnes âgées de disposer d'un logement privatif et de conserver une indépendance de vie en bénéficiant de services collectifs dont l'usage reste facultatif (restauration, infirmerie, blanchissage...). [10]

A côté des foyers-logements se sont développées les résidences services. Implantées le plus souvent en centre-ville, elles regroupent des appartements autour de services à la carte. Comme dans les foyers-logements, les personnes âgées vivent dans un logement indépendant et peuvent bénéficier des services collectifs. [11] Cependant, si les résidences autonomies sont des établissements médico-sociaux autorisés par le conseil départemental, les résidences services sont quant à elles gérées par des structures privées commerciales ou associatives. [12]

### ***c. Les structures d'hébergement temporaire***

En parallèle des structures d'hébergement permanent citées précédemment, certains établissements proposent aux personnes âgées un accueil à plus court terme. C'est le cas de l'accueil temporaire. Rattaché à un EHPAD ou autonome, il offre aux personnes âgées un accueil pouvant aller de quelques semaines à quelques mois. [10] Il est indiqué en cas d'absence des proches, après une hospitalisation ou encore en cas de travaux dans le logement de la personne âgée. C'est aussi un moyen pour un résident de se familiariser avec un EHPAD avant une éventuelle installation définitive.

Les accueils de jour peuvent aussi accueillir les personnes âgées de manière non permanente, pour une durée allant d'une demi-journée à plusieurs jours par semaines. Certains accueils de jours sont spécifiques aux personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. [11] L'accueil de nuit est également un mode d'hébergement à temps partiel destiné à des personnes vivant à domicile. Il favorise le maintien à domicile de personnes ayant une perte d'autonomie. L'ensemble de ces structures permet aux aidants de profiter de moments de répit.

Enfin, l'accueil familial peut être envisagé pour prendre en charge une personne âgée, que ce soit temporairement, à temps partiel ou de manière permanente. Moyennant rémunération, des particuliers à domicile proposent une formule d'accueil à des personnes âgées de 60 ans ou plus ou des personnes handicapées adultes n'appartenant pas à leur famille jusqu'au 4ème degré inclus. Cette formule chaleureuse est une solution intermédiaire et enrichissante humainement.

#### *d. La situation en France et dans les Hauts-De-France*

Donner une définition de la personne âgée n'est pas une chose aisée car cela dépend du point de vue et du contexte. En effet, le domaine réglementaire n'a pas la même conception du vieillissement que le domaine sanitaire par exemple. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la réglementation française définissent une personne âgée à partir de 60 ans. Du point de vue biologique, le vieillissement est l'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps, qui entraînent une dégradation progressive des capacités physiques et mentales. Ainsi, ces changements varient d'un individu à un autre et ne répondent pas à une logique liée à l'âge. [13]

Le vieillissement est aujourd'hui un phénomène à l'échelle mondiale. Comme mentionné précédemment, il est lié en grande partie à l'augmentation de l'espérance de vie. En France par exemple, elle a augmenté de plus de 10 ans au cours des cinquante dernières années, atteignant aujourd'hui 82,7 ans. [14] Selon l'OMS, d'ici à 2050 la proportion mondiale des 60 ans et plus va presque doubler, et d'ici à 2020 elle va dépasser celle des enfants de moins de 5 ans.

En France (métropolitaine et DOM), les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 16,61 millions d'individus sur un total de 66,73 millions, soit 24,9% de la population. Dans la région des Hauts-De-France, les personnes âgées représentent 1,37 million d'individus sur 6,03 millions, soit 22,8%. [15] Les pyramides des âges suivantes détaillent le nombre de personnes âgées en France et dans la région des Hauts-De-France.

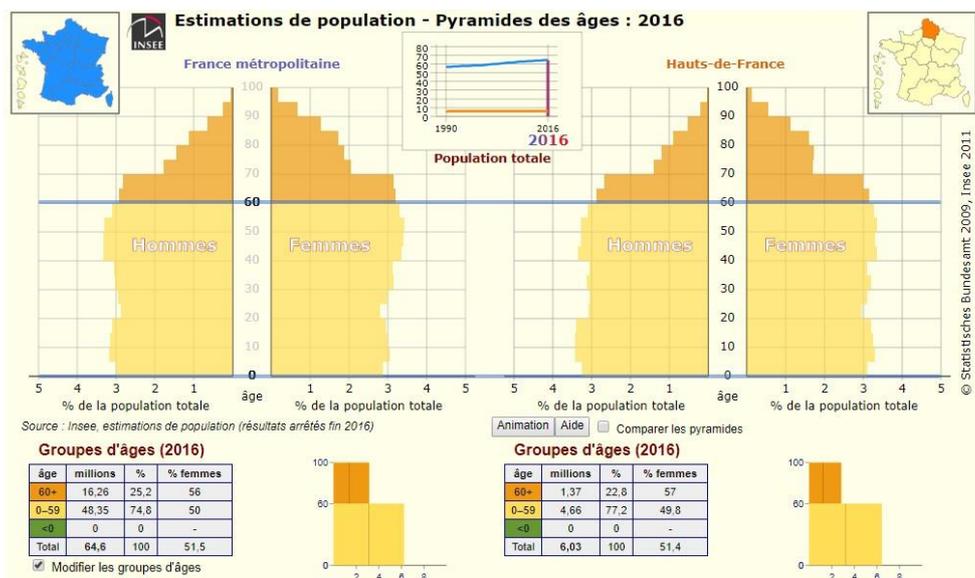


Figure 1 : Pyramides des âges en France Métropolitaine et dans les Hauts-De-France

Aujourd'hui en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes, c'est-à-dire qu'elles présentent un état durable entraînant des incapacités et requérant des aides pour les actes de la vie quotidienne [16]. Entre 2007 et 2011, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) évolue une augmentation de 5,3% des capacités d'accueil des établissements pour personnes âgées. Selon les dernières estimations, la France comptabilise 10 481 établissements d'hébergement pour personnes âgées, ce qui représente 720 483 places. Leur répartition par type d'établissement est détaillée dans le tableau suivant.

| Catégorie d'établissement                      | Structures           |                 | Places installées |                 |
|--|----------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
|  | nombre de structures | dont EHPAD en % | nombre de places  | dont EHPAD en % |
| <b>Logements-foyers</b>                        | <b>2 559</b>         | <b>12,7</b>     | <b>128 666</b>    | <b>15,4</b>     |
| Logements-foyers privés à but lucratif         | 89                   | 6,7             | 4 178             | 12,4            |
| Logements-foyers privés à but non lucratif     | 688                  | 11              | 33 884            | 12,1            |
| Logements-foyers publics                       | 1 782                | 13,7            | 90 604            | 16,7            |
| <b>Maisons de retraite</b>                     | <b>7 225</b>         | <b>95,4</b>     | <b>555 773</b>    | <b>98,3</b>     |
| Maisons de retraite privées à but lucratif     | 1 768                | 94,1            | 120 007           | 97,7            |
| Maisons de retraite privées à but non lucratif | 2 311                | 92,2            | 160 436           | 96,7            |
| Maisons de retraite publiques                  | 3 146                | 98,4            | 275 330           | 99,4            |
| <b>Unités de soins de longue durée (USLD)</b>  | <b>608</b>           | <b>84</b>       | <b>34 187</b>     | <b>76,8</b>     |
| Autres établissements (1)                      | 89                   | 27              | 1 857             | 35,7            |
| <b>Total</b>                                   | <b>10 481</b>        | <b>74</b>       | <b>720 483</b>    | <b>82,3</b>     |

Tableau 1 : Répartition des places d'hébergement par type d'établissement

La région des Hauts-De-France regroupe quant à elle 1 073 établissements pour un total de plus de 72 000 places, dont 44 858 places en EHPAD [17].

## **2) La prise en charge des personnes handicapées**

### ***a. Les acteurs de la prise en charge***

L'Agence Régionale de la Santé (ARS) définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont les principaux acteurs dans l'orientation des personnes handicapées et de leur entourage. Elles évaluent les demandes et attribuent les aides et les prestations, et organisent notamment le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). [18] Cette dernière désigne les établissements ou services en mesure d'accueillir l'enfant, l'adolescent ou l'adulte handicapé, et se prononce sur les aides et les prestations.

Ainsi, les structures d'aide aux personnes en situation de handicap peuvent être distinguées en deux catégories : les structures de travail et les structures d'accueil et d'hébergement. Dans le cadre de ce mémoire, c'est cette seconde catégorie qui sera prise en compte pour aborder la démarche des PVI. Les différentes structures d'accueil vont donc être décrites dans la partie suivante. Cependant, concernant les structures de travail, les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) peuvent ici être mentionnés. Ces organismes médico-sociaux sont chargés de la mise au travail accompagnée d'un soutien médico-social des personnes handicapées dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre. [19]

### ***b. Les structures d'accueil et d'hébergement***

Les possibilités d'accueil sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses et s'adressent à des publics bien spécifiques. Ce chapitre a pour objectif de présenter d'une manière non exhaustive les principales structures d'hébergement telles que les foyers de vie encore appelés foyers occupationnels. Ceux-ci accueillent à la journée ou à temps complet des personnes n'étant pas en mesure d'exercer une activité professionnelle mais suffisamment autonomes pour avoir des occupations quotidiennes. [20]

En cas de dépendance plus importante, les personnes peuvent être accueillies dans des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou dans des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS). Les FAM sont destinés à des adultes lourdement handicapés, mentalement ou physiquement, ou polyhandicapés, étant inaptes aux activités professionnelles et nécessitant une assistance et une stimulation constante ainsi qu'un suivi médical régulier. Les MAS, quant à elles, accueillent des personnes souffrant d'un handicap moteur ou somatique grave, d'un handicap intellectuel profond, ou de handicaps associés, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants non intensifs, ainsi que des activités d'animation et d'occupation.

Enfin, il est primordial de mentionner les UVPHA. Ces unités, intégrées dans un EHPAD en complément de ses missions, s'adressent à un public bien spécifique : les personnes âgées de 60 ans et plus reconnues en situation de handicap par la CDAPH étant en capacité de communiquer et présentant un état de santé ou de dépendance nécessitant un projet de soins individuel. [21] D'une capacité de 12 à 16 places, ces unités répondent à des normes architecturales définies permettant aux résidents de développer leurs acquis le plus longtemps possible.

### *c. La situation en France et dans les Hauts-De-France*

La définition du handicap donnée précédemment met en évidence des situations de handicap variées. L'INSEE estime que sur les 65 millions de Français, 12 millions sont touchés par un handicap, et que :

- 13,4% ont une déficience motrice,
- 11,4% sont atteints d'une déficience sensorielle,
- 9,8% souffrent d'une déficience organique,
- 6,6% sont atteints d'une déficience intellectuelle ou mentale [22].

Ainsi, si une définition du handicap existe, il est complexe de donner un nombre précis de personnes handicapées en France de par la multiplicité des déficiences.

La prise en charge du handicap en France remonte à de nombreuses années avec notamment la loi 75-534 du 30 juin 1975, et constitue aujourd'hui une thématique solidement ancrée dans les mentalités et les problématiques de la société. Les mesures pour accompagner les personnes en situation de handicap sont de plus en plus nombreuses. Par exemple, 1 million d'Etablissements Recevant du Public (ERP) sont soumis aux obligations de la loi du 11 février 2005 prévoyant notamment l'accessibilité à tous. Nous pouvons

également mentionner le taux de 6% fixé par la loi à tout établissement privé ou public de 20 salariés et plus déterminant l'obligation minimale d'emploi de travailleurs handicapés.

Le nombre de travailleurs handicapés est en constante augmentation, tout comme les prestations liées au handicap et à l'invalidité. Ces dernières sont constituées pour un tiers de l'accueil et de l'hébergement en établissement médico-social, pour un quart de pensions et rentes d'invalidité, pour un quart de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et pour le reste d'autres prestations [23]. Le nombre global de places pour personnes handicapées en France est de 49 000 (155 000 pour les enfants et 335 000 pour les adultes) [24] réparties par types de structures selon le graphique suivant :

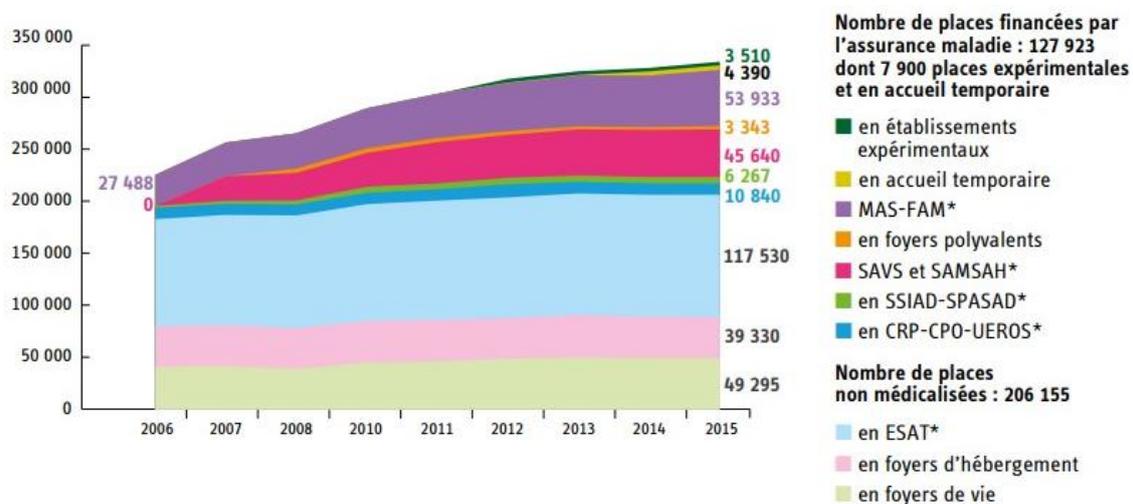


Figure 2 : Evolution du nombre de place pour personnes handicapées depuis 2006

La région des Hauts-De-France comptabilise quant à elle près de 35 000 places installées dans les 815 établissements et services d'accueil des adultes en situation de handicap. [17]

## **B. La réglementation**

### **1) Historique réglementaire des établissements médico-sociaux**

Dans la mesure où elles ont pour mission d'accueillir toute personne ne pouvant vivre de manière autonome dans le milieu ordinaire, les institutions médico-sociales sont extrêmement variées. [25] En France, ces institutions sont cadrées par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Outre une variété importante dans la nature de ses institutions, le secteur médico-social présente également un nombre important de textes officiels déterminant sa réglementation tarifaire, financière et administrative. Quatre textes apparaissent aujourd'hui particulièrement importants dans les fondements de cette réglementation. [26]

Premièrement, la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est une étape importante dans l'histoire du secteur. Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics (accès aux institutions, reconnaissance du handicap...) et définit trois droits pour les personnes handicapées : le droit au travail, le droit à une garantie minimum de ressources et le droit à l'intégration scolaire et sociale. [27]

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale concilie quant à elle deux principes directeurs :

- Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale,
- Instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

Derrière ce texte se dégage une vraie volonté d'individualisation des actions menées auprès des bénéficiaires [28]. C'est cette loi qui a posé l'obligation des PVI dans les établissements médico-sociaux.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a apporté par la suite de nombreux changements dans la prise en charge des personnes handicapées, notamment en termes d'accueil, de ressources, de scolarité et de citoyenneté. [29]

Enfin, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a également apporté son lot de conséquences dans le secteur médico-social, notamment en créant les ARS qui ont en charge la régulation des établissements médico-sociaux et d'aide par le travail.

## **2) La loi du 1<sup>er</sup> janvier 2017**

Plus récemment, la loi ASV du 28 décembre 2015 a également joué un rôle important dans l'évolution réglementaire du secteur médico-social. Elle détermine notamment de nouvelles obligations aux HPAD par la publication de décrets tel que celui imposant la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, ou encore celui prévoyant l'instauration d'un « socle de prestations » obligatoires en matière d'hébergement [30].

Un volet important de cette loi, particulièrement intéressant pour la compréhension de ce mémoire, est celui sur la réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées, avec la désignation d'une personne de confiance à l'entrée en institution, le renforcement de la procédure d'acceptation du contrat de séjour ou encore les libertés d'aller et venir [31].

Cette nouvelle réglementation incite à une prise en charge plus individualisée grâce à un certain nombre d'avenants au contrat de séjour à réaliser. L'utilisateur est placé au cœur même de sa prise en charge grâce à la définition de mesures, autres que celles fixées par le règlement de l'établissement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne âgée et préserver sa liberté d'aller et venir [32]. Ces mesures prévues en annexe du contrat de séjour font l'objet d'une évaluation ou moins tous les six mois. Nous sommes bien dans une prise en charge qui se veut plus personnalisée et mettant l'accent sur des besoins individuels.

## **3) L'utilisateur au centre d'une prise en charge individualisée**

De nos jours en France l'entrée en EHPAD est instaurée dans les mentalités depuis un temps certain, notamment grâce à l'évolution du secteur qu'a entraîné le vieillissement de la population. Il en est de même pour l'accompagnement des personnes handicapées. Cependant, c'est la nature même de la prise en charge qui évolue encore considérablement, tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées. Nous sommes de plus en plus dans un accompagnement tourné vers l'individu lui-même, plaçant l'utilisateur au cœur d'une prise en charge individualisée. Les besoins personnels sont de plus en plus conciliés aux besoins collectifs.

L'utilisateur a une place centrale avec des droits et des libertés. Dans ce cadre, l'ANESM est dans une démarche continue de rédaction d'un nombre conséquent de recommandations visant à aider les établissements médico-sociaux dans leurs modalités d'accompagnement des usagers. C'est le cas par exemple de la recommandation « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » publiée en 2008.

Cet intérêt pour l'individu en lui-même est accompagné de la multiplication des textes réglementaires, notamment la « Charte des droits et libertés de la personne accompagnée » promulguée suite à l'arrêté du 8 septembre 2003, ou encore la « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance » rédigée en 1987 et réactualisée en 1997 puis en 2007 pour approfondir la notion de dépendance.

L'évolution des mentalités dans la prise en charge des individus permet ainsi de faciliter un passage en institution qui reste une étape importante dans la vie d'un usager, en conciliant vie collective et attentes personnelles.

Cette seconde partie a pour objectifs de définir les PVI, leur origine et leurs objectifs, ainsi que les moyens de mise en œuvre, et d'expliquer la démarche des entretiens semi-directifs choisie pour l'état des lieux de la situation dans les Hauts-De-France.

### A. Qu'est-ce que les PVI ?

#### 1) Définition

##### *a. Origine*

Depuis de nombreuses années, les professionnels du secteur médico-social mettent en œuvre des pratiques leur permettant d'associer l'utilisateur à sa prise en charge. Ainsi, bien que le terme de PVI soit apparu plus récemment, la prise en compte des besoins et des volontés des personnes accompagnées est un concept plus ancien, qui fut dans un premier temps mené de manière inconsciente et informelle. Ce sont les évolutions sociales et législatives des dernières années qui ont mené à sa concrétisation et qui ont amené un nom à un concept jusqu'alors informel. Ainsi, trois nouveaux concepts primordiaux entre autres ont fait évoluer la thématique de la personnalisation de l'accompagnement :

- Le droit à un accompagnement adapté aux spécificités de la personne, à ses aspirations et à ses besoins, à l'évolution de sa situation, respectant son consentement éclairé ;
- Le droit d'exercer un choix dans ces prestations adaptées ;
- Le droit de participation direct de l'utilisateur ou de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne [33].

Ces droits occupent une place centrale dans la loi 2002-2 et sont réaffirmés dans d'autres textes officiels notamment pour le champ du handicap [34].

Ces différentes évolutions réglementaires ont introduit le terme de « projet d'accueil et d'accompagnement » dans la loi du 2 janvier 2002 (dénomination néanmoins peu utilisée dans les établissements). Cette loi fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement mais n'en détaille pas le contenu ni ne précise s'il doit être écrit. Si les professionnels avaient donc depuis longtemps défini des principes d'intervention associant les personnes, la loi 2002-2 en a posé l'obligation.

## **b. Objectifs**

Les objectifs incombant à la réalisation des PVI, outre le fait d'être en conformité avec les obligations réglementaires, sont nombreux. Le but principal est évidemment en lien direct avec l'origine des projets : permettre d'individualiser les accompagnements et de placer les usagers au cœur de leur prise en charge. Pour apporter un accompagnement adapté aux spécificités individuelles, aux besoins et aux attentes, les PVI sont aujourd'hui indispensables. Ils sont réalisés en deux parties : la détermination d'actions à mettre en œuvre, et d'objectifs à atteindre. Cet accompagnement personnalisé de qualité a également d'autres objectifs pour les usagers, à plus ou moins court terme, dont il est possible de citer notamment :

- L'optimisation du maintien voire le développement de l'autonomie,
- La favorisation des liens sociaux,
- La continuité dans les habitudes de vie lors d'un passage en institution,
- La possibilité de rester acteur de sa propre vie.

En parallèle des bénéfices tirés par les usagers, il est important de mener une réflexion sur les objectifs des projets pour le deuxième acteur de la prise en charge : les professionnels. Ainsi, les PVI ont pour objectifs de :

- **Favoriser leur qualité de vie au travail.** Cela peut être illustré par un exemple concret : un résident en EHPAD est suffisamment autonome pour se déplacer seul. La mention de cette caractéristique dans le PVI permettra à un professionnel, tel qu'une aide-soignante, de laisser l'autonomie nécessaire au résident et d'éviter une manipulation fatigante et non indispensable. Les bénéfices sont alors réciproques : une économie d'énergie préservant la santé du professionnel, et un acte de la vie quotidienne favorisant l'autonomie de l'utilisateur.
- **Optimiser les relations avec les personnes prises en charge** en améliorant la connaissance de l'individu et de son parcours et donc en favorisant la compréhension de ses valeurs, de ses habitudes etc...
- **Favoriser un cadre de travail agréable** et optimiser la communication entre professionnels,
- **Identifier d'éventuels changements ou évolutions** à apporter ou repérer des difficultés dans l'état de santé ou l'état psychologique des usagers.

Dans leur ouvrage « *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées* », Jean-Jacques AMYOT et Annie MOLLIER résument l'ensemble de ces

objectifs en définissant le but principal des PVI comme « *chercher ce qui peut permettre aux usagers et aux professionnels de construire ensemble un cadre de vie lié à leurs aspirations personnelles tout en tenant compte des obligations liées à la collectivité* ». [3] Cette définition met en avant le fait que les PVI doivent être réalisés en parallèle d'autres documents inhérents aux établissements médico-sociaux, afin de concilier l'individuel et le collectif.

### ***c. Place dans les établissements médico-sociaux***

Outre les PVI, les établissements médico-sociaux sont tenus de rédiger d'autres textes réglementaires définissant entre autres leurs missions et leurs valeurs. L'un de ces textes et non des moindres n'est autre que le projet d'établissement. Le CASF établit que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* ». [35] Alors que le PVI est tourné vers l'individualisation, le projet d'établissement est quant à lui garant de l'organisation de la vie collective. Bien que n'ayant pas la même finalité, il est primordial que ces deux documents soient rédigés en parallèle et en adéquation pour être conciliés.

Le PVI est également à différencier du contrat de séjour ou du Document Individuel de Prise en Charge (DIPC). Ce dernier est conclu entre l'établissement et la personne et définit les objectifs de la prise en charge, les prestations offertes et les conditions de participation financière du bénéficiaire. Un avenant y précise les objectifs et prestations adaptées à la personne. Les deux documents se chevauchent mais ne se recouvrent pas. Le PVI a son propre rythme, fonction de la personne, alors que le contrat de séjour doit être révisé annuellement [36].

Le schéma suivant récapitule la hiérarchie des projets au sein des établissements ou services médico-sociaux. Outre le projet d'établissement défini ci-dessus, le projet institutionnel définit quant à lui les objectifs de l'institution en elle-même, et ce pour l'ensemble de ses établissements. Les projets de soins et d'animation se situent au même niveau hiérarchique que le PVI, ces trois documents étant quant à eux propres à chaque résident.

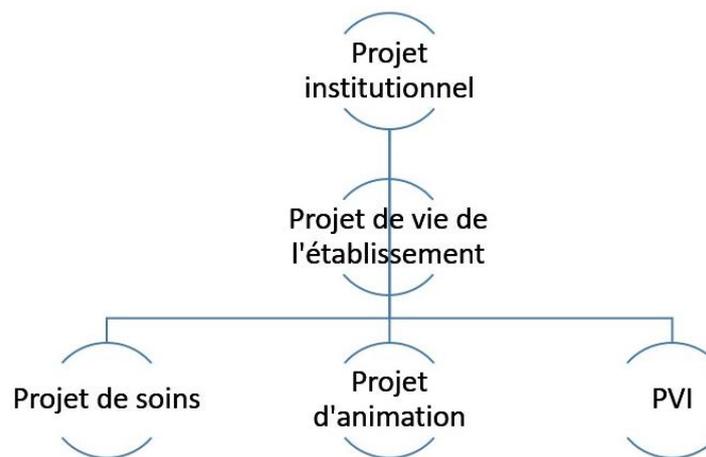


Figure 3 : Hiérarchie des projets au sein d'un établissement médico-social

Enfin, dans la mesure où chaque établissement ou service doit élaborer un projet par personne accompagnée, ils sont susceptibles d'avoir plusieurs projets les concernant (par exemple une personne handicapée pourra avoir un projet au sein du foyer qui l'héberge et de l'ESAT où elle travaille).

## 2) Mise en œuvre

### a. Les recommandations

Comme mentionné précédemment, la loi 2002-2 a posé l'obligation des PVI en ESSMS mais aucun texte réglementaire ne définit le contenu, la forme ou la méthode d'élaboration. Ainsi, chaque établissement est libre de mettre en œuvre les PVI de la manière qu'il juge la plus efficace. Même si aucune démarche officielle n'est instaurée, différents organismes ont tenté d'élaborer des documents permettant de guider, de conseiller et d'accompagner les professionnels dans la réalisation des PVI. C'est le cas notamment de l'ANESM qui a édité une Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) sur cette thématique.

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'ANESM accompagne les ESSMS dans la mise en œuvre des évaluations interne et externe. Pour ce faire, elle a pour mission de leur fournir les conditions et outils nécessaires pour assurer l'évaluation positive de leurs activités et de la qualité de leurs prestations. C'est dans ce cadre que sont élaborées les RBPP. S'adressant à différents secteurs d'activité (personnes âgées, personnes handicapées, enfance, tous secteurs et inclusion sociale), ces recommandations proposent des actions et des méthodes aux professionnels et sont une solution pour uniformiser leurs pratiques et être en cohésion avec la réglementation.

En décembre 2008, l'ANESM a publié une recommandation intitulée « *les attentes de la personne et le projet personnalisé* » destinée à l'ensemble des ESSMS, aux usagers et à

leurs représentants. Cette recommandation « propose aux professionnels des principes, des repères et des modalités pratiques pour associer étroitement les personnes, étape par étape, à la construction de leur projet, à sa mise en œuvre, et enfin à son évaluation ». [4] Dans l'optique d'une co-construction du projet entre usagers et professionnels, l'ANESM propose six phases dans son élaboration :

- Premiers contacts et premier recueil des attentes de la personne,
- Analyse de la situation avec objectivation des éléments d'analyse,
- Co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes,
- Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations, moyens alloués au projet,
- Mise en œuvre, bilan(s) intermédiaire(s) et ajustements pour répondre aux évolutions,
- Evaluation pour procéder à une réactualisation du projet personnalisé.



Figure 4 : Etapes de la mise en œuvre des PVI selon l'ANESM

Ainsi les professionnels concernés peuvent être accompagnés pas à pas pour élaborer un outil de qualité.

D'autres organismes proposent des méthodes de mise en œuvre des PVI en parallèle de l'ANESM, comme le Réseau QualiSanté. Cette structure s'adresse aux ESSMS dans le but de les sensibiliser et les former à la qualité, la gestion des risques et l'évaluation. En décembre 2014, le réseau a publié un guide intitulé « sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet personnalisé » élaboré par le groupe de travail CAP. Réunissant des structures du secteur handicap et du secteur personnes âgées, le groupe a mené une réflexion sur les PVI pour élaborer des outils méthodologiques d'accompagnement. [37] Les travaux du groupe se sont basés en grande partie sur la RBPP de l'ANESM et ont abouti à une démarche en quatre étapes grandement similaire à celle de l'ANESM :

- Premiers contacts,
- Co-construction,
- Mise en œuvre,
- Co-évaluation.

Ainsi, bien que chaque établissement reste libre d'employer la méthode de son choix, les outils d'accompagnement des professionnels sont de plus en plus nombreux et tendent chacun à la même finalité : une uniformisation des méthodes et des pratiques. Cela se traduit notamment par la grande similarité des démarches proposées.

### ***b. Une absence de cadre problématique***

Bien que la multiplicité des outils d'aide aux professionnels permette de les accompagner dans leur démarche d'élaboration des PVI, il existe aujourd'hui autant de méthodes qu'il y a d'établissements. Délais de réalisation, personnel impliqué, méthode de diffusion et de suivi des actions, outils utilisés... sont autant d'éléments des PVI qui restent au choix des professionnels. Chaque service ou établissement possédant sa propre culture, son propre historique et ses propres valeurs, cette variabilité des pratiques peut dans un premier temps être perçue comme un bienfait. En effet, une pratique efficace dans un établissement ne le serait pas forcément dans un autre endroit possédant une culture différente. De plus, les différents secteurs d'activité médico-sociaux présentent des problématiques différentes : le secteur du handicap et celui des personnes âgées n'ont pas les mêmes enjeux. Il en est de même pour des structures de nature différente : un foyer logement et un EHPAD ne disposent pas des mêmes ressources, qu'elles soient matérielles ou humaines, ni du même public.

Cependant, cette absence de cadre officiel reste avant tout un frein à la réalisation des PVI. Comment savoir quel est le moment idéal pour recueillir les informations ? Qui sont les professionnels les plus aptes à diriger les projets ? Quelle place les familles doivent-elles occuper ? Toutes ces questions sont d'autant plus complexes car la démarche des PVI reste récente, les établissements ne disposent donc pas encore du recul nécessaire pour adapter leurs pratiques.

Les recherches bibliographiques et les différentes expériences en ESSMS ont montré une grande diversité dans les pratiques, mais aussi des éléments moteurs et des freins aux PVI. Certaines difficultés rencontrées pourraient néanmoins être levées en s'inspirant des pratiques d'autres établissements. Quels sont les atouts à exploiter, quels éléments doivent être uniformes à tous les établissements et quels sont ceux qui au contraire doivent être adaptés au contexte environnemental ? Des entretiens semi-directifs ont donc été menés pour cerner la situation des PVI dans différents établissements médico-sociaux des Hauts-De-France.

## **B. Entretiens semi-directifs**

### **1) Pourquoi des entretiens semi-directifs ?**

Le professeur Bertrand BATHELOT définit l'entretien semi-directif comme « *une méthode qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs durant lesquels l'animateur dicte uniquement les différents thèmes devant être abordés sans pour autant pratiquer un questionnement précis* ». [38]

Ce type d'entretiens présente l'avantage de laisser à l'interviewé une grande liberté d'expression sur ses impressions et ses réactions face à diverses thématiques. Ces réactions et perceptions sont recueillies dans un guide d'entretien préparé au préalable, en l'occurrence une grille d'entretien dans le cadre de ce mémoire. La personne menant l'entretien ne pose pas forcément les questions dans l'ordre choisi sur sa grille ni sous leur formulation exacte. L'interviewé a donc la possibilité de parler ouvertement et librement. Le meneur peut si besoin recentrer l'entretien sur les thèmes choisis grâce à la grille lui permettant de n'omettre aucun sujet ou d'aborder ceux éventuellement non traités par l'interrogé lui-même.

L'entretien semi-directif a été choisi pour réaliser un état des lieux de la situation des PVI dans les Hauts-De-France. Les nombreuses interrogations émanant de mes lectures et liées au manque de cadre réglementaire nécessitent en effet d'étudier concrètement la situation dans des établissements réels. L'objectif de ces entretiens n'est nullement d'évaluer les prestations des établissements ou de porter un jugement sur leurs activités. Il s'agit au contraire d'observer objectivement les différentes techniques utilisées, afin d'en dégager dans un premier temps les freins et les leviers, les difficultés et les aides rencontrés. Un comparatif pourra alors être réalisé, autant au niveau du secteur médico-social (handicap ou personnes âgées) que de la nature de l'établissement.

Ainsi, les forces et les faiblesses dans la mise en œuvre des PVI pourront être déduites pour dégager des préconisations. L'objectif final est donc de tirer de chaque entité des enseignements dont pourront s'inspirer les autres établissements pour optimiser la mise en œuvre des PVI, et donc la prise en charge des usagers, l'accompagnement de leurs proches et la qualité de vie au travail des professionnels.

### **2) Réalisation des entretiens**

Pour mener à bien les entretiens semi-directifs, une grille d'entretien a été créée, disponible en annexe I. Sa fonction était bien de récapituler l'ensemble des sujets abordés

pour n'oublier aucune information, et non pas de lister des questions précises dans un ordre déterminé. Les différents thèmes à aborder étaient donc les suivants :

- L'identification de l'établissement,
- La situation des PVI,
- La démarche de mise en œuvre,
- L'implication du personnel,
- L'apport des PVI pour les résidents et le personnel,
- Les freins et obstacles rencontrés,
- Les pistes de progrès et les perspectives d'avenir.

Dans chacun des établissements visités, les personnes rencontrées étaient celles responsables de la démarche des PVI. Il leur était initialement demandé uniquement d'expliquer les ressources et techniques utilisées, les éventuelles difficultés rencontrées, l'état d'avancement ... L'ensemble des informations était délivré naturellement, grâce aux ressentis et impressions des personnes interrogées.

Cinq établissements ont été interrogés. L'objectif étant d'aborder tant le secteur du handicap que celui des personnes âgées, et ce dans les Hauts-De-France, les établissements ont été choisis de manière à avoir un panel varié dans la nature des entités. Ainsi, les entretiens semi-directifs ont été menés à :

- La résidence DRONSART à Bouchain, un EHPAD public avec PASA ;
- L'EHPAD intra-hospitalier du centre hospitalier de Somain ;
- La MAS du Quesnoy ;
- La résidence Le Pain d'Alouette à Sallaumines, un EHPAD avec UVPHA et UVA ;
- La résidence le Château à Ecaillon, un EHPAD privé à but non lucratif.

Les grilles des entretiens semi-directifs sont disponibles en annexe. L'ensemble des entretiens a permis de comparer les différentes méthodes utilisées d'un établissement à un autre, d'observer les difficultés rencontrées par certains et non par d'autres, et d'envisager certaines solutions. La partie suivante de ce mémoire est l'analyse des résultats des entretiens ainsi que des recherches bibliographiques.

Cette partie a pour objectif dans un premier temps de présenter les résultats des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire de détailler et de comparer les méthodes utilisées de manière objective. Dans un second temps, les obstacles et les leviers de mise en œuvre seront déduits de ces entretiens ainsi que des recherches bibliographiques afin de réaliser un bilan et de mettre en avant les principales difficultés rencontrées et les bénéfices observés.

### **A. Résultats des entretiens et comparatif**

#### **1) Une méthode similaire...**

##### ***a. Une méthode inspirée par l'ANESM***

Ce chapitre a pour objectif de présenter globalement les méthodes observées dans les différents établissements, sans entrer précisément dans les détails. En effet, le but des entretiens n'est pas de détailler les différentes techniques utilisées, mais d'en établir des liens pour en dégager des conclusions et pour mener une véritable réflexion. Les entretiens semi-directifs ont permis de constater que la méthode de mise en œuvre des PVI est très similaire d'un établissement à un autre. Elle est, de plus, à mettre en lien avec celle en six étapes conseillée par l'ANESM, qui a pour but de faire participer la personne tout au long de la démarche.

##### ***b. Une mise en œuvre débutant par la connaissance des usagers***

Ainsi, dans chacun des établissements, la première étape est celle des premiers contacts et du recueil des informations. C'est une étape primordiale qui permet de gagner la confiance de l'utilisateur, de lui faire sentir l'importance accordée à ses désirs et la place centrale qu'il occupe dans sa prise en charge. Les objectifs de la démarche lui sont expliqués. C'est aussi l'occasion de répondre à ses éventuelles interrogations en tant que nouvel arrivant dans l'établissement, sur l'organisation de la structure par exemple.

##### ***c. Une co-construction par plusieurs parties prenantes***

La seconde étape est l'analyse de la situation et la co-construction du projet. C'est l'aboutissement d'échanges avec l'utilisateur et entre professionnels, et de réflexions personnelles. L'intimité des usagers doit être respectée, ainsi que leur désir de confidentialité. Les professionnels doivent garder en mémoire que l'entrée en institution est une nouvelle étape dans la vie d'une personne, et que par conséquent ses ambitions et projets antérieurs ne seront pas obligatoirement les mêmes mais peuvent évoluer.

L'entourage de l'utilisateur est souvent sollicité au cours de cette phase, notamment pour avoir une meilleure connaissance de ses habitudes de vie.

#### ***d. La détermination d'objectifs à atteindre***

S'ensuit alors la phase de décision avec la fixation d'objectifs. Dans la plupart des établissements, elle passe par l'organisation d'une réunion avec une équipe pluridisciplinaire, l'utilisateur lui-même et son représentant légal. Des actions sont déterminées avec des indicateurs de suivi et des échéances. Suite à cette réunion, un avenant au contrat de séjour est édité pour être signé par l'utilisateur et/ou son représentant légal, puis diffusé au reste des équipes. Il comporte deux parties : les actions à réaliser et les objectifs à atteindre.

#### ***e. Un suivi et une réactualisation des projets***

Les parties concernées mettent alors les moyens nécessaires en œuvre pour mener à bien les actions déterminées et atteindre les objectifs fixés. Ces actions font partie intégrante de la vie quotidienne des usagers. Elles doivent rester un moyen d'optimiser leur confort et leur qualité de vie au sein de l'établissement. L'avancée des objectifs doit être suivie selon les modalités choisies, et ce jusqu'à la réactualisation du projet. Cette dernière doit tenir compte des objectifs fixés, des modalités de réalisation et des caractéristiques des usagers.

## **2) ... avec des spécificités**

### ***a. Selon les établissements***

Bien que les grandes étapes de mise en œuvre des PVI soient similaires dans les établissements observés, certaines différences ont toutefois été relevées. Il s'agit dans un premier temps de spécificités propres aux établissements. Premièrement, les délais déterminés varient selon les structures. Cette notion temporelle englobe à la fois le délai de recueil des informations (parfois égale à trois mois après l'admission, parfois sans échéance précise mais réalisé le plus rapidement possible), le temps entre le recueil et la réunion de co-construction, ainsi que l'échéance de la réactualisation du projet. Dans certaines structures, comme à Bouchain, elle a lieu soit une fois par an, soit tous les six mois au sein de l'UVA, afin de respecter la réglementation qui impose cette échéance. Dans d'autres établissements, les projets sont réactualisés une fois par an, ou selon l'évolution de l'état de santé des usagers.

Les moyens matériels et outils utilisés sont également variés. Bien que la plupart des établissements utilisent un logiciel informatique mettant des trames communes à disposition de professionnels, et disposent d'une procédure pour la mise en œuvre des PVI, ce n'est pas le cas par exemple de l'EHPAD de Somain. Les moyens humains mobilisés diffèrent

également. Si certaines structures ont choisi de mobiliser du personnel remplaçant pour remédier au problème de l'absentéisme, d'autres préfèrent ne mobiliser que le personnel titulaire. Il a pu être observé à la résidence Le Château à Ecaillon la création de plannings annuels et mensuels pour l'organisation des réunions, contrairement à d'autres structures.

La plus grosse diversité constatée se situe au niveau des responsabilités. La coordination des projets est parfois assurée par le médecin coordonnateur, comme à Bouchain, parfois par du personnel de soins comme c'est le cas des Aides Médico-Psychologiques (AMP) à Ecaillon, ou encore par un trinôme éducatrice/animatrice/IDE à Sallaumines. L'implication de la direction varie aussi énormément, tout comme la place du personnel administratif. Si ce corps de métiers est très présent à Bouchain, notamment pour l'organisation des réunions, il n'en est pas de même à la MAS du Quesnoy. La nomination de référents, soit par habitation soit par usager, est très répandue, mais certains établissements comme la MAS du Quesnoy n'ont pas adopté ce système.

Enfin, l'implication des usagers et de leurs proches est une caractéristique variable. Cela se traduit notamment lors des réunions de co-construction des projets. Si certaines structures invitent les familles à y participer, d'autres choisissent de mener cette étape entre professionnels.

La signature de l'avenant au contrat de séjour n'est pas réalisée de la même manière partout : l'avenant peut être signé immédiatement en fin de réunion, ou alors envoyé aux familles ou tuteurs par voie postale.

#### ***b. Selon le domaine médico-social***

D'autres différences liées quant à elles au contexte professionnel ont pu être observées. En effet, la démarche des PVI présente certaines spécificités selon le domaine médico-social, en l'occurrence entre le secteur des personnes âgées et le secteur des personnes handicapées.

L'entretien semi-directif à Sallaumines a permis de mettre en évidence le fait que les PVI sont mieux acceptés et mieux compris dans le secteur du handicap. Pour rappel, l'établissement Le Pain d'Alouette possède à la fois une partie EHPAD et une partie UVPHA, et l'éducatrice quant à elle a été amenée à travailler avec des personnes handicapées et des personnes âgées. Ces deux éléments offrent un recul et un point de vue comparatif qui permettent de déduire une meilleure acceptation des PVI par les professionnels du secteur du handicap. Cela est dû notamment à l'ancienneté de la démarche. Alors que les PVI sont relativement récents dans le secteur des personnes âgées, le phénomène est plus ancien

dans le secteur du handicap. Des synthèses étaient déjà réalisées il y a des dizaines d'années, les choses étaient simplement moins formalisées avant la loi de 2002. Les projets ont toujours été au cœur du travail, et sont donc déjà en tout ou partie entrés dans les mœurs, devenus un automatisme. De plus, dans le secteur du handicap, la démarche a été confortée avec la loi de 2005 invitant les MDPH à une approche personnalisée, fondée sur l'expression de l'usager et de ses proches, alors que dans le champ des personnes âgées le sujet n'a pas été traité frontalement. [5]

La deuxième différence importante est propre aux caractéristiques des personnes accueillies. En effet, l'entretien à la MAS du Quesnoy a montré la difficulté voire l'impossibilité de communiquer de certains usagers, liée à de lourds handicaps. Certes la communication peut être complexe avec les personnes âgées présentant des troubles de la mémoire. Cependant les solutions apportées seront de nature différente. La composition des équipes entre également en jeu. Dans les EHPAD, la prédominance de soignants et du médical constitue un obstacle. On répond en priorité aux besoins matériels. Enfin, l'implication des proches n'est pas égale d'un secteur à l'autre. L'entretien en UVPHA à Sallaumines a montré que les familles y sont peu nombreuses, il y a une majorité de mandataires judiciaires. Or si l'implication des familles peut être difficile à obtenir, la difficulté n'en est qu'accrue avec les mandataires judiciaires.

## **B. Bilan**

### **1) Les obstacles et les leviers de mise en œuvre**

Avant de dégager les principales difficultés rencontrées tout au long de la démarche des PVI, puis les bénéfices en émanant, et donc de déduire des préconisations, il paraît important de lister l'ensemble des obstacles et des atouts à la mise en œuvre des PVI. Ainsi, le tableau suivant récapitule les obstacles qui ont pu être observés lors des entretiens ou mentionnés lors des recherches bibliographiques. Il s'agit d'une liste qui se veut la plus exhaustive possible : ainsi, si certains points sont récurrents dans la plupart voire dans l'ensemble des établissements, d'autres n'ont été rencontrés que plus ponctuellement, voire lors de situations uniques.

| THEME                       | OBSTACLES OBSERVES  |
|-----------------------------|---|
| <b>Dimension temporelle</b> | - La démarche des PVI est <b>chronophage</b> . Elle est réalisée en plusieurs phases, elle demande donc plusieurs étapes : le recueil des informations, les réunions, les réactualisations... toutes ces étapes doivent être réalisées en parallèle des activités quotidiennes de soin et d'accompagnement. |

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La démarche des PVI est <b>réalisée en continu</b> : une fois l'ensemble des PVI réalisé, la démarche n'est pas terminée. Les PVI doivent être réactualisés ponctuellement, nous sommes donc au cœur d'une démarche continue.</li> <li>- Un <b>retard</b> doit être rattrapé dans certains établissements : les PVI n'étaient pas réalisés dès l'ouverture, il faut donc en réaliser la totalité une première fois avant de procéder aux réactualisations.</li> </ul>   |
| <b>Moyens matériels</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains établissements ne disposent pas d'un <b>logiciel</b> de soins permettant la rédaction et l'édition des PVI.</li> <li>- Les <b>moyens matériels</b> pour mener à bien les actions déterminées dans les PVI sont parfois insuffisants, ce qui empêche d'atteindre les objectifs définis.</li> <li>- Manque de formalisation de la démarche : Certains établissements ne disposent pas d'une <b>procédure</b> définissant la démarche des PVI.</li> </ul>   |
| <b>Moyens humains</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque d'information et de formation</b> des professionnels : des professionnels ne connaissent pas la démarche, ne savent pas en quoi elle consiste ni quels en sont les objectifs, et donc ne savent pas comment réaliser les PVI (comment recueillir les informations, comment en déduire des actions à mener...). D'autres professionnels ne sont pas formés à l'utilisation des outils utilisés pour les PVI (logiciels et connaissances en informatique).</li> <li>- Parfois <b>les responsabilités ne sont pas clairement définies</b>. Cela peut entraîner des ambiguïtés dans les rôles de chacun : « Qui fait quoi ? »</li> <li>- <b>Absence d'une coordination médicale</b>, ou personnel insuffisant.</li> <li>- <b>Absence du personnel</b> : en cas d'absence du personnel intervenant dans les PVI, notamment en cas d'absence longue durée (congés maternité, accidents du travail etc...), la démarche des PVI est ralentie. Intervention du personnel remplaçant qui est susceptible de moins bien connaître les résidents et leurs habitudes de vie.</li> <li>- <b>Multiplicité des acteurs</b> : difficulté de concilier l'ensemble des emplois du temps des différents intervenants, ce qui engendre parfois une mise en œuvre morcelée des PVI.</li> </ul> |
| <b>Rôle du personnel</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque de motivation des salariés</b> : certains voient les PVI comme une tâche supplémentaire et estiment ne pas avoir de temps à y consacrer. Cela est lié à un manque d'information, ils ne savent pas forcément que c'est une obligation réglementaire qui fait partie de leurs responsabilités.</li> <li>- <b>Manque d'implication de certains corps de métiers</b>. Parfois seuls les professionnels soignants sont impliqués, et non le personnel administratif par exemple.</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque d'implication de la direction.</b></li> <li>- <b>Problème de hiérarchie</b> : lorsque, dans leur travail quotidien, les coordonnateurs des PVI n'ont pas un grade hiérarchique supérieur aux autres personnes intervenant dans la démarche, des difficultés de management apparaissent (par exemple une aide-soignante coordinatrice peut avoir du mal à diriger une infirmière, les liens hiérarchiques habituels s'en trouvant échangés).</li> <li>- <b>Manque d'implication des intervenants extérieurs</b> (kinésithérapeutes, médecins traitants etc...).</li> </ul>   |
| <p><b>Relation avec les familles</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque d'implication des familles</b> : elles ne se rendent pas aux réunions, ne se sentent pas impliquées, surtout dans le secteur des personnes âgées.</li> <li>- Les familles <b>ne renvoient pas l'avenant</b> signé.</li> <li>- <b>Les proches veulent décider à la place du résident</b> : elles définissent des souhaits ou objectifs qui ne sont pas ceux de l'usager, elles se substituent à lui.</li> <li>- <b>Beaucoup d'usagers sont sous tutelle</b> : les tuteurs ne se déplacent pas, manquent d'implication dans la démarche. Ce phénomène est observé notamment en UVPHA où il y a peu de familles.</li> </ul>  |
| <p><b>La place du résident</b></p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Certains résidents ne sont pas aptes à participer à leur PVI.</b> Il peut s'agir des résidents présentant des troubles de la mémoire ou des handicaps lourds.</li> <li>- <b>Des résidents peuvent avoir peur d'exprimer leurs souhaits.</b> Cela peut être par pudeur, par timidité, ou dans le cas des personnes âgées par crainte : elles estiment qu'elles sont arrivées à un stade de leur vie où elles n'ont plus rien à dire, et demandent qu'on choisisse à leur place. Parfois elles expriment des souhaits impossibles à satisfaire.</li> <li>- <b>Certains résidents refusent non seulement de prendre part au PVI, mais aussi que leur PVI soit réalisé.</b> Ce dernier ne peut leur être imposé, mais il faut mettre en place un système pour témoigner de la possibilité qu'il leur a été proposée et de leur refus d'y participer.</li> <li>- En cas de <b>changement de chambre ou de service</b>, se pose la question de l'éventuel changement de référent.</li> </ul> |
| <p><b>Contexte</b></p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les PVI étant une <b>démarche récente</b>, elle n'est pas encore ancrée dans les habitudes des professionnels. Cela s'observe surtout chez les membres du personnel plus anciens, pour qui l'ensemble de la démarche qualité reste un phénomène nouveau et relativement inconnu.</li> <li>- La prédominance d'une <b>culture sanitaire</b> peut freiner la démarche des PVI.</li> </ul>   |

- Il est **difficile de planifier** la démarche des PVI de par la catégorie des personnes accompagnées, et ce notamment dans le secteur des personnes âgées.

En parallèle de ces nombreux obstacles, les entretiens menés et les lectures ont permis de mettre en avant certaines pratiques apparaissant comme un levier dans la mise en œuvre des PVI, un atout facilitant leur réalisation. Similairement au tableau précédent, le tableau ci-dessous récapitule ainsi l'ensemble de ces leviers, observés à une fréquence plus ou moins régulière.

| THEME                       | LEVIERS OBSERVES   |
|-----------------------------|--|
| <b>Dimension temporelle</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'une <b>unique réunion</b> pour le recueil des informations, la rédaction du projet et la signature de l'avenant. Cette méthode est moins chronophage.</li> <li>- <b>Pas de jour de la semaine particulier</b> dédié aux réunions des PVI. Ces réunions sont organisées selon la présence des professionnels et des familles.</li> </ul>  |
| <b>Moyens matériels</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'un <b>logiciel</b> pour les PVI. Ce logiciel peut être utilisé pour avoir une trame de recueil et de rédaction du projet, pour diffuser le projet au reste de l'équipe une fois celui-ci élaboré, ou encore pour créer des alertes pour rappeler les dates d'actualisation des projets.</li> <li>- Une <b>procédure</b> est formalisée. Cela permet de définir « qui fait quoi », et donc de déterminer clairement les rôles de chacun.</li> <li>- <b>Les réunions sont préparées en amont</b> : édition d'un avenant vierge, d'une feuille d'émargement, etc...</li> <li>- <b>Création d'un guide du référent</b>, explicitant ses missions et son rôle. En cas de doute des référents, ils peuvent ainsi facilement trouver des réponses à leurs interrogations.</li> <li>- <b>Edition de trames de recueils vierges</b> pour les mettre à disposition des professionnels, pour permettre aux personnes n'étant pas à l'aise avec l'outil informatique d'en disposer facilement.</li> </ul> |
| <b>Moyens humains</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Désignation de référents</b> pour chaque usager, en tenant compte du temps de travail mensuel pour déterminer le nombre de résidents à prendre en charge.</li> <li>- <b>Création d'un planning annuel</b> prévisionnel pour anticiper les PVI qui seront créés ou actualisés tous les mois.</li> <li>- <b>Création également d'un planning mensuel</b>, tenant compte des jours de présence de chaque membre du personnel impliqué et des éventuelles absences, pour fixer une date précise pour</li> </ul>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>chaque PVI. Ce planning est diffusé de la même manière que le planning mensuel global.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organisation de réunions « exceptionnelles »</b> pour créer les PVI des nouveaux usagers. Ces réunions sont organisées selon les besoins pour respecter les délais en vigueur.</li> <li>- <b>Organisation de formations</b> sur des thèmes susceptibles de sensibiliser le personnel à la prise en compte des besoins individuels des usagers.</li> <li>- <b>Création d'un « pool de remplacement »</b> pour pallier aux absences du personnel titulaire.</li> <li>- <b>Rappels réguliers</b> sur l'importance des PVI lors des réunions d'équipes.</li> </ul>  |
| <p><b>Rôle du personnel</b></p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution d'une <b>équipe pluridisciplinaire</b>, avec l'implication de tous les domaines professionnels. La secrétaire notamment peut jouer un rôle important en prenant la responsabilité d'organiser les réunions et de convoquer les familles, car elle a accès aux agendas des professionnels et peut donc leur communiquer facilement les dates choisies. Elle sait également quels usagers sont sous tutelle, ce qui évite des recherches chronophages.</li> <li>- <b>Coordination médicale</b> : une coordination des PVI par les cadres médicaux permet le respect de la hiérarchie habituelle. De plus, la coordination médicale a accès aux emplois du temps.</li> <li>- <b>Participation des remplaçants</b> intervenant régulièrement dans l'établissement et ce depuis un temps certain. Ces professionnels connaissent les usagers et sont capables de remplacer les référents titulaires en cas d'absence.</li> <li>- <b>Mise en place d'un classeur</b> avec des résumés des PVI pour les intervenants extérieurs ou le personnel remplaçant.</li> </ul> |
| <p><b>Relation avec les familles</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Profiter de la venue des familles</b> pour aborder d'autres documents réglementaires : les libertés d'aller et venir, la personne de confiance, les directives anticipées... Souvent les proches impliqués pour ces documents sont les mêmes que pour les PVI, et le fait d'aborder l'ensemble des documents permet d'éviter plusieurs déplacements et donc une lassitude de la part des familles.</li> <li>- <b>Proposer plusieurs dates</b> pour l'organisation des réunions afin d'optimiser leur venue. Envoyer l'avenant pour signature en cas d'impossibilité de venir.</li> <li>- <b>Profiter des réunions pour aborder d'autres thématiques</b>, par exemple les éventuels problèmes rencontrés par les résidents au sein de la résidence, ce qui permet de rassurer les proches.</li> </ul>  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <p><b>La place du résident</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tenir compte des habitudes de vie</b> pour le recueil des informations. Par exemple éviter les heures de repos afin d'optimiser les réponses pertinentes.</li> <li>- <b>Tenir compte des affinités</b> avec certains professionnels pour attribuer les référents afin d'instaurer un sentiment de confiance.</li> </ul>  |
| <p><b>Contexte</b></p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une reconstruction architecturale</b> est l'occasion de repartir sur de bonnes bases car c'est un moment propice pour faire accepter le changement. En cas d'installation dans un nouvel établissement, les PVI doivent débiter immédiatement pour entrer dans les mœurs et les habitudes des professionnels.</li> </ul> |

## 2) Les principales difficultés dans la mise en œuvre des PVI

### a. Des problématiques liées au domaine professionnel

La partie précédente a permis de mettre en avant un nombre important d'obstacles à la mise en œuvre des PVI. Cependant, tous n'ont pas la même importance : certains présentent un caractère unique dû à un contexte particulier. C'est le cas notamment de la forte culture sanitaire présente à l'EHPAD intra-hospitalier de Somain. Cette situation est propre à l'établissement et sera probablement résolue grâce à un nouveau cadre architectural prochain. Cet obstacle ne nécessite donc pas d'être traité comme une difficulté particulière dans la démarche des PVI.

Cependant, d'autres freins sont rencontrés dans la majorité voire dans la totalité des établissements (motivation des équipes, implication des familles...). Ces freins récurrents ne sont pas anodins puisqu'ils sont liés à des thématiques propres au secteur médico-social. En effet, les entretiens ont mis en avant le fait que la démarche des PVI est l'occasion de soulever un certain nombre de problématiques présentes dans les établissements. La mise en œuvre des projets peut révéler et mettre l'accent sur des points complexes liés au contexte ou à l'établissement. Cette partie du mémoire a donc pour objectif de déterminer les difficultés principales liées à la mise en œuvre des PVI.

### b. Une démarche encore trop récente pour être maîtrisée

Nous avons pu voir précédemment que la démarche des PVI est relativement récente, puisqu'elle a été instaurée par la loi du 2 janvier 2002. Et c'est dans ce caractère de nouveauté que réside l'une des principales difficultés de mise en œuvre. En effet, la démarche est encore méconnue ou mal connue des professionnels, mais également des usagers et des familles. Certains membres du personnel n'en connaissent tout simplement pas l'existence. Pour d'autres, même si le terme commence à devenir familier, c'est le concept en lui-même qui reste abstrait. Comment mettre en œuvre le projet, pourquoi, quels

en sont les objectifs... Autant d'éléments qui nécessiteraient d'être explicités et éclairés. Les professionnels ignorant que les PVI sont une obligation réglementaire sont également nombreux. Or, à partir du moment où un concept est mal connu ou non maîtrisé, sa réalisation restera problématique. Nombreux sont les salariés percevant la démarche comme une tâche supplémentaire à laquelle ils n'ont pas le temps nécessaire à accorder, et pour laquelle ils ne sont pas formés.

La démarche est non seulement trop récente pour que ses nombreux aspects soient maîtrisés, mais aussi pour être entrée dans les mœurs et les habitudes. Elle constitue plus une mission pour laquelle des rappels réguliers doivent être effectués qu'un automatisme. Ce phénomène peut d'ailleurs être assimilé à l'ensemble du domaine de la qualité et des démarches en découlant. Evaluations internes et externes, enquêtes de satisfaction, procédures, PVI... autant de concepts qui restent mal perçus, en grande partie par manque de connaissances et par inquiétude et réticence face à la nouveauté, une réaction humaine naturelle.

L'entretien à Sallaumines a d'ailleurs permis de noter que ce manque d'information et d'automatisme est moindre dans le secteur du handicap, où les projets sont réalisés depuis plus longtemps, bien que non formalisés à leurs débuts. Dans ce domaine médico-social, les projets ont donc eu le temps de commencer à être acceptés et maîtrisés, et à s'affirmer en tant que réflexe professionnel.

### *c. Des problématiques liées à la gestion des ressources humaines*

La démarche des PVI rencontre également des difficultés liées à la gestion des ressources humaines, notamment au problème de l'absentéisme. Si ce phénomène touche l'ensemble des domaines professionnels, le secteur médico-social est particulièrement touché. En effet, les professions liées à ce secteur d'activité sont pour la plupart fatigantes physiquement comme mentalement. Les professionnels sont plus susceptibles d'être victimes d'accidents du travail ou d'arrêts maladie longue durée. Aussi, en cas d'absence d'une personne intervenant dans les PVI, c'est toute la démarche qui va s'en trouver ralentie. Que le salarié en question intervienne en tant que coordonnateur, référent ou simplement acteur, le rôle qu'il tient est indispensable, et nécessite d'être assuré même lors d'une absence.

Les problématiques liées au management sont également un frein à la mise en œuvre des PVI. Cela se traduit notamment au niveau de la coordination. Dans certaines structures, la coordination des PVI entraîne un changement dans la hiérarchie habituelle. Un salarié de

rang hiérarchique inférieur ou égal à un autre salarié peut être amené à diriger ce dernier. Cette modification est souvent difficile à accepter, entraînant des difficultés de la part du coordonnateur à imposer son autorité, et donc à assurer la mise en œuvre des projets. L'implication des équipes peut aussi être un obstacle. Dans de nombreux établissements, la direction n'intervient pas dans la démarche des PVI, le plus souvent par manque de temps. Or l'investissement du haut de la pyramide hiérarchique pourrait être un moyen d'impulser le travail des équipes avec la notion de management participatif.

Outre l'absentéisme et les problèmes hiérarchiques, la définition des rôles et des responsabilités a une place importante dans la démarche des projets. Or, lorsque les rôles de chacun ne sont pas clairement définis, des situations ambiguës peuvent apparaître. Quelles catégories professionnelles doivent intervenir ? Qui fait quoi ? Comme le soulignent Jean-Jacques Amyot et Annie Mollier, « la démarche peut être redoutée car elle peut engendrer une confrontation entre les pratiques des différents professionnels ». [3] En effet, la création d'une équipe pluridisciplinaire confronte des points de vue administratifs et médicaux. Or, si initialement les rôles de chaque intervenant ne sont pas clairement définis, certaines étapes de la mise en œuvre des PVI en subiront les conséquences et la réalisation des projets en sera pénalisée.

#### **d. Des questions d'ordre éthique soulevées**

Une autre problématique, et non des moindres, est le nombre important de questions éthiques que soulève la démarche des PVI. Le déploiement d'une démarche de questionnement éthique dans les ESSMS est aujourd'hui un phénomène courant. En effet, la vulnérabilité des personnes accueillies, l'articulation entre les dimensions individuelles et collectives, et le caractère évolutif du travail social et médico-social amènent quotidiennement les professionnels à s'interroger sur le côté éthique de leurs pratiques. [39] L'ANESM a d'ailleurs dédié une de ses RBPP au « *Questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* » en juin 2010. Les formations sur des thèmes tels que la bientraitance, les relations avec les proches, le respect de la confidentialité sont de plus en plus nombreuses.

Malgré la multiplicité des guides et des formations, il sera toujours complexe d'apporter une réponse satisfaisante pour tous aux réflexions éthiques. C'est un sujet qui implique la morale, la déontologie et les valeurs de chacun. Or chaque individu a ses propres convictions, sa propre notion du bien et du mal, forgées selon son parcours et son éducation. L'idéal pour répondre aux problématiques éthiques serait donc d'être en accord avec la

majorité des valeurs, l'unanimité ne pouvant pas, voire rarement, être atteinte. Ce questionnement peut donc faire peur et être tabou dans certaines institutions.

Or la démarche des PVI soulève nombre de ces questionnements éthiques : Quelle est la place des familles dans la prise en charge des usagers ? Faut-il essayer à tout prix de les impliquer ? Quelle place réserver au respect de la confidentialité ? Comment juger qu'un usager est en capacité de s'exprimer ? Que faire lorsque ce n'est pas le cas ? Les PVI sont donc ralentis par les nombreux problèmes de fond qu'ils mettent en avant aux yeux des professionnels.

### **3) Les principaux bénéfices des PVI**

#### ***a. Pour les résidents***

Les entretiens semi-directifs ainsi que les lectures réalisés ont permis de distinguer les avantages et bénéfices que présentent les PVI. Les premiers bénéficiaires de la démarche ne sont autres que les individus au cœur des prises en charge : les usagers accompagnés.

Les PVI permettent le respect de la dignité et de la citoyenneté des personnes accompagnées, ainsi que le respect de la notion de « vie chez soi ». Le passage en institution est une étape importante dans la vie d'une personne, qui peut être inquiétante voire effrayante de par les changements et la nouveauté qu'elle implique. L'individu quitte son cadre de vie habituel pour intégrer une vie en communauté, et les PVI favorisent la conciliation des aspirations personnelles et des obligations collectives. La prise en compte des désirs crée un sentiment d'écoute et de confiance, facilite l'adaptation dans un nouveau cadre de vie.

Toujours dans cette idée de faciliter l'intégration des individus dans la structure, les PVI permettent de garantir la continuité des habitudes de vie. Lors du recueil des informations, il est demandé de nombreux éléments liés aux actes de la vie quotidienne : repas favori, heure habituelle de coucher et de lever, préférences vestimentaires... La connaissance de ces éléments permet d'adapter l'organisation pour essayer au mieux d'instaurer une continuité des habitudes de vie.

Une partie importante du recueil des informations concernant les capacités physiques et cognitives des usagers (capacité à se déplacer, continence, contention...), les PVI ont le bénéfice de prendre en compte les caractéristiques personnelles des individus pour favoriser ou développer leur autonomie. Il s'agit ici tant de l'autonomie physique, comme les déplacements seuls, que de l'autonomie cognitive, notamment l'entretien de la mémoire.

Les activités proposées au quotidien peuvent être adaptées selon les besoins : atelier mémoire, atelier gymnastique douce, séances de kinésithérapie...

De plus, les liens sociaux des usagers sont favorisés. D'une part grâce aux temps d'échanges et de discussions avec les professionnels, ainsi qu'avec leurs proches. D'autre part grâce à d'éventuelles demandes des usagers eux-mêmes, par exemple la participation aux activités collectives. Les PVI peuvent aussi être l'occasion pour les usagers de concrétiser des projets pas encore aboutis, que ce soit par manque de temps ou de moyens.

Enfin, il a été constaté, par exemple à la MAS du Quesnoy, que les PVI ont un réel apport dans la prise en charge médicale. En effet, ils permettent aux professionnels de santé de détecter d'éventuels problèmes de santé et de mettre en place les moyens nécessaires pour y remédier. Ainsi, d'une manière générale, les individus accompagnés sont les premiers bénéficiaires des PVI qui favorisent leur qualité de vie dans un nouveau lieu d'habitation et les place au cœur de leur prise en charge.

#### ***b. Pour les professionnels***

Les professionnels sont également des bénéficiaires à part entière de la démarche des PVI. Le domaine médico-social est un domaine professionnel difficile physiquement et mentalement, comme le traduisent des taux d'absentéisme supérieurs aux moyennes des autres secteurs. C'est le cas surtout pour les professionnels soignants, qui sont amenés à réaliser des manipulations fatigantes, et qui côtoient au quotidien des catégories d'individus présentant souvent des troubles psychiques, des dépressions, des problèmes de santé physiques ou cognitifs. Les PVI ont l'avantage de faciliter un travail éprouvant, de ménager les salariés en leur évitant certains actes non indispensables. En effet, le recueil des informations déterminant les capacités physiques et psychiques des individus, les professionnels peuvent distinguer ceux étant suffisamment autonomes pour se déplacer seuls, assurer leur toilette sans aide, etc... De plus les professionnels travaillent dans le même sens et accordent leurs pratiques : les actes inhérents à la prise en charge des usagers sont clairement définis, chacun assure des actes similaires. Le travail est facilité aussi lors de l'intervention de personnel remplaçant ou d'intervenants extérieurs, ou d'hésitation quant aux pratiques à effectuer : l'ensemble des réponses est regroupé au sein des projets.

Les ESSMS peuvent présenter la difficulté de confronter différents points de vue professionnels. En effet, ils comportent d'une part le côté humain, puisque les usagers sont le cœur même des structures, et d'autre part le côté financier et d'atteinte de la performance

indispensable à la durabilité des établissements. Or, les PVI permettent de mettre en cohérence différentes logiques : ils développent le travail en équipes, et font des résistances une opportunité.

Ce travail en interne en équipe pluridisciplinaire permet aussi de mieux connaître les usagers. Une partie du recueil des informations est consacrée à la vie des usagers avant leur entrée en institution, aidant ainsi les professionnels à comprendre les individus dont ils s'occupent, leurs parcours, leurs valeurs, leurs croyances... Certains salariés d'établissements différents peuvent être amenés à échanger ces informations, par exemples les différentes structures de prise en charge d'une personne handicapée.

Enfin, les PVI apportent une valorisation du travail des équipes. Leurs réflexions personnelles constituent un élément primordial de la démarche, et la fixation d'objectifs à atteindre et la responsabilisation sont sources de motivation. Ainsi, les PVI impulsent la qualité de vie au travail des professionnels.

### *c. Pour les proches*

En tant que partie prenante de la démarche, les familles des usagers tirent également des bénéfices de la mise en œuvre des PVI. Les réunions de co-construction des projets les amènent à rencontrer les professionnels s'occupant de leur proche au quotidien. Si un passage en institution n'est jamais simple pour la personne accompagnée, il en est de même pour ses proches. Les interrogations et inquiétudes qu'ils rencontrent ne doivent pas être négligées. Ces réunions sont ainsi l'occasion de les rassurer, de les informer sur l'établissement et son organisation, et de répondre à leurs éventuelles questions.

Dans certaines structures comme à Bouchain, les PVI permettent également aux familles d'aborder d'autres thématiques importantes avec les professionnels : les directives anticipées, les libertés d'aller et venir, la personne de confiance... Les professionnels quant à eux peuvent aborder certains sujets délicats, par exemple dans le cas d'une famille trop intrusive. Les familles se trouvent dans une situation d'écoute, elles sont force de proposition et participent réellement à la prise en charge de leur proche, c'est donc un moment idéal pour évoquer ces éventuelles problématiques. Il arrive aussi que des familles qui n'étaient pas ou plus investies retrouvent l'envie de s'impliquer dans l'établissement grâce à la prise de conscience de l'importance de leur rôle.

Les PVI sont donc un moyen d'amélioration des relations des familles avec les professionnels, avec leurs proches, et une solution pour rassurer et accompagner les aidants.

Cette quatrième partie, en associant l'analyse des entretiens semi-directifs aux lectures et recherches bibliographiques, a pour objectif de proposer des solutions pour optimiser la démarche des PVI. Le but est de soumettre des méthodes ayant été jugées comme efficaces dans la mise en œuvre des projets et les ayant rendus utiles, afin d'aider les ESSMS à instaurer une démarche efficace. Néanmoins, chaque structure doit combiner ces préconisations avec ses caractéristiques propres pour implanter une démarche des PVI optimale.

### **A. Les PVI : un réflexe professionnel**

L'objectif de ce premier point est d'ancrer une pratique récente dans les habitudes professionnelles en faisant des PVI un automatisme.

#### **1) Les PVI liés aux autres documents de la démarche qualité**

Instaurée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 du CASF rénovant l'action sociale et médico-sociale, les PVI font aujourd'hui partie intégrante de la démarche qualité des ESSMS. La démarche d'amélioration continue de la qualité peut être définie telle que « *la démarche structurée qui vise l'amélioration de la qualité de l'accompagnement, de la satisfaction des usagers et de la performance globale de la structure* ». Cette même loi du 2 janvier 2002 a également imposé l'instauration d'une démarche qualité (DQ) dans les ESSMS via l'évaluation périodique de la qualité des prestations et la formalisation d'outils garantissant les droits des usagers [40]. La DQ doit ainsi être alimentée notamment par l'évaluation interne tous les cinq ans, l'évaluation externe tous les sept ans, et le projet d'établissement tous les cinq ans.

Il est primordial que tous les documents émanant de la DQ convergent vers les mêmes valeurs et coïncident entre eux. Le but de ces différents éléments étant d'améliorer les performances, chacun d'entre eux donne lieu à des plans d'actions. Chaque élément peut ainsi être un levier dans l'atteinte des objectifs, ces derniers pouvant être communs à plusieurs évaluations. Aussi, afin d'instaurer une cohérence et une « entraide » au sein de tous les dispositifs, il est intéressant d'établir des liens entre eux, des références permettant de les impulser. Cela permet entre autres d'éviter des doubles travaux.

Les PVI font donc partie intégrante de la DQ des ESSMS au même titre que le projet d'établissement par exemple. A ce titre, ils ne doivent pas être isolés, mais rester vivants au cœur de l'établissement. Lors de la rédaction du projet d'établissement, des références

doivent être faites envers les PVI, voire même une partie y consacrer. Le projet d'établissement définit entre autres les objectifs et modalités d'organisation de l'établissement. Or, la finalité des ESSMS n'est autre qu'accompagner des personnes dites « fragiles », ce pour quoi les PVI sont un outil essentiel.

Les PVI peuvent être mis en relation avec d'autres dispositifs de la DQ, comme les enquêtes de satisfaction. Ces dernières, instaurées également par la loi 2002-2, sont adressées à intervalles réguliers aux usagers, à leurs proches et aux professionnels des ESSMS. A l'EHPAD d'Ecaillon par exemple, un item des enquêtes annuelles concerne la satisfaction et la connaissance des PVI. De plus, il est conseillé d'établir un lien entre les PVI et le contrat de séjour. Ces deux documents ne s'équivalent pas, ce sont deux modalités d'engagement différenciées. Cependant, le contrat de séjour peut mentionner l'existence des PVI.

Enfin, dans certains établissements comme l'EHPAD de Bouchain, une méthode a montré son efficacité : l'association des PVI aux outils de la loi du 1er janvier 2017. L'établissement a choisi de lier ces documents dans le sens où ils impliquent, dans une grande majorité des cas, les mêmes intervenants dans l'entourage des usagers. Ainsi, les mêmes temps de réalisation y sont consacrés.

La mise en place de ces liens entre les différents outils de la DQ permet d'instaurer un réseau interne à l'établissement au cœur duquel les PVI occupent une place à part entière.

## **2) Les PVI, une habitude de la vie de l'établissement**

Les entretiens dans le secteur du handicap ont mis en avant le fait que la démarche des PVI y est mieux acceptée que dans le secteur des personnes âgées, tant au niveau des professionnels que des usagers. En effet, le concept des PVI y est plus ancien et a donc eu le temps de s'introduire dans les mentalités. L'idée ici est donc de proposer des techniques permettant d'ancrer les projets dans les habitudes des professionnels, d'en faire un automatisme.

Le changement en milieu professionnel est aujourd'hui un phénomène courant. Dans un contexte où les évolutions réglementaires n'ont de cesse, les professionnels sont constamment confrontés à des modifications de leurs pratiques. Or, le changement peut effrayer, car il implique une adaptation, un apprentissage, avec une période de transition. Des notions familières sont soudainement remises en question, entraînant l'inquiétude de l'échec.

Pour rassurer les professionnels face à ce changement, il est utile de les accompagner en faisant des PVI une habitude de la vie de l'établissement. Pour cela, des rappels réguliers peuvent être faits lors des réunions organisées au sein de la structure. Tout d'abord lors des réunions d'équipe, qui sont l'occasion pour les salariés d'avoir des réponses immédiates à leurs interrogations par leur hiérarchie. Mais aussi durant d'autres instances : Conseils de Vie Sociale (CVS), réunions des familles... La mention régulière des PVI lors de ces rassemblements tendra à accoutumer les parties prenantes, professionnels comme usagers et familles. Un concept alors relativement nouveau entrera petit à petit dans les consciences. Quand les établissements diffusent un journal à propos des activités organisées et des actualités de la vie en collectivité, il est possible d'y consacrer un passage sur les derniers PVI réalisés.

La communication interne est un autre élément important. Quand les plannings sont élaborés pour organiser les prochains PVI à réaliser, ils peuvent être affichés de la même manière que les plannings de base, afin d'être vus par le plus grand nombre de professionnels. Les établissements diffusant des indicateurs de performance à destination des équipes peuvent en intégrer un spécifique aux PVI, en détaillant par exemple le nombre réalisé mensuellement et l'évolution annuelle. Ainsi l'indicateur peut se faire sous la forme « nombre de PVI réalisés mensuellement/nombre de PVI planifiés \*100 ». Le logiciel de soins et de transmissions, lorsqu'il existe dans la structure, peut aussi être exploité en tant que moyen de communication sur les PVI : des alertes peuvent être créées avant l'échéance des réactualisations, ou après ces dernières.

Enfin, pour intégrer la démarche dans la vie des ESSMS, un travail de transmission aux prestataires extérieurs peut être entrepris. En effet, il a été observé que dans la quasi-totalité des structures, les intervenants externes tels que les kinésithérapeutes ou les professionnels esthétiques ne prennent pas part aux PVI, voire n'en connaissent pas l'existence. Pour les impliquer, un travail basé sur la communication peut être utile : distribuer un document pour recueillir leurs propositions en amont de la co-construction, et un résumé du projet en aval par exemple.

L'ensemble de ces éléments basés essentiellement sur la communication ont ainsi pour finalité de faire des PVI une pratique courante et coutumière des ESSMS.

### **3) Des professionnels formés à la démarche**

Dans la mesure où la démarche des PVI est encore récente, d'une part elle doit être intégrée progressivement à l'organisation des ESSMS, mais d'autre part elle nécessite des

formations auprès des professionnels. En effet, la plupart des salariés n'y a pas été formée avant son entrée dans l'établissement. Non seulement les différents corps de métiers ne disposent pas d'enseignements relatifs à la démarche au cours de leur formation, mais de plus la moyenne d'âge des salariés du secteur médico-social est supérieure à la période d'apparition des PVI. Le secteur médico-social regroupe ainsi une majorité de professions soignantes : Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), Aides-soignants, agents de soins, personnel paramédical, animateurs, AMP, ainsi que du personnel logistique comme des référents hôteliers, des agents des services hospitaliers ou des agents techniques, et du personnel administratif tel que les secrétaires de direction. Or, aucune de ces professions n'est formée aux PVI antérieurement à son embauche.

Il est donc nécessaire de former les professionnels en interne. Cela peut se faire de plusieurs façons, à commencer par une distribution des informations nécessaires dès l'arrivée du salarié. Une documentation papier concernant l'ensemble de la démarche peut être intégrée au pack d'accueil du nouveau salarié avec les autres documents : règlement intérieur, fiche de poste, livret d'accueil ... En parallèle de cette information écrite, une information orale peut être délivrée lors de la visite de l'établissement par le tuteur ou le responsable hiérarchique. Lors de cette visite, différentes thématiques sont abordées : présentation des équipes, sujets en lien direct avec les populations accueillies (exemple : la bientraitance)... Un temps d'échanges et d'information peut être réservé aux PVI.

Enfin, les professionnels doivent maîtriser également les outils utilisés dans la mise en œuvre des PVI, notamment le logiciel exploité le cas échéant. Pour cela, la formation peut être menée en interne par le coordonnateur des projets. Une information et une formation complète des acteurs des PVI en optimiseront la mise en œuvre et l'efficacité.

## **B. Une équipe pluridisciplinaire aux rôles clairement définis**

L'objectif de ce second point est d'aboutir à la constitution d'une équipe pluridisciplinaire afin que l'ensemble des catégories professionnelles exploite ses forces vers une finalité commune.

### **1) Une procédure formalisée**

La norme ISO 9001 définit la procédure comme « *une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus* ». Les procédures en ESSMS sont nombreuses et variées. Ce domaine professionnel, qu'il s'agisse d'établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, regroupe des pratiques multiples menées par des catégories professionnelles tout aussi variées. Le nombre important d'intervenants et les

caractéristiques des individus pris en charge, dits « fragiles », donnent aux procédures un rôle sûrement encore plus essentiel que dans d'autres domaines. L'ensemble de la documentation qualité, qu'il s'agisse des protocoles, des fiches de poste, des procédures ou de tout autre document, permet aux professionnels d'accorder leurs pratiques quotidiennes.

Il est primordial que les PVI fassent l'objet d'une procédure écrite formalisée, validée et diffusée. La procédure des PVI permet d'explicitier les différentes étapes pour qu'elles soient assimilées par les professionnels et que ceux-ci aient les mêmes directives quant aux méthodes de mise en œuvre de la démarche. Comme tout document qualité, elle doit émaner d'une réflexion commune des équipes. Ce document doit comporter des parties et éléments essentiels, à savoir :

- L'origine et les objectifs de la démarche,
- Le cadre réglementaire,
- Les rôles : quelles personnes interviennent, que font-elles et à quel moment ?
- Les délais : quand sont réalisés le recueil des informations, les réunions, les réactualisations ?
- Les moyens matériels : quels outils ou documents sont utilisés, comment ?

Au même titre que tout document qualité, une fois rédigée la procédure doit être validée par la direction puis diffusée aux personnes concernées. Le mode de diffusion est celui choisi par l'établissement. Dans la plupart des cas, les documents sont édités au format papier et enregistrés au niveau informatique. La périodicité de révision du document doit être déterminée, et la procédure pourra être mise à jour plus tôt en cas de changement dans l'organisation.

Outre cette procédure, un certain nombre de documents peut être élaboré pour faciliter la mise en œuvre des PVI :

- Un guide du référent et un guide du coordonnateur : ces documents rappellent clairement les rôles de chacun et peuvent s'avérer utiles notamment en cas de remplacement, ou pour les salariés nouveaux dans la démarche.
- Une trame vierge pour le recueil des informations : cette trame aura son utilité pour n'oublier aucune information pour la création du projet. L'échange entre le référent et l'utilisateur doit néanmoins rester naturel et spontané, se déroulant sous la forme d'une discussion et non d'un interrogatoire.

- Un support de construction du projet : il regroupera l'ensemble des informations liées à l'utilisateur, les actions déterminées et permettra de suivre l'avancée des objectifs.
- Des modèles de courrier : ce peut être des courriers personnalisables pour convier les familles, ou pour informer les intervenants extérieurs de la démarche.
- Tout autre document à la convenance de l'établissement, jugé utile à toute étape de la démarche.

La formalisation d'une procédure et l'ensemble des documents inhérents à la démarche des PVI permettra l'harmonisation des pratiques professionnelles, la clarification des rôles et responsabilités de chacun, et évitera tout malentendu quant aux tâches à accomplir.

## 2) L'implication de tous les domaines professionnels

Un autre élément important pour aboutir à des PVI utiles est l'implication de toutes les catégories professionnelles, qu'il s'agisse du domaine soignant, logistique ou administratif. Le secteur médico-social, et notamment les EHPAD, a une prédominance de personnel soignant et médical. Ce sont ces professionnels qui sont quotidiennement au contact direct des usagers, qui en assurent la prise en charge et l'accompagnement. Il ne serait donc pas surprenant que certains établissements estiment que c'est donc à ces professionnels de gérer la démarche des PVI. Cette méthode doit être écartée : chaque domaine professionnel a son lot de compétences, de connaissances, ses propres forces à apporter, qu'il s'agisse du domaine soignant, administratif ou logistique. Dans cette optique, il est primordial de constituer une équipe pluridisciplinaire.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le travail en équipe comme « *le rassemblement des professionnels autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge de l'utilisateur [...]* » [41]. La pluridisciplinarité sous-entend la notion de partenariat ainsi que la coexistence de différences. Elle implique un soutien mutuel entre les différents acteurs, et permet de considérer comme des ressources des modes d'approche variés, d'apprendre à exploiter les différences de place et de rôle de chacun [42]. Un travail en équipe aura ainsi les bénéfices de :

- Inciter à l'effort, car la présence d'autres personnes provoque un effet d'entraînement,
- Permettre la comparaison, la confrontation et l'évolution des idées et des méthodes grâce aux échanges,
- Résoudre les problèmes plus facilement.

Dans le cadre des PVI, une équipe pluridisciplinaire est un moyen efficace d'impulser la démarche. D'une part, cela permet aux soignants de dépasser la limite de leur point de vue

« soins » qu'ils rencontrent pour la plupart, afin de prendre l'utilisateur dans sa globalité. D'autre part, cette méthode est l'occasion pour les professionnels étant habituellement moins au contact des usagers d'apprendre à les connaître, et d'ajouter un aspect relationnel et humain à leur profession. C'est le cas notamment pour le personnel administratif, qui dans son travail quotidien côtoie rarement les personnes accompagnées. Ces professionnels ont néanmoins leurs forces à apporter aux projets. Ils maîtrisent les informations légales, réglementaires et administratives. Ils ont également accès aux informations concernant les salariés, comme leurs plannings ou éventuelles absences, ce qui leur permet d'assurer la bonne organisation des PVI. Il a d'ailleurs pu être observé dans un des EHPAD interviewé le rôle important de la secrétaire médicale dans cette organisation.

Ainsi, pour optimiser la démarche des PVI, il est conseillé de créer une équipe pluridisciplinaire intégrant l'ensemble des professionnels de l'établissement, afin de faire converger différents points de vue dans la même direction, pour faire des résistances des opportunités. Pour une bonne cohésion au sein de l'équipe, il est essentiel de ne pas négliger l'importance de la communication.

### **3) Tenir compte des contraintes de chacun**

S'il est conseillé de constituer une équipe pluridisciplinaire, il est dans la même lignée nécessaire de suivre un certain nombre de règles au sein de ce groupe, et notamment d'accepter et de respecter les caractéristiques de chacun ainsi que leurs contraintes. Il a été vu précédemment que les PVI peuvent être ressentis comme une contrainte supplémentaire, une obligation s'additionnant à d'autres impératifs réglementaires méprisant la souffrance des professionnels et la nécessité de fournir des réponses concrètes et urgentes. Ces craintes sont fondées car liées à la nature humaine et ne doivent donc pas être négligées ou minimisées. Il est primordial d'accepter les faiblesses de chacun, et de tenir compte de leurs contraintes professionnelles pour organiser l'équipe.

Ces contraintes sont principalement temporelles, puisque la démarche des PVI peut s'avérer chronophage. A cela peuvent s'ajouter des contraintes matérielles, liées à d'éventuels manques de moyen. Les caractéristiques de chacun doivent obligatoirement être prises en compte : les valeurs et la culture, les compétences, les caractéristiques personnelles... Ainsi, par exemple il ne sera pas judicieux de missionner un salarié démontrant une faible capacité à gérer son stress sur une tâche urgente ou prioritaire. Tout comme confier une mission à un individu qui serait contraire à ses valeurs ne pourrait

s'avérer efficace. Non seulement la mission ne serait pas remplie aussi bien qu'elle pourrait l'être par quelqu'un d'autre, mais de plus cela pourrait provoquer un découragement chez le salarié, dû à un manque de cohérence entre son travail et sa culture, à une absence de conviction professionnelle.

La répartition des tâches selon les compétences et capacités de chacun est garante de l'efficacité du travail et du respect des possibilités de tous. Les forces et faiblesses des uns viennent compenser celles des autres. Par exemple, lors de la répartition des référents, les affinités entre certains salariés et résidents seront prises en compte. L'organisation temporelle tiendra compte quant à elle des plannings et rythmes de chacun.

Ainsi, il est recommandé de tenir compte à la fois des aspects structurels, fonctionnels, émotifs et relationnels de l'équipe pluridisciplinaire pour l'organiser de manière judicieuse, de ne pas minimiser les faiblesses et d'exploiter les forces de chacun, pour aboutir à un travail efficace associant résidents et professionnels.

### **C. L'utilisateur au cœur de la démarche**

L'objectif de ce point est de placer l'utilisateur au cœur de la démarche des PVI en l'impliquant dans toutes les étapes de la co-construction.

#### **1) L'importance de la dimension temporelle**

Nous avons observé précédemment que la dimension temporelle constitue l'une des principales difficultés dans la mise en œuvre des PVI. C'est pourquoi elle nécessite d'être étudiée spécifiquement afin de remédier aux contraintes qu'elle implique. Les entretiens semi-directifs ont mis en avant des pratiques permettant de gérer le temps de manière efficace, notamment en ce qui concerne l'implication des usagers dans leur PVI.

Premièrement, pour permettre de réunir des informations précises, exactes et complètes, la période du recueil des informations est très importante. A leur entrée en institution, les usagers peuvent présenter des difficultés à s'exprimer. Cela peut se produire en particulier chez les personnes âgées qui vont estimer qu'elles n'ont plus rien à dire à ce stade de leur vie, et qui vont demander de choisir à leur place. Il est donc important de laisser l'utilisateur s'habituer aux lieux avant de recueillir les informations. Non seulement il se sentira mieux intégré, plus à l'aise, et s'exprimera donc plus librement et avec moins de pudeur, mais de plus il aura une meilleure connaissance de l'établissement et de son organisation. Cela pourra éveiller en lui des désirs qu'il n'aurait pas imaginés immédiatement après son admission. Il aura également probablement fait connaissance

avec les salariés et osera plus parler librement. Il est donc conseillé d'attendre au moins deux mois après l'arrivée pour recueillir les données, délai instauré dans plusieurs des structures interviewées.

Le moment de la journée dédié à cette étape est également important. Il doit tenir compte des habitudes de vie des usagers. Autant un délai après l'admission peut être instauré de manière commune à tous, autant le moment de la journée consacré au recueil doit être choisi en fonction du rythme de chaque usager. Il faut garder à l'esprit que l'un des objectifs des PVI est de permettre la continuité des habitudes de vie des usagers. Il serait donc contraire à la finalité de la démarche de ne pas tenir compte de ces habitudes lors de la mise en œuvre des projets. Les entretiens avec les personnes accompagnées doivent donc se faire en dehors de leurs activités et de leurs actes de la vie quotidienne. Il faut également tenir compte des besoins et rythmes de chacun : certaines personnes sont plus énergiques et éveillées et donc plus aptes à répondre le matin, d'autres l'après-midi, d'autres encore pourront souhaiter remettre ce moment ultérieurement, par exemple à cause d'une baisse de moral passagère. Il serait donc contre-productif de fixer un moment précis pour discuter avec les usagers. Il est nécessaire au contraire de tenir compte de leur état de santé, de leurs éventuelles contrariétés, de leurs rythmes, pour réunir des informations les plus exactes et transparentes possibles, qui aboutiront à un PVI efficace avec des actions et objectifs utiles.

La prise en compte de ces aspects propres à la personnalité et la vie de tous doit aussi être intégrée tout au long de la démarche, notamment lors de la détermination des objectifs et lors de la réactualisation. Les échéances des objectifs fixés doivent être adaptées aux rythmes et aux capacités des individus, afin d'en optimiser les chances de réussite et de limiter voire d'éviter les objectifs non atteints. Il en est de même pour la réactualisation. Bien qu'un délai de base puisse être déterminé, en général à une fois par an ou une fois tous les six mois en UVA selon le cadre réglementaire, les professionnels doivent adapter ces délais à l'état de santé des usagers et à leurs éventuelles évolutions. Cette réflexion permanente quant à la situation psychologique et à la santé de chacun est en même temps un moyen de les impliquer dans toutes les étapes de l'élaboration de leur projet.

## **2) La diversité des usagers**

Chaque individu a son propre caractère, sa propre personnalité, ses valeurs et son histoire. Tout être humain est unique, et en ESSMS les capacités physiques et psychiques de chacun varient également considérablement. Bien qu'il soit conseillé de rédiger une

procédure pour uniformiser l'organisation de la mise en œuvre des PVI, il est toutefois primordial de tenir compte dans le même temps des caractéristiques propres à chaque usager, et ce dans toutes les étapes. La procédure doit rester un moyen d'impulser et de faciliter la démarche sans pour autant prendre le dessus sur la prise en compte des envies et besoins individuels. Nous avons vu dans la partie précédente que les dimensions temporelles sont réfléchies en grande partie au cas par cas. Il en est de même pour d'autres éléments des projets.

Premièrement, c'est le cas dès l'attribution des référents. Les ESSMS sont les lieux de vie des usagers, ils y côtoient le personnel au quotidien, il est donc normal et courant que des affinités se créent. Il faut tenir compte de ces liens particuliers pour attribuer les référents des résidents afin de les mettre en confiance et de favoriser les temps d'échange. Les caractéristiques de chaque individu doivent aussi être prises en compte pour fixer les objectifs. Ceux-ci doivent être en adéquation avec les usagers, pensés pour et par eux, dans une optique d'amélioration de leur confort de vie, et non pas pensés pour l'établissement ou la vie collective. L'utilisateur doit être acteur principal de son projet, et ce quelle que soit sa personnalité.

Les caractéristiques des individus interviennent aussi dès le lancement de la mise en œuvre des projets, c'est-à-dire au moment de l'information des usagers. Avant même le recueil des informations, les professionnels doivent prendre un temps pour expliquer précisément la démarche aux usagers, ses objectifs, les rôles de chacun, et leur place centrale. Chaque étape de la co-construction tient ensuite compte des désirs des usagers : le lieu des entretiens par exemple, mais aussi la durée des temps d'échange qui sera adaptée aux capacités de chacun. En cas de refus d'un usager de participer à son projet, sa volonté doit être respectée, et le refus tracé au sein du document écrit.

De plus, la communication autour du projet et de son état d'avancement sera privilégiée et en adéquation avec les capacités des individus concernés. Le résident doit être prévenu de toutes les étapes afin qu'il puisse y participer selon ses envies, qu'il s'agisse des réunions pluridisciplinaires, du suivi ou de l'évaluation des objectifs. La communication peut être quotidienne pendant les temps d'échange comme la toilette. Le référent assure forcément un rôle prioritaire, mais l'ensemble des salariés est encouragé à communiquer.

Ainsi, d'une manière générale, il est conseillé selon les résultats des entretiens et en adéquation avec l'ANESM, de laisser la plus grande expression aux personnes durant l'élaboration et la mise en œuvre du projet en s'adaptant aux capacités et caractéristiques

de chacun. La cohérence des prestations doit respecter la confidentialité des usagers, leur confort de vie et leurs attentes principales, afin de faire des personnes accueillies les acteurs principaux des projets malgré leur diversité.

### 3) Quand la communication est impossible

#### a. Adapter la communication

Le public accueilli dans les ESSMS est souvent défini comme « fragile ». Les individus y entrent car ils nécessitent un accompagnement ou une aide quotidienne. Les personnes accueillies présentent un niveau de dépendance plus ou moins élevé. Ainsi, certains individus présentent des troubles physiques ou mentaux particulièrement lourds qui peuvent aller jusqu'à une impossibilité de communiquer. Il peut s'agir par exemple de lourds handicapés moteurs comme c'est le cas à la MAS du Quesnoy. La plupart des usagers y résidant ne sont pas aptes à dialoguer. Il peut s'agir également des personnes ayant des troubles de la mémoire, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou encore ayant des séquelles suite à un incident ou un traumatisme tel qu'un accident vasculaire cérébral. Quelle que soit l'origine de l'incapacité à communiquer, celle-ci entraîne des difficultés dans les prises en charge et soulève bon nombre de questions éthiques. Elles nécessitent un aménagement dans les prises en charge afin de proposer des solutions autres que la communication orale habituelle pour échanger avec les usagers concernés. Ces situations sont particulièrement complexes à gérer dans le cadre des PVI, et nécessitent une réflexion toute particulière.

En effet, si les usagers ayant des difficultés à communiquer sont les moins aptes à participer à leur PVI, paradoxalement ce sont ceux pouvant en tirer le plus de bénéfices. Dans la majorité des cas, les actions définies visent à maintenir leurs capacités. Il est donc essentiel de pouvoir proposer des solutions de communication alternatives. Pour réunir les informations de ces résidents, et cerner leurs besoins et désirs, la communication peut dans un premier temps être facilitée en :

- **Adaptant les temps d'échange avec l'utilisateur.** La durée peut être augmentée pour permettre un flux de paroles plus lent, pour répéter les choses si besoin, ou les reformuler. Elle peut aussi être diminuée, par exemple avec des personnes atteintes d'autisme ou de la maladie d'Alzheimer qui peuvent faire preuve d'impatience assez rapidement.
- **Adaptant les termes utilisés.** Les mots employés doivent être simples, les phrases courtes, des exemples peuvent être cités pour illustrer les propos.

- **Utilisant des moyens visuels.** Il est possible d'utiliser par exemple des images que les résidents pourront désigner en fonction d'une réponse positive ou négative, ou d'un degré de concordance. Le langage des mains peut aussi être utilisé.

#### **b. La méthode FALC**

Il est également possible d'utiliser différentes techniques proposées par des professionnels, telles que la méthode Facile A Lire et A Comprendre (FALC). Appelée « Easy to read » en anglais, cette méthode est portée en France par l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) et Nous Aussi. L'Europe s'est engagée dans le FALC dès 2009 avec la mission de réduire la fracture sociale liée au langage [43]. Le FALC repose sur cinq grandes règles :

- Utiliser des mots d'usage courant,
- Faire des phrases courtes,
- Toujours associer un pictogramme au texte,
- Clarifier la mise en page et la rendre facile à suivre,
- Aller au message essentiel.

L'UNAPEI a élaboré un guide en octobre 2009 pour expliquer la méthode en détails : les objectifs, les utilisateurs et les destinataires, les règles générales puis les règles spécifiques au quatre types d'information (écrite, électronique, vidéo et audio) [44]. Cette méthode peut s'avérer très utile pour communiquer notamment avec les personnes handicapées intellectuelles. Dans le cadre des PVI, ce peut être une solution pour permettre aux usagers d'une part de comprendre la démarche, d'autre part d'y participer.

#### **c. La pédagogie Montessori**

La pédagogie Montessori est une méthode d'éducation créée en 1907 par Maria Montessori, médecin et pédagogue italienne. Si la méthode a initialement été conçue pour l'éducation sensorielle et kinesthésique des enfants, il existe aujourd'hui la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs, lancée par le professeur Cameron Camp. Cette méthode peut être définie comme « *un accompagnement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs en se fondant sur des idées humanistes fortes et en particulier sur trois valeurs indéfectibles : le respect de la personne, de sa dignité et le principe de l'égalité* » [45].

Le cœur de la méthode est la liberté de choix : réattribuer aux personnes le contrôle sur leur vie à travers les notions de choix et de liberté en leur rendant le contrôle sur leur vie. L'approche Montessori change la perception de la personne. Il ne s'agit plus de voir une

maladie qu'il faudrait traiter mais des difficultés gênant la vie quotidienne. L'accompagnement s'en trouve changé : il s'agit d'adapter l'environnement des usagers pour diminuer ses difficultés au quotidien, son handicap, et assurer la continuité de son confort de vie. Cette méthode peut donc être utilisée pour mettre en œuvre les PVI des résidents inaptes à communiquer.

#### ***d. Le renforcement du rôle des autres acteurs***

Les rôles des autres acteurs du PVI, c'est-à-dire des professionnels et des proches, sont plus ou moins modifiés dans le cas des usagers ayant des problèmes de communication. Les missions des professionnels sont d'une importance toute particulière. Il est nécessaire qu'ils fassent preuve d'une observation et d'une attention toute particulière concernant les individus, pour cerner leurs besoins et envies. Les réflexions personnelles peuvent alors dépasser les temps d'échange. Les professionnels impliqués peuvent aussi changés. Ainsi seront prioritaires pour les projets de ces individus les psychologues, les ergothérapeutes, ou encore les psychomotriciens.

Les proches des usagers auront également un rôle primordial. Il est recommandé de les impliquer pour recueillir leurs idées et propositions. Ils sont les plus aptes à connaître la personne, les habitudes de vie, les désirs personnels, et peuvent donc s'avérer de bons porte-paroles. Ils ne doivent toutefois pas se substituer à l'utilisateur. Les relations avec les familles, délicates dans la grande majorité des situations, le sont donc encore plus dans le cas des usagers très dépendants, et méritent une réflexion à part entière.

#### **4) L'implication des familles**

Comme il l'a été mentionné précédemment, une démarche des PVI efficace peut présenter entre autres l'avantage d'améliorer les relations avec les familles et les proches des usagers. Pour cela, il est recommandé de chercher leur participation à chaque étape de la démarche, à commencer par le recueil des données et la co-construction. Pour cela, il faut favoriser leur présence physique, par exemple en les conviant par téléphone ou par courrier ou tout autre moyen de communication. En cas d'indisponibilité, d'autres dates peuvent être proposées. Les familles doivent aussi être associées à la détermination et la réalisation des actions, puis au suivi des objectifs. Il est important de leur communiquer l'état d'avancement des actions et d'écouter leurs commentaires ou propositions, que ce soit en les conviant aux réunions de suivi ou en leur envoyant les comptes rendus le cas échéant.

Les individus n'ayant plus de relation avec leur famille ou étant sous tutelle peuvent choisir quelqu'un susceptible de les aider dans leurs choix ou de les accompagner dans

leurs échanges avec les professionnels. L'ANESM conseille également, selon les situations, de proposer aux individus d'autres soutiens dans leur entourage ou auprès des bénévoles intervenant dans l'établissement. Pour les résidents sous tutelle ou curatelle, il est recommandé de chercher la participation des instances juridiques de la même manière qu'avec les familles.

Des limites dans les relations avec les familles doivent toutefois être établies, afin de respecter la confidentialité et l'intimité des usagers, ainsi que leur dignité et leur citoyenneté. De plus, si le résident refuse d'impliquer ses proches, sa décision doit être acceptée. En effet, les PVI doivent rester la traduction des désirs des usagers eux-mêmes, et bien qu'il soit utile d'écouter les individus les connaissant personnellement, ces derniers ne doivent pas se substituer à la personne accompagnée.

## **D. La direction, acteur primordial des PVI**

L'objectif de ce dernier point est d'assurer une bonne coordination et une bonne dynamique de groupe dans la démarche en guidant les acteurs de sa mise en œuvre : le responsable et le personnel d'encadrement.

### **1) Le respect de la hiérarchie**

#### **a. Le système hiérarchique**

Dans toute entreprise, le système hiérarchique est garant d'une bonne organisation, il en est de même pour les ESSMS. Selon Max Weber, « *l'idée de la hiérarchie est celle de la clarté et de la lisibilité des organisations ainsi que celle d'une définition connue des responsabilités* ». La hiérarchie permet la cohésion au sein d'un groupe, en diminuant les conflits grâce à une détermination claire des rôles de chacun. Cette mise en place d'une hiérarchie doit être non seulement instaurée dans la démarche des PVI, mais elle doit de plus être cohérente avec la hiérarchie générale habituelle de la structure.

#### **b. Le choix du coordonnateur**

Ce respect de la hiérarchie passe premièrement par un choix cohérent du coordonnateur de la démarche. Il est recommandé que celui-ci fasse partie de la direction ou du personnel d'encadrement. Les entretiens ont révélé deux types de situation : dans certaines structures, la démarche est coordonnée par du personnel d'encadrement comme l'IDEC ou le médecin coordonnateur, et dans d'autres structures par du personnel soignant comme une aide-soignante ou un AMP. Il a pu être observé dans ce deuxième type de situation des difficultés à impulser la démarche. La hiérarchie habituelle s'en trouvait modifiée puisque des salariés étaient amenés à diriger des professionnels qui dans l'organisation générale sont habitués

à les manager. Il est alors complexe autant pour le salarié de rang inférieur d'oser imposer son autorité, que pour celui de rang supérieur d'accepter les ordres. Quand le coordonnateur était le médecin coordonnateur ou l'IDEC, membres à part entière du comité de direction (CODIR), la démarche était plus fluide grâce à une continuité de la hiérarchie habituelle.

### *c. L'intervention de la direction*

Même si le responsable d'établissement n'est pas le coordonnateur des PVI, il est primordial qu'il prenne part à la démarche. C'est le meilleur moyen de motiver les équipes, comme il le sera détaillé dans la partie suivante. Le responsable représente le plus haut niveau de la hiérarchie, le maillon pouvant entraîner et impulser l'action des autres. Il est également indispensable qu'il y ait une bonne cohésion au sein du duo directeur-coordonnateur. Ces deux acteurs doivent travailler dans le même sens, tenir des discours en adéquation. Le coordonnateur doit se constituer porte-parole du responsable, ses propos doivent refléter ceux de son supérieur, et inversement. La bonne cohésion au sein de la direction est garante de la crédibilité et de la considération accordées aux ordres donnés.

### *d. Des avantages multiples*

Les bénéfices d'une hiérarchie respectée peuvent s'avérer nombreux. Premièrement, il s'agit d'assurer un management efficace, avec des salariés aptes et compétents à diriger, et d'autres aptes à appliquer les consignes. De plus, les compétences de chacun seront exploitées au mieux. Le personnel d'encadrement possède des connaissances essentielles à la démarche des PVI. Ils ont par exemple accès aux plannings de l'ensemble des salariés.

Ils ont également un statut leur permettant de constituer le document officiel qu'est l'avenant, ou d'avoir un impact plus efficace sur les familles et les professionnels extérieurs. Au contraire, demander à des salariés qui ne s'en sentent pas capables ou qui ne sont pas à l'aise de manager des équipes présente le risque d'une perte de confiance et donc de motivation et d'implication.

Enfin, les formations et l'information nécessaires aux professionnels qui ont été mentionnées précédemment dans ce mémoire doivent venir de la direction, qui demeure le décideur et l'organisateur des formations professionnelles. C'est aussi les responsables qui sont aptes à faire remonter des informations aux décideurs locaux. Or la démarche des PVI peut justement être l'occasion de réaliser un bilan des attentes non satisfaites et donc des actions à promouvoir.

## 2) Le management participatif

Les démarches qualité sont fondées sur le principe de la participation active et permanente des salariés et de la direction. Dans cette optique, le management participatif est une technique efficace pour exercer un rôle de contrôle et de supervision tout en laissant une liberté d'action, et peut être utilisé dans la démarche des PVI.

Le management participatif est défini comme « *un mode de gestion consistant à susciter l'engagement et la prise d'initiative des équipes de travail, en les responsabilisant et en les intégrant dans la vie quotidienne de l'entreprise, et surtout lors de la prise de décision* » [46]. Il coïncide avec les recommandations de l'ANESM et les différentes préconisations données au fil de ce mémoire pour la mise en œuvre des PVI. En effet, il repose sur cinq principes qui ont été traités dans ce mémoire concernant la démarche des projets :

- **Mobiliser le personnel** : Ce premier principe renvoie à l'idée d'une équipe pluridisciplinaire. Des conseils pour favoriser cette mobilisation par la motivation seront cités dans la partie suivante.
- **Mettre en place une politique de développement personnel** : L'organisation de formations et l'importance accordée à la communication au sein de la démarche respectent ce second principe.
- **Déléguer du pouvoir** : Ce troisième principe est réalisé de par la nomination de référents, et l'organisation hiérarchique de la démarche.
- **Confier la résolution des problèmes aux équipes** concernées : Les équipes sont responsabilisées dans la démarche des PVI puisqu'elles interviennent dès les premières étapes puis jusqu'à la mise en œuvre des actions.
- **Mettre en place une régulation** : Les actions des PVI disposent d'un suivi régulier. Ce système permet à la direction de superviser le travail des équipes sans leur faire ressentir un sentiment d'être épié.

L'approche participative est bénéfique car elle instaure une ambiance de travail agréable et évite les tensions liées aux problèmes hiérarchiques. Elle implique de la part du manager des capacités d'écoute, de communication, de respect de l'autre, de dialogue et de délégation. L'employé ressent l'importance qui lui est accordée, il se sent influent et sa motivation s'en trouve accrue.

## 3) La motivation des équipes

Une démarche d'amélioration continue existe grâce à la mobilisation et la participation de l'ensemble des professionnels et une volonté permanente de l'équipe de direction. Une

communication régulière participe à la motivation des équipes. Néanmoins il existe d'autres moyens pour impulser la motivation. Cette dernière partie a pour fonction de conseiller certaines de ces techniques. En effet, tout au long de la mise en œuvre des PVI, il appartient à la direction de motiver les salariés grâce à des facteurs clés de motivation, à savoir :

- **La fixation d'objectifs** : Un bon objectif doit être « MALINS », c'est-à-dire à la fois mesurable, atteignable, logique, individuel, négocié et stimulant. Quand les professionnels ont un objectif à atteindre, ils ont une finalité commune. Le principe de contingence est respecté. Le goût du challenge propre à la nature humaine est approché. Il peut s'agir évidemment des objectifs inhérents aux PVI des usagers, mais aussi d'objectifs mis en place en interne par la direction : un nombre minimum de PVI à réaliser, des problèmes particuliers propres aux usagers à solutionner...
- **La mise à disposition de moyens suffisants** : Qu'ils soient matériels, humains, temporels, les moyens alloués aux professionnels doivent coïncider aux objectifs pour que ceux-ci puissent être atteints.
- **Un environnement stimulant** : La pluridisciplinarité est idéale pour éveiller l'intérêt des salariés face à la nouveauté, tout comme la participation des responsables eux-mêmes qui prouve l'importance de la démarche, son utilité.
- **La considération accordée** : Le maintien de la hiérarchie combiné à la responsabilisation des acteurs permet aux professionnels de ressentir la confiance qui leur est accordée, et l'importance de leur rôle.
- **Un soutien permanent** : La direction doit constamment être à l'écoute des salariés, de leurs doutes, leurs propositions, leurs besoins.

Ces différentes techniques combinées permettent de respecter trois principes de motivation des équipes : la contingence, la finalité et le changement. Les professionnels sont stimulés par un défi qui donne du sens à leur travail tout en respectant leurs valeurs. Des équipes motivées soutenues par une direction impliquée permettront d'optimiser l'efficacité de la démarche des PVI.

---

## Conclusion

---

La société dans laquelle nous vivons actuellement connaît une évolution constante des caractéristiques de sa population. En effet, la France observe un vieillissement de sa population, et les progrès en médecine et technologiques permettent une identification précise des handicaps physiques ou psychiques pouvant atteindre les individus. Ainsi, les établissements et services du secteur social et médico-social sont aujourd'hui de plus en plus nombreux. S'adressant aux populations dites « fragiles », ces structures présentent de nos jours une importance capitale et constituent une véritable problématique de notre société actuelle.

Dans un contexte où les mesures pour situer les personnes accompagnées au cœur de leur prise en charge sont en constante augmentation, les évolutions réglementaires s'en voient elles aussi multipliées. Formations sur la bientraitance, comités d'éthiques, droits des usagers, sont autant de thématiques diverses et variées présentes dans le quotidien des professionnels du secteur social et médico-social, émergeant afin de permettre une adaptation à ces évolutions réglementaires, et visant à la même finalité : un accompagnement de qualité, centré autour de l'utilisateur et adapté à ses caractéristiques propres.

L'entrée en institution, pourtant incontournable dans certaines situations, est une étape complexe pour chacun, pour l'utilisateur comme pour ses proches. Lorsque la dépendance devient trop forte, les individus intègrent alors un nouveau lieu de vie dans lequel ils sont amenés à vivre en collectivité, à s'intégrer à un environnement nouveau, s'adaptant à des règles de vie et d'organisation. Si ce nouveau cadre collectif est indispensable et a pour objectif de maintenir l'autonomie des usagers, une personnalisation de l'accompagnement reste primordiale pour assurer une prise en charge individualisée de qualité.

C'est dans cette optique que la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 du CASF a instauré la mise en œuvre des projets de vie individualisés. Cependant, si la loi en a posé l'obligation, elle n'en n'a pas défini les techniques de réalisation. Que ce soit en termes de dimensions temporelles, de moyens humains et matériels, d'acteurs, chaque établissement reste ainsi libre de procéder de la manière qu'il juge la plus efficace. Certaines instances ou agences, notamment l'ANESM, ont ainsi élaboré des guides afin d'orienter les pratiques et de conseiller les professionnels.

Cette liberté d'action présente l'avantage de permettre à chaque structure d'adapter ses pratiques à sa propre organisation, ses propres valeurs et au public qu'elle accueille. Parallèlement, elle engendre des inconvénients, notamment des incertitudes quant aux responsabilités de chacun et aux activités à réaliser. Les entretiens semi-directifs qui ont été menés dans la région des Hauts-De-France, dans des établissements accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, ont ainsi mis en avant une grande diversité dans les méthodes de mise en œuvre des PVI.

Comme démontré précédemment, l'une des principales difficultés dans la mise en œuvre des PVI réside dans le caractère de nouveauté de la démarche. En effet, cette pratique est encore récente et donc non maîtrisée par certains professionnels, qui n'en discernent pas encore les objectifs et les bénéfices. A cela s'ajoutent des difficultés liées aux ressources humaines : absentéisme du personnel titulaire, confusion de répartition des responsabilités, problèmes de hiérarchie... Les nombreuses questions éthiques soulevées par cette démarche, qu'il s'agisse des relations avec les familles ou encore des problèmes de communication liés aux fortes dépendances, représentent enfin un obstacle conséquent.

Cependant, lorsque ces difficultés sont surmontées, les PVI présentent de nombreux avantages pour chacun des acteurs : les usagers, les professionnels, et les proches. S'ils sont le moyen idéal de positionner l'individu accompagné au cœur de sa prise en charge, ils permettent dans le même temps de faciliter le travail de chaque catégorie professionnelle en optimisant leur qualité de vie au travail, et de favoriser de bonnes relations avec les familles en les impliquant dans l'accompagnement.

Pour aboutir à ces bénéfices, des préconisations ont été proposées suite aux différents entretiens. Ainsi, il est primordial d'ancrer la démarche aux habitudes des professionnels, d'en faire un réflexe en l'intégrant notamment à la démarche qualité et en communiquant sur son avancée de manière régulière. L'ensemble des professionnels doit être impliqué grâce à la constitution d'une équipe pluridisciplinaire formée, informée et sensibilisée, respectant la hiérarchie de base de la structure. Enfin, la participation de la direction constitue un élément prioritaire à la bonne mise en œuvre de la démarche, dans la mesure où elle permet de motiver les acteurs notamment par la méthode du management participatif.

Ainsi, ce mémoire a montré que dans un contexte d'évolution de la population française et d'adaptation de la société en matière d'accompagnement, les évolutions réglementaires visent à faciliter un passage en institution des personnes fragiles. Dans ce cadre, la

démarche des PVI est primordiale pour situer les usagers au cœur de la prise en charge. Une mise en œuvre bien réalisée des projets permettra un accompagnement personnalisé au sein d'une vie en collectivité, bénéfique autant aux professionnels qu'aux usagers et à leurs proches.

Chaque résident possède ses propres spécificités, sa propre personnalité, ses propres besoins qui nécessitent absolument d'être considérés dans sa prise en charge et dans sa prise en soins. Les PVI sont donc l'élément moteur de l'accompagnement au sein d'une institution. En tant qu'élément moteur, c'est la coordination médicale qui s'approprie la démarche afin d'assurer la signature de l'avenant au contrat de séjour en équipe pluridisciplinaire en adjoignant les proches, et ce parallèlement à la signature des autres avenants officiels que sont notamment les libertés d'aller et venir et la désignation de la personne de confiance.

---

## Bibliographie

---

- [1] : D. ARMAINGAUD, 2012, n° édition : 2661, Cherche midi. *Tant de choses à vivre ensemble : accompagner nos aînés par le projet personnalisé*, Un nouveau regard sur l'accompagnement en maison de retraite, P.10.
- [2] : Code de l'Action sociale et des familles : loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.
- [3] : J.-J. AMYOT et A. MOLLIER, 2013, n° édition : 70228, DUNOD. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 248pp.
- [4] : ANESM, 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles* « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».
- [5] : DIRECTION(S), Juillet-Août 2016, « Projets personnalisés, le champ des possibles », P.22.
- [6] : *EHPAD 2017 : L'habitation et l'investissement en EHPAD*. In EHPAD-fr [en ligne] [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <http://www.ehpad-fr.org/>
- [7] : *Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. In CNSA. Service-public [en ligne]. Service-public, 16 janvier 2017 [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- [8] : *Unité protégée Alzheimer et Cantou*. In Capretraite [en ligne] [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <https://www.capretraite.fr/unite-protegee-alzheimer/>
- [9] : *Qu'est-ce qu'un PASA, un UHR ?* In Websenior. Lesmaisonsderetraite [en ligne]. Alliance-senior [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/alzheimer/pasa-uhr.htm>
- [10] : *Les différents types d'établissements*, In FHF. Maisons-de-retraite [en ligne] [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Les-differents-types-d-etablissement>
- [11] : *Les différentes structures d'accueil pour les personnes âgées*. In Eternis SA. Agevillage [en ligne] [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.agevillage.com/n3-structures-d-accueil-personnes-agees-10#>
- [12] : *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. In CNSA. Social-santé.gouv [en ligne] [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/faq/quelle-est-la-difference-entre-une-residence-autonomie-et-une-residence-services>
- [13] : OMS, 2015, *Aide-mémoire n°404 : Vieillesse et santé*, Comprendre le vieillissement.
- [14] : THE WORLD BANK, *Indicateurs de développement dans le monde, Santé, Espérance de vie* [en ligne] [consulté le 24 juillet 2017]. Disponible sur : [https://www.google.fr/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9\\_&met\\_y=sp\\_dyn\\_le00\\_in&idim=country:FRA:USA:DEU&hl=fr&dl=fr#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met\\_y=sp\\_dyn\\_le00\\_in&scale\\_y=lin&ind\\_y=false&rdim=region&idim=country:FRA:USA:DEU&ifdim=region&tstart=-297914400000&tend=1437688800000&hl=fr&dl=fr&ind=false](https://www.google.fr/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:FRA:USA:DEU&hl=fr&dl=fr#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=sp_dyn_le00_in&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=country:FRA:USA:DEU&ifdim=region&tstart=-297914400000&tend=1437688800000&hl=fr&dl=fr&ind=false)

- [15] : INSEE, 17 janvier 2017, *Pyramide des âges 2016 – Régions et départements (outil interactif)*, Statistisches Bundesamt 2009.
- [16] : INSEE, *Publications et services : collections nationales*, TEF édition 2014, Tableaux de l'économie française – Personnes âgées dépendantes.
- [17] : LA PREFECTURE ET LES SERVICES DE L'ETAT EN REGION HAUTS-DE-FRANCE, 24 novembre 2015, *Chiffres clés de la région Hauts-De-France*.
- [18] : ARS PACA, 2014. *La prise en charge des personnes handicapées*, 6pp.
- [19] : FEGAPEI et Caisse d'Epargne. *Les associations et la prise en charge des personnes en situation de handicap*, 52pp.
- [20] : *L'accompagnement du handicap*. In Hopital.fr. Les forces du handicap [en ligne], 7 avril 2015 [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Handicap/L-accompagnement-du-handicap#64984>
- [21] : Conseil Général du Pas-de-Calais, 2013, ARS du Nord-Pas-de-Calais. *Cahier des charges expérimental : prise en charge des personnes handicapées âgées en EHPAD au sein d'une unité de vie (UVPHA)*, 9pp.
- [22] : TALENTEO, 4 janvier 2016, *Rétrospective 2015 : les chiffres clés du handicap*.
- [23] : INSEE, *Publications et services : collection Insee références*, TEF édition 2017, Tableaux de l'économie française – Personnes handicapées.
- [24] : CNSA, juin 2016, n°ISSN : 2267-0793, 2016 : *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, P.17.
- [25] : J. FORGET, 2010, A.S.H49. *Organisation du secteur social et médico-social : services et institutions*, 13pp.
- [26] : ANAP, 2013, CNSA. *Le secteur médico-social : comprendre pour agir mieux*, 128 pp.
- [27] : *L'intégration des personnes handicapées : la loi du 30 juin 1975*. In Clesdusocial [en ligne], 30 juin 2012 [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <http://www.clesdusocial.com/integration-des-personnes-handicapees-loi-30-juin-1975>
- [28] : *Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, In CNLE [en ligne], 14 juin 2008 [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <http://www.cnle.gouv.fr/Loi-2002-2-du-2-janvier-2002.html>
- [29] : *Loi handicap du 11 février 2005*, In handicap.fr [en ligne] [consulté le 14 juin 2017]. Disponible sur <https://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>
- [30] : DIRECTION(S), Janvier 2016, « Dépendance : la loi ASV impose de nouvelles obligations aux EHPAD ».
- [31] : *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. In CNSA. Social-santé.gouv [en ligne] [consulté le 13 juillet 2017]. Disponible sur <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
- [32] : RESEAU INTER CVS 91, 3 janvier 2017, *Evolution du contrat de séjour en 2017*.

- [33] : Rappel des droits tiré du code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L.311-3, 3° et 7°.
- [34] : Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- [35] : Code de l'Action Sociale et Familiale, article L311-8.
- [36] : ANESM, janvier 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : les attentes de la personne et le projet personnalisé – Synthèse*, 8PP.
- [37] : RESEAU QUALISANTE, décembre 2014, *Sur le Chemin des Attentes des Usagers : le Projet Personnalisé*, 56PP.
- [38] : B. BATHELOT, 5 avril 2017, Définitions marketing – Etudes / consommateur, *L'entretien semi-directif*.
- [39] : ANESM, juin 2010, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 92PP.
- [40] : URSAP IDF, *Fiche pratique : la démarche qualité en ESSMS*.
- [41] : HAS, 21 juillet 2014, *Travailler en équipe*.
- [42] : K. SANSON, Septembre 2006, n° édition : 242, Martin Média. Le journal des psychologues, *Pluridisciplinarité : intérêts et conditions d'un travail de partenariat*, 72PP.
- [43] : E. DAL'SECCO, 09 février 2016, *Handicap mental : la vie plus facile grâce au FALC*.
- [44] : UNAPEI, octobre 2009, ISBN : 2-35001-013-9, *L'information pour tous : règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre*, 50PP.
- [45] : EHPADIA, 13 juillet 2016, *Troubles cognitifs des personnes âgées : la méthode Montessori, à la recherche des capacités préservées*.
- [46] : Définition : le management participatif, In petite-entreprise.net, [en ligne] [consulté le 07 août 2017], disponible sur : <https://www.petite-entreprise.net/P-2191-81-G1-definition-le-management-participatif.html>

---

# *ANNEXES*

---

---

## ANNEXE I : Trame de grille d'entretien semi-directif

---

L'entretien est réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin d'études à l'ILIS. L'objectif est d'échanger sur les retours d'expérience dans la mise en place de la démarche des Projets de Vie Individualisés dans différentes structures médico-sociales, afin de s'inspirer des bonnes pratiques et de proposer des solutions d'amélioration et des leviers d'actions pour faciliter leur mise en œuvre.

|   |  |
|---|--|
| Identification de l'établissement (public accueilli, privé ou public, ETP, taille...)                                 |  |
| Situation des PVI (année de lancement, pourcentages de PVI réalisés, procédure formalisée...)                         |  |
| Démarche de mise en œuvre (délais de réalisation, étape du recueil d'informations à la signature, moyens utilisés...) |  |
| L'implication du personnel (salariés impliqués, référents, communication...)  |  |
| Apports des PVI pour les résidents et le personnel  |  |
| Freins et obstacles rencontrés  |  |
| Pistes de progrès et perspectives d'avenir  |  |

*ANNEXE II : Grille d'entretien semi-directif de la Résidence  
DRONSART*

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Identification de l'établissement</b> (public accueilli, privé ou public, ETP, taille...)</p>                                 | <p>Résidence DRONSART à BOUCHAIN<br/>105 places dont 103 permanentes et 2 temporaires<br/>Etablissement public<br/>Une UVA et un PASA</p>  |
| <p><b>Situation des PVI</b> (année de lancement, pourcentages de PVI réalisés, procédure formalisée...)</p>                         | <p>Avant l'arrivée du docteur HUGODOT en mai 2016, la démarche des PVI n'était quasiment pas lancée. De mai 2016 à janvier 2017 environ 96 PVI ont été réalisés.</p> <p>Il n'y a pas de jour particulier dédié à la démarche des PVI, ils sont créés selon la présence des professionnels et des familles.</p> <p>Une procédure est formalisée.</p>  |
| <p><b>Démarche de mise en œuvre</b> (délais de réalisation, étape du recueil d'informations à la signature, moyens utilisés...)</p> | <p>La secrétaire va voir le résident pour lui expliquer, et lui demande s'il est d'accord pour que la famille soit présente. Ensuite elle contacte la famille pour les convier. S'ils ne sont pas disponibles, elle propose d'autres dates.</p> <p>La secrétaire met le RDV pour le PVI sur l'agenda du docteur en indiquant qui sera présent (le Dr. peut ainsi voir si la personne de confiance sera présente). Donc c'est la secrétaire qui gère les dates.</p> <p>Le premier PVI est fait dans le premier trimestre d'admission. En EHPAD il est réévalué tous les ans et en UVA tous les 6 mois.</p> <p>Avant la réunion, le docteur prépare l'avenant en écrivant l'identité du résident. Pendant la réunion, elle rentre les données sur Netsoins, plus copie/colle les données sur l'avenant. La réunion dure environ 1h, et à la fin tout est réalisé. Une feuille d'émargement est remplie afin de tracer qui est présent. Ainsi, à la fin de la réunion la famille et le résident peuvent signer l'avenant, qui est ensuite transmis à la direction pour signature. L'avenant est édité en double exemplaire : un pour la famille et un pour l'établissement, ajouté au contrat de séjour.</p> <p>Quand la famille n'est pas présente, on lui envoie l'avenant après la réunion. Cette situation reste rare car la secrétaire propose plusieurs dates pour optimiser les chances de présence de la famille.</p> <p>Les tutelles par contre se déplacent rarement (excepté la mandataire judiciaire présente sur l'établissement). Les avenants sont donc envoyés, ce qui engendre parfois des pertes car les tutelles ne les renvoient pas.</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Le PVI de Netsoins est également imprimé en double exemplaire : 1 dans le dossier médical papier et 1 dans le classeur du docteur.</p>   |
| <p><b>L'implication du personnel</b> (salariés impliqués, référents, communication...)</p> | <p>Une IDE est référente pour chacun des 6 secteurs de l'établissement. Si un résident change de secteur, il ne change pas de référente, sauf si c'est un transfert en UVA.</p> <p>Sont présents aux réunions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le résident s'il est en capacité de l'être,</li> <li>- la famille si elle accepte et que le résident est d'accord, ou la tutelle quand elle accepte,</li> <li>- le médecin co. ,</li> <li>- l'IDE référente,</li> <li>- une AS,</li> <li>- tout autre professionnel pouvant être impliqué dans la prise en charge comme par exemple l'animateur.</li> </ul> <p>De plus, l'IDEC et le psychologue coordonnateur viennent également depuis le mois de janvier 2017.</p> <p>Les intervenants extérieurs (kinés, médecins traitants etc...) ne sont pas informés ni impliqués dans la démarche car ils ne s'y intéressent pas.<br/>C'est donc un travail en INTERNE en équipe PLURIDISCIPLINAIRE.</p>              |
| <p><b>Apports des PVI</b> pour les résidents et le personnel</p>                           | <p>Les familles sont ravies car le docteur présente le PVI comme une synthèse de la vie du résident. Elle explique que c'est pour connaître les attentes du résident et de sa famille.</p> <p>L'implication de la famille améliore les relations. La réunion peut être l'occasion de dire certaines choses délicates, par exemple dans le cas d'un enfant trop intrusif. Parfois cela pourra aussi inciter certaines familles ayant délaissé leur proche à revenir et être plus présentes.</p> <p>Les salariés sont ravis également, la démarche est beaucoup moins chronophage que dans certains établissements car tout se déroule au cours d'UNE réunion.</p> <p>Lors de la réévaluation, le précédent PVI et ses objectifs sont relus avec la famille. L'outil d'avancement de Netsoins est utilisé afin de déterminer si les objectifs ont réellement été atteints.</p> <p>Le PVI fait partie intégrante de la prise en soins INDIVIDUELLE de qualité du résident.</p> |
| <p><b>Freins et obstacles / leviers</b></p>  | <p><b>FREINS</b> : La grosse difficulté vient de l'organisation de la coordination médicale. En effet, le rôle du psychologue coordonnateur est ambigu, il se substitue au rôle du</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>médecin co. Il y a la notion de surveillance par ce psychologue, il se substitue en quelque sorte au directeur.</p> <p><b>LEVIERS</b> : Le gros avantage dans cette démarche est l'implication de la coordination médicale. En effet, dans certains établissements les référents sont des AS, des AMP... Or c'est à la coordination médicale de prendre cette responsabilité. En effet, la démarche implique la création d'une pièce légale (l'avenant au contrat de séjour). De plus, il y a la notion de hiérarchie. C'est plus simple pour le docteur d'impliquer les IDE et le reste du personnel car il y a le respect de la hiérarchie. Une AS par exemple aura plus de mal à s'imposer face à une IDE car cela perturbe le lien hiérarchique habituel. De plus, la coordination médicale connaît les emplois du temps du personnel.</p> <p>La secrétaire joue un rôle très important dans l'organisation de la démarche.</p> |
| <p><b>Pistes de progrès</b> et perspectives d'avenir</p> | <p>La nouvelle réglementation demande que les directives anticipées soient abordées dès la pré-admission. L'idée est donc de profiter des PVI pour aborder les directives anticipées. En effet, la plupart du temps la famille qui se déplace pour le PVI est également la personne de confiance.</p> <p>Ainsi, le PVI, les directives anticipées, la personne de confiance et les libertés d'aller et venir peuvent être gérées en même temps.</p> <p>A partir de cette année, lors du premier PVI on va essayer de leur faire signer et dater les directives anticipées.</p> <p>A partir de septembre 2017, tous les PVI seront réévalués 2 fois par an (et non plus uniquement ceux de l'UVA) car les libertés seront faites en même temps, et ces dernières doivent être faites 2 fois par an.</p>   |

*ANNEXE III : Grille d'entretien semi-directif de l'EHPAD du CH  
de Somain*

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Identification de l'établissement</b> (public accueilli, privé ou public, ETP, taille...)</p>                                 | <p>CH public avec plusieurs services de médecine. Il y a 30 places en EHPAD : ouverts en 2010, 30 lits d'USLD se sont transformés en EHPAD (de 60 ils sont passés à 30).</p>  |
| <p><b>Situation des PVI</b> (année de lancement, pourcentages de PVI réalisés, procédure formalisée...)</p>                         | <p>Démarche lancée en 2010.</p> <p>Cependant il n'y avait pas de médecin coordonnateur donc pas de coordination, la démarche a été relancée avec l'arrivée du docteur HUGODOT en mars 2017.</p> <p>Les choses ne sont pas du tout formalisées.</p>  |
| <p><b>Démarche de mise en œuvre</b> (délais de réalisation, étape du recueil d'informations à la signature, moyens utilisés...)</p> | <p>Le recueil de données des habitudes de vie des résidents est réalisé au plus vite. Au bout de 2 mois le projet de vie est mis en place.</p> <p>Il n'y a pas de logiciel.</p> <p>Pour l'instant les PVI sont surtout au format papier à glisser dans les dossiers des résidents. Il y a une réflexion sur un dossier de soins informatisé.</p>  |
| <p><b>L'implication du personnel</b> (salariés impliqués, référents, communication...)</p>  | <p>Avec les nouveaux venants ça va mieux, culture plus médico-sociale, mais avec les plus anciens c'est plus compliqué. En plus les médecins qui interviennent sont hospitaliers (à part le dr. HUGODOT).</p> <p>La nouvelle direction va aider car elle n'est pas sur l'hospitalier pur.</p>   |
| <p><b>Apports des PVI</b> pour les résidents et le personnel</p>  | <p>Les apports restent difficiles à observer car la démarche n'est pas encore réellement lancée.</p>  |
| <p><b>Freins et obstacles rencontrés</b></p>  | <p>Depuis l'ouverture il n'y avait pas de médecin coordonnateur, seulement un médecin gériatre, qui gère le médical mais pas de bilan d'activité. Il n'y avait donc pas de médecin coordonnateur pour impulser tout ça. Ils faisaient surtout des points en réunion hebdomadaire, sur le comportement, la dépendance, le statut nutritionnel, pour mettre en place des actions, mais ce n'était pas vraiment formalisé (action etc...), pas en lien avec les familles.</p> <p>Le GROS frein c'est qu'il n'y a personne pour dynamiser ça, ça ne tient qu'au Dr. HUGODOT et à m. VENANT.</p> <p>La culture sanitaire dans cet EHPAD est un gros frein. Nous sommes sur un profil de résidents hospitaliers dans des locaux hospitaliers, avec beaucoup de chambres doubles, donc cette culture sanitaire est un "frein".</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Dans 1 an et demi reconstruction d'un établissement à part (qui appartiendra quand même au CHR).</p>  |
| <p><b>Pistes de progrès</b> et perspectives d'avenir</p> | <p>Les choses sont faites de façon informelle, il faut vraiment formaliser et cadrer.</p> <p>Remettre ça en place et vraiment formaliser à partir de juin. Au moins formaliser les entrées depuis l'arrivée du docteur (en juin ça fera un trimestre).</p> <p>M. VENANT (cadre de santé) va en parler au prochain CVS. Le docteur sera présenté aux familles. Ils en profiteront pour présenter la manière de travailler. Ce sera le cadre qui planifiera ces RDV.</p> <p>Mettre en place la notion de soignant référent : il faudrait impliquer le soignant référent, au moins qu'il soit au courant même s'il ne travaille pas ce jour-là. Si jamais il n'est pas présent, on peut lui demander de faire une petite synthèse écrite à soumettre à la famille et au résident.</p> <p>Il faudra faire une procédure PVI pour faire intervenir la direction.</p> <p>La secrétaire aidera aussi pour toute la réglementation et la rédaction d'un avenant. Elle travaillera avec le coordonnateur des soins.</p> <p>Dans 1 an et demi reconstruction d'un établissement à part (qui appartiendra quand même au CHR) : Il y aura UVA, PASA, accueil de jour, et 56 lits d'EHPAD classiques. L'arrivée du nouvel établissement, avec notamment l'implication pour ce nouveau volet médico-social, va tout impulser. Des formations vont être mises en place (gérontologie etc...) ce qui va changer les mentalités. Il y a donc de réelles perspectives.</p> |

*ANNEXE IV : Grille d'entretien semi-directif de la MAS du  
Quesnoy*

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Identification de l'établissement</b> (public accueilli, privé ou public, ETP, taille...)</p>                                 | <p>Etablissement privé.<br/>MAS divisée en 6 unités : 3 unités gérées par le docteur HUGODOT et 3 unités gérées par un autre médecin.</p> <p>Environ 10 patients par unité, soit 30 patients par docteur. Parmi les patients accueillis, il n'y a pas de cérébro-lésés, que des infirmes moteurs cérébraux, des trisomiques, des psychotiques, beaucoup de psychiatrie, des gens ayant des gros troubles moteurs. Ils ont besoin d'une prise en charge médicale spécialisée.</p> <p>Depuis la fin du printemps, on peut accueillir des résidents temporairement car ouverture d'une extension permettant d'accueillir environ 12 résidents.</p>   |
| <p><b>Situation des PVI</b> (année de lancement, pourcentages de PVI réalisés, procédure formalisée...)</p>                         | <p>Comme les patients ne sont que 60, environ 60 à 100 projets par an sont réalisés.</p>  |
| <p><b>Démarche de mise en œuvre</b> (délais de réalisation, étape du recueil d'informations à la signature, moyens utilisés...)</p> | <p>Le premier PVI est fait rapidement après l'entrée, dans le premier trimestre environ.<br/>Les synthèses sont faites une ou deux fois par an, selon les besoins de la personne.<br/>Pendant la réunion, il y a l'IDE ou l'AS et la cadre de santé mais pas le résident.<br/>Il n'y a pas d'avenant et les familles ne sont pas du tout impliquées.</p> <p>Il y a d'abord un temps para-médical, puis un temps médical. Le docteur apporte des éléments mais « dans son coin » avec le résident.<br/>Parfois avec le bilan on réalise qu'il serait nécessaire de refaire un point cardio, ophtalmo ou autre, donc les bilans permettent de faire une synthèse mais plutôt d'un point de vue médical.</p> <p>Il n'y a pas de trame, c'est fait sur papier libre.<br/>Le docteur par contre a une trame car elle aime connaître la date d'entrée, les antécédents, les difficultés du moment de la synthèse, et tout le suivi médical, et le traitement.</p> |
| <p><b>L'implication du personnel</b> (salariés impliqués, référents, communication...)</p>  | <p>Ce sont les IDE qui gèrent, avec la cadre de santé.</p> <p>Il n'y a pas de référent : le personnel est toujours dans les mêmes unités donc il est dédié et investi dans le PVI, donc pas besoin de référent car c'est toujours le même personnel qui intervient dans les unités.</p>   |

|   |  |
|---|--|
|   | Les synthèses du docteur sont accessibles à tous sur l'ordi.   |
| <b>Apports des PVI</b> pour les résidents et le personnel | <p>Rien à voir avec les PVI en EHPAD car on est sur du handicap lourd hyper médicalisé. Il y a une grosse équipe médicale et para médicale pour répondre aux besoins spécifiques et lourds.</p> <p>Ce sont vraiment des synthèses purement médicales car les résidents n'ont pas forcément la conscience de leur vie ici, une grande partie n'ont pas de communication verbale et communiquent par pictogramme par geste et n'expriment aucun besoin.</p> <p>Les PVI ont un réel apport dans la PEC médicale, paramédicale, la charge en soins est très lourde/résident.</p> |
| <b>Freins et obstacles rencontrés</b>                     | <p>Malheureusement il n'y a pas assez de moyens humains. Les différents intervenants ne se voient pas (psy, neuro-psy, etc...), tout le monde travaille dans son coin car ils ont tous des temps hyper partiels.</p> <p>C'est très morcelé : les compétences sont regroupées mais pas en même temps.</p> <p>C'est fait en 2 temps comme le docteur n'est pas toujours là, et CA C'EST UN GROS FREIN. Mais malheureusement le docteur n'est là que 2h par semaine.</p>  |
| <b>Pistes de progrès</b> et perspectives d'avenir         | Il faudrait un seul temps (médical + paramédical).   |

*ANNEXE V : Grille d'entretien semi-direct de la Résidence Le Pain d'Alouette*

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Identification de l'établissement</b> (public accueilli, privé ou public, ETP, taille...)</p>                                 | <p>EHPAD avec UVA et UVPHA ouvert en 2013</p> <p>80 résidents en hébergement fixe + 6 résidents en accueil de jour</p>  |
| <p><b>Situation des PVI</b> (année de lancement, pourcentages de PVI réalisés, procédure formalisée...)</p>                         | <p>Démarche lancé en 2015 environ.</p> <p>Tous les PVI ont pu être faits une première fois, on est maintenant dans la réactualisation.</p> <p>Le terme employé ici est PPA.</p>   |
| <p><b>Démarche de mise en œuvre</b> (délais de réalisation, étape du recueil d'informations à la signature, moyens utilisés...)</p> | <p>Le recueil doit être fait dans le mois suivant l'admission, donc dans le premier trimestre il faut avoir vu la famille et le PVI doit être signé.</p> <p>Dans l'idéal, la réunion regroupe la responsable d'établissement, la coordinatrice, le résident et le mandataire judiciaire ou la famille.</p> <p>La réactualisation est faite 1 fois par an que ce soit en UVA, EHPAD ou UVPHA.<br/>Dans l'idéal, on en revoit un par semaine par service.</p> <p>Quand la synthèse est faite, le PVI est dans Netsoins et dans un classeur avec les supports papier dans l'ordre alphabétique avec le PVI signé.<br/>C'est également donné à la famille ou au tuteur, et un exemplaire est gardé dans le dossier administratif.</p> <p>En UVA et EHPAD on sort 4 feuilles différentes par couloir par résident (son histoire de vie, tout ce qui est hébergement, vie sociale et animation, et ...). Ainsi, si quelqu'un de l'extérieur intervient comme remplaçant, il est au courant de tout. Donc avec ce classeur par couloir, les filles peuvent le prendre sur leur chariot et peuvent tout vérifier.</p> |
| <p><b>L'implication du personnel</b> (salariés impliqués, référents, communication...)</p>  | <p>3 coordinatrices avec une répartition par couloir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme MARIAGE l'éducatrice coordonne l'UVPHA (15 résidents) et une partie de l'EHPAD classique car c'est sur la même aile donc les résidents entretiennent des relations.</li> <li>- Anne-Laure l'animatrice coordonne l'EHPAD et l'UVA côté rouge et bleu</li> <li>- Blandine l'IDE a aussi un couloir en EHPAD et UVA</li> </ul> <p>Pendant l'arrêt maternité de Blandine, Anne-Laure va prendre le relai.<br/>Donc au final environ 27 résidents chacune.</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>AS, AMP, IDE, Agents de soins, psychomotricienne et psychologue sont référents de tous les résidents. Le nombre de résidents dépend du nombre d'heures de travail (100% 3 résidents, sinon 2). La répartition est totalement aléatoire sauf en cas d'affinité particulière.</p> <p>Ils sont référents par LOGEMENT, mais s'il y a un changement de logement le référent suit le résident.</p> <p>Le personnel assurant des remplacements longs est impliqué.</p>  |
| <p><b>Apports des PVI</b> pour les résidents et le personnel</p> | <p>Amélioration des relations entre les professionnels et les résidents. Aide pour l'accompagnement des résidents en cas d'intervention de personnel remplaçant.</p>   |
| <p><b>Freins et obstacles rencontrés</b></p>                     | <p>Obstacles : ça n'a pas été fait dès l'ouverture donc il y a un retard à rattraper. Une autre difficulté est le remplacement des référents en cas d'absence.</p> <p>En UVPHA il y a peu de familles, c'est plus des mandataires judiciaires. Dans le handicap c'est plus des automatismes. Ça reste toujours plus problématique en EHPAD car les familles s'impliquent moins, elles sont beaucoup moins présentes.</p> <p>Tous les soignants sont référents mais tous n'ont pas la même implication. Certains voient ça comme une tâche supplémentaire et estiment ne pas avoir le temps. En UVA par exemple la coordinatrice l'a fait avec les référents parce qu'elles pensaient ne pas savoir utiliser NetSoins. Certaines sont quand même venues hors leur temps de travail pour s'y impliquer donc ça commence à rentrer. Certaines le font à la dernière minute, d'autres l'ont en tête mais c'est vraiment l'écriture qui les embête donc l'animatrice doit s'impliquer. L'animatrice va leur dire par exemple : « vas-y raconte une journée type », et de là les objectifs apparaissent d'eux-mêmes. Elles ne sont pas assez précises, il faut développer.</p> <p>C'est plus facile chez les personnes handicapées car ça fait plus longtemps que c'est dans les mœurs. On tenait déjà des synthèses il y a 10 ans, c'était juste moins formalisé. Ça a toujours été au cœur du travail. C'est plus formalisé depuis la loi 2002. C'était planifié à l'année, c'était devenu un automatisme.</p> |
| <p><b>Pistes de progrès et perspectives d'avenir</b></p>         | <p>Mettre en place le classeur sur le chariot.</p> <p>Améliorer les réunions avec les familles (à plusieurs pour aller plus vite par ex). La psy organise des groupes de parole avec les familles et quasiment personne ne vient, donc ce sera cependant probablement toujours le même</p>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>problème... De plus ce serait un peu faire signer « à la chaîne ». L'envoyer par courrier c'est très impersonnel. L'échange c'est mieux.</p> <p>Créer une alerte Netsoins pour prévenir de la réactualisation (dans un mois par exemple).</p> <p>Créer un planning annuel pour dire que ça devienne un automatisme (tous les trimestres on fait la même chose). Cependant le contexte fait que c'est difficile en EHPAD.</p> |
|--|---|

*ANNEXE VI : Grille d'entretien semi-directif de la résidence Le Château*

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Identification de l'établissement</b> (public accueilli, privé ou public, ETP, taille...)</p>                                 | <p>EHPAD privé à but non lucratif<br/>Fondation Partage et Vie<br/>73 résidents</p>  |
| <p><b>Situation des PVI</b> (année de lancement, pourcentages de PVI réalisés, procédure formalisée...)</p>                         | <p>Environ les <math>\frac{3}{4}</math> des PVI ont été réalisés, le reste est planifié pour les mois à venir. La démarche a été relancée suite au comité de suivi du projet d'établissement en 2016.</p> <p>Le terme utilisé ici est PPA</p>  |
| <p><b>Démarche de mise en œuvre</b> (délais de réalisation, étape du recueil d'informations à la signature, moyens utilisés...)</p> | <p>Le recueil des informations et la réunion de co-construction sont organisés dans les 3 mois suivant l'admission.<br/>Lors de la réunion sont présents idéalement : la psychologue, l'IDEC, le référent AMP, le référent, et la famille.</p> <p>Ensuite les avenants sont édités, et la famille est invitée à venir le signer, en complément de la signature du résident. Des résumés des projets sont également édités et sont conservés dans des classeurs dans le bureau de l'IDEC.</p> <p>Le logiciel de soins Netsoins est utilisé pour toutes les étapes : recueil des informations, création du projet, suivi des objectifs... Une alerte est créée après chaque nouveau projet pour en informer l'équipe.</p> <p>Pour organiser les réunions et planifier la démarche, deux plannings sont créés : un planning annuel qui détermine les projets qui vont être créés chaque mois, ainsi qu'un planning mensuel, fait en milieu de mois pour le mois suivant, qui fixe la date précise de chaque réunion.</p> <p>La réactualisation est faite une fois par an.</p> <p>Une procédure existe, ainsi qu'un guide du référent.</p> <p>Une journée est dédiée aux PVI, il s'agit du mardi une semaine sur 2, à raison d'une réunion le matin et une réunion l'après-midi.</p> <p>En cas de nouvelles entrées, des réunions supplémentaires sont ajoutées un vendredi par mois pour faire les PVI des nouveaux arrivants</p> |
| <p><b>L'implication du personnel</b> (salariés impliqués, référents, communication...)</p>  | <p>Les coordonnateurs des projets sont les AMP.</p> <p>Pour chaque résident, un référent a été nommé pour prendre en charge le recueil des informations. Il s'agit des aides-soignantes et des agents de soins. En plus de ce référent, un référent AMP est attribué à chaque résident. Chaque référent a environ 4 résidents.</p>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>Un pool de remplacement a été mis en place, incluant les personnes intervenant régulièrement et depuis un temps certain dans l'établissement, pour remplacer les salariés en absence longue durée.</p> <p>Les référents sont assignés aux logements : en cas d'arrivée d'un nouveau résident, le référent qui gérait l'ancien résident va prendre en charge le nouveau.</p> <p>Les prestataires extérieurs ne sont pas impliqués, les IDE non plus.</p>   |
| <b>Apports des PVI</b> pour les résidents et le personnel | <p>Les PVI permettent de mieux connaître les résidents, d'apprendre leur passé, leur vie avant leur passage en institution. C'est l'occasion de retracer leurs habitudes de vie pour les respecter au mieux.</p>   |
| <b>Freins et obstacles rencontrés</b>                     | <p><b>FREIN</b> : le plus gros frein est l'implication des équipes. La plupart des référentes voient cela comme du travail supplémentaire et ont du mal à concilier cette tâche à leurs tâches quotidiennes.</p> <p>De plus elles ne disposent pas forcément de la formation adéquate. Par exemple certaines ne maîtrisent pas bien Netsoins. Elles ont aussi du mal à comprendre que c'est une démarche en continu.</p> <p>Parfois pour le recueil des informations elles vont reprendre l'ancien recueil et le compléter d'elles-mêmes sans consulter le résident.</p> <p>Le deuxième gros frein c'est la gestion des absences. C'est pour essayer d'y remédier que les plannings mensuels ont été mis en œuvre, mais malgré cela il y a parfois des absences de dernière minute qui ne peuvent pas être anticipées.</p> |
| <b>Pistes de progrès et perspectives d'avenir</b>         | <p>L'ensemble des PVI va être finalisé.</p> <p>Le guide du référent va être mis à jour.</p>  |

## **LA DEMARCHE DES PROJETS DE VIE INDIVIDUALISES : ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DANS LE SECTEUR DU HANDICAP ET LE SECTEUR DES PERSONNES AGEES EN HAUTS-DE-FRANCE**

De nos jours, la participation des usagers à leur prise en charge et le respect de leurs droits et libertés individuels est une priorité pour les établissements sociaux et médico-sociaux. La démarche des **Projets de Vie Individualisés** (PVI) a été instaurée dans ce cadre. Introduits par la loi 2002-2, les PVI sont basés sur les valeurs, souhaits et capacités des usagers pour contribuer au maintien voire au développement de leur autonomie, tant dans le champ du **handicap** que des **personnes âgées**. Cette démarche relativement récente ne dispose pas de règles officielles quant à la manière de la mettre en œuvre, ce qui peut faire naître certaines interrogations : quels sont les obstacles et leviers de la démarche ? Quelles sont les techniques utilisées pour sa **mise en œuvre** ? Comment les établissements peuvent-ils tirer profit des pratiques en place dans d'autres structures ?

Des entretiens semi-directifs ont été menés dans différentes structures médico-sociales des Hauts-De-France afin de cerner les difficultés rencontrées par les acteurs de la démarche, mais aussi les avantages résultant d'une mise en œuvre efficace. Ainsi, des **préconisations** ont pu être proposées, notamment l'implication de la direction autour d'une équipe pluridisciplinaire privilégiant la communication, avec pour finalité une **prise en charge personnalisée** et individualisée conciliée à une **vie en collectivité**.

Mots-clés : Projets de Vie Individualisés, Handicap, Personnes Agées, Mise en œuvre, Préconisations, Prise en charge personnalisée, Vie en collectivité.

---

## **THE INDIVIDUALISED LIFE PROJECTS: STAT OF PLAY INTO THE DISABILITY AND AGEING FIELDS IN THE HAUTS-DE-FRANCE**

Nowadays, user's participation in their care and respect of their individual rights and freedom is a priority for the social and medico-social establishments. The **Individualised Life Projects** approach has been instituted in this framework. Introduced by the 2002-2 law, the projects are based on user's values, wishes and capacities in order to contribute to the maintenance nay to the development of their self-sufficiency, both on the **disability** and **ageing** fields. This fairly recent approach does not dispose of official rules regarding to the implementation techniques, which can produce some questions: what are the approach's obstacles and leverages? What are the used techniques for its **implementation**? How the establishments can take advantage of other structures' practices?

Semi directive interviews were conducted into different medico-social structures in the Hauts-De-France in order to identify the difficulties faced by the approach's actors, and the advantages resulting from an effective implementation. Thereby, **recommendations** have been proposed, in particular the involvement of management around a multi-disciplinary team promoting communication, with the aim of an individualised and **personalised care** squared with a **community life**.

Key words: Individualised Life Projects, Disability, Ageing, Implementation, Recommendations, Personalised care, Community life.