

Université de Lille 2 Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) Master 2 Management des établissements médicosociaux, de la qualité, des risques et des flux

Mémoire de fin d'études

Conception et mise en œuvre du projet personnalisé en résidence autonomie (anciennement logement-foyer) dans le département du Nord :

Les résidences autonomie ont-elles réussi à s'approprier cet outil de la loi 2002-2 qu'est le projet personnalisé tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre ?



Monsieur WOCH Stanislas - Professeur universitaire et Responsable de la filière « Management des établissements médico-sociaux, de la qualité, des risques et des flux »

Directrice de mémoire :

Madame BOIN Albane - Directrice départementale Paris-Hauts de Seine des actions solidaires et sociales Protection Civile - Consultante en management sanitaire et social-Prospective de santé publique- Aménagement du territoire en santé

Membre professionnel:

Madame CHERFIOUI Karima - Directrice de la résidence autonomie La Marlière à Loos

Date de la soutenance :

29 septembre 2017 à 17H00

Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS 42, rue Ambroise Paré 59160 Loos





Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études.

Monsieur WOCH Stanislas, responsable de la filière « Management des établissements médico-sociaux, de la Qualité, des risques et des flux », pour la présidence du jury, pour ses enseignements, ses conseils, son encadrement dans la méthodologie d'élaboration du mémoire.

Madame BOIN Albane, Directrice départementale Paris- Hauts de Seine des actions solidaires et sociales Protection Civile et Consultante en management sanitaire et social-prospective de santé publique, Aménagement du territoire en santé, pour avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Je tiens à lui exprimer ma plus sincère gratitude pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils et surtout sa gentillesse qui m'ont permis d'avancer efficacement et sereinement.

Madame CHERFIOUI Karima, Directrice de la résidence autonomie La Marlière de Loos, pour ses précieux conseils et pour avoir accepté d'être mon troisième jury.

L'ensemble des directeurs des résidences autonomie du Nord ayant répondu à mon enquête et m'ayant accordé des entretiens, pour les informations recueillies et les échanges enrichissants sans lesquels mon mémoire n'aurait pu voir le jour.

L'ensemble des acteurs liés au projet personnalisé et aux résidences autonomie ayant accepté de m'accorder du temps pour des entretiens. Leur contribution m'a beaucoup aidée à nourrir ma réflexion.

Le personnel de la résidence La Fonderie de Douai, pour avoir partagé leurs ressentis avec moi en toute sincérité.

Madame CHABERT Chantal pour ses réponses et son aide dans ma recherche documentaire.

L'ensemble de mes proches ayant participé à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
I- CONTEXTE	3
A- LE CONTEXTE EN FRANCE ET DANS LE DEPARTEMENT DU NORD	
C- LE CONTEXTE LEGISLATIF DES RESIDENCES AUTONOMIE D- LES RESIDENCES AUTONOMIE ET LA NECESSITE D'UNE PERSONNALISATION DE	
L'ACCOMPAGNEMENTE- LE PROJET PERSONNALISE	
II- ETAT DES LIEUX DE LA CONCEPTION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PERSONNALISE DANS LES RESIDENCES AUTONOMIE DU NORD	
A- ENQUETE AUPRES DES RESIDENCES AUTONOMIE DU NORDB- LES ENTRETIENS	
III- PRECONISATIONS	36
A- LES ACTEURS CLES DE LA DEMARCHE	
B- LES TEMPS FORTS DU PROJET PERSONNALISE	
D- VERS UNE AMELIORATION CONTINUE DE LA DEMARCHE	
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLE DES MATIERES	65
TABLE DES ILLUSTRATIONS	67
TABLE DES ANNEXES (VOIR LE RAPPORT DES ANNEXES)	68

Glossaire

Acronymes

AMP Aide Médico Psychologique

ANESM Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS Agence Régionale de Santé

ASH Aide Sociale à l'Hébergement

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS Centre Communal d'Action Sociale

CLIC Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS Conseil de Vie Sociale

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPSM Etablissement Public de Santé Mentale

ETP Equivalent Temps Plein

GIR Groupe Iso Ressource

HLM Habitation à Loyer Modéré

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PP Projet Personnalisé

SAD Service A domicile

SPASAD Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile

USLD Unité de Soins de Longue Durée

Définitions

Appartement de type 1, type 1 bis, type 2 et type 3 :

- Le type 1 est un appartement individuel composé d'une pièce, hors cuisine, salle de bain et toilette dont la superficie varie entre 32 et 35 m².
- Le type 1 bis est un appartement de couple dont la superficie oscille entre 49 et 50 m² selon le logement-foyer.
- Le type 2 est composé de deux pièces, hors cuisine, salle de bain et toilette. Sa superficie est en moyenne de 45 m².
- Le type 3 est composé de trois pièces, hors cuisine, salle de bain et toilette. Ce sont généralement des maisons à surface moyenne habitable. Sa surface moyenne est de 65 m².

Ergothérapeute : A travers des activités de rééducation, l'ergothérapeute permet aux personnes souffrant de handicap de retrouver l'autonomie dont ils ont besoin notamment dans les actes de la vie quotidienne.

Evaluation externe : Evaluation de la qualité des prestations et de l'activité d'un établissement par un organisme externe habilité.

Evaluation interne: Evaluation de la qualité des prestations et de l'activité d'un établissement par les professionnels internes à l'établissement.

GIR (Groupe Iso Ressource): Le GIR représente le degré de perte d'autonomie. Il se calcule à partir de la grille AGGIR (autonomie gérontologique-groupe iso ressource) qui est constituée de 6 GIR allant de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de perte d'autonomie (GIR 6).

GMP (GIR Moyen Pondéré): Correspond au niveau moyen de dépendance des résidents de la structure et permet de percevoir des moyens en conséquence. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP est élevé.

Logigramme: Schéma décrivant en détail la succession des différentes étapes de la démarche.

Pluridisciplinaire : qui concerne des professionnels de métiers différents.

Procédure : Définit les modalités de mise en œuvre d'une pratique. Il peut exister une procédure d'accueil, d'admission, etc.

Introduction

La population française connaît une importante augmentation du taux de personnes âgées depuis 1950. Des projections réalisées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques prévoient au 1^{er} janvier 2050, si « les tendances démographiques se maintiennent, qu'un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005 ». (1)

Cela représente une part importante de la population. C'est pourquoi, il est primordial de mettre à disposition des moyens adaptés afin d'accompagner les personnes âgées dans les meilleures conditions tout en préservant leur autonomie.

C'est l'objectif des résidences autonomie anciennement logements-foyers qui représentent un lieu de transition entre le domicile et les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Ces résidences proposent un accompagnement dédié aux personnes âgées autonomes ou partiellement autonomes afin de préserver leur autonomie.

Un accompagnement adapté sous-entend la présence d'un projet personnalisé ou d'une démarche de personnalisation de l'accompagnement. En effet, introduite par la loi 2002- 2, l'obligation de mettre en place « un projet d'accueil et d'accompagnement » permet d'apporter à chaque résident une prise en charge individualisée et spécifique. (2)

Malgré l'importance de cette démarche, le constat est qu'elle n'est pas systématiquement mise en œuvre dans les résidences autonomie. Désirant mieux comprendre cette situation, Plusieurs questions se sont alors posées : En quoi cette démarche est-elle importante ? Qu'apporte-t-elle aux résidences autonomie ? Qu'en est-il dans l'ensemble des résidences autonomie du Nord ? Comment la démarche est-elle mise en œuvre ? Pourquoi n'est-elle pas mise en œuvre dans tous les établissements ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Quelles solutions pouvons-nous apporter ?

N'ayant trouvé aucune étude réalisée sur cette thématique, cela rendait le sujet d'autant plus intéressant à traiter.

Le département du Nord a été choisi comme lieu d'étude privilégié. En effet, résidant dans ce département, il y était de ce fait plus facile d'entrer en contact avec les établissements et les autorités compétentes.

⁽¹⁾ INSEE, <u>Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050</u>, Décembre 2015. Disponible sur : < https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826 > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽²⁾ Gouvernement, <u>LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale-article 7</u>, Janvier 2002. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id (Consulté la dernière fois en juillet 2017)

Ainsi, après réflexion, la problématique suivante s'est posée :

« Les résidences autonomie du département du Nord ont-elles réussi à s'approprier cet outil de la loi 2002-2 qu'est le projet personnalisé tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre ? »

Nous pouvons alors émettre trois hypothèses pour répondre à cette problématique :

<u>Hypothèse 1</u>: Les résidences autonomie du département du Nord ne se sont pas appropriées le projet personnalisé tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre. Cela peut être la conséquence d'un manque de moyens rendant impossible la mise en œuvre de la démarche et entrainant une démotivation importante des équipes. Il y a donc une réflexion à mener pour apporter des solutions adaptées.

<u>Hypothèse 2</u>: Les résidences autonomie du département du Nord se sont bien appropriées le projet personnalisé aussi bien dans sa conception que dans sa mise en œuvre. Elles disposent des moyens nécessaires et cela motive d'autant plus les équipes à s'investir dans la démarche.

<u>Hypothèse 3</u>: Les résidences autonomie du département du Nord se sont bien appropriées plusieurs éléments en lien avec le PP pour toutes ou partie d'entre elles. Cependant le manque de moyens rend difficile la conception et la mise en œuvre du PP dans de bonnes conditions. Il y a des points à améliorer en réfléchissant à des solutions adaptées.

Nous étudierons dans une première partie le contexte de l'étude qui sera réalisée dans le cadre de ce mémoire. A cette occasion, nous donnerons des éléments de définitions concernant les résidences autonomie et le projet personnalisé sans oublier de nous attarder sur les raisons de la nécessité d'une personnalisation de l'accompagnement au sein des résidences autonomie. Puis, dans une seconde partie, nous ferons un état des lieux de la conception et de la mise en œuvre du projet personnalisé dans le Nord.

Enfin dans une troisième partie, des propositions d'actions et d'outils dans le but de faciliter et d'améliorer les pratiques seront présentées.

L'objectif est de nous amener à une conclusion qui permettra de répondre à notre problématique en sélectionnant l'une des hypothèses.

Sur le plan méthodologique, afin de mener à bien cette étude, un travail de recherche bibliographique a d'abord été réalisé. Suite à cela, pour recueillir des éléments d'information concrets, un questionnaire a été diffusé en ligne auprès des directeurs de l'ensemble des résidences autonomie du Nord. Afin de développer davantage le sujet, des directeurs de résidences autonomie ainsi que différents acteurs en lien avec les résidences autonomie et le projet personnalisé ont été sollicités pour des entretiens individuels.

I- Contexte

A- Le contexte en France et dans le département du Nord

En 2015, nous constatons que les plus de 60 ans sont au nombre de 15 623 858 en France sur 63 982 078, ce qui représente 24% de la population française. Dans le département du Nord, nous avons 542 321 personnes âgées de plus de 60 ans pour un total de 2 601 153, soit 21% de la population du Nord. **(3)**

Afin d'accompagner au mieux cette population, des structures sont mises à disposition. Nous retrouvons par exemple des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), logements-foyers (aujourd'hui résidences autonomie), USLD (Unité de Soins de Longue Durée), SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile). (4)

Au 31 décembre 2015, les EHPAD occupent la place la plus importante avec 7 369 établissements en France pour 259 dans le département du Nord. Les logements-foyers (aujourd'hui appelés résidences autonomie) sont beaucoup moins nombreux avec 2298 établissements en France pour 77 dans le département du Nord. **(4)**

Aujourd'hui, si l'on se réfère au Portail national des personnes âgées, il existe 75 Résidences autonomie dans le département du Nord. En effet, nous pouvons compter 53 établissements publics et 22 établissements privés non lucratifs. **(5)**

Cela nous donne la répartition suivante :

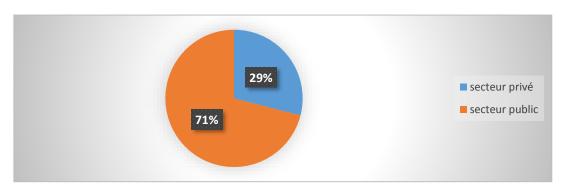


FIGURE 1: REPARTITION PUBLIC/PRIVE DES RESIDENCES AUTONOMIE DU NORD

Nous allons maintenant nous attarder sur les résidences autonomie en abordant leur histoire, des éléments de définition, leurs caractéristiques et le contexte législatif.

⁽³⁾ DREES, <u>Structure par âge de la population</u>, Janvier 2015. Disponible sur :http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/frstruct_age.asp-prov=CH-depar=CJ.htm [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽⁴⁾ DREES, <u>Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement</u>, Décembre 2015. Disponible sur :< http://drees.social-sante.gouv.fr/lMG/apps/statiss/frames/fracc-pers-agees1.asp-prov=CH-depar=CJ.htm [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽⁵⁾ Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, <u>Les résidences autonomie</u>, Mai 2017. Disponible sur :< http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-logements > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

B- Qu'est-ce qu'une résidence autonomie ?

1- Un peu d'histoire... Du logement-foyer à la résidence autonomie

Avant de prendre l'appellation de « *Résidences autonomie* » donnée par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, ces établissements étaient appelés « *Logements-foyers* ». **(6)**

Revenons sur quelques dates clés :

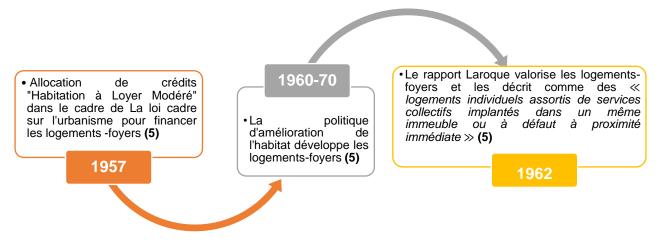


FIGURE 2: DATES CLES DE L'HISTOIRE DES LOGEMENTS-FOYERS

Nous pouvons relever en France en 2013 : « 108 920 places installées, réparties dans 2 233 logements foyers, contre 153 000 places, réparties dans 2 900 logements foyers en 2003 ». (7)

Au 31 décembre 2011, 71 580 résidents sont accueillis en logement-foyer. La grande majorité est autonome du point de vue des actes de la vie quotidienne.

Au sujet de la répartition de ces structures, nous retrouvons à l'échelle nationale près de 70% de structures publiques gérées par les Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS). Pour le reste, ce sont des établissements privés non lucratifs et lucratifs. (7)

Les logements-foyers appartiennent à la catégorie des établissements sociaux et médicosociaux d'après la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 reprise par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il existe plusieurs définitions du logement-foyer pour personnes âgées. Plusieurs définitions issues de différentes sources (Ministère des affaires du logement, loi Solidarité et Renouvellement Urbain, etc.) sont connues. Afin d'aller à l'essentiel, nous reprendrons simplement la définition courante :

⁽⁶⁾ Gouvernement, <u>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</u>, Juillet 2017. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
(7) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. MINISTERE DELEGUE CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DE L'AUTONOMIE, <u>Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes</u>, Novembre 2013. Disponible sur :< http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportHabitatCollectifPA.pdf> [Consulté la dernière fois en mars 2017]

« Le « logement-foyer pour personnes âgées », désigne communément une structure d'hébergement pour personnes âgées valides ou autonomes. Les locaux et prestations complémentaires se révèlent très variables. L'offre d'espaces collectifs peut être plus ou moins importante, la multiplicité de services également notamment en termes de restauration et de présence de jour comme de nuit. » (8)

2- Les résidences autonomie : Caractéristiques

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement attribue aux résidences autonomie une nouvelle mission de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. (6)

Nous pouvons retrouver la description détaillée des différents attraits d'une résidence autonomie sur le portail national des personnes âgées. Cette description sera en partie reprise dans la suite du développement. (5)

a- Population accueillie et conditions d'admission

Les personnes âgées autonomes de GIR (Groupe Iso Ressources) 5 et 6 représentent l'essentiel de la population accueillie. Le GIR représente le degré de perte d'autonomie de la personne, le chiffre « 1 » étant le degré de perte d'autonomie le plus élevé et le chiffre « 6 » le niveau le plus autonome. Cependant, les résidences autonomie ont la possibilité d'accueillir d'autres catégories de personnes. (9)

Type de population	Conditions	Remarques	
Personnes classées GIR 1, 2 et 3	Taux inférieur ou égal à 15 % de la capacité autorisée.	En cas de dépassement du seuil, un accueil dans un établissement adapté type EHPAD doit être proposé dans l'année.	
Personnes classées GIR 1 à 2	Taux inférieur ou égal à 10 % de la capacité autorisée.		
Personnes classées GIR 4	Signature d'une convention avec un SSIAD, un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile) ou une maison de retraite médicalisée.		
Personnes handicapées, étudiants, jeunes travailleurs	Taux inférieur ou égal 15 % de la capacité autorisée.	Dans le cadre d'un projet d'établissement intergénérationnel.	

TABLEAU 1: POPULATION ACCUEILLIE EN RESIDENCE AUTONOMIE

⁽⁵⁾ Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, <u>Les résidences autonomie</u>, Mai 2017. Disponible sur :< http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independent-et-beneficier-de-services/les-logements > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽⁶⁾ Gouvernement, <u>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</u>, Juillet 2017. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽⁸⁾ Conseil général des Pont et Chaussée, <u>Les Logements-Foyers pour personnes âgées</u>, Juillet 2002. Disponible sur :http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000226.pdf> [Consulté la dernière fois en mai 2017]

⁽⁹⁾ Gouvernement, Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, Mai 2016. Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte // Consulté la dernière fois en juillet 2017

Les personnes peuvent être accueillies seules ou en couple. (5)

Les personnes âgées doivent avoir plus de 60 ans mais dans le cas contraire une dérogation est possible. **(5)**

Tous les ans, le directeur doit pouvoir renseigner le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS), s'ils le demandent, concernant le nombre de résidents de GIR 1 à 3, et le nombre de personnes handicapées, d'étudiants et de jeunes travailleurs. (9)

Les résidences autonomie n'étant pas médicalisées, les soins des résidents sont prodigués par du personnel extérieur (médecins libéraux, SSIAD, infirmiers, aides-soignants, etc.) (5)

Le forfait soins attribué à certaines résidences autonomie par l'Agence Régionale de Santé (ARS) permet à l'établissement de disposer de paramédicaux sur place (Infirmiers, Aidessoignants). (5)

Afin d'accueillir toutes ces personnes, des logements sont mis à disposition.

b- Les logements

En ce qui concerne les différentes installations, les logements proposés sont régis par le code de la construction (9)

Nous pouvons y retrouver des logements de différentes tailles : type 1 ou type 1 bis, type 2, type 3. Des espaces collectifs sont également mis à disposition : salle de restauration, salon, espace pour l'animation, cafétéria, etc. **(5)**

c- Les prestations

Les prestations proposées en résidence autonomie sont réparties par thématique cidessous : (9)

Thématique	Prestations		
Administration	Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie et l'élaboration et le suivi du contrat de séjour		
Cadre de vie	 Mise à disposition d'un logement privatif avec la possibilité d'installer le téléphone et de recevoir la télévision Accès à un service de blanchisserie Mise à disposition et entretien des espaces collectifs Accès à internet au moins dans une partie de la résidence autonomie 		

⁽⁵⁾ Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, <u>Les résidences autonomie</u>, Mai 2017. Disponible sur :< http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-logements > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽⁹⁾ Gouvernement, <u>Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, Mai 2016. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]</u>

Alimentation	Accès à un service de restauration	
Animation	• Accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités extérieures.	
Sécurité	• Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h.	
Prévention	Accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur	

TABLEAU 2: PRESTATIONS MINIMALES EN RESIDENCE AUTONOMIE

La qualité des prestations est vérifiée lors des différentes évaluations (interne, externe) qui sont transmises au Conseil Départemental qui délivre également l'autorisation de fonctionnement des résidences autonomie. (5)

L'accès aux résidences autonomie et aux prestations qui y sont délivrées à un coût. Pour le faciliter, il existe différentes aides financières.

d- Tarifs et aides

Les résidences autonomie ayant une dimension sociale, elles pratiquent des tarifs accessibles. Les frais mensuels se composent du loyer, des charges liées à la location de l'appartement et des frais liés aux prestations. (5)

Pour les personnes souhaitant vivre en résidence autonomie, elles ont la possibilité d'accéder à des aides. Celles-ci sont détaillées ci -dessous : (5)

Aide		Conditionnée par
Allocation F d'Autonomie (APA)		Le niveau de ressource du résidentLe degré d'autonomie
Aides au logement		- Le niveau de ressource du résident
Aide Sociale à l'Héberg	, ,	 Le niveau de ressource du résident L'habilitation de la résidence autonomie à accueillir des personnes recevant l'aide sociale à l'hébergement.

TABLEAU 3: LES AIDES POSSIBLES POUR ACCEDER A UNE RESIDENCE AUTONOMIE

Ces aides peuvent se cumuler. (5)

Les usagers ne sont pas les seuls à bénéficier d'aides. Des moyens peuvent également être alloués aux résidences autonomie afin d'accompagner les résidents dans les meilleures conditions.

⁽⁵⁾ Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, <u>Les résidences autonomie</u>, Mai 2017. Disponible sur :< http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-logements > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

e- Les forfaits « soins » et « autonomie »

Nom du Forfait	Financement	Informations complémentaires	
Autonomie	Conseil Départemental	Destiné au financement des actions de prévention liées à la perte d'autonomie (entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielle, motrice et psychique, nutrition, etc.). Il permet de faire appel à des intervenants extérieurs, d'accueillir des jeunes en service civique. Les actions sont également ouvertes aux personnes âgées extérieures à la résidence. (9)	
Soins	ARS	Forfait couvrant les frais pour du personnel de soins ainsi que des actions liées à la prévention de la perte d'autonomie. Le détail des emplois accessibles avec ce forfait est consultable en annexe 1. (10)	

TABLEAU 4: LES FORFAITS EN RESIDENCE AUTONOMIE

Les moyens alloués aux résidences autonomie sont fixés lors de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

f- Le CPOM

Le CPOM est conclu entre l'établissement et le Conseil Départemental. Si l'établissement bénéficie du forfait soins, le contrat est aussi conclu avec l'ARS. (9)

Ce contrat fixe « les obligations respectives des parties signataires, notamment les engagements de la résidence autonomie à mettre en œuvre les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie définies conjointement avec le département, ou le cas échéant la métropole. ». Il prévoit également les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés. (9)

C'est lors de la signature de ce contrat que le montant du forfait autonomie est fixé. Il peut être modulé en fonction de : « l'habilitation, y compris partielle, ou non à l'aide sociale », « l'ouverture des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie » aux personnes extérieures, la mise en œuvre ou non de « mutualisations » ou de « partenariats » avec des organismes proposant des « actions de prévention de la perte d'autonomie », la réalisation ou non « d'actions de prévention de la perte d'autonomie » en lien avec le forfait soins. (9)

⁽⁹⁾ Gouvernement, Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, Mai 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

(10) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Arrêté du 27 décembre 2016 fixant le modèle de compte d'emploi du forfait soins des établissements mentionnés au IV de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, décembre 2016. Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033719458 [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

C- Le contexte législatif des résidences autonomie

1- Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Les résidences autonomie sont considérées comme des établissements sociaux et médico sociaux d'après l'Article L312-1 du code de l'action sociale et des familles. Elles sont donc soumises à la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et à ses dispositions. Cela se traduit notamment par la mise en œuvre des outils de la loi 2002 parmi lesquels nous retrouvons le « projet d'accueil et d'accompagnement ». (11)

2- Loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au Vieillissement

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement vise notamment à revaloriser le rôle de prévention de la perte d'autonomie des anciens Logements-foyers. Cela peut expliquer la nouvelle appellation : « Résidence autonomie ». L'objectif est de préserver au mieux et le plus longtemps possible les capacités physiques et mentales de la personne.

Afin de faciliter cette mission de prévention, le forfait autonomie décrit plus haut a été mis en place. Toujours dans le but de prévenir la perte d'autonomie, cette loi incite les résidences autonomie à s'ouvrir sur l'extérieur (mutualisations, partenariats, conventionnements, événements ouverts sur l'extérieur). (11)

Cette loi vise également à simplifier le travail des gestionnaires. Nous pouvons citer par exemple : « la suppression de la règle du GMP >300 et de l'obligation de transmission annuelle du GMP des résidents ». (11)

3- Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 pris en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement concernant les « résidences autonomie » a été publié au journal officiel, le 29 mai 2016. L'application du décret date du 1^{er} juillet 2016, « à l'exception des dispositions relatives aux prestations minimales proposées dans les résidences autonomie qui s'appliquent au plus tard le 1er janvier 2021 ». **(9)**

Le contenu du décret peut se décliner en 5 points :

- 1. Les prestations obligatoires
- 2. Le forfait autonomie

⁽⁹⁾ Gouvernement, Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, Mai 2016. Disponible sur :< https://www.legifrance.qouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

(11) DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS), Loi « Adaptation de la société au vieillissement » - Fiche synthétique : J'explique les mesures de la loi, s.d. Disponible sur : < http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/5. fiche dgcs resid autonomie et questions reponses.pdf > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

- 3. Les règles liées aux publics accueillis
- 4. « Les délais de préavis pour la résiliation des contrats de séjour »
- 5. « Les modalités d'entrée en vigueur » (11)

Ces cinq points sont repris en détail dans un tableau en annexe 2.

<u>D- Les résidences autonomie et la nécessité d'une</u> personnalisation de l'accompagnement

1- La loi 2002-2 et « le projet d'accueil et d'accompagnement »

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a pour objectif de développer les droits des usagers. Elle instaure notamment le droit pour la personne accueillie à une « prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. ». Si le résident ne peut exprimer sa volonté, le représentant légal doit le faire en son nom. (12)

Cela se traduit par la mise en œuvre d'un « projet d'accueil et d'accompagnement » auquel le résident participe directement ou accompagné de son représentant légal. (12)

Le résident dispose également d'autres droits que l'on peut mettre en lien avec le projet d'accueil et d'accompagnement. Nous pouvons citer : le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ainsi que la confidentialité des informations le concernant. (12)

La loi 2002-2 a instauré plusieurs outils pour favoriser le développement des droits des usagers dont la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Elle regroupe les différents droits des usagers et reprend également la notion de personnalisation de l'accompagnement. (13)

2- La charte des droits et libertés de la personne accueillie et « le droit à un accompagnement individualisé et adapté »

La notion de personnalisation de l'accompagnement apparaît dans l'article 2 de la charte qui a pour titre « droit à une prise en charge et un accompagnement adapté ». Ce dernier met en avant le droit à « un accompagnement individualisé et le plus adapté possible au besoin de la personne dans la continuité des interventions ». (13)

⁽¹¹⁾ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS), Loi « Adaptation de la société au vieillissement » - Fiche synthétique : J'explique les mesures de la loi, s.d. Disponible sur : < http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5. fiche dgcs resid autonomie et questions reponses.pdf > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽¹²⁾ Gouvernement, <u>LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale</u>, janvier 2002. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
(13) Direction Générale de l'Action Sociale, <u>Charte des droits et libertés de la personne accueillie</u>, Mai 2004. Disponible sur :< http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE A4 ACCUEIL.pdf > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

Au-delà de l'aspect légal obligeant à mettre en œuvre une personnalisation de l'accompagnement, il est également intéressant de connaître ce que ressentent les professionnels qui côtoient quotidiennement les résidents sur le terrain.

3- Et sur le terrain, qu'en pensent les équipes ?

Il s'agit ici d'illustrer par un exemple concret le contexte actuel concernant la nécessité d'un accompagnement personnalisé au sein d'une résidence autonomie. Pour cela, des échanges ont été menés auprès du personnel d'une structure privée non lucrative.

Ces entretiens ont été réalisés pour obtenir des informations qualitatives.

Dans cette résidence, le PP n'était pas encore mis en œuvre. Il était donc intéressant de recueillir les impressions des équipes, notamment sur les difficultés rencontrées à cause de cela. Ainsi, après avoir défini une liste de questions (annexe 3), l'ensemble du personnel de la résidence a été sollicité. Six agents logistiques (dont un de nuit) et une AMP (Aide Médico Psychologique) ont pu être interrogés.

Tous disent rencontrer des difficultés en lien avec le manque d'informations sur les résidents.

Ce qui revient fréquemment, c'est l'absence d'informations médicales en cas d'urgences. Nous pouvons citer : « Quand j'ai affaire aux urgences, ils me posent des questions et je ne sais pas répondre », « il faudrait un document récapitulatif de tout ce qu'ils ont », « on ne sait pas qui appeler en cas d'urgence ou s'ils ont des enfants à prévenir ».

Les professionnels sont aussi en difficulté à cause du manque d'informations sur « les envies », « les besoins », « les restrictions alimentaires », « les liens familiaux », le statut juridique (« tutelle » ou « curatelle »).

Globalement, ils pensent ne pas connaître suffisamment les résidents.

Quand il leur est demandé ce qu'ils pensent du fait de pouvoir mieux connaître les résidents, cela est vu d'un œil très positif. Selon eux, cela leur permettra « de mieux répondre aux envies », « d'être plus à l'aise », « de soulager les résidents », « de mieux cibler les animations », « de prendre du plaisir à travailler », etc.

Concernant les sujets qu'ils trouvent utiles d'aborder avec les résidents, nous retrouvons principalement la « santé », « l'alimentation », les « animations », les « souhaits » et les « besoins ». A côté, nous avons également : « La solitude », « les intervenants extérieurs », « le cadre de vie et s'ils se sentent bien », « l'hygiène », « les difficultés qu'ils peuvent rencontrer », « les croyances ».

Ils expriment tous le souhait que cette démarche soit mise en place dans l'établissement. Malgré le peu de temps dont ils disposent, ils sont tous prêts à s'investir dans ce travail de personnalisation de l'accompagnement.

Ainsi, cet exemple illustre bien la nécessité d'un accompagnement personnalisé dans cette résidence autonomie.

La personnalisation de l'accompagnement passe par la mise en place du projet personnalisé. Nous allons donc nous attarder sur cet outil.

E- Le projet personnalisé

1- Précisions terminologiques

Si la terminologie employée dans la loi 2002-2 « projet d'accueil et d'accompagnement » a l'avantage d'être commune à toutes les structures sociales et médico-sociales, elle n'est néanmoins pas très utilisée sur le terrain. (14)

Dans les établissements, les appellations varient notamment en fonction des missions de l'établissement mais surtout en fonction du ressenti des professionnels. On peut ainsi entendre par exemple « projet personnalisé d'accompagnement », « plan personnalisé », « projet d'insertion », « projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement », « projet personnel », « projet individuel », etc. (14)

Les termes qui reviennent le plus souvent sont « projet individualisé ou individuel » et « projet personnalisé (PP) ou personnel ». Cependant une vigilance est à accorder aux termes utilisés qui ont chacun une signification particulière, pour laquelle quelques précisions s'imposent. (14)

La première distinction porte sur la forme, adjectif ou participe passé ? Un adjectif qualifie le projet lui-même et signifie qu'il vient de la personne. Par contre le participe passé va exprimer l'idée d'une action réalisée par un tiers qui élabore le projet pour la personne. Nous pouvons alors affirmer qu'un projet personnel est différent d'un projet personnalisé. (14)

Distinguons maintenant les verbes utilisés « individualiser » et « personnaliser ». La mot individu (étymologiquement, « ce qui ne peut être divisé »), renvoie à la notion d'unité alors que celle de personne (du latin persona, « masque », et par extension « caractère », « rôle ») exprime plus la singularité. Ainsi les deux verbes expriment deux idées très différentes. Par exemple, un repas individualisé signifie que la portion correspond à une

unité alors qu'un repas personnalisé est adapté en adéquation avec les attentes et besoins de la personne accueillie. (14)

De cette façon, le terme « personnalisé » est plus employé lorsqu'on parle d'adapter une prestation aux particularités de la personne. (14)

Nous pouvons également distinguer ces termes à travers les connotations idéologiques. Le terme individu exprime davantage une différenciation du collectif alors que le terme « personne » exprime « *la spécificité et l'unicité »*. **(14)**

Notons que l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux) a fait le choix d'utiliser les termes « projet personnalisé » notamment pour les raisons citées précédemment. On peut en effet lire dans les recommandations « les attentes de la personne et le projet personnalisé » :

- « Le terme de « projet personnalisé » :
- témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne (et/ou de son représentant légal) ;
- englobe la question de l'individualisation. Le projet personnalisé peut s'appuyer sur des activités et prestations individuelles et/ou collectives ;
- permet d'inclure différents volets plus spécifiques dont il organise l'articulation (volet éducatif, pédagogique, de soins...);
- est déjà largement utilisé sur le terrain ;
- convient à l'ensemble du secteur social et médico-social ;
- est celui qui figure dans le cahier des charges de l'évaluation externe » (15)

Après ces précisions terminologiques, nous allons pouvoir évoquer le PP de façon plus concrète en répondant à la question : Comment le mettre en œuvre ?

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) est à l'origine de recommandations sur le PP. De plus, elle représente une référence sûre en matière de bonnes pratiques dans le secteur médico-social. Ainsi, nous allons nous attarder sur ces recommandations pour mieux comprendre les modalités de mise en œuvre du PP.

2- Le projet personnalisé selon les recommandations de l'ANESM

Dans les recommandations de l'ANESM : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », les différentes étapes sont décrites en détail avec les recommandations associées. Ainsi, nous pouvons distinguer six phases : (15)

Phase	Objectif	Recommandations
1-Les premiers contacts	Recueil d'informations sur le résident	 Créer un lien avec la personne sans être intrusif Dans un lieu favorable à l'expression et à un moment qui convient au résident Laisser le temps à la personne de s'exprimer, réfléchir et comprendre Utiliser des moyens de communication adaptés
de la partagée des - Relever les habitudes de vie		 Tenir compte de l'analyse de la personne et de son entourage Relever les habitudes de vie Favoriser la participation de chaque professionnel en lien avec le PP
construction du PP construction du PP représentant légal, les proches et l'équipe - Tenir compte des habitudes de vie et aid des points sensibles		 Reconnaître chaque personne participant à cette étape (le résident, le représentant légal, les proches et l'équipe pluridisciplinaire) Tenir compte des habitudes de vie et aider le résident à s'exprimer sur des points sensibles « Faire émerger des propositions nouvelles et encourager les essais »
4- Décision	Explication et validation du PP avec la personne accueillie	 Faire ressortir des objectifs du dialogue et les valider avec la personne Dans le cas d'une décision de justice, expliquer la situation et laisser le plus d'autonomie possible « En cas de déficit de l'offre ou d'une attente prolongée, prévoir des aménagements spécifiques » Repérer les points sensibles qui méritent une attention spécifique
5-Mise en œuvre du PP	Mise en œuvre des objectifs du PP	 « Coordonner, suivre et garantir la mise en œuvre » Pousser le résident à être acteur « Accompagner les propositions d'interruption »
6-Co- évaluation du pp	Actualisation du PP	 Déterminer une fréquence d'évaluation en fonction de la personne Mettre à disposition du résident et de ses proches les outils nécessaires pour analyser facilement la situation. S'assurer que la personne exprime ses nouvelles attentes.

TABLEAU 5: LE PP DANS LES RECOMMANDATIONS DE L'ANESM

Cette présentation du contexte a permis de poser les différentes bases nécessaires à la bonne compréhension du mémoire. En effet, les principaux termes apparaissant dans la problématique de départ ont été définis et expliqués en détail. La nécessité de la démarche de personnalisation de l'accompagnement a également été évoquée en mettant en avant le cadre légal et en donnant un exemple concret.

Afin de disposer des éléments nécessaires pour répondre à notre problématique, il s'agit maintenant de faire un état des lieux de la conception et de la mise en œuvre du PP au sein des résidences autonomie du département du Nord.

⁽¹⁵⁾ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - <u>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]

II- Etat des lieux de la conception et de la mise en œuvre du projet personnalisé dans les résidences autonomie du Nord

A- Enquête auprès des résidences autonomie du Nord

Dans cette partie de mon mémoire, il s'agit à travers une enquête réalisée auprès des directeurs des résidences autonomie du Nord de faire un état des lieux concernant la conception et la mise en œuvre du projet personnalisé. Ainsi, nous aborderons d'abord la méthodologie utilisée pour la création du questionnaire et sa diffusion. Puis, nous présenterons l'analyse des résultats obtenus.

1- Construction du questionnaire

L'objectif du questionnaire était d'identifier dans un premier temps le taux d'établissement mettant en œuvre la démarche du PP. Dans un second temps, il s'agissait de mettre en évidence les modalités ou pratiques utilisées dans la conception et la mise en œuvre du PP.

Le questionnaire a été réalisé essentiellement sur la base des recommandations de l'ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » afin de prendre en compte toutes les dimensions et toutes les étapes de la démarche. (15)

La question de la motivation des équipes autour de la démarche a également été abordée, car il apparaît évident que c'est le moteur de toute démarche.

Ainsi, le questionnaire réalisé se présente en quatre parties :

I/ Informations sur l'établissement

II/ Fédération et motivation des équipes autour du PP

III/ Recueil des données, construction, suivi et actualisation du PP

IV/ Conclusion : Pistes d'amélioration et apports de la démarche de PP

Pour faire face aux plannings chargés des directeurs, le nombre de questions a été volontairement limité afin d'obtenir le plus de réponses possibles. Le questionnaire a ainsi été retravaillé à de nombreuses reprises pour réduire le nombre de questions qui était initialement supérieur à cinquante. Cela a permis d'arriver à une trentaine de questions notamment grâce à des regroupements.

Les questions ont été formulées de façon à ne pas influencer les réponses des directeurs. En effet, le but de cette enquête était d'obtenir des informations exploitables qui traduisent la réalité du terrain.

Deux types de questions ont été utilisées :

Les questions fermées : (16)

Elles permettent de recueillir des informations de façon « simple, rapide et fiable ». La personne a simplement à choisir les réponses qui sont par la suite « directement exploitables ».

En fonction de la situation, différents types de questions existent : Question simple à un choix, question à choix multiples, question sous forme d'échelle, etc.

Les réponses proposées sont très diversifiées et proposent de nombreuses options afin de solliciter un avis plus spontané.

Pour toutes ces raisons, les questions dichotomiques et les questions à choix multiples sont très présentes au sein du questionnaire.

Cependant, il ne faut pas en abuser car elles représentent une vision simplifiée et peuvent entrainer une certaine « lassitude » chez le répondant. C'est pourquoi il est essentiel d'utiliser également des questions ouvertes.

Les questions ouvertes : (17)

Contrairement aux questions fermées, les questions ouvertes permettent de laisser « un espace de liberté » et d'expression à la personne. Les réponses sont plus détaillées permettant ainsi d'approfondir les sujets abordés.

Cependant, en grande quantité, elles peuvent devenir contraignantes et repousser les répondants. De plus, elles ne sont pas directement exploitables et nécessitent un codage à postériori. C'est pourquoi, les questions ouvertes sont bien présentes mais minoritaires dans mon questionnaire.

Le questionnaire (annexe 4) a été construit de manière à être le plus facilement accessible et compréhensible par tous. Il se voulait efficace et rapide à compléter afin de ne pas représenter une contrainte importante en termes de temps.

⁽¹⁶⁾ Questionnaire pro- Logiciel et services d'enquête en ligne, <u>Questions fermées : 6 avantages et 2 inconvénients</u>, février 2017. Disponible sur :< http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/62/questions fermées avantages et inconvenients (Consulté la dernière fois en août 2017)

⁽¹⁷⁾ Questionnaire pro-logiciel et services d'enquête en ligne, <u>questions ouvertes</u>, janvier 2016. Disponible sur :< http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/55/questions-ouvertes > [Consulté la dernière fois en août 2017]

2- Diffusion du questionnaire

L'enquête avait pour objectif de recueillir des informations sur le fonctionnement global de l'établissement concernant la démarche du PP dans les résidences autonomie du Nord. C'est pourquoi les personnes les plus appropriées pour y répondre étaient les directeurs des résidences autonomie.

Après avoir recueilli l'ensemble des coordonnées des établissements dont les adresses email, j'ai saisi mon questionnaire avec l'application « Google Forms » qui a permis de diffuser le questionnaire en ligne.

L'objectif était de recueillir assez de réponses pour que l'échantillon soit exploitable et représentatif.

Le questionnaire a été adressé à la totalité des résidences autonomie du Nord. Cela représente un total de 75 établissements avec 53 résidences publiques et 22 résidences privées non lucratives soit 71% d'établissements publics pour 29% d'établissements privés. Il a été diffusé par mail pendant deux mois (mai-juin 2017) auprès de l'ensemble des résidences du Nord au cours desquels deux relances ont été faites.

Pour motiver les professionnels à répondre, il leur a été expliqué l'intérêt de l'étude qui est de produire des propositions d'amélioration qui pourront leur profiter. Il leur a également été proposé de recevoir les résultats.

Pouvoir recevoir les résultats de l'enquête est intéressant dans la mesure où cela permettra aux directeurs de se situer par rapport aux autres établissements. Les préconisations seront quant à elles un moyen de pouvoir améliorer et faciliter leurs pratiques.

Les mails envoyés sont visibles en annexes 5, 6 et 7.

3- Analyse des résultats

L'application utilisée a permis une extraction des résultats obtenus sous forme de feuille de calcul afin d'en faciliter l'analyse.

Sur les 75 résidences autonomie du Nord, 28 ont répondu au questionnaire, ce qui représente un taux de réponses de 37.3 %.

Sur ces 28 établissements, 21 sont publics, soit 75% pour 25% d'établissements privés. La répartition « public/privé » de la totalité des répondants est très proche de celle constatée pour l'ensemble des résidences autonomie du département du Nord.

Nous allons maintenant présenter l'analyse des résultats pour les différentes parties de l'enquête.

I/ INFORMATION SUR L'ETABLISSEMENT

Les premières questions visaient à recueillir des informations d'ordre général sur l'établissement. Cela a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- ♣ Par établissement, le nombre moyen de salariés en Equivalent Temps Plein (ETP) est de 8 pour un nombre moyen de 59 résidents. Du personnel médical (aides-soignants, infirmiers, CDD, CDI) est présent dans 28,6% des établissements.
- ♣ Concernant les différents forfaits attribuables aux résidences autonomie : 42,9% disposent du forfait autonomie et 32 % du forfait soins.
- ♣ Pour ce qui est des PP, ils existent dans plus de la moitié des établissements (53.6%). Dans chaque établissement, nous avons une moyenne de 23% de PP mis à jour. Ce pourcentage pose question. C'est notamment l'objet des entretiens réalisés qui seront présentés dans la suite du mémoire.

La suite de l'analyse concerne uniquement les établissements où il existe des PP.

II/ FEDERATION ET MOTIVATION DES EQUIPES AUTOUR DU PROJET

L'objet de cette partie est de constater les différents moyens mis en œuvre pour faire adhérer le personnel à la démarche. Elle vise également à faire ressortir les difficultés rencontrées.

L'importance des fonctions de référent et de coordinateur est mentionnée dans les recommandations de l'ANESM. (15) Le référent est la personne à laquelle le résident s'adresse en priorité concernant les points en lien avec son PP. Il représente un « professionnel de terrain chargé du suivi et de la veille générale autour d'un nombre limité de projets personnalisés ». (15) Le coordinateur, quant à lui, coordonne la conception et la mise en œuvre des PP dans tout l'établissement. Il est amené à travailler avec les référents en suivant régulièrement leur travail. Ainsi, il représente le fil conducteur pour que les équipes puissent se coordonner.

Nous constatons que 67% des établissements possède des référents. Ces derniers occupent différents postes en fonction des établissements : aide-soignant (28.6%), direction (28.6%), animateur (28.6%), agents logistiques (21.4%), agent administratif (7.1%), Aide à la vie sociale (7.1%).

Pour ce qui est des coordinateurs, 28.6% des résidences ont en mis en place. Les postes qu'ils occupent sont divers : animateur (28.6%), AMP (14.3%), direction (14.3%), référent soins (14.3%), coordinatrice de gestion et animation (14.3%), cadre de vie sociale (14.3%)

♣ Des temps de réunions entre professionnels sont vivement recommandés par l'ANESM. (15) Cela permet notamment de suivre l'évolution de la démarche et de relever les difficultés rencontrées. A cette occasion, plusieurs éléments essentiels doivent être communiqués pour fédérer les équipes autour du projet (la vision, des objectifs, etc.) (14)

La communication autour du projet se fait surtout au lancement de la démarche (42.1%). Ensuite, elle peut se faire de façon mensuelle (21,1%), trimestrielle (26,3%) ou encore annuelle (21,2%). Concernant les éléments communiqués, nous retrouvons en premier lieu « les objectifs individuels/collectifs » (50%) ainsi que « le projet dans son intégralité pour le partager, l'expliquer ou encore le valider (37.5%). Puis, en second lieu, la vision du projet (12.5%), les partenaires (12.5%), la méthode (12.5%) ainsi que l'importance du PP, des échanges et du suivi (12.5%). Enfin, de façon plus rare, nous retrouvons : « les échéances » (6.3%), « les mesures à mettre en œuvre » (6.3%) et « la confidentialité des données » (6.3%).

♣ 16.7% des établissements ont constaté des réticences ou des résistances de la part du personnel dans la mise en place de la démarche du PP. Les difficultés rapportées sont surtout liées au manque de temps. On relève également la difficulté de dialogue avec certains résidents, l'aspect administratif contraignant, la difficulté de se projeter pour certains résidents.

III/ RECUEIL DES DONNEES, CONSTRUCTION, SUIVI ET ACTUALISATION

♣ Il est recommandé d'associer différentes personnes à la conception et à la mise en œuvre du PP afin de tenir compte de toutes les dimensions de la personne. Nous retrouvons : le résident et ses proches, le représentant légal, les professionnels accompagnant le résident (interne et externe), les bénévoles, etc. (15)

Dans les résidences autonomie du Nord, nous retrouvons principalement parmi les professionnels : la direction (61%), les agents logistiques (50%), les intervenants médicaux extérieurs (39%). Les équipes soignantes internes occupent une place moins importante (28%) qui s'explique notamment par le fait que de nombreuses résidences autonomie ne

⁽¹⁴⁾ LOUBAT J. R. (2013). Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale, Paris, DUNOD. 217 pp. (15) ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - <u>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco projet.pdf. > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]

sont pas dotées d'un forfait soins et ne disposent donc pas de personnel soignant en interne. Nous pouvons également retrouver les aides à la vie sociale (17%) et plus rarement le tuteur (6%), les AMP (6%), les équipes de cuisine (6%). Dans 28% des cas, l'ensemble du personnel est sollicité.

Les résidents et les familles occupent également une place importante (respectivement 50% et 39%). Le résident est considéré comme acteur de son projet dans 88% des cas.

Les objectifs du PP doivent être définis dans les six premiers mois suite à l'entrée du résident. (18)

C'est le cas pour 94% des résidences.

♣ Différentes thématiques sont généralement traitées au sein des PP. Nous avons voulu savoir en détail lesquelles sont les plus reprises par les résidences autonomie du Nord.

Nous constatons que les activités/animations, l'autonomie, l'histoire de vie et les souhaits sont traités par toutes les résidences. Nous retrouvons ensuite les relations sociales et les habitudes de vie traitées également par près de la totalité des établissements (94.4%). Les besoins (83.3%), Le cadre de vie (72.2%), l'alimentation (66.7%), la citoyenneté (61.1%), l'hygiène corporelle (55.6%), les valeurs et croyances (55.6%), les troubles du comportement (50%) occupent également une place importante. Les prestations de la résidence sont, quant à elle, traitées dans près de 40% des cas. D'autres points apparaissent très peu (vie amoureuse, etc.).

♣ Bien que les résidences autonomie soient non médicalisées, le recueil de certaines informations médicales s'avère nécessaire pour un accompagnement efficace et en toute sécurité.

En effet, nous constatons que les besoins en soins (intervenants médicaux, paramédicaux, surveillance particulière, etc.) sont repris par la majorité des résidences autonomie avec un taux de 73%. Nous avons ensuite plus de la moitié des établissements (53.3%) qui abordent l'aide à la prise de médicaments ainsi que l'aide à la gestion administrative des documents médicaux (carte vitale, mutuelle, ordonnances, etc.). Nous retrouvons ensuite le choix du lieu d'hospitalisation en cas de besoin (40%) suivi de près par le choix des directives anticipées (33%).

♣ Afin de faciliter l'expression des personnes, l'usage de support est recommandé par l'ANESM. (15)

Nous pouvons constater que près de la totalité des établissements utilisent des supports pour cette démarche. Nous retrouvons en première position les supports de recueil d'informations (grilles, questionnaires) dans 83.3% des établissements. Nous avons ensuite les supports de suivi (67%) et d'évaluation (56%). Le support de construction du PP est utilisé par un établissement sur trois.

La procédure de conception/mise en œuvre du PP existe dans 28% des établissements. Nous pouvons constater que ce support n'est pas employé dans près de trois quarts des cas. Nous pouvons alors nous interroger sur la pertinence d'un tel support et son utilité. Cela sera abordé dans les entretiens qui seront commentés dans la partie suivante.

- ♣ Pour faciliter l'expression de l'usager, il est recommandé de s'adapter à la personne en utilisant des supports spécifiques mais aussi en choisissant un moment qui convient à la personne, en lui laissant le temps pour s'exprimer, etc. (15)
- Nous pouvons constater que le choix d'un moment adapté pour l'échange (39%) avec le résident ainsi que l'utilisation de supports (28%) sont des moyens privilégiés pour faciliter l'expression de l'usager. D'autres moyens sont également utilisés dans 11% des établissements : « Le Conseil de Vie Sociale », « l'établissement d'un climat de confiance », « l'organisation de réunions ».
- ♣ Suite au recueil des données, pour une analyse partagée de la situation, il est recommandé par l'ANESM de réaliser des « réunions d'équipe » sans la personne tout en utilisant son « *expertise* ». (15)

Des réunions entre professionnels sont organisées dans 88% des cas. Lors de la réunion de construction du PP, les professionnels proposent surtout des actions pour répondre aux attentes / besoins de l'usager (46.1%). Il s'agit de « cibler les besoins et d'anticiper l'accompagnement personnalisé. ». Les objectifs sont décomposés en tâches dans 63% des cas.

♣ La fréquence de suivi peut être programmée en fonction de la situation de la personne. L'évaluation du PP, quant à elle, doit se faire au moins une fois par an. (18) Le suivi du PP se fait le plus souvent annuellement (45.5%). Il est plus rarement suivi au trimestre (12.5%), ou au semestre (6.3%). Pour 12.5% des établissements, il n'y a « pas

encore » de suivi réalisé. Pour les autres établissements, le suivi peut se faire : « Sur demande du résident ou du référent », « selon les moyens (personnel et temps) », « en fonction des GIR », « au cas par cas ».

Concernant l'évaluation du PP, elle est aussi le plus souvent réalisée annuellement (44.4%) et dans 16.7% des cas, tous les deux ans. Pour 16.7% des établissements, il n'y a pas d'évaluation/ actualisation du PP. Pour les autres, l'évaluation peut être réalisée : « au cours du suivi du PP », « selon les moyens humains et le temps ainsi que les périodes de l'année moins chargées » ou encore « en fonction des GIR ».

IV/ CONCLUSION: PISTES D'AMELIORATION ET APPORTS DE LA DEMARCHE

L'utilisation des enquêtes de satisfaction pour l'amélioration globale de la démarche est recommandée par l'ANESM. (15)

Dans 96% des cas, une enquête de satisfaction est réalisée dans l'établissement. Sur ces 96%, il y en a 67% qui tiennent compte des enquêtes de satisfaction pour améliorer la démarche du PP.

- ♣ Suite à la mise en œuvre de la démarche de PP, 82% des établissements ont constaté une amélioration du bien-être des résidents et du personnel.
- Les dernières remarques des directeurs mettent en avant le manque de moyens humains et financiers, le manque de formation des professionnels. Certains directeurs pensent ne pas avoir assez de recul car ils ne sont encore qu'au début de la démarche. Le CVS (Conseil de Vie sociale) est désigné comme un organe très utile pour le suivi de la qualité de vie des résidents.

Les résultats chiffrés et illustrés de l'enquête sont visibles en annexe 8.

4- Synthèse des résultats

Les résultats de l'enquête permettent de dresser un état des lieux concernant la conception et la mise en œuvre du PP dans les résidences autonomie du Nord. La répartition « public/privé » des résidences du Nord est proche de celle des répondants avec un taux de réponses de 75% pour le public et de 25% pour le privé.

Concernant les moyens à disposition, un établissement dispose en moyenne d'un ETP pour huit résidents. Du personnel médical est présent dans certaines résidences. Un forfait soins et un forfait autonomie permettent de soulager plusieurs résidences. Néanmoins, ces moyens sont ressentis comme insuffisants et cela peut entrainer une certaine réticence de la part du personnel.

Malgré le manque de moyens ressenti, le PP est mis en place dans plus de la moitié des établissements.

Afin de fédérer les équipes autour du projet, des référents sont mis en place dans une grande partie des établissements contrairement aux coordinateurs qui sont beaucoup moins représentés.

La communication est nécessaire au bon déroulement du projet. Elle est surtout présente au lancement puis se fait plus rare avec pour certains établissements une communication mensuelle, trimestrielle ou annuelle.

La diversité des personnes intervenant et des thématiques traitées dans la démarche est un point positif. Cela met en évidence un accompagnement global tenant compte de toutes les dimensions de la personne. Le résident est très souvent acteur de son projet et plusieurs moyens sont mis en œuvre pour favoriser son expression : choix du bon moment et du bon endroit, supports, etc. Le PP prend ainsi tout son sens puisque la personne est bien intégrée dans la démarche.

La dimension médicale reste très présente. Cela peut s'expliquer par la fragilité des personnes âgées qui vivent en résidence autonomie.

Le premier PP est rédigé dans les six premiers mois pour près de la totalité des résidences, ce qui est en accord avec les obligations légales.

Les supports sont très utilisés pour la formalisation des différentes étapes de la démarche (surtout pour le recueil d'information, le suivi et l'évaluation du projet). Les procédures et support de construction sont moins utilisés.

Des réunions spécifiques entre professionnels permettent l'analyse pluridisciplinaire des données recueillies. Cela permet de préparer la réunion de co-construction du PP dans les meilleures conditions. Cette phase est également recommandée par l'ANESM. (15)

Lors de la réunion de construction du PP, les objectifs sont décomposés en tâches dans près de deux tiers des établissements. Cela permet une meilleure compréhension et appropriation par les équipes.

Le suivi du PP doit être réalisé en amont de l'évaluation car il doit permettre de recueillir les informations nécessaires pour l'évaluer et l'actualiser correctement. Cependant, le suivi est le plus souvent réalisé annuellement au même titre que l'évaluation.

Si l'évaluation annuelle du PP est une obligation légale, elle n'est pas encore mise en œuvre par tous les établissements (55.6%). **(18)**

Un tableau synthétisant les résultats de cette enquête est visible en annexe 9.

Globalement, cette enquête met en évidence aussi bien des points positifs que des points à améliorer.

Pour mieux comprendre la situation et proposer des préconisations et outils qui soient le plus adaptés possibles aux besoins des résidences autonomie du Nord, des entretiens ont été menés en complément. C'est l'objet de la partie qui suit.

B-Les entretiens

1- Présentation générale

Une première série d'entretiens individuels a été réalisée auprès de 11 directeurs dont 8 du secteur public. Cela nous donne une représentation de 73% pour le public et de 27% pour le privé, ce qui est très proche de la répartition des résidences autonomie dans le département du Nord (71% publiques/ 29% privées).

Il s'agissait de recueillir des informations complémentaires à l'enquête réalisée. Les objectifs étaient multiples. Tout d'abord, en apprendre davantage sur les différentes pratiques mises en œuvre mais aussi réfléchir avec eux à des solutions adaptées face aux difficultés rencontrées.

Une seconde série d'entretiens a permis de recueillir le point de vue de grands acteurs en lien avec le PP et les résidences autonomie dans le Nord.

Nous retrouvons parmi ces acteurs :

Acteur	Domaine d'intervention	Fonction des personnes interrogées
Conseil Départemental	Le Conseil Départemental : -intervient dans la signature des CPOM -alloue différents forfaits à destination des résidences autonomie et des aides destinées aux personnes âgées qui souhaitent s'y installer (aide sociale à l'hébergement, APA, etc.)	
ANESM	L'ANESM a produit des recommandations en lien avec les PP et les résidences autonomie.	Chef de projet et responsable du secteur personnes âgées
ARS	L'ARS intervient dans la signature des CPOM pour les résidences autonomie bénéficiant du forfait soins. Elle alloue également les forfaits soins.	Responsable du service programmation et autorisation des structures pour personnes âgées

TABLEAU 6: LES GRANDS ACTEURS

L'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale a également été sollicitée mais n'a pas donné suite.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur le plan qualitatif, j'ai également profité de mon expérience professionnelle au sein de la Fondation Partage et Vie pour m'entretenir avec :

➤ La Responsable qualité nationale de la Fondation Partage et Vie.

Elle pilote et suit la démarche qualité au sein de l'ensemble des établissements de la Fondation qui compte plusieurs résidences autonomie. Elle conseille également les directeurs et les référents qualité sur la gestion qualité. Elle intervient dans la réalisation de procédures, d'outils et dans la mise en place de groupes de travail nationaux.

➤ Une Directrice de CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) dans le Douaisis.

Le CLIC est « centré sur l'apport d'aide en lien avec la prévention de la perte d'autonomie » comme le décrit cette dernière.

2- Méthodologie

En ce qui concerne les entretiens avec les directeurs des résidences autonomie, un questionnaire (annexe 10) a été réalisé en reprenant le même plan que la première enquête décrite dans la partie précédente. La durée annoncée de l'entretien était de 30 minutes.

Pour les acteurs en lien avec les résidences autonomie et le PP, un questionnaire différent a été réalisé et personnalisé pour chacun d'eux selon leurs domaines d'intervention. (Voir annexe 11)

Pour la programmation des entretiens avec les directeurs de résidences autonomie, la prise de contact a été faite par téléphone. Concernant les acteurs, cela s'est fait d'abord par téléphone puis par mail après avoir obtenu les adresses e-mail.

Pour les entretiens qui se sont déroulés essentiellement par appels téléphoniques, la prise de note a été réalisée sur ordinateur afin de gagner du temps dans la retranscription. En ce qui concerne les entretiens physiques (Avec la Vice-Présidente du département et la Directrice de CLIC), la prise de note a été réalisée de façon manuscrite, l'ordinateur pouvant représenter une barrière entre moi et mon interlocuteur.

Après avoir été retranscrits, les supports informatiques ont été transmis par mail pour validation et correction auprès des différents interlocuteurs de façon respective.

3- Analyse des entretiens

L'ancienneté moyenne sur le poste des directeurs ayant répondu est de 9,3 ans. Deux supports d'entretiens complétés sont visibles en annexe 12 à titre d'exemple.

En ce qui concerne les entretiens réalisés auprès des cinq acteurs mentionnés précédemment, ils sont visibles en annexe 13, 14,15, 16 et 17.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents éléments qui ont pu ressortir de ces entretiens.

a- Quelle définition (ou compréhension) du PP?

Concernant la définition que donnent **les directeurs** du PP, nous retrouvons souvent les mêmes mots clés. C'est un « recueil » des « besoins », « habitudes de vie », « envies », « attentes » du « résident ». Cela permet de « répondre au mieux » aux attentes du résident et également de construire un « projet adapté ».

Pour la Vice-Présidente du Département, « c'est mettre la personne au cœur de l'expression de ses besoins ».

Selon les recommandations de l'ANESM, « le terme « projet personnalisé » témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne (et/ou de son représentant légal) et englobe la question de l'individualisation. Il permet également d'inclure différents volets plus spécifiques dont il organise l'articulation (volet éducatif, pédagogique, de soins, ...). » (15)

Nous pouvons alors constater que le PP est bien défini par l'ensemble des directeurs puisque leurs termes sont retrouvés dans la définition de l'ANESM.

b- Quels bénéfices attendus au sein des résidences autonomie ?

Les directeurs souhaitent de façon globale que le PP apporte un « meilleur accompagnement » du résident. D'autres souhaits sont également exprimés comme « préserver l'autonomie », « revoir la politique de l'établissement et le projet d'établissement », « qu'il soit le moteur des résidents et qu'il dynamise la vie de l'établissement », « une meilleure connaissance du résident », « satisfaire la réglementation », etc.

Les directeurs ont également précisé que :

Les familles attendent pour leurs parents de la « sécurité » avec « une présence la nuit » et « une prise en charge en cas d'urgence ». Elles souhaitent également que leurs libertés soient respectées, qu'ils aient « du lien social » et que « des animations » soient proposées.

Le résident souhaite être « acteur » de son projet et se sentir en « sécurité ». Il cherche également à savoir s'il y a des « animations ».

Les attentes formulées rejoignent pour la plupart les atouts attribués au PP par les directeurs. En effet, l'atout majeur exprimé par les directeurs est de permettre de « mieux connaître le résident » et « d'apporter une réponse adaptée aux attentes et aux besoins ». Il permet ainsi une « meilleure prise en charge » ainsi que « l'épanouissement de la personne, le confort, le bien-être psychique et moral de la personne ».

Dans cette démarche « on met le résident au centre du dispositif d'accueil et on respecte la personne pour ce qu'elle a été, ce qu'elle est et ce qu'elle sera ». Ainsi le résident devient « acteur de la vie de la maison » et cela permet « une meilleure intégration du résident dans l'établissement ».

Le sentiment qui ressort également, c'est que le PP permet de « montrer qu'on s'intéresse à eux » car on considère le résident comme « une personne à part entière avec son propre projet ». De cette façon, cette démarche permet de « créer du lien avec le résident ».

c- Quel investissement des responsables d'établissement dans la démarche ?

Lorsque les PP sont mis en œuvre dans l'établissement, **le directeur** a très souvent un rôle de coordinateur. Il s'assure que le projet soit bien mis en œuvre et il le suit. En effet, il met en place des « référents » et assure la « communication auprès des familles, résidents, professionnels, tuteurs ». Pour un bon suivi, sont organisés « des rendez-vous réguliers avec les professionnels en charge du PP » au cours desquels le coordinateur transmet notamment les « informations nécessaires », les « actions pour mettre en œuvre le PP ».

d- Quels méthodes et outils ?

De nombreux directeurs utilisent une méthodologie et des outils spécifiques qui leur permettent de mettre en œuvre le PP. La plupart suivent une trame qui leur est propre.

Au sujet des méthodes utilisées, elles sont variées avec des différences mais aussi des points communs.

Pour le recueil des informations, **un directeur** de résidence dit faire un premier recueil de données (médicales, paramédicales, administratives) lors de l'admission du résident. Puis il laisse passer quelques semaines d'adaptation avant de le *rencontrer* à nouveau. Si des informations manquent, « *elles sont renseignées au fur et à mesure* ». Cette méthode est reprise par un autre directeur.

Il est également fait mention d'un « entretien de validation » du PP avec la personne accueillie ou son représentant légal, le référent ainsi que d'un « suivi pour les personnes qui rencontrent des difficultés ».

Concernant les outils ou supports utilisés, nous retrouvons :

Etape de la démarche concerné	Type de support	
Recueil d'informations	« Support histoire de vie sous forme de questionnaire »	
Construction du PP	« Support avec les objectifs »	
Suivi du PP	« Une fiche de suivi du PP (date, la problématique constatée, les objectifs, les actions mises en place, les observations du résident et/ou de la coordinatrice et l'évaluation) »	
Evaluation du PP	« Une fiche d'évaluation et après en fonction de chaque réévaluation, on a une autre fiche qui permet d'avoir une date pour la notification »	

TABLEAU 7: LES SUPPORTS UTILISES PAR LES DIRECTEURS

Un directeur se démarque avec l'utilisation d'un support très simple et unique avec une trame présentée sous la forme de trois objectifs principaux associés chacun à des critères et des indicateurs :

N°	Objectif	Critères	Indicateurs
1	« Participation »	« Participation active, sollicitée ou non active »	« Motivation, fréquence et stimulation »
2	« Socialisation »	« L'ouverture vers l'autre et l'échange »	« Communication ouverte ou pas »
3	« Satisfaction »	« Le mécontentement ou pas »	« Contentement, évolution, épanouissement »

TABLEAU 8 : UN EXEMPLE DE SUPPORT UTILISE

Diverses thématiques sont abordées lors de la conception du PP afin de mettre en avant les souhaits et les besoins des personnes. De façon générale, nous retrouvons des thématiques similaires dans les différentes résidences autonomie. Parmi elles, nous avons : « La vie sociale », « l'autonomie et la sécurité », « la santé », « l'animation », « l'histoire de vie », « les habitudes de vie », « le cadre de vie du résident », « l'alimentation », « les croyances et valeurs », « les souhaits en cas de décès ». Un tableau en annexe 18 détaille les commentaires réalisés pour chacune des thématiques.

En ce qui concerne les informations médicales, une résidence autonomie n'étant pas médicalisée, plusieurs directeurs se limitent au strict nécessaire pour assurer un accompagnement en toute sécurité. D'autres demandent des informations plus détaillées car ils estiment que cela est nécessaire pour le bien du résident et un accompagnement de qualité. Pour la sécurité du résident, en cas d'intervention des urgences, un directeur a mis

en place à leurs domiciles « une bannette avec leur dossier médical (photocopie carte vitale, mutuelle, antécédents, courriers médicaux) ». Cela permet d'avoir les informations nécessaires en cas d'urgence.

Après avoir recueilli des informations sur les diverses pratiques, nous nous sommes interrogés sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PP au sein des résidences autonomie.

d- Des difficultés qui freinent ou ralentissent la démarche

La principale difficulté qui ressort dans près de la totalité des entretiens, c'est le manque de moyens (humains, outils) et le manque de temps. Si l'on reprend les termes des **directeurs de résidences autonomie**, nous avons par exemple :

- « Le temps. On n'a pas assez de temps pour développer l'accompagnement. Il faudrait faire deux fois plus. On a une population très chronophage pour des petites choses. »
- « Le manque de temps et de moyens humains avec un ratio de 7 ETP pour 80 résidents.
 On nous en demande beaucoup. C'est justifié, mais sur le plan humain c'est compliqué à mettre en place. »

Il y a également le « *refus de coopération* » du résident se traduisant par la non atteinte des objectifs fixés dans le projet par exemple.

La Responsable Qualité parle d'un « manque d'outils » ainsi que du « problème d'organisation du temps de travail au sein des résidences autonomie ».

La Directrice de CLIC met en avant « le manque de moyens humains et financiers avec le forfait autonomie qui n'apporte qu'une aide partielle ».

La méconnaissance du PP par les professionnels, les résidents et leurs proches est aussi un frein selon les directeurs. La Vice-Présidente du département du Nord et La Responsable Qualité soulignent particulièrement le « manque de formation des personnes référentes » ou encore « les formations professionnelles qui n'ont pas changé » depuis plusieurs années.

La Responsable du service programmation et autorisation des structures pour personnes âgées à L'ARS dit qu'il faut « les compétences nécessaires ».

Certains directeurs ressentent également des difficultés liées à la différence de vision ou de perception qu'ont les professionnels et les résidents.

Face à ces difficultés, il est nécessaire de mener une réflexion pour trouver des solutions.

e- Réflexion autour de pistes d'amélioration

Face au manque de moyens ressenti : Quelles solutions ?

Face au manque de personnel ressenti dans la mise en place de la démarche, plusieurs solutions sont proposées par les **directeurs des résidences autonomie** :

- -Se faire aider par les « partenaires extérieurs qui ont gravité autour de la personne en créant du lien et essayer d'avoir un maximum d'informations des partenaires sociaux sur les résidents pour que l'on puisse faire les choses plus facilement. » ;
- -Solliciter les « bénévoles pour venir aider » même « quelques heures par semaine » ;
- -Faire appel à des services civiques et des stagiaires « même s'il est dérangeant qu'ils ne restent qu'un temps très court » ;
- -Faire remplir les documents de recueil par les familles lors de l'admission du résident.

Toutes ces solutions ont l'avantage d'être peu onéreuses et d'apporter une aide humaine conséquente pour la résidence.

La Directrice de CLIC et la Responsable Qualité vont dans le même sens puisqu'elles pensent qu'il faut « associer les bénévoles, les intervenants extérieurs, les stagiaires, les contrats aidés et les familles »

Le CPOM est pour la **Vice-Présidente du Conseil Départemental** « une bonne réponse aux difficultés » car il permet de « revisiter la gestion, l'organisation, et d'aller chercher les moyens » en « mutualisant » les ressources par exemple.

Selon la **Chef de projet du secteur personnes âgées de L'ANESM**, les recommandations de l'ANESM « laissent beaucoup de libertés aux directeurs d'établissement pour qu'ils puissent adapter les recommandations à leurs besoins ».

Afin de mener au mieux la démarche, différents acteurs peuvent être amenés à intervenir.

Des acteurs clés

Le personnel : Comment cultiver sa motivation ?

Plusieurs méthodes sont employées par les directeurs pour motiver le personnel.

La communication est le point le plus mis en avant. En effet, les directeurs disent « expliquer ce qu'est le PP » pour « donner du sens », cela afin de « sensibiliser » les équipes. Il est important que « les équipes soient bien informées et qu'elles soient à l'aise avec le PP pour que le résident lui-même puisse se sentir à l'aise ».

Les « réunions » sont souvent utilisées pour communiquer auprès du personnel et les mobiliser autour du projet. Nous pouvons relever des « réunions de suivi » ou encore des « réunions où l'on explique le projet ».

Il est aussi souligné l'importance « d'impliquer » les équipes en les faisant « participer au projet » et à son « écriture ». Pour cela, il y a notamment le système de référent qui est utilisé.

D'autres méthodes se distinguent comme la réalisation de binômes « agent technique » / « aide-soignant ». Selon une Directrice, cela motive beaucoup ses équipes.

Un directeur résume cela en disant « avant de faire des projets pédagogiques, il faut faire de la pédagogie de projet ».

La Responsable Qualité appuie cela en insistant sur l'importance de « La communication et l'intégration de l'ensemble de l'équipe. Rappeler les objectifs du projet, son utilité, ses effets. Accompagner dans la méthode et donner à chacun son rôle. ».

La Directrice de CLIC ajoute qu'il faut un « suivi régulier », « rechercher l'adhésion en associant les équipes » et insiste surtout sur « l'ouverture sur l'extérieur pour motiver les équipes ».

Le coordinateur et les référents : Quelle utilité ?

Si l'on reprend les termes des **directeurs**, le coordinateur est la personne qui « coordonne » et s'assure de la « *bonne mise en œuvre* » de la démarche. Plusieurs missions lui sont attribuées comme « la *communication* », « le *suivi du travail réalisé* », « la *validation* », « *l'aide* » des équipes. Il « gère aussi les équipes impliquées » et « fait circuler l'information ».

Ainsi, le coordinateur est vu comme le « fil conducteur » de la démarche. Ce rôle est souvent attribué au directeur de la structure.

Au sujet du référent, il est plus vu sur le « terrain » où il « met en œuvre » la démarche et « transmet les résultats au coordinateur ».

La Responsable Qualité précise que « les référents suivent deux à trois résidents ». Compte tenu du manque de personnel ressenti en résidence autonomie, cette dernière propose l'idée d'une « coréférence avec un intervenant extérieur, un bénévole, la famille ».

Quelle place pour les intervenants professionnels extérieurs ?

Les réponses sont ici partagées.

Près d'un tiers des directeurs font participer les intervenants extérieurs. Plusieurs méthodes sont utilisées. Nous pouvons citer comme exemple :

- Faire « valider et prescrire » l'interventions des professionnels extérieurs par le médecin traitant ;
- Une prise de contact avec les professionnels extérieurs (infirmiers, kinésithérapeutes) pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques ;
- Des « réunions de synthèse » sont organisées ;
- Les professionnels extérieurs sont sollicités « pour la mise en œuvre du PP » mais « pas pour les réunions ».

Concernant les professionnels extérieurs, nous retrouvons : « les aides à domicile », « les kinésithérapeutes », « les infirmiers libéraux », « les orthophonistes », « le SSIAD », « l'équipe mobile de géronto-psychologie de l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) », etc.

Près d'un tiers des directeurs ne font pas appel aux intervenants extérieurs mais trouvent que c'est une bonne idée et aimeraient le faire. Ils représentent, selon eux, une « source d'informations intéressante » et permettraient « d'avoir une vision médicale » pour les intervenants médicaux. Certains se posent la question de « comment les faire intervenir ? ».

A ce sujet, **la Responsable Qualité** préconise la réalisation de « *flyers* » pour sensibiliser les intervenants extérieurs à participer au PP.

Pour le tiers des directeurs restant, ils sont plutôt contre. Plusieurs raisons sont avancées dont le manque de temps chez les intervenants extérieurs qui entraine un refus d'implication de leur part.

L'aspect médical est rejeté par **certains directeurs** qui ne voient pas l'utilité en résidence autonomie. Je cite : « *Non, je ne trouve pas ça utile. Je ne veux pas tomber dans un EHPAD Bis* ».

Un directeur ne souhaite pas les intégrer car il trouve déjà « *compliqué* » que son « *personnel s'approprie l'outil* ».

Compte tenu du manque de moyens en personnel ressenti, Il faut « *s'appuyer sur un référent externe (bénévoles, famille, etc.) pour le recueil* » selon la **Directrice de CLIC**.

Si les hommes sont indispensables pour mener à bien le projet, une méthodologie s'avère également nécessaire.

Quelle méthodologie adopter ?

> Quelle stratégie de recueil ?

Lorsque nous posons la question aux directeurs, les supports papiers sont largement préférés aux autres supports. Cela est plus pratique pour eux car ils y sont souvent habitués ou le manque de moyens les contraint à continuer dans ce sens. Nous pouvons relever par exemple : « Je n'ai pas les moyens d'avoir des ordinateurs à disposition donc elles font tout à la main », « Le papier, c'est moins cher ». L'absence de « formation » du personnel aux outils informatiques est également vue comme une contrainte.

Certains voient des avantages à travailler avec un support informatique. Cela « faciliterait le travail avec les équipes » et permettrait de « reporter toutes les informations en temps réel ». Le souhait d'avoir « un logiciel permettant de donner les axes de progrès » est formulé.

Un directeur se démarque car il utilise déjà l'outil « Excel » pour rentrer les données. Un autre directeur opte plutôt pour la « communication orale » et des « annotations si nécessaire ».

Pour la **Responsable Qualité**, il est nécessaire d'avoir un outil « facile, accessible et modifiable en temps réel ».

Le but des supports étant de recueillir des informations sur le résident, il est intéressant de mener une réflexion sur les points à aborder. Quelles thématiques sont essentielles ou prioritaires ? C'est la question qui a été posée aux **directeurs d'établissement**.

Ci-dessous un tableau synthétisant les réponses obtenues :

N°	Thématiques par ordre de priorité	Commentaires tirés des entretiens
1	Animation	Elle représente « la raison pour laquelle les résidents rentrent ». Il est question des « animations individuelles et collectives ».
2	L'autonomie et la prévention	Cela comprend « la préservation de leur autonomie (sortir du foyer, comment rompre l'isolement) », « la mobilisation », « le maintien de l'autonomie grâce aux activités de gymnastique, de promenade, de prévention des chutes ».
3	L'alimentation	La restauration est très importante car « très peu cuisinent ».
4	L'histoire de vie	Elle permet de « mieux connaître le résident, leurs envies avant l'entrée, leurs parcours de vie, ce qui influence leur comportement au sein de l'établissement ».
5	Le lien social, les moyens de communication	Cela permet de définir un projet « pour être en lien avec la collectivité et bien avec les autres ».
6	La santé	Elle est abordée à travers différentes thématiques comme « l'addiction à l'alcool », « l'hygiène corporelle », « le suivi des actes médicaux de base (dentiste, etc.) », « la qualité de leur sommeil ».
7	L'intérieur du résident	Il s'agit par exemple de « comment agencer et comment faire en sorte qu'il se sente bien chez lui ».
8	Le devenir, l'après et la notion de fin de vie, Les habitudes de vie, la sécurité	Thématiques plus rarement abordées. Pour la fin de vie, il est notamment question de « respecter sa fin de vie et ses rites ».

TABLEAU 9: LES THEMATIQUES TRAITEES EN PRIORITE

Pour la Vice-Présidente du département, les sujets les plus importants sont « la prévention santé », « la mobilité », « l'accessibilité », « l'alimentation » et « le lien social ».

La Chef de projet secteur personnes âgées de l'ANESM pense que deux thématiques suffisent pour travailler avec la personne : « le parcours de vie qui reprend l'histoire de vie et la singularité de la personne » et les « habitudes de vie qui reprennent entre autres les croyances, le lieu de naissance, avec un accent particulier sur les passions, les moments positifs ».

Procédure : pour ou contre ?

Pour près de la moitié des directeurs, la mise à disposition d'une procédure est bien perçue et est vue comme une aide. Cela permet, selon eux, « d'avoir les mêmes informations et de travailler à partir d'une même méthodologie. », d'avoir un « guide » pour « pouvoir élaborer correctement le PP ».

Cependant, il est bien rappelé que la procédure seule ne suffit pas. Il faut « d'abord sensibiliser puis formaliser ensuite ».

Au contraire, **l'autre moitié** n'est pas vraiment optimiste à l'idée de mettre en place une procédure. Certains sont dérangés par le terme « *procédure* », d'autres par le nombre important de procédures qui s'accumulent dans leurs structures. Ils ne sont pas forcément contre un document explicatif mais ils souhaitent plutôt un document simple et léger. Les termes « *trame* », « *canevas* » sont mentionnés comme des meilleures alternatives.

<u>4- Synthèse : Comparaison de l'analyse des entretiens avec les résultats</u> de la première enquête

Sujet traité	Les points communs avec l'enquête	Les informations complémentaires
Informations générales	• Sur l'ensemble des réponses obtenues, répartition public/privé proche de celle constatée pour la totalité des résidences autonomie du département du Nord.	« résident ». Cela permet de « répondre au mieux » aux attentes du résident et également de construire un « projet adapté » pour le résident. • Bénéfices du PP attendus : « un meilleur

Coordinateur /référent	• Le directeur a très souvent un rôle de coordinateur.	• Intérêt du coordinateur et des référents : -Le coordinateur s'assure de la « bonne mise en œuvre » de la démarche. Plusieurs missions lui sont attribuées comme la « communication », le « suivi du travail réalisé » de la démarche, la « validation », « l'aide » des équipes. Il « gère aussi les équipes impliquées » et « fait circuler l'information »Le référent est plus vu sur le « terrain » où il « met en place » la démarche et « transmet les résultats au coordinateur ».
Difficultés rencontrées	Manque de moyens et de temps	Manque de formation
Support e thématiques traitées	Utilisation de supports de recueil, de construction, de suivi et d'évaluation Thématique par ordre de priorité: Animation, autonomie et prévention, alimentation, histoire de vie, lien social, santé, l'intérieur du résident, notion de fin de vie, habitudes de vie, sécurité	· '
Intervenants extérieurs	1/3 des directeurs les font intervenir	• 1/3 envisagent de les faire intervenir et 1/3 trouvent cela inutile ou irréalisable.
	Le PP permet d'assurer le bien-être de la personne.	

TABLEAU 10: COMPARAISON ENQUETE EN LIGNE / ENTRETIENS

A l'issu de cette analyse comparative, nous constatons qu'il y a plusieurs points communs dans les informations qui ressortent de l'enquête en ligne et des entretiens. Cependant, de nombreuses informations complémentaires très intéressantes viennent également s'ajouter lors des entretiens et enrichir notre recueil d'informations. Parmi celles-ci, nous retrouvons notamment de nombreuses suggestions d'améliorations qui serviront dans l'élaboration de préconisations dans le cadre de ce mémoire.

Ainsi, suite au travail de recherche et à l'état des lieux réalisé sur le terrain, la partie qui suit a pour objet de proposer des recommandations pour améliorer, faciliter, voire alléger les pratiques autour de la démarche du PP au sein des résidences autonomie du Nord.

III- Préconisations

A- Les acteurs clés de la démarche

1- La direction : Véritable moteur de la démarche

La direction représente pour tout établissement le cadre de référence. Elle gère l'ensemble de la structure dans sa globalité et impulse les différents projets.

La Directrice du CLIC insiste d'ailleurs sur ce point : « Un des moteurs de l'animation de la démarche, c'est le directeur. S'il n'est pas engagé et ne motive pas ses équipes, ça peut vite tomber à l'eau ».

a- La communication

Moins de la moitié des directeurs communiquent avec leurs équipes au lancement de la démarche. Au cours de la mise en œuvre, un quart des directeurs communiquent de façon trimestrielle et un directeur sur cinq tous les ans ou tous les mois.

Les éléments communiqués sont variables. Nous retrouvons surtout les « objectifs individuels et collectifs », « le projet dans son intégralité » pour être « partagé », « expliqué », « validé ». Plus rarement, nous relevons « la vision », « la méthodologie », etc.

Que peut apporter la communication ? Que faut-il communiquer ? Comment ? C'est à ces trois questions que nous allons tenter de répondre.

La communication auprès des équipes est un maillon essentiel au bon déroulement de la démarche.

Dans un premier temps, il faut définir ce qu'est le PP et surtout transmettre au personnel la vision du projet. Il faut toujours se rappeler que nous travaillons avec des personnes dotées d'une sensibilité. C'est pourquoi il faut donner du sens au projet.

Que va apporter au final la mise en œuvre de cette démarche ? Pourquoi devraient-ils s'investir dans ce projet ? Nous pouvons imaginer, par exemple comme réponse : « La conception et la mise en œuvre du PP vont permettre au résident de s'épanouir pleinement en tant qu'individu, et vous allez contribuer directement à son bonheur ».

L'être humain a besoin de se sentir utile et de réaliser de grandes choses. L'absence de vision porteuse entraine un désinvestissement de la part des salariés qui se contentent alors d'assurer « le service minimum ». (19)

Une fois que le projet est bien compris de tous, il faut dans un second temps communiquer des objectifs individuels et collectifs. Les professionnels ont besoin d'avoir des points de repère et un cadre stimulant pour avancer de manière efficace. (19)

Pour être efficace, ces objectifs doivent être Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporels. C'est la méthode SMART qui permet de favoriser leur atteinte de façon efficace. L'idéal est de présenter les objectifs sous la forme d'un plan d'actions avec pour chaque action : un responsable, une échéance, un indicateur.

Par exemple nous pouvons avoir comme objectif collectif : « La réalisation de cinq projets personnalisés par mois » et comme objectifs individuels : « la réalisation de l'entretien de recueil pour trois résidents d'ici la fin du mois ».

Tout au long de la démarche, le responsable d'établissement fait régulièrement le point avec ses équipes et suit l'avancée du travail ainsi que l'atteinte ou non des objectifs fixés. Il est à l'écoute de ses équipes et révise les objectifs si besoin. Cela peut se faire notamment à travers des réunions. Cependant, ces réunions ne doivent pas être perçues comme une perte de temps ni être trop nombreuses.

Ces réunions doivent permettre de communiquer avec l'ensemble des équipes sur la démarche. En effet, tout le monde est concerné par le bien être des résidents qui passe notamment par le PP. C'est également l'occasion de valider ou de revoir des objectifs de travail, de faire des retours d'expérience, d'échanger pour faire remonter les difficultés afin de pouvoir organiser au mieux l'accompagnement des équipes. Au lancement de la démarche, les réunions ne doivent pas être trop espacées (toutes les deux semaines par exemple) afin de bien impulser la démarche et d'accompagner au mieux les équipes en leur donnant tous les éléments nécessaires (explications, méthodologie, supports, objectifs, etc.). Au fur et à mesure que les équipes vont s'approprier la démarche, les réunions vont pouvoir être espacées.

Pour la bonne tenue de ces réunions, la personne qui anime la réunion (référent, coordinateur, etc.) devra veiller au respect des bonnes pratiques : diffusion et respect d'un ordre du jour, respect des horaires, expression de tous, rédaction et diffusion d'un compte rendu, etc.

Le directeur communique tout au long du projet les informations nécessaires à son bon déroulement. Par exemple, des échanges importants avec les proches d'un résident ayant des répercussions sur le PP de ce dernier.

Il organise également la communication avec les résidents, leurs proches et les intervenants extérieurs en donnant des consignes claires au personnel et en mettant à disposition les outils nécessaires. Par exemple, un petit livret explicatif sur le PP peut être réalisé. Je vous propose un exemple de livret que j'ai réalisé en annexe 19.

b- La motivation des équipes

La conception et la mise en œuvre du PP dans l'établissement nécessitent une implication importante de l'ensemble des professionnels.

Pour obtenir leur adhésion, il est important de les motiver en permanence. En effet, la motivation a de nombreux impacts positifs sur les professionnels. Elle leur apporte :

- « -De la confiance dans leurs propres capacités, de l'optimisme
- -Une capacité à évoluer
- -Un dynamisme et une recherche d'efficacité
- -Un esprit d'initiative et de la créativité
- -De la résistance au stress lié à la quantité de travail » (19)

Quelles sont les clés pour motiver les équipes ? C'est ce que nous allons développer dans cette sous-partie.

La motivation passe avant tout par une bonne communication comme cela a été décrit précédemment. Cela est d'ailleurs mis en pratique sur le terrain par plusieurs directeurs, ce qui est très positif.

Il est également important de s'intéresser aux salariés en leur demandant ce qu'ils aiment dans leur quotidien sur l'établissement mais aussi à l'extérieur, ce qui les motive dans leur travail. Cela les valorise et permet aussi d'en apprendre plus sur eux afin de les solliciter sur des accompagnements en accord avec leurs préférences. Par exemple si un professionnel aime chanter et que des résidents formulent le désir de participer à une animation « chant », il pourra animer une chorale au sein de la résidence.

Leur témoigner de la confiance en leur déléguant des responsabilités sera aussi une source de motivation pour eux. Pour exemple, le rôle de référent ou de coordinateur donne plusieurs responsabilités aux professionnels (coordination, suivi, etc.).

Il est essentiel pour une personne qui s'investit dans un projet de savoir que ses efforts ne sont pas vains. C'est pourquoi, il faut communiquer les résultats positifs (retours informels, enquête de satisfaction, etc.) du travail réalisé. Cela les encouragera à poursuivre dans ce sens. Les points à améliorer doivent également être communiqués de façon constructive afin de permettre une amélioration des pratiques.

La motivation est également favorisée par l'esprit d'équipe. C'est pourquoi, il faut promouvoir les actions qui renforcent la cohésion du groupe (animations réservées au personnel, repas du personnel, ...). (19)

Le management participatif consiste à renforcer l'implication des équipes dans la démarche en les faisant participer notamment aux prises de décision. Dans le cadre du PP, il sera intéressant de les investir dans l'élaboration des objectifs de travail, des supports de recueil, etc. Cela permettra de faciliter l'adhésion des professionnels au projet.

c- L'allocation des moyens nécessaires

Pour le bon déroulement de la démarche, le directeur alloue les moyens nécessaires à ses équipes. Ainsi, il met à disposition :

❖ Une formation

La formation permettra aux équipes de s'imprégner et d'être à l'aise avec la démarche.

La Vice-présidente du département soulève l'importance de cette ressource : « Il sera absolument nécessaire de passer par la formation du personnel. Sinon on aura du mal à mettre le projet personnalisé en place ».

Pour diminuer les dépenses, il est préférable, d'envisager des formations par démultiplication. Ainsi, il suffit qu'il y ait une personne qui assiste à une formation pour ensuite revenir former ses collègues.

Si la formation est impossible, nous pouvons également envisager une sensibilisation. Pour cela, une personne ressource se chargera d'expliquer clairement la démarche auprès des équipes.

Afin que les équipes soient à l'écoute et prennent la démarche au sérieux, il apparaît important que la personne réalisant la formation ou la sensibilisation ait les compétences nécessaires pour transmettre au mieux la démarche.

Le temps nécessaire aux tâches confiées

Il est nécessaire d'organiser avec les salariés le temps de travail en dédiant le temps qu'il faut pour atteindre les objectifs fixés. Pour cela, le directeur répartit les tâches et s'assure de la faisabilité de ces dernières.

La Responsable Qualité souligne « l'organisation du temps de travail » comme l'une des difficultés en résidence autonomie.

Les moyens matériels, humains et financiers

Le directeur veille à mettre à disposition des équipes les outils de travail nécessaires : supports, fournitures, locaux de travail adaptés, etc.

Il réfléchit également à des aides supplémentaires pour alléger le travail des équipes (stagiaires, bénévoles, familles, intervenants extérieurs, etc.)

La Vice-Présidente du département, met en avant le rôle important du Contrat Pluriannuel d'objectifs et de Moyens qui après négociation permet de « revisiter la gestion, l'organisation et d'aller chercher des moyens ». Il revient donc à la direction la tâche de négocier ce CPOM afin d'obtenir les moyens nécessaires à la bonne mise en œuvre de la démarche.

Compte tenu du manque de moyens ressenti, il apparaît également nécessaire d'envisager la mutualisation avec d'autres structures de locaux, de matériels, de personnel, etc. Cela peut être une solution pour diminuer les coûts. Par exemple, il est possible de mutualiser : un responsable qualité, un animateur, du matériel d'animation (jeux de société, déguisements, décorations, etc.), etc.

2- Un regard pluridisciplinaire

Les équipes internes à l'établissement jouent un rôle essentiel dans la démarche. Elles participent directement à la conception et à la mise en œuvre du PP.

Il est important que ces dernières tissent un lien de confiance avec les résidents pour obtenir leur coopération et les amener à se dévoiler progressivement. Cette proximité avec les résidents permettra de recueillir petit à petit les informations nécessaires au bon accompagnement du résident notamment à travers l'ajustement des prestations.

Dans une résidence autonomie, les résidents font appel à des intervenants extérieurs pour le ménage, les soins, etc. et sont ainsi accompagnés par des aides à domiciles, aidessoignants, infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc. Il est indispensable de pouvoir associer ces intervenants extérieurs au PP. Ce sont des

personnes ressources qui apporteront un regard différent et des informations précieuses qui permettront d'adapter au mieux le PP.

Face au manque d'effectif ressenti, ils représentent également une aide non négligeable dans la mise en œuvre de la démarche.

Pour les intervenants issus de SSIAD, ils ont également l'obligation de réaliser un PP pour leur patient. Ils seront donc plus investis et prendront part à l'élaboration du projet.

Il est également intéressant de porter à la connaissance des intervenants médicaux extérieurs le contenu du PP insiste **la Directrice du CLIC**. Cela « évitera par exemple qu'un résident rate son activité préférée à cause d'un rendez-vous médical non urgent. » nous indique-t-elle.

Pour les sensibiliser à s'investir et leur expliquer la nature de la démarche, un petit livret pourra leur être transmis. C'est ce que propose la Responsable Qualité: « une communication avec des flyers par exemple ». A titre d'exemple, je vous propose un livret que j'ai réalisé visible en annexe 19. Bien sûr, cet outil ne se substitue pas à la communication orale qui doit être priorisée en interpellant les professionnels, ou en les sollicitant pour des réunions par exemple. Des mails et courriers peuvent également être échangés.

3- Un soutien non négligeable

Aucune aide supplémentaire n'est à négliger compte tenu de la charge de travail importante ressentie par les professionnels. C'est pourquoi il faut aller puiser toutes les ressources humaines.

Les familles et proches du résident ont un rôle important à jouer. Ils connaissent bien le résident et sont attachés à lui. C'est pourquoi, il faut les convaincre et les pousser à s'investir dans la démarche. Le livret présenté en annexe 19 peut leur être communiqué pour les sensibiliser. Une communication sur le PP auprès des représentants des familles lors du CVS permettra également d'obtenir leur adhésion.

Les bénévoles et les stagiaires peuvent également être sollicités pour la mise en œuvre des objectifs. Par exemple, pour l'accompagnement d'un résident qui a pour objectif de marcher 20 minutes par jour.

Des bénévoles sont présents notamment au niveau des « CCAS, centres sociaux, associations » comme nous l'indique la **Directrice de CLIC.**

Pour encadrer la présence des bénévoles dans l'établissement, la rédaction d'une charte du bénévole est nécessaire. Cette charte devra être signée par chaque bénévole et préciser notamment les obligations à respecter (confidentialité, respect de la vie privée, etc.) dans le but de protéger la personne accueillie.

4- Le rôle de coordinateur

Le coordinateur « assure la coordination du projet et du parcours personnalisé des bénéficiaires accueillis au sein de l'entité professionnelle de laquelle il dépend, conformément au projet de cette entité ». (14)

Il représente « l'interlocuteur privilégié des parties prenantes, veille au bon déroulement des différentes étapes du PP et à la cohérence des interventions ». (15)

Il veille à associer au projet les professionnels extérieurs intervenant chez les résidents, ou ne participant pas aux réunions liées au projet personnalisé. (15)

En cas de survenu d'un événement (hospitalisation, chute, etc.) pouvant avoir des conséquences sur le PP, le coordinateur organise un échange avec le résident (et son représentant légal) pour évaluer les répercussions sur le PP. (15)

Cette fonction est particulièrement importante et n'existe que dans 29% des résidences autonomie du Nord mettant en œuvre la démarche. Elle doit être davantage exploitée afin d'optimiser la conduite de la démarche.

Elle n'est pas forcément attribuée à la direction. Ce rôle peut être assuré par un AMP, un animateur, un aide-soignant, un infirmier, etc. Il faut cependant veiller à ce que la personne soit formée au préalable.

Il peut être intéressant d'avoir plus d'un coordinateur, particulièrement lorsqu'il y a un grand de nombre de résidents accueillis afin que les tâches puissent être partagées et réalisées dans les meilleures conditions. La charge de travail ressentie s'en retrouvera diminuée.

Peu importe la fonction du coordinateur, celui-ci doit avoir un lien privilégié avec le directeur de l'établissement. En effet, le directeur veille à la bonne gestion de son établissement et la gestion du PP fait également partie de ses attributions.

Comme cela a pu être développé précédemment, il a un rôle essentiel dans la démarche. Il communique régulièrement avec ses équipes, les motive et suit l'évolution du projet. Il alloue également les moyens nécessaires au bon déroulement de la démarche (temps, formations,

⁽¹⁴⁾ LOUBAT J. R. (2013). <u>Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale</u>, Paris, DUNOD. 217 pp. (15) ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - <u>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco projet.pdf > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]

locaux, ...). Ainsi, le responsable d'établissement doit entretenir un lien fort avec le(s) coordinateur(s). Il suit le travail réalisé mais il doit aussi le(s) guider, le(s) soutenir, le(s) motiver. Cette relation doit être basée sur une confiance mutuelle.

5- Le rôle de référent

Le terme de « référent » est souvent employé pour désigner les professionnels de terrain chargés du suivi et de la veille générale autour d'un nombre limité de projets personnalisés. Les référents travaillent en étroite collaboration avec les coordinateurs et le responsable de l'établissement qui leur montrent la direction à suivre. Ils participent à la conception du PP mais aussi à sa mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de ce dernier. Ils interviennent également dans les prises de décisions et ont un rôle majeur de par leur proximité avec les résidents. (15)

Parmi les résidences autonomie du Nord mettant en œuvre le PP, 67% ont mis en place des référents. Cela est très positif et nous montre qu'il est possible d'avoir des référents malgré le manque d'effectifs ressenti.

Afin d'alléger le travail à réaliser, il serait intéressant de créer un système de « coréférence » entre les professionnels internes et les intervenants extérieurs comme le propose la Responsable Qualité. Cela leur apportera un soutien non négligeable et un regard différent intéressant. Par exemple, si une aide à domicile passe du temps chez trois résidents, elle pourra être leur référente externe si elle l'accepte. Elle apportera ainsi son soutien au référent interne dans le recueil des données, le suivi, la mise en œuvre des objectifs du PP, etc.

B- Les temps forts du projet personnalisé

1- Vers une stratégie de recueil

a- Le choix des éléments à recueillir

Suite aux investigations menées sur le terrain, nous avons pu constater que les thématiques considérées comme prioritaires sont les activités/animations, l'autonomie, l'histoire de vie, les souhaits et les besoins, les relations sociales et les habitudes de vie

Le cadre de vie, l'alimentation, la citoyenneté, l'hygiène corporelle, les valeurs et croyances, les troubles du comportement, occupent également une place importante. Les informations médicales sont également largement traitées.

(15) ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - <u>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco projet.pdf > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]

Après, cette analyse, que pouvons-nous proposer aux résidences autonomie pour optimiser le recueil des informations en lien avec le PP ?

Tout d'abord, avant de réaliser des supports de recueil, il est important de savoir ce que l'on souhaite recueillir exactement et dans quel but.

Nous pouvons lire dans les recommandations de l'ANESM sur les PP : « Le recueil d'informations doit permettre aux professionnels de disposer des informations nécessaires à l'ajustement des prestations et de l'accompagnement » (15)

Il s'agit donc de lister les prestations d'une résidence autonomie et de recueillir des informations en lien avec chacune d'elles. Si l'on reprend les prestations (annexe 2), cela permet de mettre en évidence différentes thématiques en lien avec les prestations. En effet, nous retrouvons : la gestion administrative du séjour, le cadre de vie, la prévention de la perte d'autonomie, l'alimentation, la sécurité et l'animation qui peut également inclure le lien social.

La gestion administrative n'étant pas vraiment personnalisable, il n'y a pas lieu de l'évoquer dans le PP.

Au sujet de la prévention de la perte d'autonomie, l'ANESM a produit en 2016 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles liées au « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » au sein des résidences autonomie. Elles visent à faciliter le repérage de la perte d'autonomie ou son « aggravation » afin d'adapter l'accompagnement de la personne. Dans ce cadre, des fiches repères ont été également réalisées sur différents risques liés à la perte d'autonomie (chutes, dénutrition, souffrance physique, souffrance psychique, risques liés à la prise de médicaments, etc.). Dans chaque fiche, nous pouvons retrouver : Les signes d'alerte, les facteurs de risque, des recommandations et les résultats attendus. Ces outils sont un précieux atout dans le cadre de la personnalisation de l'accompagnement qui vise notamment à maintenir les facultés de la personne et à prévenir la perte d'autonomie. (20)

Compte tenu du travail d'investigation réalisé, il semble important d'évoquer également l'histoire de vie, les habitudes de vie, quelques informations sur la santé du résident.

Le but des supports de recueil est de recueillir les informations essentielles et utiles au bon accompagnement du résident. Il n'est donc pas nécessaire qu'ils soient lourds en informations si ces dernières n'apportent aucune valeur ajoutée à l'accompagnement. Des

supports simples, courts, faciles à compléter et surtout à exploiter entraineront une meilleure adhésion de la part des différents acteurs de la démarche.

C'est également l'avis de la **Responsable Qualité** qui recommande un outil « facile, accessible et modifiable en temps réel ».

Le résident n'est pas obligé de participer à cette démarche car c'est un droit et non une obligation comme cela est précisé dans les dispositions de la loi n°2002-2. (12) C'est pourquoi, il sera également nécessaire de produire un support pour avoir une trace du **consentement** éclairé de la personne.

Concernant le partage d'informations entre les professionnels extérieurs et le personnel de l'établissement, nous pouvons nous référer au Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif « aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel ». En effet, nous pouvons y lire : « Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge ». Cependant, ces échanges doivent se limiter aux « informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne » et tenir compte du « périmètre de leurs missions ». (21)

Malgré cette possibilité de partage d'informations entre professionnels, le PP étant une démarche volontaire de la personne accueillie, cette dernière est en droit de savoir que les informations personnelles qui seront recueillies pourront être transmises notamment à ses intervenants extérieurs. En effet, d'après la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la personne a « droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie » (13)

Ainsi, il faut l'informer et recueillir son **consentement** concernant le partage d'informations.

La présence de quelques renseignements administratifs sera également utile dans le PP.

⁽¹²⁾ Gouvernement, LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Janvier 2002. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽¹³⁾ Direction Générale de l'Action Sociale, <u>Charte des droits et libertés de la personne accueillie,</u> Mai 2004. Disponible sur :http://solidarites-sante.gouv.fr/lMG/pdf/EXE A4 ACCUEIL.pdf > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽²¹⁾ Gouvernement, Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,

Juillet 2016. Disponible sur : < https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922455&categorieLien=id > [Consulté la dernière fois en août 2017]

Ainsi, cela nous amène à la réalisation de cinq supports de recueil :

- Renseignements administratifs
 Consentement éclairé de la personne (lié à sa participation et au partage d'informations)
- Habitudes de vie

Histoire de Vie

Souhaits et Besoins

FIGURE 3: LES SUPPORTS DE RECUEIL

Je vous propose des exemples concrets de ces supports que j'ai réalisés et qui sont visibles en annexes 20, 21, 22, 23 et 24.

b- Zoom sur les informations médicales

Pour ce qui est du recueil d'informations en lien avec la santé, il ne faut pas oublier qu'une résidence autonomie n'est pas médicalisée. Si cette dernière n'est pas dotée d'un forfait soins et n'a donc pas de personnel médical en interne (aide-soignant, infirmier), elle n'a pas à connaître les informations personnelles médicales concernant le résident.

Dans le PP, il faut donc se concentrer uniquement sur les informations qui sont nécessaires à l'établissement pour accompagner le résident dans les meilleures conditions et en toute sécurité. Par exemple, il peut s'agir :

- -D'une intolérance à des aliments, d'un diabète, ... nécessitant une adaptation des repas
- -D'une maladie grave nécessitant une surveillance particulière (passer voir la personne chez elle régulièrement).
- -D'un trouble du comportement nécessitant une attitude particulière de la part du personnel.

Cependant, en cas d'intervention d'un service d'urgence (pompiers, Service d'aide Médicale Urgente, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, etc.), la sécurité du résident doit pouvoir être assurée. C'est pour cette raison qu'il est également impératif de recueillir les informations dont ont besoin les secours pour prendre en charge la personne en toute sécurité en cas d'urgence.

Pour répondre à cela, une fiche médicale d'urgence pourrait être complétée par le résident, ses proches, son médecin traitant et ses intervenants médicaux. Cette fiche serait rangée

dans l'appartement respectif de chaque résident et permettrait ainsi l'intervention des urgences en toute sécurité. Elle ne serait accessible que pour les professionnels médicaux. Toutes les informations essentielles y seraient indiquées. Nous pourrions y retrouver par exemple : Des renseignements administratifs sur la personne et sur sa couverture santé, les personnes à contacter en cas de besoins, les coordonnées des intervenants médicaux, les antécédents médicaux, les traitements en cours, les allergies, etc.

A ce sujet, un travail a justement déjà été réalisé en 2010 par les services sociaux de la Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail Nord Picardie, de la Caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines NORD PAS DE CALAIS, les SSIAD, les SAD (Services A Domicile) et les CLIC de l'arrondissement de Douai et, avec le soutien du conseil départemental de l'ordre des médecins. (22)

Cela a permis la réalisation de la « Fiche Sécurité Santé ».

Cette fiche s'adresse notamment et en priorité aux « personnes âgées fragiles vivant dans un logement individuel ou collectif non médicalisé ». (23)

Elle se compose:

- -D'une « pochette cartonnée » nominative contenant l'ensemble des informations médicales nécessaires en cas d'urgence. **(23)** (annexe 25)
- -D'un « autocollant d'alerte » pour indiquer la localisation de la fiche sécurité santé. Il est conseillé de le coller sur le réfrigérateur. (23)
- -D'un document explicatif sur la fiche sécurité santé répondant à différentes questions : « Pourquoi ? », « Pour qui ? », « Comment ? », « Où se la procurer ? » (23) (annexe 26)

c- Les modalités de recueil

Le recueil des différentes informations nécessaires à la construction du PP du résident se fait en général par les professionnels de la résidence. C'est une étape qui nécessite un investissement important en termes de temps.

Cependant, la principale difficulté qui ressort de l'enquête et des entretiens est le manque de temps.

Pour alléger cette étape, nous pouvons proposer aux résidences autonomie d'inclure dans le dossier d'admission les différents supports de recueil pour qu'ils puissent être complétés directement par le résident à l'aide de ses proches.

⁽²²⁾ CLIC de l'arrondissement de Douai. FICHE PROJET « Fiche Sécurité Santé ». Mars 2010. Disponible sur : < http://clic-douaisis.fr/wp-content/uploads/2017/06/fiche-projet-fiche-scurit-sant-v4.pdf [Consulté la dernière fois en août 2017]

(23) CLIC de l'arrondissement de Douai. Mode d'emploi de la fiche sécurité santé. Mars 2010. Disponible sur : < http://clic-douaisis.fr/projets-en-cours/fiche-securite-sante/ > [Consulté la dernière fois en août 2017]

Bien sûr, il ne faudra pas oublier d'expliquer la démarche du PP afin de donner un sens à ces supports. Pour cela, une communication orale est nécessaire dès la pré admission et elle peut également être accompagnée d'un petit livret explicatif simple à comprendre. (Voir exemple en annexe 19)

Afin de compléter les informations manquantes et de nouer le dialogue avec le résident, il est également important d'organiser une rencontre suite à l'admission du résident. Cela permettra également de voir si le résident est bien en accord avec toutes les informations renseignées. En effet, comme le fait remarquer une directrice de résidence autonomie : « Le fait d'intégrer la famille, ça aide mais il ne faut pas que ce soit le projet de la famille ».

Compte tenu du travail déjà réalisé en amont par le résident et ses proches, la tâche sera allégée et plus facile pour les professionnels.

L'échange doit se faire dans un lieu calme et favorable à l'expression de tous. Le moment choisi doit également convenir au résident. Il faut laisser à la personne le temps dont elle a besoin pour s'exprimer, réfléchir et comprendre. (15)

Une communication adaptée à la personne permettra de la mettre à l'aise et de favoriser son expression et sa participation au projet. Pour cela, il est nécessaire de réunir des moyens de communication adaptés aux capacités du résident. La communication peut alors prendre différentes formes : « gestuelle, sensorielle, visuelle (pictogrammes¹, photos, langage simplifié...) ». (15)

Justement, les résidences autonomie du Nord optent surtout pour le choix d'un moment adapté et convenant au résident ainsi que pour l'utilisation de supports pour faciliter l'échange (supports adaptés, questionnaires, support présentant l'intérêt du PP).

De façon globale, la participation la plus forte de la personne doit être recherchée. (15)

La personne peut également choisir d'être accompagnée par un ou plusieurs proche(s) (famille, ami(e)s, etc.), autre que son représentant légal, lors des échanges avec les professionnels. (15)

Il semble également important d'aborder la nature des supports utilisés. Le format « papier » est préféré par la majorité des directeurs interrogés car les salariés ne sont pas formés à l'outil informatique et le nombre de postes est insuffisant. Cependant, si les supports peuvent être informatisés au vu des moyens de la résidence, cela sera plus pratique et permettra une modification des informations recueillies en temps réels ainsi qu'une diffusion plus rapide (en ligne).

⁽¹⁵⁾ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - <u>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]

¹ Il est possible de trouver différents pictogrammes sur le site <u>www.pictofrance.fr</u>

2- Préparation de la réunion de Co-construction du PP

Après le recueil des données, il s'agit de coconstruire le PP du résident avec l'équipe pluridisciplinaire, le résident et ses proches. Ainsi, le référent se charge de l'organisation de la réunion pluridisciplinaire.

a- Les différents participants

Plusieurs personnes peuvent être présentes lors de la réunion de co-construction du projet. Avant tout, il y a le résident qui doit être acteur de la démarche et le représentant légal du résident s'il en a un. Si le résident le souhaite, des proches (famille, amis, etc.) peuvent également être présents. Ensuite nous avons des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui accompagne le résident (interne et externe). (15)

L'intérêt de la réunion est que chacun puisse s'exprimer et en particulier le résident. La présence d'un nombre trop important de personnes pourrait être un frein. C'est pourquoi le référent et le coordinateur doivent veiller à ce que seules les personnes nécessaires au bon déroulement de la réunion soient présentes tout en respectant les volontés du résident.

Ainsi, le référent se charge d'envoyer les invitations à la réunion de co-construction du PP aux différentes personnes concernées.

A titre d'exemple, j'ai réalisé un document « Invitation à la réunion de co-construction du projet personnalisé » disponible en annexe 27.

b- Analyse des informations recueillies

Pour les professionnels, il est important qu'ils prennent connaissance du dossier reprenant le recueil de l'histoire de vie, des habitudes de vies et des souhaits/besoins avant la réunion. Cela permet de sélectionner en amont les informations utiles à la conception du projet de vie personnalisé. (15)

Pour analyser les données, plusieurs établissements mettent en place des réunions spécifiques (88%). Une réunion pluridisciplinaire est idéale pour une analyse partagée. Cependant, il faut tenir compte des possibilités de chaque établissement et l'organisation de réunions n'est pas toujours évidente. C'est pourquoi, lorsque la tenue d'une réunion est impossible, l'alternative peut être d'envoyer aux différents professionnels les informations recueillies pour que chacun puisse y réfléchir de son côté avant la réunion de co-construction.

Néanmoins, le jour de la réunion de co-construction du PP, il sera intéressant de réunir les professionnels un moment avant l'arrivée du résident, de son représentant légal et de ses proches. Cela permettra de faire une analyse partagée de la situation.

3- Déroulement de la réunion de co-construction du PP

Nous sommes ici dans la phase de co-construction du PP. Il s'agit pour le référent ou le coordinateur d'animer la réunion et de veiller au bon déroulement de celle-ci.

Pour cela, il faut veiller à :

- -Reconnaître et porter de l'attention à chaque personne présente tout en restant centré sur le résident.
- -Innover dans les propositions
- Aider le résident à aborder les points sensibles lorsque celui-ci a peur de le faire seul.
- -Respecter au mieux les habitudes de vie, les souhaits et besoins du résident. C'est d'ailleurs ce que proposent près de la moitié des résidences autonomie du Nord. Il s'agit de « cibler les besoins et d'accompagner et d'anticiper l'accompagnement personnalisé ».
- -Inciter la personne à faire des « *essais* ». Cela permet au résident d'être acteur de son projet. Il faut également penser à relativiser les échecs éventuels et à expliquer qu'en cas de problème, c'est à l'équipe et au résident de trouver une solution ensemble. **(15)**

D'après les résultats de l'enquête, seulement un tiers des résidences autonomie du Nord disposent d'un support de co-construction du projet. Cependant, afin que la réunion soit la plus constructive possible, il est important d'avoir un document qui montre la marche à suivre pour la construction des objectifs. Cela permet de centraliser les idées sur un unique document et de formaliser le projet de vie personnalisé au fur et à mesure durant la discussion.

Pour la structure du support, il peut contenir tout d'abord la description du cadre de la réunion dans une première partie « 1-Détail de la réunion » puis les objectifs dans une seconde partie « 2-Co-construction du projet personnalisé ». Pour la construction des objectifs, il s'agit de reprendre successivement les thématiques abordées lors du recueil et de réfléchir à des objectifs en lien avec. Pour rappel, les thématiques sont : le cadre de vie, la prévention de la perte d'autonomie, l'alimentation, la sécurité, l'animation, le lien social qui sont à mettre en lien avec les habitudes de vie, l'histoire de vie, les souhaits et besoins.

⁽¹⁵⁾ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles <u>- Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco projet.pdf > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]

Traduire chaque objectif en tâches avec des responsables et des échéances à respecter permettra une meilleure appropriation de la part des professionnels.

Dans 63% des résidences autonomie mettant en œuvre la démarche, les objectifs sont décomposés en tâches. Cela est un atout majeur.

Afin d'illustrer ces propos, j'ai élaboré un support de co-construction du PP visible en annexe 28.

4- Validation d'un projet

Il est important de recueillir l'accord de la personne pour la validation des objectifs.

Pour cela, il est nécessaire que le PP soit restitué oralement au résident. Son accord est recueilli pour chacun des objectifs. Si la personne refuse un objectif considéré comme important pour son bien-être, il faut poursuivre l'échange et tenter de trouver un terrain d'entente entre l'avis des professionnels et la volonté du résident, cela en proposant des essais ou des alternatives. (15)

S'il y a des objectifs sensibles qui ont suscité une réticence ou une inquiétude, le référent l'indique sur le support afin de pouvoir y porter une surveillance particulière par la suite. (15)

Ainsi, le référent rédige le PP avec les objectifs retenus sur le support de co-construction (exemple en annexe 28) avant de le faire signer par le résident et/ou le représentant légal, par lui-même et par le responsable d'établissement.

Enfin, un exemplaire du projet est remis au résident et/ou à son représentant légal.

Lorsque l'intérêt de la personne est défini par d'autres qu'elle-même, « si des propositions de la personne ou de son représentant légal ne peuvent pas être retenues, ou ne le sont que partiellement, cela leur sera expliqué » de manière concise lors d'un entretien en présence de la personne, des membres de sa famille (si la personne le souhaite), de son représentant légal (s'il y en a un), et des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant le résident. Concernant les attentes qui ne pourront prendre effet qu'après un temps déterminé, une date sera prise pour réétudier le cas. (15)

Si des objectifs ou des propositions ne sont pas retenues en raison d'un manque de moyens, cela devra être signifié, pour que les personnes à l'origine de la proposition comprennent et ne le ressentent pas comme un échec. **(15)**

5- Mise en œuvre et suivi du PP

Le référent et le coordinateur sont attentifs à la bonne mise en œuvre des actions et particulièrement lorsqu'il s'agit d'objectifs sensibles. Ils s'assurent du bon suivi des objectifs et de leur progression.

Pour plus d'un tiers des résidences autonomie du Nord, le suivi est réalisé annuellement. Pour le reste, rares sont ceux qui réalisent un suivi semestriel ou trimestriel.

Cependant, sachant que le projet doit être obligatoirement évalué pour être actualisé tous les ans, il est nécessaire d'avoir suivi le PP au préalable. Cela permet d'avoir les informations nécessaires à l'évaluation du PP.

La fréquence de suivi doit être déterminée en fonction de la situation de la personne. Ce suivi doit permettre de réagir rapidement en cas de besoin et de disposer des informations nécessaires à l'évaluation.

La personne et son représentant légal doivent pouvoir participer à ce suivi.

Une réunion peut être demandée par la personne, le représentant légal, les proches du résident ou encore les professionnels en cas de changement de situation du résident pouvant engendrer un retentissement sur le PP. (15)

Deux tiers des résidences autonomie du Nord disposent d'un support de suivi. C'est en effet un outil nécessaire afin de reporter les constats réalisés de façon simple et rapide.

Pour réaliser ce suivi dans les meilleures conditions, je vous propose un support que j'ai réalisé visible en annexe 29. Il permet de préciser pour chaque objectif, l'état d'avancement (Non réalisé/ Non réalisable/En cours/ réalisé) en ajoutant des commentaires si besoin. Un emplacement est également réservé pour le nom du résident, le nom des personnes réalisant le suivi et les dates de suivi.

6- Evaluation du PP

Le PP est évalué tous les ans par moins de la moitié des résidences autonomie du Nord.

Or, l'évaluation annuelle du projet est une obligation légale (18). De plus, le projet de vie personnalisé doit évoluer de manière permanente et s'adapter au changement de situation du résident.

(15) ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - <u>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco projet.pdf > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]
(18) Gouvernement, <u>Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, Novembre 2004. Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047 > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]</u>

C'est pourquoi, un temps de rencontre doit être mis en place de façon régulière (au moins annuellement) pour l'évaluation et l'actualisation du PP. Cela permettra de reprendre les différents objectifs, de vérifier s'ils ont pu être atteints ou non et s'il est préférable de les conserver, de les modifier ou encore de les supprimer pour le bien du résident.

Cette rencontre permet surtout de réadapter au mieux le projet de vie personnalisé en fonction du suivi, de l'évolution de la situation du résident et surtout en fonction de l'évolution des attentes du résident. De nouveaux objectifs pourront également être ajoutés au projet.

Le référent se charge d'organiser la réunion d'évaluation du PP en invitant les personnes concernées (résident, représentant légal, intervenants extérieurs, proches du résident s'il le souhaite). Je vous propose un support « Invitation à la réunion de co-évaluation du projet personnalisé » visible en annexe 30.

Durant la réunion, il s'agit dans un premier temps de reprendre la fiche de suivi (exemple en annexe 29) complétée durant l'année afin de prendre connaissance de l'évolution des différents objectifs du projet depuis sa conception. Ainsi, le référent anime la réunion et prend note des remarques de chacun et des modifications à apporter aux objectifs suite à l'échange. Pour le report des informations, un support est nécessaire. D'ailleurs, plus de la moitié des résidences autonomie mettant en œuvre le PP disposent d'un support prévu à cet effet. A titre d'exemple, j'ai réalisé un support de co-évaluation du PP visible en annexe 31. Il reprend pour chaque objectif : l'évaluation du résident, l'évaluation des professionnels, l'évaluation des proches, la décision prise (maintien/ évolution/ suppression) et l'accord du résident.

Enfin, lorsqu'un consensus est trouvé, le référent rédige le nouveau PP retenu en reprenant les nouveaux objectifs sur le support de co-construction du PP (Voir annexe 28). Enfin, il le restitue oralement et le fait signer par le résident et/ou le représentant légal, par le responsable d'établissement et par lui-même.

Suite à cela, le résident et son représentant légal reçoivent un exemplaire.

Cette partie a permis de détailler les différentes étapes de la démarche. Si le référent intervient dans chaque étape, le coordinateur doit pouvoir apporter son soutien durant l'ensemble de la démarche et surtout s'assurer de son bon déroulement.

Afin de la mettre en application correctement, de nombreuses informations sont nécessaires. C'est pourquoi, il convient de souligner la nécessité d'une formalisation pour faciliter l'appropriation de la démarche par les différents acteurs.

C- Vers un document explicatif

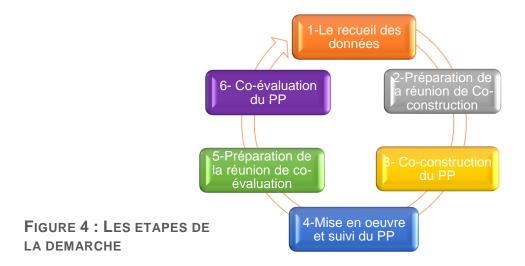
Suite à l'enquête réalisée auprès des résidences autonomie du département du Nord, nous constatons qu'une procédure de conception/mise en œuvre du PP est présente seulement dans une minorité des établissements.

Cependant, une procédure est un bon outil pour communiquer une méthodologie commune et surtout harmoniser les pratiques. Elle décrit en détail les différentes étapes de la démarche et permet une meilleure appropriation par les équipes.

Malgré cela, il faut également tenir compte du phénomène de « rejet » des procédures qui sont perçues par plusieurs directeurs comme des documents « lourds » notamment à cause de la quantité importante d'informations qu'elles contiennent. C'est pourquoi, pour contenter tout le monde, un logigramme synthétique peut également être réalisé et servir de fiche pratique pour la conception /mise en œuvre du PP.

C'est un document beaucoup plus léger, accessible et reprenant l'essentiel des informations.

Les étapes retenues pour la suite du développement sont :



1- La procédure

L'intérêt de la procédure est d'avoir une base de travail commune pour l'ensemble des professionnels. Elle permet aux professionnels de s'imprégner des bonnes pratiques et de pouvoir les mettre en application sur le terrain.

Pour une adhésion à cette procédure, il est important d'impliquer les professionnels dans sa réalisation en recueillant leurs avis et en les faisant participer directement à sa rédaction.

A travers cette procédure, ce sera également l'occasion de se pencher sur les recommandations de l'ANESM et de les adapter aux capacités et aux besoins de l'établissement. (15)

La Chef de projet secteur personnes âgées de l'ANESM insiste sur le fait que « Plusieurs interprétations des recommandations sont possibles : on laisse beaucoup de libertés aux directeurs d'établissement pour qu'ils puissent adapter les recommandations à leurs besoins. On ne souhaite pas les enfermer dans un cadre »

La procédure seule ne suffit pas. Elle doit être accompagnée des moyens nécessaires à sa mise en œuvre (temps, financiers, personnel, ...).

Il est préférable de la diffuser auprès des équipes avant le lancement de la démarche. Cela sera plus cohérent.

Pour chaque étape de la démarche, la procédure devra définir :

- -Les personnes concernées
- -La méthodologie à suivre
- -Les moyens/outils nécessaires

Afin de simplifier le travail à réaliser au maximum, la procédure devra être accompagnée en annexe de l'ensemble des outils nécessaires à sa mise en œuvre :

- -Supports de recueil : Histoire de vie, Habitudes de vie, souhaits et besoins
- -Support de co-construction, suivi, évaluation.
- -Autres supports nécessaires

2- Le logigramme

Pour ce qui est du contenu, le logigramme représente de manière très simple la succession des différentes étapes de la démarche du PP. C'est une synthèse de la procédure.

Pour chaque étape, il sera indiqué les personnes qui interviennent, les supports en lien et les réponses aux questions : Où ? Quand ? Comment ?

Ainsi, le document reprendra dans un tableau toutes les informations nécessaires à la bonne conception/mise en œuvre du PP. Concernant la forme du logigramme, il pourra être présentée sur une unique page. Il sera également intéressant de jouer avec les couleurs pour rendre le document esthétique et attirant. Cela donnera aux équipes d'autant plus envie de le lire. Pour l'intitulé du document, il pourra être appelé « Fiche pratique » qui est un terme plus parlant pour les équipes. Je vous propose un exemple de logigramme que j'ai réalisé en annexe 32.

Ce document pourra également être diffusé et communiqué auprès des familles, intervenants extérieurs, bénévoles, et toutes les personnes intervenant dans la démarche.

D- Vers une amélioration continue de la démarche

Afin d'améliorer en permanence la démarche du PP, il est important de recueillir l'avis des différents acteurs.

Tout d'abord les résidents qui sont au cœur de la démarche. Il peut être intéressant de recueillir leurs appréciations concernant plusieurs points, comme par exemple :

- Les supports utilisés : Sont-ils efficaces ? Sont-ils simples à comprendre ? sont-ils adaptés ? si non, pourquoi ?
- Leur rôle dans la démarche : se sentent-ils acteurs de la démarche ? Leur expression est-elle assez favorisée ? Si non, pourquoi ?
- Les moments et les lieux choisis pour les échanges et réunions : Leur conviennentils ? Si non, pourquoi ?
- Les apports de la démarche : sentent-ils une amélioration de leur qualité de vie suite à la mise en œuvre du PP ?

L'avis des proches qui sont également amenés à intervenir dans la démarche doit aussi être sollicité.

Dans ce cadre, l'enquête de satisfaction annuelle et le CVS peuvent être l'occasion d'aborder ces différents points avec les résidents et leurs proches et permettre ainsi d'apporter les ajustements nécessaires à l'amélioration de la démarche. C'est ce que recommande l'ANESM. (15)

Pour les professionnels aussi bien internes qu'externes, des groupes de travail peuvent être mis en place afin de réfléchir en permanence à l'amélioration des outils et méthodes de travail.

Si une formation (ou sensibilisation) est réalisée, il peut être intéressant de proposer aux participants de compléter une fiche d'évaluation à la fin pour mesurer les apports et les difficultés ressenties. Cela permettra d'évaluer la qualité de la formation (ou sensibilisation) et d'apporter les améliorations nécessaires pour une meilleure appropriation des participants.

L'avis des bénévoles et des autres personnes intervenants dans la démarche peut également être recueilli par exemple à travers la diffusion d'un petit questionnaire par voie postale ou par mail. Ce questionnaire pourra aborder notamment leurs ressentis concernant la communication avec l'établissement : Disposent-ils des informations nécessaires à la bonne mise en œuvre des objectifs ?, etc.

Conclusion

La problématique qui est à l'origine de ce mémoire est la suivante :

« Les résidences autonomie du département du Nord ont elles réussi à s'approprier cet outil de la loi 2002-2 qu'est le projet personnalisé tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre ? »

D'un point de vue méthodologique, pour tenter d'y répondre, un travail de recherche bibliographique a d'abord été réalisé. Puis, afin de disposer d'éléments beaucoup plus concrets et issus directement du terrain de recherche, une enquête a été menée auprès de l'ensemble des résidences autonomie du département du Nord.

Cette enquête en ligne a permis de recueillir de précieuses informations sur l'état de la démarche de conception/mise en œuvre du projet personnalisé. Cependant, il était également nécessaire d'échanger directement avec des personnes de terrain pour pousser la réflexion et développer davantage les réponses. C'est pourquoi, une série d'entretiens a été conduite en complément non seulement auprès des directeurs des résidences autonomie mais aussi auprès de grands acteurs en lien avec le PP et les résidences autonomie.

Ainsi, suite à ce travail de recherche et d'investigation, nous avons pu dresser un état des lieux de la situation concernant la conception et la mise en œuvre du projet personnalisé dans les résidences autonomie du Nord.

Nous avons pu établir plusieurs constats. En effet, la démarche du projet personnalisé est mise en œuvre dans plus de la moitié des résidences autonomie du Nord. Dans ces dernières, nous avons pu relever l'application de nombreuses bonnes pratiques et obligations légales liées à la démarche. Nous pouvons citer, par exemple, la diversité des acteurs intervenant dans la démarche permettant ainsi de prendre en compte toutes les dimensions de la personne accueillie. De plus, l'individu est dans la majorité des cas acteur de son projet, aussi des convenances sont prises pour faciliter et favoriser sa participation et son expression. S'ajoutent les délais de conception et d'évaluation du projet personnalisé qui sont respectés pour plusieurs établissements. Nous pouvons également souligner le travail de communication réalisé auprès des équipes particulièrement au lancement du projet. Autant de points positifs parmi d'autres qui méritent d'être mis en avant.

Cependant, nous pouvons également relever différents manquements. En effet, concernant les résidences mettant en œuvre la démarche, nous avons par exemple, la très faible implication des tuteurs, une implication d'une partie seulement du personnel ou encore la

fréquence de suivi du PP qui est très faible. De plus, malgré l'obligation légale de mise en œuvre du PP, près de la moitié des résidences autonomie ne s'y soumettent pas. Cela pose question et le travail d'investigation réalisé a justement permis de mettre en évidence ce qui pourrait être la principale raison de ce désengagement. En effet, lorsque nous interrogeons les directeurs sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre de la démarche, ce qui revient essentiellement, c'est le manque de temps et de moyens (humains, financiers, etc.).

Nous pouvons alors conclure que plusieurs éléments liés à la conception / mise en œuvre du projet personnalisé sont bien appliqués par plus de la moitié des établissements. Cependant, le manque de moyens ressenti rend difficile la mise en œuvre de la démarche et participe également au découragement des équipes.

Ainsi, tout ce cheminement nous oriente vers le choix de l'hypothèse 3, en réponse à notre problématique de départ :

« Hypothèse 3 : Les résidences autonomie se sont appropriées plusieurs éléments en lien avec le PP pour une partie d'entre elles, Cependant le manque de moyens rend difficile la conception et mise en œuvre du PP dans de bonnes conditions. Il y a des points à améliorer en réfléchissant à des solutions adaptées. »

Pour aider les résidences autonomie à faire face à cette difficulté dans les meilleures conditions, différentes préconisations et divers outils ont été présentés dans la dernière partie de ce mémoire.

Que pouvons-nous dire au sujet des perspectives d'avenir en ce qui concerne la prise en compte des difficultés des résidences autonomie dans la mise en œuvre de la démarche du projet personnalisé ?

Tout d'abord, il est essentiel de rappeler que les résidences autonomie encore appelées logements-foyers en 2015 connaissent actuellement une profonde mutation depuis la publication de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi revalorise et renforce le rôle des résidences autonomie en déployant dans ces établissements une stratégie de prévention de la perte d'autonomie qui vise à mieux accompagner la personne dans son parcours de vie. Dans ce cadre, le forfait autonomie a été mis en place pour « La rémunération de personnels disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie », « Le recours à un ou plusieurs intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie » ou encore « Le recours à un ou plusieurs jeunes en service civique au

sens de l'article L. 120-1 du code du service national, en cours d'acquisition de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie ». (6)

Ce forfait représente une contribution non négligeable pour remédier en partie au manque de moyens ressenti dans les résidences autonomie du Nord. Pour y prétendre, les résidences doivent remplir une série de critères. En effet, après avoir mené une enquête auprès des résidences autonomie du département du Nord, le Conseil Départemental a publié un rapport, au sujet de la « Mise en œuvre de la stratégie départementale d'action pour le soutien à l'autonomie ». Nous pouvons y lire la décision prise d'allouer le forfait autonomie à 20 résidences autonomie sur les 75 du département pour l'année 2017. Il est également précisé que « Pour les structures qui n'ont pas été retenues dans le cadre de cette délibération, les gestionnaires seront accompagnés techniquement pour répondre aux principes de financement posés permettant ainsi de mobiliser l'ensemble de l'enveloppe du forfait autonomie ». (24)

Ainsi, nous pouvons nous poser la question suivante : L'accompagnement prévu par le département permettra-t-il de pouvoir allouer le forfait autonomie à l'ensemble des résidences autonomie du Nord ?

Toujours sur les perspectives d'évolution, nous pouvons également aborder le projet en cours de l'ANESM qui a lancé une enquête nationale cette année (2017) auprès des résidences autonomie au sujet de « la qualité de vie en résidence autonomie ». Dans cette enquête sont notamment abordés les outils de la loi 2002-2 (12) dont le « Projet personnalisé » (extrait de l'enquête en annexe 33). Comme nous l'indique La Chef de projet secteur personnes âgées de l'ANESM, « L'exploitation de cette enquête nationale permettra la production de recommandations ». Nous savons alors que des recommandations au sujet du projet personnalisé et adaptées aux résidences autonomie seront prochainement publiées par l'ANESM. Cela est très encourageant et permettra d'apporter des solutions aux résidences autonomie.

Ces recommandations permettront-elles une meilleure appropriation des pratiques concernant le projet personnalisé ?

⁽⁶⁾ Gouvernement, LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Juillet 2017. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731 > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

(12) Gouvernement, LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Janvier 2002. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

⁽²⁴⁾ CONSEIL DEPARTEMENTAL, RAPPORT N° DGASOL/2016/595, décembre 2016. Disponible sur : < http://www.unccas.eu/unions/docs/59/D%C3%A9ilb%C3%A9ration%20Autonomie%2012.12.16.pdf > [Consulté la dernière fois en août 2017]

Pour répondre à cette question, il nous faudra attendre les résultats de la nouvelle enquête qui sera réalisée par l'ANESM en 2022. En effet, comme nous l'indique La Chef de projet secteur personnes âgées de l'ANESM, « l'intérêt, c'est aussi de refaire une enquête en 2022 et de comparer aux résultats obtenus aujourd'hui pour constater l'évolution ».

Ainsi, les nouvelles recommandations publiées par l'ANESM et les préconisations et outils proposés dans ce mémoire seront mis à disposition dans un futur proche afin de pallier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des PP dans les résidences autonomie. La finalité est l'appropriation et l'utilisation pérenne du PP par l'ensemble des parties prenantes. Les bénéfices, quant à eux, seront connus et mesurables dans plusieurs années.

Pour faire suite à notre étude, nous pouvons également nous interroger sur les EHPAD qui ont souvent été cités durant les entretiens menés. Ceux-ci sont décrits comme des établissements mieux équipés et où tout est plus « facile ». Mais, qu'en est-il en réalité ? La conception et la mise en œuvre du projet personnalisé y est-elle davantage intériorisée ? Si oui, comment l'expliquer ? Les outils utilisés en EHPAD sont-ils transposables aux résidences autonomie ?

Bibliographie

- (1) INSEE, <u>Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050</u>, Décembre 2015. Disponible sur :< https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (2) Gouvernement, <u>LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale- article 7</u>, Janvier 2002. Disponible sur : < https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (3) DREES, <u>Structure par âge de la population</u>, Janvier 2015. Disponible sur : < http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/frstruct_age.asp-prov=CH-depar=CJ.htm > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (4) DREES, <u>Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement</u>, Décembre 2015. Disponible sur :< http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc_pers_agees1.asp-prov=CH-depar=CJ.htm
 [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (5) Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, <u>Les résidences autonomie</u>, Mai 2017. Disponible sur :< http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-logements [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (6) Gouvernement, <u>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</u>, Juillet 2017. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (7) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. MINISTERE DELEGUE CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DE L'AUTONOMIE, Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes, Novembre 2013. Disponible sur :< http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportHabitatCollectifPA.pdf> [Consulté la dernière fois en mars 2017]
- (8) Conseil général des Pont et Chaussée, <u>Les logements-foyers pour personnes âgées</u>, Juillet 2002. Disponible sur :< http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000226.pdf> [Consulté la dernière fois en mai 2017]
- (9) Gouvernement, Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, Mai 2016. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte [Consulté la dernière fois en juillet 2017]

- (10) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, <u>Arrêté du 27 décembre 2016 fixant le modèle de compte d'emploi du forfait soins des établissements mentionnés au IV de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, décembre 2016. Disponible sur : < https://www.legifrance.gouv.fr/jo-pdf.do?id=JORFTEXT000033719458 > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]</u>
- (11) DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS), <u>Loi « Adaptation de la société au vieillissement »- Fiche synthétique : J'explique les mesures de la loi,</u> s.d. Disponible sur : < http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5. fiche dgcs resid autonomie et questions reponses.pdf> [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (12) Gouvernement, LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, janvier 2002. Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (13) Direction Générale de l'Action Sociale, <u>Charte des droits et libertés de la personne accueillie</u>, Mai 2004. Disponible sur :< <u>http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf</u> > [Consulté la dernière fois en juillet 2017]
- (14) LOUBAT J. R. (2013). <u>Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale</u> <u>et médico-sociale</u>, Paris, DUNOD. 217 pp.
- (15) ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles <u>- Les attentes de la personne et le projet personnalisé</u>, Décembre 2008. Disponible sur :< http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco projet.pdf > [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]
- (16) Questionnaire pro- Logiciel et services d'enquête en ligne, <u>Questions fermées : 6</u> <u>avantages et 2 inconvénients</u>, février 2017. Disponible sur :< http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/62/questions fermees avantages et inconvenients> [Consulté la dernière fois en août 2017]
- (17) Questionnaire pro-logiciel et services d'enquête en ligne, <u>questions ouvertes</u>, janvier 2016. Disponible sur :< <u>http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/55/questions ouvertes> [Consulté la dernière fois en août 2017]</u>
- (18) Gouvernement, <u>Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, Novembre 2004. Disponible sur :< https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047> [Consulté la dernière fois au mois d'août 2017]</u>
- (19) GANDY J. M. (2009). Motiver vos collaborateurs, Saint-Denis, AFNOR. 163 pp.

- (20) ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles Personnes âgées. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées volet résidences autonomie, Décembre 2016. Disponible sur : < http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PERTE_AUTONOMIE_VOLET_RESI_AUT_Decembre_2016.pdf > [Consulté la dernière fois en août 2017]
- (21) Gouvernement, <u>Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, Juillet 2016. Disponible sur : < https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922455&catego rieLien=id > [Consulté la dernière fois en août 2017]</u>
- (22) CLIC de l'arrondissement de Douai, <u>FICHE PROJET « Fiche Sécurité Santé »</u>, Mars 2010. Disponible sur : < http://clic-douaisis.fr/wp-content/uploads/2017/06/fiche-projet-fiche-scurit-sant-v4.pdf | Consulté la dernière fois en août 2017|
- (23) CLIC de l'arrondissement de Douai, <u>Mode d'emploi de la fiche sécurité santé</u>, Mars 2010. Disponible sur : < http://clic-douaisis.fr/projets-en-cours/fiche-securite-sante/ > [Consulté la dernière fois en août 2017]
- (24) CONSEIL DEPARTEMENTAL, RAPPORT N° DGASOL/2016/595, décembre 2016. Disponible sur : http://www.unccas.eu/unions/docs/59/D%C3%A9ilb%C3%A9ration%20Autonomie%2012.
 12.16.pdf > [Consulté la dernière fois en août 2017]

Table des matières

INTRODUCTION	1
I- CONTEXTE	3
A- LE CONTEXTE EN FRANCE ET DANS LE DEPARTEMENT DU NORD	3
B- Qu'est-ce qu'une residence autonomie ?	
1- Un peu d'histoire Du logement-foyer à la résidence autonomie	
2- Les résidences autonomie : Caractéristiques	
a- Population accueillie et conditions d'admission	
b- Les logements	6
c- Les prestations	
d- Tarifs et aidese- Les forfaits « soins » et « autonomie »	
f- Le CPOM	
C- LE CONTEXTE LEGISLATIF DES RESIDENCES AUTONOMIE	9
1- Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale	9
2- Loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au Vieillissement	9
3- Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016	
D- LES RESIDENCES AUTONOMIE ET LA NECESSITE D'UNE PERSONNALISATION DE	
L'ACCOMPAGNEMENT	10
1- La loi 2002-2 et « le projet d'accueil et d'accompagnement »	
2- La charte des droits et libertés de la personne accueillie et « le droit à un	
accompagnement individualisé et adapté »	10
3- Et sur le terrain, qu'en pensent les équipes ?	
E- LE PROJET PERSONNALISE	
1- Précisions terminologiques	
2- Le projet personnalisé selon les recommandations de l'ANESM	
II- ETAT DES LIEUX DE LA CONCEPTION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRO PERSONNALISE DANS LES RESIDENCES AUTONOMIE DU NORD	
A- ENQUETE AUPRES DES RESIDENCES AUTONOMIE DU NORD	
1- Construction du questionnaire	
2- Diffusion du questionnaire	17
3- Analyse des résultats	
4- Synthèse des résultats	
B- LES ENTRETIENS	
1- Présentation générale	
2- Méthodologie	
3- Analyse des entretiens	
a- Quelle définition (ou compréhension) du PP ?b- Quels bénéfices attendus au sein des résidences autonomie ?	
c- Quel investissement des responsables d'établissement dans la démarche ?	
d- Quels méthodes et outils ?	27
d- Des difficultés qui freinent ou ralentissent la démarche	
e- Réflexion autour de pistes d'amélioration	30
4- Synthèse : Comparaison de l'analyse des entretiens avec les résultats de la première enquête	21
•	
III- PRECONISATIONS	36

A- LES ACTEURS CLES DE LA DEMARCHE	36	
1- La direction : Véritable moteur de la démarche	36	
a- La communication	36	
b- La motivation des équipes		
c- L'allocation des moyens nécessaires		
2- Un regard pluridisciplinaire		
3- Un soutien non négligeable		
4- Le rôle de coordinateur	42	
5- Le rôle de référent	43	
B- LES TEMPS FORTS DU PROJET PERSONNALISE	43	
1- Vers une stratégie de recueil	43	
a- Le choix des éléments à recueillir	43	
b- Zoom sur les informations médicales		
c- Les modalités de recueil		
2- Préparation de la réunion de Co-construction du PP		
a- Les différents participantsb- Analyse des informations recueillies	49	
3- Déroulement de la réunion de co-construction du PP		
4- Validation d'un projet		
5- Mise en œuvre et suivi du PP		
6- Evaluation du PP		
C- VERS UN DOCUMENT EXPLICATIF		
1- La procédure		
2- Le logigramme		
D- VERS UNE AMELIORATION CONTINUE DE LA DEMARCHE	56	
CONCLUSION	58	
BIBLIOGRAPHIE	62	
TABLE DES MATIERES	65	
TABLE DES ILLUSTRATIONS		

Table des illustrations

Figures

FIGURE 1: REPARTITION PUBLIC/PRIVE DES RESIDENCES AUTONOMIE DU NORD	3
FIGURE 2: DATES CLES DE L'HISTOIRE DES LOGEMENTS-FOYERS	4
FIGURE 3: LES SUPPORTS DE RECUEIL	46
FIGURE 4: LES ETAPES DE LA DEMARCHE	54
FIGURE 5 : LES ETAPES DE LA DEMARCHE	54
<u>Tableaux</u>	
TABLEAU 1 : POPULATION ACCUEILLIE EN RESIDENCE AUTONOMIE	5
TABLEAU 2 : PRESTATIONS MINIMALES EN RESIDENCE AUTONOMIE	
TABLEAU 3 : LES AIDES POSSIBLES POUR ACCEDER A UNE RESIDENCE AUTONOM	
TABLEAU 4: LES FORFAITS EN RESIDENCE AUTONOMIE	
TABLEAU 5 : LE PP DANS LES RECOMMANDATIONS DE L'ANESM	
TABLEAU 6 : LES GRANDS ACTEURS	
TABLEAU 7 : LES SUPPORTS UTILISES PAR LES DIRECTEURS	
TABLEAU 8 : UN EXEMPLE DE SUPPORT UTILISE	
TABLEAU 9 : LES THEMATIQUES TRAITEES EN PRIORITE	
TABLEAU 10: COMPARAISON ENQUETE EN LIGNE / ENTRETIENS	35

Table des annexes (voir le rapport des annexes)

ANNEXE 1 : CHARGES COUVERTES PAR LE FORFAIT SOINS	2
ANNEXE 2 : SYNTHESE DU DECRET N° 2016-696 DU 27 MAI 2016	3
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN	5
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE EN LIGNE	6
ANNEXE 5 : PREMIER MAIL ENVOYE	13
ANNEXE 6 : PREMIERE RELANCE	14
ANNEXE 7 : DEUXIEME RELANCE	15
ANNEXE 8 : RESULTATS DE L'ENQUETE	16
ANNEXE 9 : SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE	28
annexe 10 : Questionnaire d'entretien — directeurs des residences autonomie du nord	30
Annexe 11 : Questionnaires d'entretien destines aux acteurs	31
ANNEXE 12 : ENTRETIENS DE DEUX DIRECTEURS RETRANSCRITS	35
ANNEXE 13 : ENTRETIEN - CONSEIL DEPARTEMENTAL	43
ANNEXE 14 : ENTRETIEN - ANESM	46
ANNEXE 15 : ENTRETIEN - ARS	50
ANNEXE 16 : ENTRETIENS - CLIC	52
ANNEXE 17 : ENTRETIEN - RESPONSABLE QUALITE	56
annexe 18 : tableau - thematiques abordees	59
ANNEXE 19 : LIVRET EXPLICATIF PP	60
annexe 20 : support 1 — fiche administrative	62
ANNEXE 21 : SUPPORT 2 - RECUEIL DU CONSENTEMENT	63
ANNEXE 22 : SUPPORT 3 - HISTOIRE DE VIE	64
ANNEXE 23 : SUPPORT 4 – HABITUDES DE VIE	65
ANNEXE 24 : SUPPORT 5 – SOUHAITS ET BESOINS	
ANNEXE 25 : FICHE SECURITE SANTE	69
annexe 26 : document explicatif sur la fiche securite sante	72
ANNEXE 27 : INVITATION A LA REUNION DE CO-CONSTRUCTION DU PP	73
ANNEXE 28 : SUPPORT DE CO-CONSTRUCTION DU PP	
ANNEXE 29 : SUPPORT DE SUIVI DU PP	
annexe 30 : Invitation a la reunion de co-evaluation du pp	
ANNEXE 31 : SUPPORT DE CO-EVALUATION DU PP	
ANNEXE 32 : LOGIGRAMME	
ANNEXE 3.3 : EXTRAIT DE L'ENQUETE NATIONALE DE L'ANESM AUPRES DES RESIDENCES AUTONOMIE	81

Conception et mise en œuvre du projet personnalisé en résidence autonomie (anciennement logement-foyer) dans le département du Nord

La population française étant de plus en plus vieillissante, plusieurs établissements adaptés sont mis à disposition. Parmi eux, nous retrouvons les résidences autonomie, des établissements pour personnes âgées autonomes qui représentent un lieu de transition entre le domicile et les EHPAD. Le projet personnalisé permet d'adapter l'accompagnement de chaque personne accueillie en fonction de ses souhaits et besoins. Nous nous sommes intéressés à cette démarche au sein des résidences autonomie du département du Nord. Ainsi, la problématique suivante s'est posée : « Les résidences autonomie du Nord ont-elles réussi à s'approprier cet outil de la loi 2002-2 qu'est le projet personnalisé tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre ? ».

Afin d'y répondre, une recherche bibliographique a d'abord été menée. Suite à cela, un travail d'investigation a été réalisé à travers la réalisation d'une enquête en ligne auprès de la totalité des résidences autonomie du Nord. En complément, des entretiens ont été menés auprès des directeurs de résidences autonomie et de différents acteurs en lien avec la thématique étudiée. L'objectif était de faire un état des lieux d'une part pour répondre à notre problématique et d'autre part pour proposer des recommandations adaptées.

Ce travail a mis en évidence la principale difficulté rencontrée : le manque de moyens (humains, financiers). Des points forts et des points à améliorer sont également ressortis de cette enquête.

Mots-clés : résidences autonomie, projet personnalisé, souhaits, besoins, Nord, investigation.

Conception and implementation of the personalized project in autonomy residence (formerly old people 's flat) in the "Nord" department.

The French population being more and more elderly, lots of appropriate establishments are provided. Among these establishments, we find **autonomy residences**, establishments for autonomous elderly people which represent a transition point between their home and establishment of accommodation for dependent elderly people. **The personalized project** enables us to adjust the support of each person welcomed according to his **wishes** and his **needs**. We focused on this process in autonomy residences in the "**Nord**" department. Thus, this problem has come up: « Have autonomy residences in the "Nord" department succeeded in appropriating one of the 2002-2 law tools which is the personalized project in both conception and implementation? »

To answer at best, a bibliographic research has been conducted first. Then, an **investigation** was carried out through a survey among all the autonomy residences in the "Nord" department. In addition to this survey, interviews were carried out among autonomy residences directors and different key players in relation to the subject studied. The purpose was firstly to make an assessment to answer our problem and secondly to offer adapted recommendations.

This work has revealed the main difficulty encountered: the lack of means (human, financial). Moreover, strong points and areas for improvement have been highlighted.

Key-words: autonomy residences, personalized project, wishes, needs, "Nord", department, investigation.