



**ACCEPTER DE VIVRE
EN MAISON DE
RETRAITE**

**BROSSEAU REGIS
INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS
DE CHERBOURG-OCTEVILLE
PROMOTION 2003-2006**



ACCEPTER DE VIVRE EN MAISON DE RETRAITE

**BROSSEAU REGIS
INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS
DE CHERBOURG-OCTEVILLE
PROMOTION 2003-2006**



SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1) SITUATIONS	p 2
1.1) Question de départ	p 3
1.1.1) Rôle infirmier.....	p 4
1.1.2) Résident	p 4
1.1.3) Accepter.....	p 4
1.1.4) Maison de retraite ou EHPAD.....	p 4
2) EXPLORATIONS, CONFRONTATIONS	p 5
2.1) Entretiens avec deux infirmiers et un médecin en EHPAD	p 5
2.2) Rencontres avec cinq personnels infirmiers d'unité gériatopsychiatrique intervenant à domicile et en institution	p 6
2.3) Rencontre avec les responsables du CLIC	p 7
2.4) Entretien téléphonique avec une cadre de santé utilisant la visite de pré admission	p 8
2.5) Témoignage d'une étudiante sortant d'un stage en EHPAD	p 9
2.6) Mes différentes lectures	p 10
2.7) Question de recherche	p 10
2.7.1) Lieu de vie	p 10
3) ENRICHISSEMENT, CONCEPTUALISATION	p 11
3.1) Du point de vue socio culturel	p 11

3.1.1) Les facteurs favorisant l'entrée en maison de retraite	p 11
3.1.2) Les causes d'entrée en maison de retraite.....	p 12
3.1.3) Qui prend la décision ?	p 12
3.1.4) Qui vit en maison de retraite ?.....	p12
3.2) Du point de vue psychologique.....	p 13
3.2.1) Pour le résident	p 13
3.2.2) Pour la famille.....	p 15
3.2.3) Pour l'infirmier	p 16
3.3) Du point de vue des pratiques professionnelles	p 17
3.3.1) La législation	p 17
3.3.2) Les textes spécifiques	p 17
3.3.3) Le rôle de l'infirmier en EHPAD	p 18
4) SYNTHÈSE	p 19
5) HYPOTHÈSE.....	p 19

CONCLUSION

ANNEXES

- I. Questionnaires utilisés lors des confrontations.
- II. Extrait de fiche de pré inscription en institution sur la CUC de Cherbourg Octeville.
- III. Graphique sur les acteurs participant à la demande d'entrée.
- IV. Etapes du deuil selon le DR Elisabeth Kübler Ross comparée à l'entrée en maison de retraite.
- V. Copie d'un article de la revue Soins en Gériatrie concernant le conseil de vie sociale.

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

De mes souvenirs d'enfance je me souviens de l'hospice qui se trouvait sur le chemin de l'école. Une grande bâtisse avec une cour où se promenaient des personnes très vieilles, mal habillées qui faisaient peur parfois lorsqu'elles poussaient des cris ou nous regardaient. Cette image m'est restée gravée sachant que de nos jours ce genre d'endroit n'existe plus. On ne parle plus d'hospice mais de maison de retraite. La vie y est désormais plus agréable qu'à cette époque, mais le fait de quitter son logement individuel pour aller vivre dans un milieu collectif et inconnu n'est pas, à mon avis une décision facile à prendre.

À titre d'exemple, je me rappelle comment j'ai vécu mon premier déménagement lorsque j'ai dû changer de région pour exercer un emploi. Quitter une maison chargée de souvenirs, une famille, des amis pour un appartement et une région inconnue n'a pas été, immédiatement, une chose agréable. La motivation première dans ce cas était le travail mais l'acceptation du lieu n'a pas été évidente malgré les diverses animations ou loisirs proposés alentours. L'appropriation de ce nouvel univers ne s'est faite qu'après avoir recréé un nouveau tissu relationnel et lorsque le retour hebdomadaire dans ma région d'origine n'était plus un besoin. Être étudiant dans les stages pratiques de la préparation au diplôme d'infirmier permet souvent d'avoir un rôle d'observateur. Ce statut m'a permis de constater que, dans bien des cas, la personne était souvent objet de soins et non sujet de soins et, ce, toujours pour un tas de « bonnes » raisons. Venant d'un milieu extra hospitalier où la relation humaine et le dialogue priment pour aider et cerner la personne, j'ai compris comment je pourrai accompagner et soigner sans forcément appliquer une prescription médicale.

Cette observation est à la base du sujet de mon travail de fin d'études. Comment accepter de pouvoir terminer sa vie dans un endroit inconnu où la majorité de vos souvenirs se limite au contenu de votre sac.

J'ai donc décidé d'orienter mes recherches autour de cette étape traumatisante de la vie de la personne âgée et, ce, pour réaliser une prise en charge adaptée dans mon futur métier d'infirmier.

Mon travail de recherche se décompose de la manière suivante : tout d'abord, l'exposé de situations vécues me permet de dégager une question de départ, ensuite, je confronte cette question à des professionnels et des lectures, pour affiner une question de recherche, enfin la problématisation qui me permet de prendre position au travers de la synthèse finale, pour aboutir à l'hypothèse permettant de répondre provisoirement à ma question de recherche, avant de conclure.

1) SITUATIONS

Il y a quelques années, ma grand-mère mal voyante, fut placée en maison de retraite sur la demande de ma tante, afin d'assurer sa sécurité.

Rendant visite à ma grand-mère je fus surpris de l'ambiance qui régnait dès l'entrée : résidents alignés dans le hall nous interpellant, criant ou chantant à haute voix, ce qui me fit penser à un asile pour personnes démentes.

Au cours de la visite, ma grand-mère exprima son désarroi en se mettant à pleurer. Elle me dit que sa maison lui manquait, qu'elle ne se sentait pas en sécurité dans ce lieu car la porte ne fermait pas à clé et qu'elle avait donc peur d'être volée. Elle disait également que le personnel et les résidents n'étaient pas toujours gentils avec elle. Ma grand-mère mourut dans cette maison de retraite peu de temps après s'être fracturé le col du fémur suite à une bousculade avec une résidente dans l'ascenseur. À l'époque, bien que choqué par le changement brutal de vie imposé à ma grand-mère qui avait toujours vécu à la campagne entourée de ses animaux, je pensais que ce choix avait été fait pour son bien être et dans un but sécuritaire.

Depuis le début de mes études d'infirmier j'ai pu étudier les aides apportées aux personnes âgées et je me suis demandé si cette décision n'avait pas été prise au nom du confort de l'entourage et si tous les moyens de maintien à domicile de l'époque avaient été étudiés au plus près.

Au cours d'un stage dans un service de long séjour, je m'occupais d'un couple placé dans une chambre prévue pour une personne, sans douche privative et n'autorisant que la télévision et un meuble comme mobilier personnel. Après plusieurs discussions, j'ai appris que ce couple avait été contraint de quitter son appartement situé au premier étage car Madame avait des difficultés à la marche et que Monsieur n'avait plus la force de monter le bois de la cave pour alimenter le fourneau, seul moyen de chauffage. Le mari verbalisait souvent sur le fait qu'il s'ennuyait beaucoup dans ce nouveau lieu de vie si petit, alors qu'un appartement au rez-de-chaussée, avec un moyen de chauffage moins contraignant, leur aurait permis de rester autonomes. Il disait être résigné car ayant été ouvrier agricole toute sa vie cette situation était un moindre mal au vu de ce qu'il avait vécu. Je fus choqué par la tristesse et l'ennui de cette personne qui visiblement n'avait pas envisagé de terminer ainsi sa vie avec sa femme.

Dans le même lieu, en allant chercher une résidente dans sa chambre, je fus surpris de la façon dont avait été installée la pièce. Des peluches jonchaient le lit et chaque meuble était recouvert de jolies broderies. Je la complimentais sur cet aménagement. Elle me répondit que c'était parce qu'elle se sentait bien dans ce lieu. Son choix était de venir vivre ici, pour ne pas

gêner sa famille, pour avoir du monde autour d'elle en cas de soucis et pour les activités avec les autres résidents. J'ai ressenti le bonheur de cette dame au travers de ses objets et de son comportement. J'ai ainsi compris que lorsque le choix est délibéré l'acceptation d'un nouveau lieu de vie est vécue sereinement.

Le lendemain, je devais aller faire un soin à une personne en fin de vie. Avant de commencer cette intervention, je décidais de fermer le volet et fus surpris de constater que la vue par la fenêtre était le mur du cimetière voisin. En voyant l'état de santé de la dame, je ne pus m'empêcher de penser que sa prochaine destination était en face. À ce moment, j'ai vraiment compris que la maison de retraite était la dernière demeure, un lieu d'où l'on ne ressort pas et que par conséquent la décision d'y entrer devait être un moment chargé d'émotions suivi d'un long travail de renoncement à sa vie antérieure.

Ces différentes situations m'ont amené à me poser plusieurs questions, tant sur le choix d'entrer en maison de retraite, que sur le cheminement intellectuel que le futur résident doit accomplir afin d'abandonner son logement antérieur imprégné d'une histoire personnelle, et accepter d'aller vivre dans un milieu collectif qu'il ne connaît pas.

Mon projet professionnel étant, dans un premier temps, d'intégrer une équipe de soins en milieu gériatrique et, dans un deuxième temps, dans un service de soins à domicile, je m'interroge sur les points suivants: comment, en tant que futur infirmier, aider le nouveau résident à accepter ce changement s'il n'y a pas été préparé ? Existe-t-il une prise en charge pluridisciplinaire, en amont, pour éviter ce traumatisme de l'entrée en institution ? Quels moyens sont à ma disposition pour pouvoir accompagner cette étape dans la vie du sujet âgé ? Ma question de départ va permettre d'orienter mes recherches afin de répondre à ces différentes interrogations.

1.1) Question de départ

Quel rôle l'infirmier¹ peut-il avoir pour que le futur résident accepte au mieux l'entrée en maison de retraite?

L'observation des pratiques extra et intra institutionnelles me permettra de cibler mon étude et, ainsi, de concorder avec mon projet professionnel.

¹ Le terme d'infirmier englobe également celui d'infirmière.

Avant tout, il me semble opportun de définir quelques termes:

1.1.1) Rôle infirmier : consiste à prodiguer des soins sur rôle propre et sur rôle prescrit, définis par le Code de la Santé Publique². Mais si je reviens à la définition première de Florence Nightingale³ en 1859 : « prise en charge de la santé de quelqu'un de manière individuelle » avec comme objectif : « mettre les patients dans les meilleures conditions pour qu'ils puissent de manière naturelle répondre à leurs propres besoins ».

1.1.2) Résident : désigne la personne âgée qui vit en maison de retraite. On ne parle pas de patient comme à l'hôpital.

1.1.3) Accepter : dans le dictionnaire de l'académie française⁴ on trouve deux définitions qui reflètent la réalité pour ce qui est du libre choix ou de la contrainte à l'entrée: **1.** Consentir à recevoir quelque chose ; agréer ce qui est proposé, offert. **2.** Supporter avec résignation. *Accepter un échec, l'adversité, la mort. Accepter son destin.*

1.1.4) Maison de retraite ou E.H.P.A.D. : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : soins de longue durée, assurant surveillance et assistance dans la vie quotidienne avec soins infirmiers et médicaux si nécessaire. Dans le langage courant, on parle de maison de retraite.⁵

² Décret 2008-802 du 29/07/2004 relatif à la profession infirmière.

³ Infirmière anglaise ayant écrit les premières notes sur le soin infirmier.

⁴ www.academie-francaise.fr

⁵ Module personnes âgées cours de Mme Audoux cadre formateur à l'IFSI de Cherbourg Octeville.

2) EXPLORATIONS, CONFRONTATIONS

Pour répondre à mes interrogations je suis allé rencontrer des professionnels de santé, en institutions et à l'extérieur de celles-ci (questionnaires en annexe I), puis j'ai recueilli le témoignage d'une étudiante en soins infirmiers. Pour terminer, j'ai effectué des recherches dans des revues et des ouvrages spécialisés en gérontologie.

2.1) Entretiens avec deux cadres infirmiers et un médecin en EHPAD

J'ai été surpris de constater que l'entrée en institution a lieu, dans la majorité des cas sans que le résident ait au préalable visité l'établissement, c'est généralement la famille qui le fait.

Quand le placement devient nécessaire, car c'est le terme utilisé, il se fait sur le conseil du médecin ou de l'assistante sociale et là, encore, c'est la famille qui prend la décision à la place de la personne concernée. À ce propos le médecin rencontré m'a souligné qu'il existait un vide juridique quant à cette décision de placement car la pré-inscription peut être faite par la famille sans que la personne ne soit au courant (annexe II).

Dès que l'institutionnalisation devient nécessaire après une hospitalisation ou par l'épuisement des moyens de maintien à domicile, l'entrée peut s'opérer rapidement grâce à cette pré-inscription sans que le futur résident n'ait le temps de s'y opposer. Lorsque l'autonomie intellectuelle de la personne est conservée le consentement éclairé est recherché pour les maisons de retraite où je me suis rendu. Par contre, dans le cas d'une personne devenue démente, l'entrée s'effectue sans qu'aucune mesure de protection juridique, telle que l'hospitalisation à la demande d'un tiers, ne soit mise en place, comme c'est le cas chez la personne souffrant de troubles psychiatriques.

Dans la majorité des cas à l'arrivée, la secrétaire et le soignant qui accueillent doivent gérer la situation ambivalente de la famille : d'une part l'incapacité à répondre aux besoins d'un parent devenu dépendant et, de l'autre, le sentiment de culpabilité inhérent à l'abandon d'un proche. Le rôle de l'infirmier à ce moment particulier est donc primordial car il doit rassurer l'entourage en répondant à leurs questions ou leurs inquiétudes, notamment :

- ☞ demande de chambre particulière : pas toujours facile à satisfaire car dans certains cas les chambres sont mêmes triplées !
- ☞ conditions de vie dans l'institution concernant la liberté d'aller et venir, les visites, l'intimité et le rythme de vie des personnes pour les repas ou le coucher.
- ☞ faire disparaître l'image de l'hospice quand la maison de retraite l'a remplacée dans les mêmes murs.

Si je m'intéresse maintenant à ce qui se passe après l'entrée du nouveau résident, l'idée principale, ressortie au cours des entretiens, est l'importance de la prise en charge particulière du nouvel arrivant et, ce, à tous les niveaux de l'équipe soignante et plus spécifiquement à celui de l'infirmier.

Il doit porter une vigilance accrue aux signes d'alerte qui marquent un refus d'acceptation du lieu : la tristesse, la fugue ou le fait de se laisser mourir.

Chaque entrée doit être adaptée et l'infirmier ne doit pas se « borner » aux seules cases du dossier d'admission, d'où l'importance d'avoir une personne qualifiée et expérimentée qui soit capable de se détacher de la partie purement administrative du recueil de données.

Un autre *item* m'est apparu important au cours de ces entretiens : la difficulté du soignant à prendre en charge une nouvelle arrivée. En effet, il apparaît souvent difficile de « remplacer » la personne qui vient de décéder car le laps de temps, dû aux fortes demandes de placement, est souvent très court. Dans le cas des chambres doubles, il faut à la fois tenir compte du travail de deuil fait par celui qui reste, mais aussi faire accepter le nouvel arrivant. C'est pourquoi le rôle de l'équipe revêt un caractère essentiel car il permet au soignant de ne pas se sentir seul et de pouvoir verbaliser ses difficultés.

2.2) Rencontres avec cinq personnels infirmiers d'unité gérontopsychiatrique intervenant à domicile et en institution

Au cours de cette entrevue j'ai pu appréhender le rôle infirmier sous trois angles : avant le départ en institution, une fois l'entrée réalisée et, enfin, la prise en charge de l'aidant.

La décision du départ dans une maison de retraite a souvent lieu dans un moment d'épuisement de l'entourage, lorsque le parent devient multi dépendant. C'est précisément là que l'équipe à domicile a un rôle à jouer car le risque de maltraitance intra familial peut être majoré, surtout lorsque des signes de démences commencent à apparaître. Dans ce cas l'admission devient une façon de protéger la personne et elle permet d'améliorer la relation familiale par le recul pris face à une situation devenu invivable.

Quand il s'agit d'un couple la prise en charge peut se faire sur une longue période car il y a souvent un déni de la perte d'autonomie et de la reconnaissance des difficultés de l'aidant à subvenir aux besoins de l'autre. Dans ce cas, même les aides à domicile font culpabiliser l'aidant du couple et il n'est donc pas aisé d'accompagner la prise de décision de départ vers une institution.

Autre frein qui peut retarder l'entrée, c'est celui du financement : le maintien à domicile permet d'obtenir des aides qui ne font pas appel aux deniers de la famille, par contre en

maison de retraite cette dernière est sollicitée lorsque l'obligation alimentaire des enfants est déclenchée. C'est souvent le point de départ de déchirements familiaux ou d'une nouvelle souffrance pour la personne âgée qui devient alors l'objet de discordes.

Globalement l'équipe s'accorde à dire que la décision d'entrée est, fréquemment, prise trop tard. La personne devrait entrer lorsque ses facultés mentales lui permettent d'avoir encore des repères de façon à les conserver lorsque la démence s'installe, diminuant ainsi les crises d'angoisses.

L'équipe qui intervient en institution vient en relais de celle à domicile qui a préparée le départ. Son travail permet une continuité de la prise en charge.

Dans ce cadre l'infirmier accompagne le résident dans ses différents deuils : celui de sa vie antérieure, parfois de son autonomie, de son image corporelle et souvent celui du conjoint. L'acceptation de ce nouveau lieu de vie se fait d'autant mieux quand ces travaux sont accomplis.

La verbalisation autour de la mort est très présente dans les entretiens, que ce soit pour la leur ou pour celles des autres résidents. En effet la maison de retraite est un lieu de vie mais c'est aussi un endroit où on meurt. Dans cette configuration le résident se confie à l'infirmier et veut souvent régler des comptes ou dénouer des situations familiales anciennes. Il y a donc à ce moment un rôle de médiateur avec la famille pour améliorer les échanges et permettre, dans certains cas, au résident de renouer ou de recréer des liens avec son entourage.

Enfin, l'infirmier qui réalise l'accueil doit rester vigilant lors de l'entretien avec la famille car des troubles sont cachés volontairement ou sont sous forme de déni. L'équipe qui prendra la personne en charge sera alors en difficulté si des informations manquent ou sont incomplètes. Cet entretien m'a apporté des éléments auxquels je n'avais pas pensé et qui me permettront de mieux cerner le nouveau résident.

2.3) Rencontre avec les responsables du centre local d'information et de coordination (CLIC)

Le CLIC est une ressource utile pour l'infirmier dans son rôle de conseil auprès des familles. Ces dernières pourront étudier ou parler des solutions de maintien à domicile ou de départ vers l'institution.

Le centre, qui reçoit essentiellement des familles envoyées par un professionnel de santé, va proposer le maximum de solutions possibles pour le maintien à domicile.

Dans 75% des cas ce sont les familles qui se présentent sous les conseils d'un professionnel de santé. Parfois, une pré-inscription en maison de retraite est proposée car, quand l'urgence

se présente l'entrée se fait plus rapidement en évitant ainsi le déracinement consécutif à une recherche de place à la hâte. La souffrance des familles se manifeste par la culpabilisation et l'inquiétude liées à la mauvaise image qui entoure les institutions. À l'heure actuelle, aucune aide psychologique n'est mise en place comme c'est le cas, par exemple, dans la maladie d'Alzheimer où des groupes de paroles sont créés pour aider les familles.

Pour l'aspect financier, le coût à la journée en maison de retraite varie de 42 à 68€, L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) collective déduite. Le résident finance à hauteur de 9/10 des ses revenus et 1/10 lui est laissé en « argent de poche ». La personne devient locataire et ouvre ses droits à l'allocation logement. Lorsque toutes ses économies sont épuisées ce sont les enfants qui doivent financer et, en cas de mésentente, le conseil général établit l'obligation alimentaire des enfants en fonction de leurs revenus et charges personnels. C'est à ce moment précis que, dans bien des cas, naissent des conflits familiaux autour de l'aîné.

En résumé le rôle du centre est donc de conseiller la famille en amont afin de dédramatiser le départ en institution ou de proposer des alternatives telles que le placement en familles d'accueil.

2.4) Entretien téléphonique avec une cadre de santé utilisant la visite de pré-admission

Un article paru dans Soins Gériatrie⁶ avait retenu mon attention parce qu'il faisait référence à une approche différente pour préparer à l'entrée en institution : la visite de pré-admission se faisant à domicile par l'équipe infirmière. Le soignant rencontre la personne dans son environnement et obtient ainsi, sans blocage, des informations sur l'histoire et les habitudes de vie permettant d'établir un projet de vie adapté. Pour le soignant de maison de retraite, la rencontre à domicile sans blouse permet une communication plus facile et une valorisation de son rôle par une implication personnelle et personnalisée.

Afin de savoir si ce système est toujours en place, j'ai donc pris contact avec le cadre du service actuel.

À ce jour la visite de pré-admission existe toujours et c'est soit le cadre, une infirmière ou une aide soignante qui se déplace à domicile, ou dans un service hospitalier, pour rencontrer la personne ou la famille. Il s'agit de personnes pré-inscrites et qui, pour la plupart du temps attendent dans un service de court, de moyen ou de long séjour. Une commission de placement décide du déclenchement de la visite à domicile ou en institution. Cette visite permet de rencontrer la personne dans son environnement ainsi que la famille car dans 75 à

⁶F. Gauquelin, C. Voisin Soins gériatrie n°29 du 06/01/2001 page 29/47.

80% des cas, il s'agit de personnes démentes ou déficientes mentales. Seules les personnes en bonne santé mentale peuvent éventuellement venir visiter la maison de retraite.

Le statut d'infirmier référent qu'évoquait l'article de l'époque a été abandonné du fait de la loi sur les 35 heures ne permettant pas d'avoir un suivi régulier de la personne visitée après son entrée en institution.

Il est remarquable de constater que cette visite de pré-admission, créée en 1995 perdue et montre une prise de conscience avérée dans la prise en charge du travail d'acceptation de l'entrée en maison de retraite.

2.5) Témoignage d'une étudiante en soins infirmiers sortant d'un stage en EHPAD

Après avoir observé comment était prise en charge l'entrée en institution, il m'a semblé opportun de connaître le ressenti de personnes vivant ce moment si particulier.

J'ai donc recueilli le témoignage d'une étudiante en soins infirmiers, qui informée de mon sujet de TFE, a souhaité me rapporter son expérience.

Pour elle, il lui semble que toutes les personnes entrées en institution n'ont pas forcément fait ce choix délibérément et vivent à contre cœur dans ce lieu.

À titre d'exemple, elle me rapporte le cas d'un couple qu'elle avait en charge. Suite à un malaise de l'époux, l'étudiante s'est retrouvée seule avec la conjointe pendant que le médecin intervenait. L'épouse, très anxieuse, verbalisait son mal être en expliquant que le couple n'avait jamais souhaité vivre en maison de retraite. Les enfants avaient fait ce choix à leur place alors que leur souhait le plus cher était de couler des jours tranquilles à leur domicile. D'ailleurs l'espoir du retour à domicile était toujours présent chez elle. De plus, elle n'acceptait pas et ne comprenait pas le fait de ne pas avoir une chambre commune avec son mari. Surprise l'étudiante s'est renseignée auprès de l'équipe soignante pour connaître les motifs de cette séparation. Le choix avait été fait parce que l'équipe avait jugé que l'emprise de la femme sur son mari était trop importante.

Ce témoignage m'a interpellé sur la décision des soignants qui sont intervenus dans un mode de vie qui satisfaisait ce couple auparavant. La rupture avec les habitudes provoque l'anxiété. Il est alors aisé de comprendre que cette situation est une entrave dans le travail d'acceptation car le libre choix n'est pas respecté.

2.6) Mes différentes lectures

J'ai orienté mes lectures vers les ouvrages spécialisés en gérontologie. J'ai cherché à repérer en premier lieu quels étaient les facteurs d'entrée en maison de retraite, et en deuxième lieu quels éléments étaient favorisants ou non dans l'acceptation de départ vers ce nouveau lieu de vie. Cette recherche m'est apparue essentielle en tant que futur infirmier pour une meilleure prise en charge et ce dès l'entrée en maison de retraite de la personne âgée.

Un passage a retenu mon attention et résume cet état de non choix :

C'est rarement de gaieté de coeur que l'on choisit de vivre en maison de retraite. Quitter son cadre de vie pour un changement radical sans espoir de retour est un choc d'autant plus dur que cette rupture survient à la demande de l'entourage auquel il est difficile de refuser ou sous la contrainte des événements : dégradation de l'état de santé, habitation inadaptée, impossibilité d'obtenir de l'aide à domicile, éloignement des enfants. Il faut soigneusement peser cette décision, car, chez une personne déjà fragilisée, la perte des repères accentue des troubles (dégradation de la mémoire, dépression latente) qui risquent de devenir irréversibles⁷.

L'idée majeure qui ressort de mes différentes confrontations et lectures met en évidence une non préparation à l'entrée en maison de retraite dans la majorité des cas. La personne arrive dans un état anxieux ou de colère qui bloque tous les systèmes mis en place pour rendre accueillante la maison de retraite.

L'acceptation se faisant à posteriori de l'entrée, j'ai donc décidé de modifier ma question de recherche afin de me situer en tant que futur infirmier de maison de retraite.

2.7) Question de recherche

En quoi le rôle de l'infirmier en maison de retraite peut-il aider le résident à accepter ce nouveau lieu de vie ?

Avant de poursuivre je tiens à définir un des termes de ma question :

2.7.1) Lieu de vie: habituellement il s'agit de l'endroit où on habite avec son entourage. Ici la communauté remplace l'entourage et la chambre du résident l'habitation. Ainsi la maison de retraite est un lieu de vie où on soigne et non l'inverse c'est-à-dire un lieu de soins où l'on vit.

⁷ Agnès Sarraux, médecin gériatre, auteur de « Mes parents vieillissent » édition Bonneton, cité par Michaëla Bobash « le monde » du 11 décembre 2004.

3) ENRICHISSEMENT, CONCEPTUALISATION

Afin de prendre en charge le nouveau résident l'infirmier se doit d'être informé de l'évolution de la société ainsi que des facteurs environnementaux qui impliquent l'entrée en maison de retraite. C'est pourquoi j'ouvre le champ socio culturel afin de comprendre les différents mécanismes qui précèdent cet évènement.

3.1) Du point de vue socio culturel

3.1.1) Les facteurs favorisant l'entrée en maison de retraite

Au travers de mes différentes rencontres et de mes lectures j'ai pu relever les éléments suivants :

- ☞ La santé : la dégradation de l'état de santé augmente le risque d'entrée en institution. En effet pour les femmes dans la tranche 75-84 ans, 1,6% vivent en institution sans incapacité contre 33% avec incapacités sévères.⁸
- ☞ Le type de ménage : le fait de vivre en couple a un effet retardant par rapport au célibataire qui est plus en demande d'aide à domicile.
- ☞ Le nombre d'enfants : plus leur nombre est important et plus la solidarité joue envers le ou les parents.
- ☞ Le revenu : des ressources élevées permettent de financer un maintien à domicile plus longtemps.
- ☞ Le niveau social : plus il s'élève et moins le recours à la famille est utilisé car la volonté d'indépendance est plus forte et l'entrée se fait avec moins de réticences.
- ☞ La situation géographique : dépend de la proximité de la famille, de l'offre de service de maintien à domicile, du nombre d'institution et de leur coût.
- ☞ La baisse des relations sociales due au décès des amis, la baisse d'autonomie, les difficultés de déplacement, la surdité et la perte du conjoint (isolement par les autres couples) entraînent un repli sur soi par l'isolement relationnel induit.

⁸ Gérontologie et société n 112 mars 2005 page 18.

3.1.2) Les causes d'entrée en maison de retraite

Si précédemment on retrouvait les facteurs de risques pouvant pousser vers l'institution, certaines causes accélèrent l'entrée : lorsque toutes les solutions de maintien à domicile ont été épuisées, au cours d'une affection brutale invalidante comme un accident vasculaire cérébral par exemple, et enfin quand l'entourage souffre dans le cas de polyopathie ou de démence de type Alzheimer.

3.1.3) Qui prend la décision ?

Dans l'annexe III il est remarquable que le résident ne participe dans la décision d'entrée que dans 35% des cas contre 58% pour la famille l'hôpital et les professionnels de santé réunis.

Cette enquête confirme mon idée du rôle primordial de l'infirmier en maison de retraite qui, dans la majeure partie des cas, va recevoir une personne qui n'aura pas choisi ce lieu. Dernièrement, j'ai ainsi été confronté à la situation suivante dans un service de soins de suite : un fils avait inscrit sa mère dans plusieurs maisons de retraite, alors que pour elle son désir était de retourner à domicile. J'ai pu parlé avec le fils en expliquant le souhait de sa mère et en lui indiquant l'adresse du CLIC afin qu'il étudie les offres complémentaires d'aides à domicile. Le fils m'a remercié et j'ai compris que j'avais un rôle à jouer pour éviter ce type de situation où la famille prend la décision à la place de son parent.

3.1.4) Qui vit en maison de retraite ?

Pour comprendre l'entrée en maison de retraite il est utile d'avoir quelques notions démographiques.

En France la population vieillit : en 2004 12,4 millions de personnes ont plus de 60 ans soit plus de 20% de la population totale*. En 2000 les personnes très âgées (+85ans) étaient de 1,3 millions, 1,5 millions sont prévues en 2010, 2,1 millions en 2020⁹.

Par contre la proportion de personnes âgées vivant en collectivité est restée stable : 5% en 1999 pour 6% en 1975*. L'entrée se faisait en moyenne à 80,2 ans il y a 25 ans pour 82,3ans en 1999* : on peut penser que cela est dû aux progrès de la médecine et à l'amélioration des soins à domicile.

Cette entrée se faisant de plus en plus tard l'acceptation sera d'autant plus difficile lorsque l'on sait que 30% des personnes âgées entrant en institution y meurent la première année¹⁰.

*INSEE recensement 2004.

⁹ Mormiche P. « la dépendance : le poids et le souci » Cahiers de sociologie et de démographies médicales, n°2-3 Avril-Septembre 1999.

¹⁰ Gérontologie et société Op.Cit. page 66.

En définitive, je constate que la personne âgée entre de plus en plus vieille en maison de retraite et souvent contrainte par des circonstances indépendantes de sa volonté. L'idée d'ultime demeure vient s'y ajouter et il me paraît indispensable de comprendre les répercussions psychologiques que cela peut engendrer pour le résident, son entourage, mais aussi pour l'infirmier.

3.2) Du point de vue psychologique

3.2.1) Pour le résident

Pour comprendre les mécanismes psychologiques du futur résident je me suis imaginé être à sa place afin de lister ce qui pouvait être une entrave à l'acceptation de ce nouveau lieu.

Une rupture : lorsque l'annonce du départ est faite, ou pire lorsqu'elle est devinée, un bouleversement psychologique se produit car, il faut renoncer à sa vie sociale, à son entourage, à une maison qui fait partie intégrante de son histoire de vie : une maison de famille parfois où on est né, où ses parents sont morts. De plus, cet ultime lieu de vie sera collectif alors que l'on a toujours vécu dans un logement individuel.

En fait, il va falloir accepter sa mort sociale avant sa mort biologique et l'on peut penser que l'acceptation de l'entrée en institution fait partie d'un travail de deuil et, dans le cas présent celui de sa vie antérieure.

Le travail de deuil : selon Freud¹¹, c'est un processus intrapsychique. Le travail de deuil est consécutif à la perte d'un objet d'attachement ; perte qui n'est pas toujours assimilable à la mort. Ici, il s'agit de la perte de sa vie antérieure et de tous les objets qui s'y rapportent.

On peut aussi faire un parallèle avec les phases de deuil selon Elisabeth Kübler-Ross et y retrouver l'acceptation en phase finale (annexe IV).

La mauvaise image de l'institution : les affaires de maltraitance ou le manque de personnel véhiculés par les médias. En voici un exemple avec cet extrait d'article : « Listes d'attentes, prix élevés, personnel insuffisant, parfois inexpérimenté, trop pressé qui préfère mettre des couches plutôt que d'accompagner aux toilettes, horaires des repas inadaptés, avec dîner à 18 heures, qui laisse ensuite la personne quatorze heures sans s'alimenter »¹².

L'image des hospices mouroirs reste encore ancrée car dans certains endroits ils ont été transformés en maison de retraite. Beaucoup d'amis ou de proches y décèdent ce qui fait dire que l'institution renvoie davantage une idée de mort que de vie.

¹¹ Médecin autrichien père de la psychanalyse 1856-1939.

¹² Maurice Bonnet. Bulletin d'information de la MSA n°42 Mars 2004.

Le manque de personnel peut être lié à des raisons économiques ou au désintéressement des soignants qui pensent que le travail de relation n'est pas un soin à part entière ou qui trouvent dégradant de soigner de « futurs mourants ».

On constate donc, qu'avant l'entrée des freins existent pour l'acceptation. Dans le cas où la décision de l'entrée est une démarche volontaire on pourrait penser que l'acceptation est faite. Mais, bien souvent, cette décision est motivée par un isolement, pour accompagner son conjoint, ou parce que l'institution propose une présence continue de personnels soignants permettant d'assurer sa sécurité et sa protection.

Une fois l'entrée réalisée, l'infirmier devra prendre en compte d'autres éléments qui peuvent constituer de nouvelles entraves à l'acceptation:

Un nouveau départ : tout d'abord ce nouvel espace va devoir être investi par le nouveau résident et l'aide de l'infirmier sera primordiale afin d'éviter, notamment, le risque de chute qui survient souvent la première nuit par manque de repères¹³.

Ensuite, se créer de nouvelles relations ne va pas être d'emblée facile et la personne âgée va se tourner vers les soignants afin d'y trouver un soutien.

Et enfin le résident va devoir se plier aux habitudes d'une équipe, d'un règlement, d'un horaire.

Une humiliation : la dépendance d'autrui pour les gestes de la vie quotidienne va entraîner une perte de l'estime de soi. La vigilance de l'infirmier est ici indispensable pour préserver l'intimité et la pudeur notamment au cours des soins d'hygiène.

Le regard des autres membres de la collectivité face à une incontinence, à un déplacement en fauteuil ou à un handicap physique va provoquer une altération de l'image corporelle.

Au final, ces regards et ces intrusions de personnes étrangères dans la vie privée et l'intimité peuvent constituer une menace et conduire à une révolte du résident ou à l'inverse vers une dépression voir un passage à l'acte suicidaire.

La peur de l'institution : elle s'ajoute aux autres peurs liées au vieillissement : la maladie, le handicap, la dégradation de son corps, la dépendance, la perte, le deuil et la mort.

La contrainte : le non choix induit, lorsque toutes les solutions pour rester chez soi ont été épuisées, démontre au résident qu'il ne maîtrise plus son destin. De plus, comme je l'ai mentionné plus haut, ce « placement » se fait en majorité après décision prise par autrui. Enfin l'institution est un lieu de règles et de devoirs auxquels il va falloir se soumettre.

La perturbation de l'image de soi : dès les premiers jours le résident va être au contact de personnes en fauteuil roulant, plus ou moins démentes ou voire mourantes. Ces images des

¹³ E. Rogez, Soins et Gérontologie n°52 mars/avril 2005 p24/48.

autres vont lui renvoyer une image de son devenir. Peu à peu, il va reconnaître sa dépendance dans les gestes de la vie courante, et va devoir accepter d'être évalué pour entrer dans la classification de grille de dépendance et d'autonomie telle que la grille AGGIR¹⁴.

À toutes ces souffrances psychologiques du résident peuvent s'ajouter celles de la famille, qui vont être ressenties par ce dernier, ce qui va encore freiner l'acceptation de ce nouveau lieu. J'explore donc le retentissement psychologique sur la famille :

3.2.2) Pour la famille

Au moment de l'entrée de l'un de ses aînés en maison de retraite la famille peut se trouver soit en situation de souffrance, soit en situation d'apaisement.

Pour commencer je citerai un passage d'un livre relatant cette souffrance :

L'entrée en maison de retraite est rarement le fait d'une décision de la personne âgée. Au moment de l'admission, la famille est démunie. Elle a perdu tous ses repères, n'osant ou n'arrivant pas à dire la vérité ; ses membres ne peuvent dénoncer ni leur souffrance, ni leur culpabilité. Le temps du placement devient alors un temps mort, un temps pendant lequel la famille est dépossédée de son aîné¹⁵.

L'idée de rupture avec la personne âgée est très forte dans ce texte. Quelques mots encore pour résumer la situation : « Vous êtes orphelin d'un parent toujours vivant »¹⁶. En effet l'entrée se fait sans idée de retour et même lorsqu'il y a eu une préparation avec inscription sur une liste d'attente, quand le téléphone sonne pour annoncer qu'une place s'est libérée la panique envahit l'entourage comme si un décès avait été annoncé. L'idée d'abandon devient alors très forte et de là, naît un sentiment de culpabilité d'autant plus accentué que le parent est devenu le centre d'intérêt du fait de sa dépendance. À ce sentiment s'ajoute souvent la peur, voire l'angoisse, du vieillissement et de la mort, car derrière l'entrée de l'aîné ressort l'idée que son tour viendra¹⁷.

Lorsque les dépendances sont trop importantes avec en plus une perte d'autonomie, le parent devient alors une lourde charge pour la famille qui finit par souffrir. L'entrée devient alors un soulagement et permet d'éviter des dérives pouvant conduire à une maltraitance provoquée par la lassitude. Bien souvent, cette séparation permet de renouer des contacts avec son parent et ainsi de recréer une relation saine et non douloureuse pour les deux parties.

¹⁴ La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs.

¹⁵ Darnaud T. *l'entrée en maison de retraite*. Paris ESF Editeur p188/191.

¹⁶ Gérontologie et société Op.Cit. p122.

¹⁷ Ibid. p86.

L'infirmier de maison de retraite, dans sa prise en charge globale du patient, doit tenir compte de cette souffrance de la famille ou, plus généralement, de l'entourage quand celle-ci n'existe pas. Son rôle est, par conséquent, primordial car il doit communiquer et observer le résident pour que le cheminement de l'acceptation se fasse avec moindres douleurs.

Néanmoins, la proximité avec le résident, alliée à la durée du séjour m'ont amené à observer le retentissement psychologique sur l'infirmier :

3.2.3) Pour l'infirmier :

Pour le résident, les soignants vont représenter un nouvel entourage et la difficulté va être, pour l'infirmier, de supporter cette charge affective. Un passage de l'un des livres que j'ai lu l'exprime clairement : « Les personnes âgées hospitalisées transfèrent toute leur charge affective et leur angoisse sur le personnel, qui devient leur seul interlocuteur, et on peut déjà mesurer le poids des responsabilités qui incombent aux soignants. Il est écrasant, même s'il représente l'occasion d'un dépassement permanent »¹⁸.

Les soins quotidiens apportés et notamment la toilette ou l'aide aux repas vont créer une sorte de relation parents/enfants mais inversée dans ce cas. Le risque est alors de créer une relation infantile provoquant un sentiment de régression chez le résident. Ce rapport de force inversé donne à l'infirmier un pouvoir qui, lorsqu'il n'est pas contrôlé, peut conduire à des situations de maltraitance.

Le travail en maison de retraite est différent d'un autre service de soins car c'est un lieu de vie où la sortie se solde par le décès. Ce côtoiement avec la mort et la vie retirée avec les résidents entraînent un isolement professionnel qui contraste avec les autres soignants. Pour ces derniers, l'objectif du soin est le retour à l'autonomie alors que l'infirmier de maison de retraite doit se fixer d'autres buts pour lui permettre de trouver une motivation dans son travail. D'ailleurs, on remarque que devoir aller travailler en maison de retraite fait souvent peur aux jeunes diplômés infirmiers. Inconsciemment, il y a l'image de sa propre vieillesse, ou celle de ses parents, mélangée à celle de la mort et bien souvent c'est un souhait de deuxième partie de carrière.

L'ouverture du champ psychologique dans ses divers *items* me permet de mettre en évidence les difficultés d'acceptation du lieu par le nouveau résident, accrues par sa sénescence physique, ainsi que les difficultés du soignant. La prise en charge infirmière est donc particulière dans ce type d'institution et c'est pourquoi je décide d'explorer les pratiques professionnelles afin d'en comprendre les mécanismes :

¹⁸ Vivre : la fin des hospices ? p40 collection Mésopé Privat éditeur 1983.

3.3) Du point de vue des pratiques professionnelles

3.3.1) La législation

Dans le décret 2004-202 du 29/07/04 régissant la profession d'infirmier des passages ont retenu mon attention pour aider le nouveau résident dans son travail d'acceptation :

Tout d'abord, l'infirmier doit assurer une prise en charge physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. Il doit apporter aide et soutien psychologique et privilégier l'écoute. Il respecte la personne sa dignité, son intimité et celle de sa famille. En fin, il doit agir en toute circonstance dans l'intérêt du patient¹⁹.

3.3.2) Les textes spécifiques:

La charte des personnes âgées dépendantes²⁰ montre de manière transversale à quel point il est nécessaire d'éviter la cassure franche avec la vie antérieure quand la dépendance s'installe chez le sujet âgé en préservant sa fonction de libre arbitre. La spécification du soignant y est reconnue et souligne une prise en charge basée sur l'observation et la pratique d'un soutien psychologique.

La charte des personnes âgées dépendantes en institution²¹, reprend et insiste sur l'importance du respect des choix avant l'entrée et durant la vie dans l'institution. La notion de lieu de vie y est forte et l'institution doit tout mettre en œuvre pour que tout se passe comme dans la vie antérieure à domicile.

La charte de la tarification oblige l'institution à établir un projet de vie pour chaque résident²² qui déterminera le projet d'établissement. Dans ce cadre les désirs, les liens extérieurs et la vie sociale de la personne sont respectés. Le résident n'est plus seulement un objet de soins et l'élaboration d'un projet aux travers d'animations et d'activités lui permet de mieux accepter ce nouveau lieu de vie.

Enfin, la charte des droits et libertés de la personne accueillie²³ reprend les *items* des deux premiers textes en ajoutant l'accompagnement personnalisé et la garantie d'un projet personnalisé.

¹⁹ Articles R. 4311-2, R. 4311-5, R. 4312-2, R.4312-26.

²⁰ Élaborée en 1997 par la Fondation Nationale de Gérontologie.

²¹ Établie en 1986 par la Fondation Nationale de Gérontologie.

²² Décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

²³ Arrêté ministériel du 8 septembre 2003.

Ces différents textes permettent de cadrer les droits et les devoirs de l'institution. Quant à l'infirmier, son rôle va être de prendre en charge le résident en travaillant avec ces éléments pour que le travail d'aide à l'acceptation puisse se réaliser. C'est pourquoi j'ouvre maintenant un paragraphe sur le rôle spécifique de l'infirmier en maison de retraite :

3.3.3) Le rôle de l'infirmier en EHPAD

Dans le domaine biologique : l'incontinence, les difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne entraînent une perte de l'estime de soi. Minimiser ces pertes, rassurer le résident va permettre qu'il puisse s'accepter afin de ne pas se sentir comme un fardeau pour les autres. En outre, les soins pratiqués vont être un moment privilégié d'observation, d'échanges et d'intimité où le résident pourra verbaliser ses craintes et ses désirs.

Sur le plan psychologique : le travail va consister à déterminer à quel stade se situe le résident dans sa phase du deuil de vie antérieure. De plus, suivant les cas, la personne peut se trouver en état de souffrance morale suite au deuil du conjoint, à l'isolement social, ou à des conflits familiaux non résolus. Dans cette période de manque de repères et de disparition d'objet d'attachement l'infirmier, de part sa relation d'aide et au travers de l'alliance qu'il va créer avec le résident, va permettre de recréer de nouveaux liens et, ce, grâce au projet de vie mis en place précocement.

Au niveau social : tout d'abord vis-à-vis de l'entourage l'infirmier de maison de retraite va s'inscrire dans une triangulation soignant-résident-famille²⁴, afin de ne pas suppléer au rôle de la famille. Le maintien de cette relation avec l'extérieur évitera une cassure nette dans la vie du résident et l'aidera dans son cheminement vers l'acceptation. Ensuite, en cas de conflits famille-résidents ou famille-institution l'infirmier va jouer un rôle de médiation psychologique car c'est souvent sur lui que se reportent la colère ou le désarroi des familles²⁵. Enfin, le projet personnalisé de vie, au travers des animations et des activités dans lesquelles l'infirmier s'implique favorisant l'intégration sociale et l'investissement progressif du lieu, va être un facteur de l'acceptation de l'institution par le résident.

²⁴ Soins gérontologie n°54 p16, 17/48 juillet/août 2005.

²⁵ Ibid. p21.

4) SYNTHÈSE

L'exploration des éléments qui influent sur l'acceptation du résident envers ce nouveau lieu m'a permis de discerner deux concepts transversaux qui me paraissent capitaux : l'observation et la relation d'aide infirmier-résident.

Tout d'abord, l'observation va commencer par la connaissance de la personne. L'entretien ainsi que le recueil de données faits à l'entrée avec le résident et/ou la famille lui donnent des éléments de base mais ce n'est pas suffisant. Il devra s'enquérir de savoir si une prise en charge en amont a déjà été commencée et, dans ce cas, se mettre en rapport avec les acteurs concernés : hôpital, infirmière libérale, médecin, associations.

Ensuite, l'apparition de signes comportementaux chez le résident sera des marqueurs de l'évolution du travail vers l'acceptation qui lui permettront d'adapter sa prise en charge.

Enfin, l'infirmier devra observer comment le projet de vie est mis en place et, si besoin est, le réadapter avec la personne afin de lui assurer une continuité avec son existence antérieure.

Quant à la relation d'aide elle sera également liée à l'observation de l'infirmier car la majorité des messages entre individus passe par la communication non verbale. Dès l'entrée les premiers regards, les premiers gestes et les premières paroles seront déterminants afin de ne pas laisser une mauvaise impression initiale qui resterait marquée dans l'esprit du résident. Ensuite, une attitude empathique au cours des échanges permettra au résident de verbaliser le cheminement qu'il fait vers l'acceptation. Comme je l'ai évoqué plus haut l'infirmier va être un pivot dans la relation équipe résident-famille. Ainsi, il va pouvoir s'impliquer dans des structures telles que le conseil de vie sociale dont la mission est centrée sur le résident afin de lui assurer la meilleure transition avec sa vie passée (annexeV).

De nos jours, la politique de santé favorise le maintien à domicile le plus tard possible. Cela sous entend une entrée en institution avec une acceptation souvent douloureuse pour le sujet en grand âge, c'est pourquoi j'émet l'hypothèse suivante :

5) HYPOTHESE

Quel que soit l'élément déclenchant de la décision d'entrée en maison de retraite d'une personne âgée le rôle de l'infirmier de cette institution doit être de s'impliquer en amont dans un travail de réseau afin de préparer l'acceptation de départ vers ce dernier lieu. Si cette préparation n'est pas possible l'infirmier doit être formé à l'observation et à la relation d'aide.

CONCLUSION

Les recherches que j'ai effectuées pour mon travail de fin d'études et les différentes rencontres que j'ai pu faire dans le secteur gériatrique m'ont conforté dans mon projet professionnel.

Ma future mission est maintenant plus claire et je pense avoir rassemblé les outils nécessaires pour me permettre de prendre en charge de façon optimale, une personne dont le destin est, ou sera de vivre en maison de retraite. De plus, j'ai réalisé que le rôle de l'infirmier ne s'arrête pas aux limites de l'institution. L'implication dans un réseau de santé, permet de préparer en amont l'entrée de la personne âgée en institution réduisant ainsi le traumatisme engendré par ce départ définitif.

J'ajouterai que l'ouvrage que j'ai effectué relate des événements et des ressentis que j'ai vécu au moment où j'ai effectué mes stages. Je garde bien à l'esprit que des situations différentes se présenteront à moi au cours de mon expérience professionnelle, situations nouvelles que je saurai appréhender grâce à la connaissance et à l'intérêt que je porte aux personnes âgées.

Pour terminer, je citerai une phrase entendue au cours d'un stage : «Ils se débarrassent de moi c'est fini, ils veulent m'envoyer à l'hospice ». J'aimerais oublier cette réplique et un jour entendre :

« Vous savez, grâce à votre aide et vos conseils, c'est bon, je suis prêt. J'ai décidé de partir vivre en maison de retraite. C'est ma décision et, tant que je suis sur cette terre, ma vie m'appartient ».



ANNEXES

ANNEXE I

QUESTIONNEMENTS SOIGNANTS

Résident/famille

- ☞ L'origine de la demande ?
- ☞ Qui fait l'entrée ?
- ☞ Est t'elle préparée ? comment ?
- ☞ Quelles sont les questions les plus fréquentes des résidents à l'entrée ?
- ☞ Et pour la famille ?
- ☞ comment gérez vous l'angoisse des familles ?
- ☞ a votre avis une bonne entrée c'est quoi ?
- ☞ et une mauvaise ?

Le soignant

- ☞ quels sont les signes d'alertes de la non acceptation de ce nouveau lieu de vie ?
- ☞ quelles actions mettez vous en place dans ce cas ?
- ☞ Quelles sont à votre avis les qualités qu'un soignant doit posséder pour que l'acceptation de ce nouveau lieu de vie se passe pour le mieux ?
- ☞ Comment vivez vous une nouvelle entrée ?

L'institution

- ☞ Que mettez vous en en avant lorsque vous faites visitez l'institution ?
- ☞ Comment se fait l'intégration du nouveau résident auprès des autres personnes ?
- ☞ Comment conciliez vous les disparités de rythme de vie des résidents ?
- ☞ A votre avis quels sont les points forts de votre institution, les points faibles ?
- ☞ Si un jour vous deviez entrer en maison de retraite qu'attendriez vous de celle-ci ?
- ☞ mettez vous en place des projets de vie personnalisés? à quels moments commence t'il ?

ANNEXE II

Ci-joint extrait du dossier d'inscription diffusée sur la communauté urbaine de Cherbourg-Octeville, avec l'autorisation du CLIC :



Madame, Monsieur,

La recherche d'un établissement d'accueil pour vous ou vos parents est souvent une démarche fastidieuse et qui demande du temps.

Afin de simplifier cette demande, veuillez trouver ci-joint le Dossier Unique d'Inscription. Il est commun aux établissements du secteur (voir liste, adresses et téléphones en annexe) de la Communauté Urbaine de Cherbourg.

Le remplir et le porter (ou l'envoyer) à chaque établissement est la seule étape à effectuer. Cela ne dispense pas de rencontrer le responsable ou le cadre de santé de l'établissement, pour prendre rendez-vous.

Nous insistons également sur l'importance de bien informer et de préparer le futur résident à son admission qui n'interviendra certainement pas avant plusieurs mois, mais qui, le moment venu, devra se faire assez rapidement après que vous ayez été prévenu d'une place disponible.

Les Directeurs et leurs équipes administratives sont à votre disposition pour vous aider dans vos démarches.

DOSSIER D'INSCRIPTION

IDENTITE

NOM : NOM JEUNE FILLE :
PRENOM : SEXE : Masculin Féminin
DATE DE NAISSANCE : / / Lieu de Naissance :

SITUATION DE FAMILLE ET MODE DE VIE HABITUEL

Marié Célibataire Veuf/Veuve Divorcé(e) Séparé (é)
date décès conjoint : _ / _ / _
 Vit seul(e) Avec le conjoint Avec les enfants
 en institution nom et lieu : depuis quand :
 à son domicile sans aide
 chez des proches avec aide : aide à domicile tierce-personne
 voisin famille IDE/SSIAD

ADRESSE

Rue :
Code Postal : Commune :
N° Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ N° Portable : _ / _ / _ / _ / _

Type d'admission :

Foyer Logement E.H.P.A.D.
Permanent : Temporaire :

DEMANDE D'ADMISSION FAITE PAR :

L'intéressé(e) La Famille les intervenants Précisez :
La personne est-elle informée de son inscription en institution : Oui Non
Est-elle d'accord d'être accueillie en institution : Oui Non

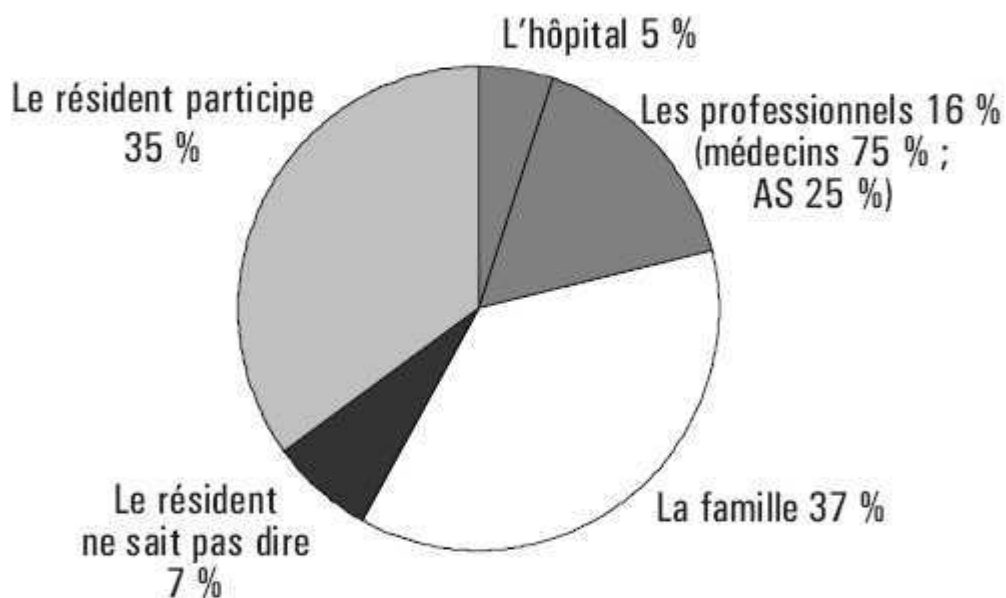
Médecin Traitant

NOM :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : _ / _ / _ / _ / _

ANNEXE III

GRAPHIQUE 2 ●

acteurs ayant participé à la demande d'entrée
en institution d'après les résidents



3 879 réponses ont été données par 3 538 résidents, les pourcentages sont calculés sur 3 879).

Note : pour la signification des acteurs, voir encadré 1.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

ANNEXE IV

Extrait des étapes du deuil selon le Dr Elisabeth Kübler Ross¹ comparées à l'entrée en maison de retraite :

1. **le choc, le refus et l'isolement** : à l'annonce de la proposition d'entrée en institution.
2. **le déni** : mécanisme de défense que la personne met en place pour essayer d'oublier ou de ne pas y penser. Ce déni peut aussi prendre la forme de la recherche d'un coupable ou de « marchandage » pour trouver une autre alternative au départ en institution.
3. **l'expression des émotions, des sentiments** : peut se manifester par la colère, l'impuissance, la tristesse l'angoisse voir la dépression créée par la menace de ce qui va être perdu, son environnement, ses habitudes, le tissu social.
4. **le règlement** : accomplissement des tâches consécutives à la perte : ventes de biens, choix des objets à emporter.
5. **l'acceptation** : découverte d'un sens à la perte : prise de conscience.

¹Psychiatre suisse ayant écrit plusieurs ouvrages sur la mort 1926-2004.

témoignage

Le conseil de la vie sociale, une nouvelle place pour les familles et les résidents

Les circonstances de la vie, suite à l'accident cérébral de ma mère, m'ont fait découvrir, il y a trois ans, le monde des institutions gériatriques et, de ce fait, celui de la gérontologie.

Le choix de placer un parent en long séjour est une épreuve difficile pour la personne elle-même, mais également pour ses enfants. C'est la raison pour laquelle l'accueil du résident et de sa famille par le cadre infirmier et le médecin doit être effectué avec tout le tact qui s'impose devant le choc que représente ce nouveau mode de vie. L'organisation de la maison, les soins infirmiers, le suivi médical et les activités (loisirs, animations, ateliers) seront décrits de façon simple et claire, afin que la famille soit rassurée et sereine, et qu'elle puisse accompagner son parent en toute sécurité.

Depuis deux ans et demi, suite aux sollicitations du cadre infirmier du Centre départemental de moyen et long séjour "Les Ormes" à Montfermeil (93), je fais partie du Conseil de la vie sociale* (CVS) – ancien conseil d'établissement – qui réunit, au moins trois fois par an, une assemblée composée des représentants des résidents, des familles, du personnel médical et du conseil d'administration. Le directeur de l'établissement et les responsables du long séjour (médecin-chef et cadre infirmier supérieur) y sont également invités à titre consultatif.

Ces réunions permettent de faire le point sur la vie de l'institution en général, sur les aspects positifs et négatifs, ainsi que sur les procédures mises en place afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de faciliter la communication avec les familles. Tous les représentants y émettent leurs désirs, leurs idées et, parfois même, leurs revendications.

En ce qui me concerne, je me suis impliquée dans cette démarche afin d'approcher ce monde qui m'était jusqu'alors méconnu tant sur le plan médical que sur celui des conditions d'hébergement. L'objectif des réunions du conseil de la vie sociale est d'impliquer les familles dans le projet d'établissement et de leur permettre également de mieux connaître le travail des soignants. En effet, depuis trois ans, j'ai constaté de grandes améliorations dans la vie quotidienne des résidents, améliorations dues au dynamisme des équipes médicale, paramédicale et administrative, ainsi que du personnel chargé de l'animation.

■ **Un projet de vie** a ainsi été réalisé avec la collaboration de l'ensemble du personnel afin de faire le point sur ce qui était mis en place et de réfléchir à de futurs projets. C'est un véritable tableau de bord à suivre et à contrôler par les équipes de direction !

■ **Un livret d'accueil**, qui reprend l'organisation complète de la maison, vient d'être formalisé. Il sera remis à toute personne intégrant le centre, ainsi qu'à sa famille afin de leur faciliter les premiers jours de vie en institution.

■ **Des réunions de synthèse** sont, depuis un an et demi, organisées environ un mois après la prise en charge du nouveau résident. Elles permettent, en présence du résident et de son référent familial, de faire le point sur la prise en charge médicale, paramédicale (autonomie, poids, alimentation, bilan kinésithérapique) du résident, sur son intégration et sa participation à l'animation. Ces échanges sont l'occasion d'analyser les dysfonctionnements éventuels et de réajuster son projet de vie.

■ **Un journal trimestriel**, "La Ballade", vient d'être créé pour tous les résidents et les familles reprenant la présentation de l'établissement, celle des nouveaux résidents, les dates d'anniversaire, ainsi que les actualités de l'institution sur une thématique différente à chaque saison (le printemps, la mer...), avec poèmes et chansons adaptés au thème.

■ **Le secteur animation** est performant avec deux animatrices alliant les loisirs (anniversaires, après-midi à thème, etc.) et l'effort cérébral (mots croisés, loto) et le travail manuel (collier, bague, bracelet en perles, programme du mois effectué par des résidents).

■ **En ce qui concerne le suivi médical**, il est bien effectué, même si un manque de personnel (infirmiers, aides-soignantes et personnel de service) est à noter. Il est important de souligner que les responsables en sont tout à fait conscients, mais les directions de tutelle sont quelquefois un peu trop rigides.

Je continuerai selon mes moyens à œuvrer pour rendre plus agréable la vie des personnes âgées. ■

Marie-France Echelard, présidente du Conseil de la vie sociale, Centre départemental de moyen et long séjour "Les Ormes", Montfermeil (93)

PRÉCISION

*Voir décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles paru au J.O. du 27 mars 2004 ; 74 : 5909.

• **Le CVS est obligatoirement consulté** sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service.

• **Il donne son avis** et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement, notamment :
 - organisation intérieure et vie quotidienne ;
 - activités, animations socioculturelles et services thérapeutiques ;
 - projets de travaux et d'équipement ;
 - nature et prix des services rendus ;
 - affectation des locaux collectifs ;
 - entretien des locaux ;
 - relogements en cas de travaux ou fermeture ;
 - l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Pour en savoir plus :
www.fhf.fr/fhf/docs/cvs.doc



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques des ouvrages :

- SARRAUX Agnès, médecin gériatre, auteur de *Mes parents vieillissent* édition Bonneton, cité par Michaëla Bobash « le monde » du 11 décembre 2004.
- ANKRI Joël (dir.), *l'entrée en institution* gérontologie et société, Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, mars 2005 n°112 234 pages.
- Dr CABIROL Claude, *Vivre : la fin des hospices ?* Brive, Chastrusse, février 1983 coll : mésopé 266 pages.
- DARNAUD T., *l'entrée en maison de retraite*. Paris ESF Editeur 191 pages.

Références bibliographiques des articles de périodiques :

- BONNET Maurice, *Bulletin d'information* de la MSA n°42 Mars 2004.
- GAUQUELIN Frédérique, Carmen Voisin *Soins gérontologie* n°29 du 06/01/2001 page 29/47.
- MORMICHE P., *la dépendance : le poids et le souci* Cahiers de sociologie et de démographies médicales, n°2-3 Avril-Septembre 1999.
- RAGEZ Elisabeth, *Soins et Gérontologie* n°52 mars/avril 2005 p24/48.

Références des textes officiels :

- Décret 2004-802 du 29/07/2004 parties IV et V du code de la santé publique relatif à la profession infirmière, publié au JO n°183 du 09/08/2004.
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles.
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes rendant obligatoire l'écriture d'un projet de vie qui déterminera le projet d'établissement.

- Arrêté ministériel du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Références des ressources en ligne :

- <http://www.academie-francaise.fr>
- <http://www.fng.fr>

Les autres sources documentaires :

- Module personnes âgées, cours de Mme AUDOUX C. cadre formateur à l'IFSI de Cherbourg Octeville.
- INSEE recensement 2004.
- Charte des personnes âgées dépendantes mise au jour par la Fondation Nationale de Gérontologie en 1997.
- La charte des personnes âgées dépendantes en institution, établie par la commission "Droits et libertés" de la Fondation Nationale de Gérontologie en 1986.