

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS**

rue PAMPAROUX

03100 MONTLUCON

CHARBONNIER

Thierry

Promotion 2012/2015

Travail de Fin d'Etudes

18 mai 2015

Session N° 1

Diplôme d'État Infirmier – Grade de licence

UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

Le T.F.E. a été soutenu le juin 2015

Le projet de vie individualisé : chemin vers le maintien de l'autonomie des résidants en E.H.P.A.D.



Dessin et texte de
Philippe GELUCK

La vie n'a pas d'âge

La vie n'a pas d'âge.

La vraie jeunesse ne s'use pas.

On a beau l'appeler souvenir,

On a beau dire qu'elle disparaît,

On a beau dire et vouloir dire que tout s'en va,

Tout ce qui est vrai reste là.

Quand la vérité est laide, c'est une bien fâcheuse histoire,

Quand la vérité est belle, rien ne ternit son miroir.

Les gens très âgés remontent en enfance

Et leur cœur bat

Là où il n'y a pas d'autrefois.

Jacques Prévert

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE	2
1.1. SITUATION D'APPEL.....	2
1.2. PROBLEMATISATION	2
1.2.1. Questions sur la situation.....	2
1.2.2. Problématisation	2
1.2.3. Proposition de question de départ.....	3
1.3. ENQUETE EXPLORATOIRE.....	3
1.3.1. Outil d'enquête	3
1.3.2. Technique d'enquête.....	4
1.3.3. Résultats de l'enquête.....	4
1.3.4. Limites de l'enquête	4
1.4. QUESTION DE DEPART DEFINITIVE	4
2. CADRE DE REFERENCES : THEORIQUE ET CONCEPTUEL	5
2.1. CADRE THEORIQUE	5
2.1.1. Compétences et activités mises en œuvre.....	5
2.1.2. Diagnostic infirmier associé à la situation.....	5
2.1.3. Fiche de poste et rôle I.D.E. en E.H.P.A.D	6
2.1.4. Cadre législatif : ce que disent les lois	6
2.1.5. Guides des bonnes pratiques et engagements professionnels : les différentes chartes	8
2.2. CADRE CONCEPTUEL ET NOTIONS ASSOCIEES	9
2.2.1. Autonomie, dépendance, indépendance et concepts connexes.....	10
2.2.2. La personne âgée et le vieillissement	15
2.2.3. Autour de l'E.H.P.A.D	17

2.2.4. De la convention tripartite au projet de vie individualisé.....	19
3. DE LA PROBLEMATIQUE A L'ELABORATION D'UNE HYPOTHESE.....	28
3.1. PROBLEMATIQUE.....	28
3.2. ENONCIATION D'UNE HYPOTHESE	30
CONCLUSION	30
SOURCES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le Travail de Fin d'Etudes est à la fois un travail de recherche, une ultime évaluation du cursus, mais c'est surtout l'aboutissement de trois ans d'apprentissage du métier d'infirmier. En ce sens c'est un temps fort de la formation tant d'un point de vue purement étudiantin qu'émotionnel car il indique la fin d'un cycle, avant de partir à la découverte d'une autre étape de la vie.

Lors de mes études, j'ai effectué des remplacements comme aide-soignant durant les week-ends ainsi que pendant les vacances scolaires dans des E.H.P.A.D., j'ai également réalisé un stage dans ce type de structure lors de la première année de formation.

Les Unités d'Enseignement 3.3 S5 et 5.7 S5 relatives au projet professionnel ont déjà donné lieu à des recherches sur le métier de soignant et plus particulièrement d'infirmier dans ces institutions.

Mon expérience professionnelle d'agent de service hospitalier, les éléments cités précédemment ainsi que mon projet professionnel, tous orientés vers le travail auprès des personnes âgées en E.H.P.A.D., me conduisent donc tout naturellement vers un sujet concernant cette population. De ce fait, il me parait normal de conduire mon Travail de Fin d'Etudes sur un thème auquel je vais être confronté en regard avec ma future orientation professionnelle : **l'autonomie des personnes âgées.**

Ce travail de recherche prend source dans une situation d'appel dont j'ai été l'acteur lors d'un stage. Suite à la rédaction de cette situation, j'ai suivi une démarche de problématisation, de recherches référentielles, d'enquête pour établir une question de départ. Cette base de travail m'a permis d'avancer, au travers de nouvelles recherches documentaires dans un cadre théorique et conceptuel complétant ainsi les premières. Ceci m'a conduit vers une réflexion qui met en avant une problématique. Cette dernière va faire émerger une hypothèse. Le fruit de ce travail formalisé dans ce dossier sera construit sur ce plan chronologique des différentes étapes citées précédemment.

1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE

1.1. SITUATION D'APPEL

Lors du premier stage de ma formation, j'ai été acteur d'une situation qui m'a interpellé car je me suis rendu compte d'un décalage entre le résultat obtenu et le résultat attendu dans cette situation de soin. En effet, lors de l'aide à la toilette pour le résidant concerné, je n'ai pas respecté l'autonomie de celui-ci puisque j'ai réalisé la toilette complète alors qu'il a exprimé en fin de soin sa capacité à effectuer partiellement ses auto-soins. Cette situation est décrite en **annexe 1**.

Afin d'étudier cette situation, il convient de formaliser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit afin d'entamer le processus de problématisation.

1.2. PROBLEMATISATION

1.2.1. Questions sur la situation

Après m'être placé dans une posture réflexive qui m'a permis de m'interroger sur ma pratique, j'ai regroupé dans une liste (**annexe 2**) l'ensemble des questions que je me suis posées. A travers ces questions, des mots clés sont clairement mis en évidence (en caractère gras dans le document en annexe) : **autonomie, dépendance, projet de vie, personnes âgées, résidents, E.H.P.A.D.** Toutes mes recherches devront être développées autour de ces thèmes et ma question de départ les concerneront.

Ces interrogations m'ont permis d'effectuer une comparaison entre l'objectif recherché et le résultat obtenu, ce que je vais développer dans l'étape suivante.

1.2.2. Problématisation

La situation idéale : elle aurait été de laisser le maximum d'autonomie à la personne lors de la toilette et de l'habillement.

Ce qu'il s'est passé : j'ai réalisé la toilette complète de la personne et l'habillement partiel.

Ce qui pose problème : le manque d'autonomie de la personne.

Afin d'étudier les causes de ce dysfonctionnement, j'ai choisi de le faire par la méthode du **diagramme d'Ishikawa (annexe 3)**.

En étudiant le diagramme, cela permet de mieux cerner le problème et de dégager des mots clés (concepts et notions) qui viennent conforter et compléter ceux émis suite aux différentes questions que je me suis posé sur la situation : **E.H.P.A.D., résidant, personne âgée, autonomie, grille AGGIR (moyen d'évaluation de l'autonomie), projet de vie.**

Cette approche théorique m'a aidé à dégager : **la population cible (personne âgée), le champ d'action (E.H.P.A.D.), la variable (l'autonomie) et l'attribut (le projet de vie).**

Tous ces éléments devront être repris dans la question de départ.

Ma recherche a été enrichie par des apports préliminaires théoriques et conceptuels qui sont apparus suite à cette problématisation grâce à différentes lectures (voir bibliographie) et qui seront développés ultérieurement.

Toute cette démarche m'a amené à faire une proposition de question de départ.

1.2.3. Proposition de question de départ

A l'issue de ces primo-recherches, j'ai pu dégager et proposer une question de départ qui est la suivante : « **En quoi l'implication de l'infirmier(e) dans le projet de vie personnalisé peut-elle favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées résidant dans un E.H.P.A.D. ?** »

Après délibérations, la question de départ retenue par le comité de validation de l'I.F.S.I. (composé de la Directrice, du directeur de mémoire et d'un cadre formateur) a été modifiée et est rédigée dans les termes suivants : « **En quoi l'implication de l'I.D.E. dans le projet de vie individualisé peut-elle favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées résidentes dans un E.H.P.A.D. ?** »

Cette question devra être confrontée à une enquête exploratoire qui va servir à confirmer ou infirmer celle-ci.

1.3. ENQUETE EXPLORATOIRE

1.3.1. Outil d'enquête

Afin de réaliser cette enquête, j'ai élaboré une grille d'entretien. J'ai choisi cette forme d'enquête pour avoir un lien direct avec les professionnels de santé et avoir des résultats plus fiables car cet outil permet des réponses ouvertes et non restrictives. Par ailleurs des reformulations ou des précisions sont ainsi possibles pour une meilleure efficacité.

L'outil d'enquête a été présenté à un Cadre de Service d'un E.H.P.A.D., également ancien Cadre Formateur pour effectuer un test de cohérence. A l'issue, j'ai modifié la grille d'entretien : réajustement d'une question et rajout d'une autre. La grille finale est composée de huit questions : trois concernent l'autonomie, trois le projet de vie et deux le rôle I.D.E. dans le projet de vie. Cette grille est présentée en **annexe 4**.

1.3.2. Technique d'enquête

L'enquête a été réalisée auprès de trois E.H.P.A.D. Dans chaque structure un entretien a eu lieu auprès d'une ou plusieurs infirmières selon leur disponibilité et en accord avec les Cadres de Santé des institutions concernées. Au total, j'ai pu effectuer six entretiens. Le seul critère d'inclusion est d'être I.D.E. et d'exercer dans un E.H.P.A.D. Cette méthode d'enquête me permet d'avoir à la fois des visions différentes au sein d'une même structure et de recueillir des avis d'établissements distincts dans un but de meilleure représentativité du panel.

1.3.3. Résultats de l'enquête

J'ai utilisé une grille de résultats des entretiens (**annexe 5**) afin de pouvoir faire une synthèse de ceux-ci. D'une manière globale, j'ai pu voir que le projet de vie individualisé n'est pas mis en œuvre de la même façon d'une structure à l'autre et que l'implication de l'I.D.E. dans celui-ci n'est pas identique : elle n'est parfois que partielle. La notion d'autonomie n'est pas forcément maîtrisée par les I.D.E. car autant la définition est très souvent bonne, autant au cours des entretiens le mot autonomie est utilisé à la place de celui d'indépendance. Il ressort également que le résidant n'assiste pas à la construction du projet, par contre ceci est fait en équipe pluridisciplinaire. Ces résultats viennent conforter ma question de départ puisqu'il existe des disparités dans la mise en œuvre du projet de vie individualisé et ce en regard au maintien de l'autonomie.

1.3.4. Limites de l'enquête

Pour être tout à fait fiable, l'enquête aurait dû être réalisée à plus grande échelle : le nombre d'entretiens est insuffisant pour une étude fine des résultats. De plus l'analyse des entretiens est difficile car il faudrait un programme informatique statistique très élaboré afin d'avoir la meilleure interprétation possible dans la compilation des réponses. Cette difficulté est renforcée par le nombre assez important de questions.

1.4. QUESTION DE DEPART DEFINITIVE

A l'issue de toutes ces études j'ai pu confirmer ma proposition de question de départ : **« En quoi l'implication de l'I.D.E. dans le projet de vie individualisé peut-elle favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées résidentes dans un E.H.P.A.D. ? »**

Cette question de départ a donné lieu à des recherches préalables puis postérieures concernant le cadre de référence. C'est ce développement qui va être détaillé maintenant.

2. CADRE DE REFERENCES : THEORIQUE ET CONCEPTUEL

2.1. CADRE THEORIQUE

2.1.1. Compétences et activités mises en œuvre

Dans la situation d'appel, plusieurs compétences du référentiel du Diplôme d'Etat d'Infirmier sont mises en œuvre : **compétence 1** : « *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier* », et **compétence 2** : « *Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers* ». ¹

Par ailleurs cette situation fait appel aux activités du référentiel : **activité 1** : « *Observation et recueil de données cliniques* » et principalement les onglets « *mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne* » et « *recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe* » ² et **activité 6** : « *Coordination et organisation des activités et des soins* » ³.

Ces compétences et activités sont en rapport direct avec la question de départ car elles concernent les modalités de réalisation du soin en regard de la personne soignée et de sa situation et pas seulement la réalisation en elle-même.

Pour affiner cette étude, il convient de rapprocher cette situation avec des diagnostics infirmiers.

2.1.2. Diagnostic infirmier associé à la situation

« **Motivation à améliorer ses soins personnels** : ensemble d'activités accomplies pour soi-même qui aide la personne à atteindre ses objectifs liés à la santé et qui peut être renforcé. Caractéristiques : expression du désir d'accroître sa responsabilité envers ses soins personnels ». ⁴

Ce diagnostic infirmier coïncide avec le concept d'**autonomie** et est au cœur du **projet de vie individualisé**, il est donc en total adéquation avec la question de départ. On comprend ici que l'enjeu est d'aider la personne dans les limites de ses demandes et uniquement dans ce cadre-là. L'I.D.E. est partie intégrante de cette prise en charge.

¹ Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Formations des professions de santé, Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, Uzès, SEDI, Mise à jour juin 2012, p.54.

² *Ibid.*, p.44 et 45.

³ *Ibid.*, p.50 et 51.

⁴ CARPENITO-MOYET Lynda Juall, *Manuel de Diagnostics infirmiers*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009, p.100.

2.1.3. Fiche de poste et rôle I.D.E. en E.H.P.A.D

Une fiche de poste de l'I.D.E. en E.H.P.A.D. a été réalisée par des adhérents à un syndicat infirmier (**annexe 6**). Celle-ci indique bien dans le rôle infirmier : « *l'élaboration et la mise en œuvre des projets de vie individuels* »⁵, on voit que l'infirmier occupe une place essentielle dans le projet de vie individualisé, il en est une pièce centrale qui doit servir de moteur dans toutes ses étapes. Ce qu'il est important de retenir dans cette fiche de poste, c'est le fait que le rôle infirmier dans le projet de vie individualisé est total, c'est-à-dire du début à la fin : de l'entrée de la personne dans l'institution à son départ (déménagement ou décès) et dans toutes les étapes.

2.1.4. Cadre législatif : ce que disent les lois

2.1.4.1. La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

Article premier : Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. (...)

*Article 4 : La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi (...)*⁶

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 nous éclaire sur le principe du droit à la liberté individuelle et du devoir envers la collectivité de réserver ce même droit à chaque individu de la collectivité. Cela se rapproche du double enjeu du projet de vie individualisé que j'évoquerai plus loin : collectivité/individualité.

2.1.4.2. La Convention Européenne des Droits de l'Homme⁷

L'article 5 concerne le droit à la liberté et à la sûreté, il stipule que : « *Toute personne a droit à la liberté (...)* nul ne peut être privé de sa liberté (...) ». Dans ce texte, nous pouvons encore voir l'importance accordée à la liberté de chaque être humain. C'est une

⁵ S.N.P.I., *Infirmière en E.H.P.A.D. : fiche de poste*, aout 2014, [consulté le 08/10/2014], disponible sur le Web : <<http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html>>.

⁶ Ministère de l'Education Nationale, *Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*, [consulté le 29/03/2015], disponible sur le Web : <http://cache.media.eduscol.education.fr/file/droits_homme/94/3/DDHC_a_sept2013_271943.pdf>.

⁷ Cours Européenne des Droits de l'Homme, *Convention européenne des droits de l'Homme*, 4 novembre 2000, Rome, [consulté le 22/04/2015], disponible sur le Web : <http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf>.

notion capitale dans les règles de vie de notre société, qu'il est nécessaire d'appliquer tant d'un point de vue macrocosmique que microcosmique.

2.1.4.3. La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997⁸

Cette loi (issue de la loi du 30 juin 1975), tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, prévoit que les E.H.P.A.D. doivent passer une convention pluriannuelle avec le Président de Conseil Général et l'organisme de sécurité sociale (de nos jours l'A.R.S.). Elle va impulser la création de la convention tripartite puis en cascade des différents projets dont je parlerai plus tard : institutionnel, de vie, de soins et d'animation.

2.1.4.4. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002⁹

Cette loi qui rénove l'action sociale et médico-sociale présente, à travers l'article L. 311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les 7 droits fondamentaux des usagers dont parmi eux : le libre choix entre les prestations domicile/établissement ; la prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement libre et éclairé ; la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement. Nous pouvons constater que nous ne parlons pas encore véritablement de projet de vie individualisé mais de prise en charge ou accompagnement individualisé et de projet d'accueil et d'accompagnement : ce sont les prémices du projet de vie individualisé. Il est toutefois important de souligner cette idée d'individualisation. Autre point fort à noter : la personne est mise au cœur de ce dispositif puisque son implication est primordiale. Cette loi indique aussi l'obligation de la rédaction d'un projet d'établissement, de la signature de la convention tripartite et de la création d'un Conseil de Vie Sociale.

⁸ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, n°21 du Journal Officiel, 25 janvier 1997, [consulté le 27/04/2015], disponible sur le Web : legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=BDFAABF65F83CA9BE69CE3AF6D7D39AA.tpdila13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id.

⁹ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002, texte n°2 du Journal Officiel, 3 janvier 2002, [consulté le 27/04/2015], disponible sur le Web : legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id.

2.1.4.5. *La loi 2002-303 du 4 mars 2002*¹⁰

Cette loi est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article L.1110-2 insiste sur le droit au respect de la dignité de la personne soignée. L'article L.1111-4 évoque l'idée du consentement libre et éclairé, il est complété par l'article L.1111-6 qui concerne la désignation d'une personne de confiance lorsque la personne est « hors d'état d'exprimer sa volonté. » Nous pouvons, ici, mesurer tout le poids de cette loi dans la prise en charge des personnes accueillies en institution. Ce que la loi indique c'est : d'une part la liberté de choix des personnes et d'autre part leur participation active dans leur prise en charge. Il sera impératif d'appliquer le principe de cette loi dans le cadre du projet de vie individualisé, d'inscrire l'individu au cœur de ce projet et de la faire participer selon ses capacités ou bien d'impliquer ses proches, voire sa personne de confiance. Outre ce cadre législatif, des chartes viennent appuyer celui-ci et mettent en évidence des règles de bonnes pratiques professionnelles et c'est ce que je vais développer maintenant.

2.1.5. Guides des bonnes pratiques et engagements professionnels : les différentes chartes

2.1.5.1. *La charte des droits et libertés de la personne accueillie*¹¹ (annexe 7)

Dans cette charte, l'article 4 reprend ce que j'ai développé précédemment au sujet de la loi du 4 mars 2002 : « *Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.* ». L'article 8, quant à lui, relate le « *Droit à l'autonomie* ».

Cette charte vient renforcer la loi, c'est un engagement sur l'honneur que les soignants prennent envers les personnes dont elles s'occupent.

2.1.5.2. *La charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne*

Cette charte s'appuie sur la Convention européenne des droits de l'Homme, elle met en évidence la liberté de chaque individu et va encore plus loin en rajoutant des mentions particulières concernant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans la préservation de leurs droits, de leur indépendance et de leur autonomie. Un extrait de cette charte est présentée en **annexe 8**.

¹⁰Ministère de la Santé, *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, n°54 du Journal Officiel, 5 mars 2002, [consulté le 29/09/2014], disponible sur le Web : <http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/loi_du_4_mars_2002.pdf>.

¹¹Direction Générale de l'Action Sociale, *Charte des droits et libertés de la personne accueillie*, mai 2004, [consulté le 29/09/2014], disponible sur le Web : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf>.

2.1.5.3. La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance¹² (annexe 9)

Cette charte, rédigée par la Fondation Nationale de Gérontologie, reprend des idées cruciales : autonomie, dignité, liberté, droits et choix.

Là encore, nous apercevons tout l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées dans les institutions.

2.1.5.4. La charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée¹³ (annexe 10)

Cette charte élaborée par différents partenaires dont : AGE Platform Europe (coordinateur du projet), E.D.E. (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly), Fondation Nationale de Gérontologie (France) entre autres, dans son article 2 prône le « *droit à l'autodétermination* », en d'autres termes la liberté de choix pour chaque personne. D'autres idées principales émanent de cette charte, en l'occurrence la personne de confiance et les directives anticipées dans le cas d'une autonomie réduite.

Toutes ces lois et chartes tendent vers le même objectif : la réalisation d'un projet de vie individualisé pour les personnes résidant dans des institutions tout en préservant leur autonomie, leurs choix, leur liberté en regard avec leur dépendance, leurs demandes et leurs besoins qui leur sont propres.

Nous allons du reste retrouver tous ces concepts et toutes ces notions dans le développement du cadre conceptuel qui suit.

2.2. CADRE CONCEPTUEL ET NOTIONS ASSOCIEES

Dans cette partie, 4 idées principales extraites de la question de départ seront traitées (autonomie, personne âgée, E.H.P.A.D., projet de vie individualisé), sans oublier toutes les notions associées et informations complémentaires autour de ces sujets.

¹² Fondation Nationale de Gérontologie, *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*, version révisée 2007, [consulté le 29/09/2014], disponible sur le Web : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf>.

¹³ Age Plateform Europe, *Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*, juin 2010, [consulté le 21/04/2015], disponible sur le Web : <http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf, consulté le 21/04/2015>.

2.2.1. Autonomie, dépendance, indépendance et concepts connexes

2.2.1.1. L'autonomie : un terme galvaudé

D'origine grecque le mot se décompose ainsi : « autos » signifie le même, ce qui vient de soi et évoque les actions individuelles du sujet et « nomos », règles établies par la société, lois. « Autonomos » : qui se régit par ses propres lois. L'autonomie se définit comme la « possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement. »¹⁴. Cette définition peut être complétée par la suivante : « L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.¹⁵

Selon ces définitions, l'**autonomie** apparaît comme un concept où la personne peut non seulement réaliser les activités de la vie mais aussi et surtout décider elle-même, **faire ses propres choix en ce qui concerne sa vie**. Cette règle s'applique tout aussi bien au domicile de la personne qu'à l'hôpital et dans les institutions. En institution, ce concept prend tout son sens dans les E.H.P.A.D. qui sont des lieux de vie où le résidant est « comme chez lui ». L'autonomie est un concept complexe qui prend en compte deux dimensions essentielles, l'une plutôt psychique : le libre choix et l'autre plutôt physique : la réalisation des activités quotidiennes. **La personne devra être vue comme sujet et non comme objet.**

Pour illustrer cela : une personne veut se déplacer seule mais elle ne peut pas marcher. Peut-on la considérer comme autonome ? Oui, elle l'est car ce qui va primer ce n'est pas comment elle va réussir à se déplacer seule, mais dans un premier temps, l'expression de

¹⁴ FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon, Mallet Conseil, 2009, p.84.

¹⁵ Collège National des Enseignants de Gériatrie, Professeur Francis KUNTZMANN (sous la direction du), *Corpus de Gériatrie, Tome I*, Montmorency, Edition et Communication, 2000, p.91. Egalement disponible à l'adresse : <<http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/>>, [consulté le 29/10/2014].

son souhait, puis dans un second temps sa volonté de participer à la mise en place de tout ce qui lui permettra d'exercer son souhait. On retrouve dans cet exemple les deux dimensions de l'autonomie : son choix de se déplacer seule (participation à la démarche) et le déplacement seul.

De ce point de vue, l'autonomie peut être vue comme le **domptage de la dépendance** dont le résidant est sujet.

Dans le langage courant, l'autonomie est souvent cantonnée à la seconde dimension. Nous verrons, d'après la définition d'indépendance, que lorsque nous parlons d'autonomie il faut bien conserver ce double sens de la définition et ne pas le réduire à conserver la possibilité de réaliser seul les actes de la vie quotidienne. En ce sens, il est souvent mal utilisé.

2.2.1.2. La dépendance

« En gérontologie, la dépendance se définit ainsi : situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels de la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes où le recours à une prothèse, un remède, etc. »¹⁶

La dépendance est un concept essentiel dans la prise en charge des personnes car elle touche ses habitudes de vie. Cette dépendance va permettre d'élaborer un projet de soins personnalisé pour la personne soignée. Les personnes âgées en E.H.P.A.D. sont forcément dépendantes, mais à des degrés différents (voir paragraphe « G.I.R. et grille A.G.G.I.R.). L'évaluation de cette dépendance va déterminer les actions à mener en accord avec la personne. Il sera donc nécessaire d'en discuter avec elle et construire ainsi un projet de soins et plus généralement un projet de vie. Que la dépendance soit partielle ou totale, la recherche du consentement de la personne et sa liberté de choix devra toujours être recherchés.

2.2.1.3. Autonomie vs dépendance

« Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide. Mais ces deux notions se complètent et sont à prendre en compte pour répondre au mieux au besoin de la personne âgée. »¹⁷

¹⁶ FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, op. cit., p.137.

¹⁷ Collège National des Enseignants de Gériatrie, Professeur Francis KUNTZMANN (sous la direction du), op. cit., p.91.

La personne âgée peut à la fois être dépendante et autonome. Si la personne a besoin d'une aide dans la réalisation de ses soins quotidiens, il n'en est pas moins que si elle est en capacité de décider et de faire ses propres choix concernant la prise en charge, elle reste autonome. Les deux concepts ne sont donc pas opposés mais complémentaires. L'opposé de la dépendance est l'indépendance.

2.2.1.4. L'indépendance

« Etat dans lequel la personne a la possibilité de satisfaire ses besoins par elle-même. »¹⁸

L'indépendance n'est qu'une infime partie de l'autonomie puisqu'elle concerne uniquement la satisfaction des besoins. Cette notion ne prend pas en compte la dimension de « capacité de choix », de « gestion de sa propre vie ».

La confusion entre indépendance et autonomie est prégnante. Afin de bien faire la différence entre ces termes, prenons un exemple : une personne qui ne peut pas réaliser sa toilette du dos est donc en partie dépendante pour cet acte qu'elle ne peut pas réaliser seule. Par ailleurs, elle peut se laver le visage, alors elle est indépendante dans cet acte qu'elle peut effectuer seule. Il n'en est pas moins que comme elle est en capacité d'exprimer et de décider de ses propres choix, elle est autonome. Il est nécessaire de bien faire la différence entre indépendance et autonomie afin de bien comprendre ce dernier concept qui est essentiel dans un projet de vie individualisé et prendre en compte l'autonomie de la personne dans ses deux dimensions : capacité de réalisation des actes de la vie quotidienne et capacité de faire ses propres choix de vie, de soins, d'animation et d'accompagnement.

Il est intéressant maintenant, pour comprendre les tenants et aboutissants de ces concepts, d'explorer des concepts voisins et transversaux.

2.2.1.5. Les concepts connexes

Aide : « Action d'aider quelqu'un, de lui donner une assistance momentanée ; appui, soutien. »¹⁹. Cette notion est indissociable du concept de dépendance, il n'y a pas de dépendance sans aide.

Besoin : « Exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique, sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit

¹⁸ MAGNON René, DECHANOZ Geneviève et LEPESQUEUX Maryvonne (sous la direction de), op.cit., p.137.

¹⁹ Larousse, *Dictionnaire de français*, [consulté le 29/09/2014], disponible sur le Web : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aide/1840?q=aide#1842>>.

manquer, nécessité impérieuse, chose considérée comme nécessaire à l'existence. »²⁰. Selon Virginia HENDERSON le besoin se définit de la manière suivante : « *nécessité vitale que la personne doit satisfaire afin de conserver son équilibre physique, psychologique (émotif et cognitif), socioculturel ou spirituel et d'assurer son développement.* »²¹ Ce modèle inspiré de la pyramide de MASLOW regroupe 14 besoins fondamentaux : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps dans les limites de la normale, être propre et soigné, protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se récréer, apprendre. Cette notion de besoin est très importante dans la prise en charge infirmière afin de comprendre les interventions nécessaires à leur satisfaction tout en préservant l'autonomie. Les différentes causes de perturbation d'un besoin sont les suivantes : les causes personnelles (la personne ne peut pas, ne veut pas ou ne sait pas) et les causes environnementales, c'est ce qui rend la personne dépendante. L'aide que l'on va apporter à la personne va dépendre de ce que l'on appelle les besoins perturbés, c'est-à-dire ceux que la personne ne va pas pouvoir satisfaire seule.

Besoin de soins infirmiers : « *Nécessité physique, psychologique ou sociale propre à une personne ou à un groupe pour qui le soutien ou l'aide d'un(e) infirmier(e) est requis.* »²². La notion de besoin de soins infirmiers peut être complétée par d'autres besoins : besoin de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'animation, d'occupation. Il est important de souligner ce fait car il faudra une coordination des moyens pour prendre en compte les besoins de la personne d'une façon globale. C'est cette prise en charge complète qui fera l'objet du projet de vie individualisé.

Liberté : « *Possibilité d'agir selon ses propres choix, sans avoir à en référer à une autorité quelconque.* »²³. L'autonomie s'attache à la capacité de la personne à faire ses propres choix et la liberté à la possibilité de les exploiter. Les deux définitions sont complémentaires, voire indissociables et représentent la base de travail du projet de vie individualisé car il doit impérativement en tenir compte. On peut rapprocher cette réflexion

²⁰ *Ibid.*, [consulté le 07/02/2015], disponible sur le Web :

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907?q=besoin#8842>>.

²¹ *Le besoin*, BUVAT Philippe, Cadre formateur I.F.S.I. Montluçon, 2012, Cours magistral, Montluçon.

²² MAGNON René, DECHANOZ Geneviève et LEPESQUEUX Maryvonne (sous la direction de), *Dictionnaire des soins infirmiers*, 2^{ème} édition, Lyon, Amiec Recherche, 2000, p.49.

²³ Larousse, *Dictionnaire de français*, [consulté le 29/03/2015], disponible sur le Web :

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libert%C3%A9/46994?q=liberte#46915>>.

de la définition de l'autonomie faite dans le « Corpus de Gériatrie » et citée précédemment qui met en évidence cette notion de liberté dans le concept d'autonomie. La définition donnée par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen dans l'article 4 : « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi.* »²⁴ vient ajouter une dimension supplémentaire et essentielle qu'il faudra prendre en considération dans l'élaboration du projet à savoir la vie en collectivité. La personne qui a la capacité et la possibilité d'agir selon ses propres choix ne pourra le faire qu'en respectant son entourage et certaines règles de vie au sein de l'institution.

Humanitude : le mot humanitude est apparu dès 1980 dans les écrits de Freddy KLOPFENSTEIN, journaliste puis directeur de l'hebdomadaire « La Vie Protestante ». Ce terme est introduit dans le soin en 1989 par le gériatre français, Lucien MIAS. C'est en 1995 que Rosette MARESCOTTI et Yves GINESTE reprennent à leur tour ce terme pour réaliser l'écriture de la « *Philosophie de soin de l'humanitude* ». Ils en font la définition suivante : « *L'humanitude est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce, l'Humanité. Ou alors... L'humanitude est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'Humanité.* »²⁵ Cette définition est intéressante par le fait qu'elle nous donne une dimension de l'individu et de la personne. On commence à sentir le caractère particulier de l'individu (et de son individualité) qui s'inscrit en tant que personne (personnalité) de par sa reconnaissance dans la collectivité. Ce thème individu/personne sera développé ultérieurement. Ce qui doit nous guider dans ce concept tient dans l'un de ses trois piliers : « *accompagner ainsi les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin* »²⁶. Il en ressort qu'on ne peut pas dissocier l'humanitude de l'autonomie car cette philosophie de soin est basée sur ce concept. Intéressons-nous désormais à la notion de personnes âgées, car la personne est bien au centre de ce travail de recherche.

²⁴ Ministère de l'Éducation Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*, [consulté le 29/03/2015], disponible sur le Web : <http://cache.media.eduscol.education.fr/file/droits_homme/94/3/DDHC_a_sept2013_271943.pdf>.

²⁵ I.G.M. France, *Philosophie de soin de l'Humanitude* ® et *Méthodologie de soin Gineste-Marescotti* ®, 2010, [consulté le 27/04/2015], disponible sur le Web :

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

²⁶ *Ibid.*, [consulté le 27/04/2015].

2.2.2. La personne âgée et le vieillissement

2.2.2.1. Quelques définitions

Personne âgée : ce terme n'a pas de définition exacte, mais il est souvent associée à l'âge de la retraite c'est-à-dire entre 60 et 65 ans. Selon l'O.M.S., sont considérées comme âgées les personnes de plus de 60 ans, d'après l'I.N.S.E.E. et la H.A.S. après 65 ans. Pour essayer de définir un âge un peu plus précis, il m'a semblé utile de chercher la définition du mot vieillesse qui est une notion associée.

Vieillesse : « période de la vie succédant à l'âge mûr que l'on situe actuellement chez l'homme à partir de l'âge de soixante-cinq, soixante-dix ans ». ²⁷

En fonction de ces deux définitions, nous pouvons considérer qu'une personne est âgée lorsqu'elle atteint en moyenne 65 ans.

Ces deux définitions sont intéressantes, nous le verrons plus tard, car c'est un des critères d'entrée dans les E.H.P.A.D.

Vieillissement :

Fait de vieillir ou d'avoir vieilli, d'avancer en âge, de s'affaiblir en perdant progressivement ses forces physiques ou morales, ses capacités intellectuelles. Processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique. ²⁸

Ce qui est sous-tendu derrière cette définition est la notion de faiblesse donc de fragilité qui entraîne la dépendance.

2.2.2.2. De la fragilité à la dépendance

Tout être humain vieillissant subit une baisse des fonctions de l'organisme, ce phénomène est nommé la sénescence, c'est le vieillissement normal de l'individu. Cela entraîne une baisse des capacités de la personne et donc une certaine dépendance. A cette sénescence, il peut se rajouter la sénilité qui est le vieillissement pathologique. Celui-ci induit également une perte des capacités, un besoin d'aide dans tout ou partie des gestes de la vie quotidienne donc d'une dépendance totale ou partielle. Si la personne perd ses capacités

²⁷ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [consulté le 31/03/2015], disponible sur le Web : <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/vieillesse>>.

²⁸ *Ibid.*, [consulté le 31/03/2015], disponible sur le Web : <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/vieillissement>>.

cognitives et qu'elle n'arrive plus à faire ses propres choix de vie, elle sera en perte d'autonomie.

Cette description a été schématisée par BERGER Louise et MAILLOUX-POIRIER Danielle.²⁹ (**Annexe 11**).

Voyons maintenant comment se traduisent ces concepts sur le terrain, donc au niveau des institutions.

2.2.2.3. Contexte démographique

Grâce aux progrès de la médecine et des conditions d'hygiène de vie, la population française vieillit de plus en plus. Nous voyons parfaitement bien cette évolution sur la pyramide des âges grâce à l'élargissement de celle-ci dans sa partie supérieure³⁰. (**Annexe 12**). En 2007, la population de 60 ans et plus représentait environ 20% de la population totale ; ce ratio devrait passer aux alentours des 30% en 2060³¹, témoin le graphique présenté en **annexe 13**. Ce vieillissement de la population française va induire dans les prochaines années une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Dans l'expectative d'une stabilité de la durée de vie moyenne et du ratio de la dépendance, en 2040 ce seront 1 200 000 personnes dépendantes contre 800 000 en 2000, ce qui représente une augmentation de 50% des personnes dépendantes³². Actuellement la prise en charge de ces personnes s'appuie dans un même temps sur deux piliers : la solidarité familiale (aide réalisée par les proches, les aidants naturels) et la solidarité collective (A.P.A., A.P.L., soit toutes les prestations sociales dont peut bénéficier les personnes âgées dépendantes). Selon la même étude de l'I.N.S.E.E., le nombre d'aidants naturels pourrait connaître une forte diminution d'ici 2040, ce qui impliquerait une forte progression de l'accueil de personnes âgées en institution. Ces chiffres prouvent l'importance de cette prise en charge par l'ensemble des soignants et plus particulièrement des I.D.E. Il ne faut pas négliger l'aspect de l'autonomie des personnes accueillies malgré leur dépendance.

²⁹ BERGER Louise, MAILLOUX-POIRIER Danielle, *Soins gériatriques, problèmes complexes et interventions autonomes*, Paris, Maloine, 1991, p.20.

³⁰ I.N.S.E.E., *Projections de population à l'horizon 2060*, octobre 2010, [consulté le 17/04/2015], disponible sur le Web : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320&page=graph#liste>.

³¹ *Ibid.*, [consulté le 17/04/2015], disponible sur le Web : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320&page=graph#graphique1>.

³² *Id.*, *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, 2006, [consulté le 17/04/2015], disponible sur le Web : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=donsoc06zp>.

Penchons-nous maintenant sur ce que sont les institutions qui accueillent ce public âgé et plus principalement les E.H.P.A.D.

2.2.3. Autour de l'E.H.P.A.D

2.2.3.1. Définition

Il convient tout d'abord de définir le sigle E.H.P.A.D. Il signifie : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Comme son nom l'indique, c'est un lieu de vie médicalisé qui accueille des personnes âgées (de plus de 60 ans) en perte d'autonomie et dépendantes. L'E.H.P.A.D. offre différents services : l'hébergement, la restauration, la blanchisserie, les activités, une aide à la vie quotidienne, les soins. Un E.H.P.A.D. peut être public, associatif ou privé.³³ Il ne s'agit pas réellement d'un lieu de soins à proprement parlé, même si des soins existent dans ces établissements. Ce sont plutôt des **lieux de vie**. Cette notion est importante car l'utilisateur n'est ni un patient, ni un malade, mais un résident.

2.2.3.2. Organisation et tarification

La tarification se décompose en trois secteurs : l'hébergement et la dépendance (à la charge du résident), les soins pris en charge par la Sécurité Sociale. Plus la personne est dépendante, plus le tarif dépendance est important. Néanmoins, il existe dans certains cas des aides financières : l'Allocation de Logement Sociale (A.L.S.), l'Allocation Personnalisée au Logement (A.P.L.) pour la partie hébergement et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) pour la dépendance, qui est évaluée au moyen de la grille A.G.G.I.R. (voir ci-après).

Aussi, les Agents de Service Hospitalier sont payés à 100 % par la structure (70% budget hébergement et 30% budget dépendance), les Aides-Soignants 30% par la structure et 70% par l'Assurance Maladie (30% budget dépendance et 70% budget soins), les Infirmiers à 100% par l'Assurance Maladie (100% du budget soins). Le budget soin attribué à l'institution par la Sécurité Sociale dépend d'un calcul de la charge en soins réalisé au moyen du système Pathos. Le budget dépendance s'effectue sur la base du G.M.P. (G.I.R. Moyen Pondéré).

Intéressons-nous désormais à cette fameuse grille A.G.G.I.R. à partir de laquelle beaucoup de choses découlent.

³³ Direction de l'Information Légale et Administrative, *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.)*, mise à jour le 19/03/2014, [consulté le 29/09/2014], disponible sur le Web : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F763.xhtml>.

2.2.3.3. Une échelle d'évaluation de la dépendance officielle et référente : la grille A.G.G.I.R.

A.G.G.I.R. signifie : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources. C'est une grille d'évaluation des capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités. Cette évaluation permet de déterminer le degré de dépendance de la personne âgée. En fonction de son degré de dépendance, elle est classée dans l'un des 6 Groupes Iso-Ressources (G.I.R.). À chaque G.I.R. correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette évaluation permet aussi l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)³⁴ pour les personnes faisant partie des groupes 1 à 4, ainsi que le calcul du budget dépendance pour les E.H.P.A.D. en fonction de points attribués selon le G.I.R. moyen pondéré de l'établissement. Elle a donc trois utilités : deux légales pour les allocations et le budget dépendance et l'autre fonctionnelle pour le quotidien des soignants comme outil de prise en charge des soins et l'élaboration du projet de vie.

Elle évalue au total : 10 variables discriminantes et 7 variables illustratives³⁵, elle se présente sous forme de grille, voir **annexe 14**³⁶.

Ce qu'il est important de retenir c'est que cette grille ne cherche pas à évaluer l'autonomie de la personne mais bien son degré de dépendance et qu'au-delà d'être un outil de travail, c'est un document légal qui permet l'attribution de l'A.P.A. et du budget dépendance pour les établissements accueillants des personnes âgées.

Une autre grille d'évaluation est également utilisée dans les E.H.P.A.D., nous allons la découvrir.

2.2.3.4. Un outil complémentaire d'évaluation de la dépendance : le « géronte »

Cet outil n'est pas un document officiel, mais uniquement un moyen d'évaluation. Les enjeux ne sont donc pas les mêmes : il constitue simplement une base de travail quant à l'évaluation de la dépendance de la personne, ce qui constitue un atout car aucune

³⁴ Direction de l'Information Légale et Administrative, *Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) : grille A.G.G.I.R.*, mise à jour le 28/05/2013, [consulté le 29/09/2014], disponible sur le Web : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>.

³⁵ *L'évaluation en gériatrie et en gérontologie*, GARY A., C.H.U. de Nice, 2007, Cours sur powerpoint, Nice, p.15, [consulté le 28/04/2015], disponible sur le Web : [http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Globaux/Personnes%20Agees/projet_soin_vie_dr_Gary_12-11-07/Evaluation%20en%20g%C3%A9r%20\(Maitre\).ppt](http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Globaux/Personnes%20Agees/projet_soin_vie_dr_Gary_12-11-07/Evaluation%20en%20g%C3%A9r%20(Maitre).ppt).

³⁶ U.R.S.S.A.F., *Cerfa 11510•01 grille A.G.G.I.R.*, [consulté le 29/04/2015], disponible sur le Web : http://www.urssaf.fr/images/ref_form_particulier_11510-01.pdf.

« pression » économique ne se cache derrière. Cette échelle de la dépendance est un outil complémentaire de la grille A.G.G.I.R. qui permet d'évaluer ce que fait ou ne fait pas la personne âgée. Cette évaluation, présentée en **annexe 15** s'articule autour de 27 activités³⁷ qui sont soit réalisées par la personne, soit partiellement réalisées, soit non réalisées. Elle va permettre de déterminer les besoins de la personne et l'aide que l'on devra lui apporter. Concrètement, ces échelles sont utiles dans la construction des projets pour la personne, elles font partie de l'une des bases nécessaires à cette élaboration. Nous allons nous pencher dans la partie suivante sur les différents projets qui animent les institutions.

2.2.4. De la convention tripartite au projet de vie individualisé

2.2.4.1. La convention tripartite

Auparavant, la convention tripartite portait le nom de convention pluriannuelle. Comme nous l'avons évoqué dans la partie législative, les E.H.P.A.D. sont tenus de passer, en application de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles, une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par le Directeur Général de l'ARS.

Cette convention est signée pour une durée de 5 ans. Elle précise, comme nous l'avons vu dans le cadre législatif (loi du 30 juin 1975, article 5-1 et loi du 24 janvier 1977, article 23-1), « *les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil.* ».

De plus, cette convention définit les différents objectifs ainsi que les modalités de l'évaluation des E.H.P.A.D. qui leur donnent l'autorisation d'exercer. En contrepartie, l'établissement s'inscrit dans une démarche de qualité donc d'amélioration et d'extension de l'offre aux personnes accueillies. A ces fins, l'institution va rechercher et négocier les financements nécessaires pour couvrir les dépenses liées à cette quête de qualité : aménagement des locaux, formation du personnel, recrutement, achat de matériel, etc...

La convention tripartite est le point de départ du projet d'institution.

³⁷ GARY A., op. cit., p.19.

2.2.4.2. *Notion de projet*

Avant de parler des différents projets mis en œuvre dans les E.H.P.A.D., il convient d'en donner une définition et d'en déterminer le sens.

« *Etymologie : du latin projectus, action de jeter en avant. Ce que l'on a l'intention de faire dans un avenir plus ou moins éloigné. Dans le bâtiment : ébauche du plan d'un édifice à construire, avec ses coupes et ses élévations. Un projet bien étudié.* »³⁸

Cette définition met en avant les notions de penser, préparer, planifier quelque chose et de la jeter dans l'avenir. Le **projet** est donc une **démarche dynamique**, il repose sur un socle, une base solide qui nous est propre et qui va définir la réalisation du projet. Le projet est une image que la personne va fixer pour qu'elle puisse être par la suite utilisée comme modèle et être ainsi reproduite de manière authentique dans la réalité future. Il s'agit bien là de la reproduction des choix de la personne par des actes appropriés, conformes à ceux-ci. C'est un travail d'anticipation : on pense aujourd'hui pour plus tard.

Alors, attachons-nous dans la prochaine partie à décrire cette notion de projet au sein des établissements.

2.2.4.3. *Le projet institutionnel*

Appelé aussi projet d'établissement, il regroupe les grands objectifs de la structure d'accueil. Il va définir la politique globale de l'institution dans les trois domaines cités précédemment : hébergement, dépendance et soins. Le projet est construit autour des missions que l'institution va se donner ainsi que des modalités mises en œuvre afin de les réaliser en regard de deux orientations : les services à la personne et les valeurs sociales. C'est une obligation légale (voir paragraphe « Cadre législatif ») depuis 2002.

La construction de ce projet demande la participation active des représentants de l'institution, des professionnels, des résidents, des familles des résidents, du comité de pilotage et du Conseil de Vie Sociale. Parfois des intervenants externes peuvent y participer comme par exemple des I.D.E. de psychiatrie qui interviennent ponctuellement dans la structure auprès de certains résidents. Ce projet demande par ailleurs de souligner la nécessité d'une forte implication des dirigeants (directeurs et administrateurs) dans cette démarche de construction puis de suivi du projet d'institution. Nous pouvons nous rendre compte que ce projet est basé sur le principe d'une co-construction.

Le projet d'institution qui est collectif inspire le projet de vie qui est individuel.

³⁸ Dico-Citations, [consulté le 29/03/2015], disponible sur le Web : http://www.dicocitations.com/definition_littre/37776/Projet.php.

2.2.4.4. *Le projet de vie*

Précédemment, nous avons abordé la notion de projet, voyons maintenant celle de vie :

« État d'activité caractéristique de tous les organismes animaux et végétaux, unicellulaires ou pluricellulaires, de leur naissance à leur mort - Durée de l'existence humaine ; ensemble des événements qui se succèdent dans cette existence - Manière de vivre propre à un groupe, caractérisée par un ensemble de conditions sociales, économiques, culturelles, historiques, etc... - Mode d'existence de quelqu'un, d'un groupe que définissent un ensemble d'occupations, d'activités ou de préoccupations spécifiques. »³⁹

Ces définitions nous éclairent sur les différents aspects du mot vie : un niveau biologique, un niveau temporel et un niveau social. Ces trois composantes sont essentielles dans la prise en charge de la personne âgée accueillie en institution. La vie n'est pas une chose figée, elle est évolutive. Cette évolution s'effectue par des changements de la personne (d'un point de vue physique par exemple) ou de modifications de l'environnement. Ceci veut dire que l'individu est différent à des moments bien distincts de sa vie et cela aura des conséquences sur sa manière de vivre, ses aspirations, ses besoins. La vie est ainsi inscrite dans un mouvement perpétuel que la personne dompte au fur et à mesure du temps qui passe.

Cet éclaircissement sur la vie est très important car c'est ce qui va déterminer les modalités de prise en charge ainsi que la manière d'élaborer et mettre en œuvre le projet de vie.

La vie est en continuelle mouvance, le projet qui va en découler sera également une démarche dynamique et non figée.

« Nous avons chacun un projet, un quelque chose qui donne un sens à notre vie et à notre mouvement " d'aller-vers " (...) »⁴⁰

Grâce à la définition de la vie et de cette citation, nous comprenons dorénavant que le projet de vie possède la mission de donner un sens à la vie sans pour autant conserver immuablement la même orientation. Pour cela, il doit être adapté en fonction des

³⁹ Larousse, *Dictionnaire de français*, [consulté le 22/04/2015], disponible sur le Web : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vie/81916>>.

⁴⁰ DELAMARRE Cécile, *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris, Dunod, 2007, p.68.

différents changements qui s'opèrent tout au long de la vie. « *Que ce soit sur le plan de l'Être ou du Faire, notre projet de vie nous permet de réaliser notre manière d'exister.* »⁴¹

Le projet de vie est composé de trois éléments : le projet de soins, le projet d'animation et le projet de vie individualisé. Le projet de soins s'attache à « *définir les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents.* »⁴². Le projet d'animation concerne l'occupation des personnes accueillies dans le but d'éviter ou de briser l'isolement par la conservation ou la création de liens sociaux. Il est également utile pour réintroduire ou maintenir une notion de temps, de temporalité : « *organisation de temps personnel, de temps par rapport aux autres.* »⁴³.

L'élaboration, la construction, le suivi et l'évaluation des trois composantes du projet de vie s'effectuent parallèlement dans un même temps, mais parfois certains ajustements sont nécessaires sur un seul des trois projets.

Attachons nous désormais au projet de vie individualisé.

2.2.4.5. *Projet de vie personnalisé ou individualisé ?*

D'aucun parle de projet de vie personnalisé, d'autre de projet de vie individualisé. Il est donc nécessaire de clarifier ses expressions. Pour cela nous allons nous servir de définitions :

Personne : « *Ce mot vient du latin « persona » qui signifie masque de théâtre ; être humain, sans distinction de sexe ; individu considéré en tant qu'être particulier, physique et moral* »⁴⁴. La personne est donc un individu qui ne montre à autrui que ce qu'il veut bien dévoiler. En ce sens, on doit comprendre que la personne est une petite partie de l'individu puisque que l'on ne connaît pas l'individu dans son intégralité. Nous ne la connaissons qu'à travers ce qu'elle dévoile, ce qu'elle « démasque » et nos propres représentations. C'est un être qui laisse la place à l'imaginaire, comme s'il n'était pas vrai, réel.

Individu : « *Du latin « individuum », indivisible ; être vivant ou végétal, distinct et délimité ; être humain, personne par opposition au groupe, à la société, à la collectivité, à*

⁴¹ *Ibid.*, p.68.

⁴² AMYOT Jean-Jacques et MOLLIER Annie, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris, Editions Dunod, 2007, p.49.

⁴³ VERCAUTEREN Richard, HERVY Bernard et SCHAFF Jean-Luc, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, enjeux et méthodes*, Toulouse, Editions Eres, 2012 (1^{ère} édition 2008), p.112.

⁴⁴ Larousse, *Dictionnaire de français*, [consulté le 29/04/2015], disponible sur le Web : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personne/59812>>.

la masse »⁴⁵. L'individu étant une entité indivisible, elle est de ce fait entière. C'est l'être bio-psycho-social réel dans sa globalité. C'est ce qui le différencie de la personne. Le point commun des deux définitions se situe dans le fait que ce sont tous deux des **êtres particuliers, uniques en opposition à la collectivité**. C'est dans cette similitude que les mots personne et individu peuvent être employés l'un pour l'autre.

Néanmoins nous utiliserons le mot individu et donc le terme projet de vie individualisé dans l'esprit où l'individu est un être global, tout comme la prise en charge qui le concerne. Néanmoins, le projet de vie individualisé peut être nommé parfois projet personnalisé ou personnel ou encore projet d'accompagnement dans certaines des citations.

2.2.4.6. Le projet de vie individualisé

Le projet de vie individualisé découle directement du projet institutionnel et il est tout comme ce dernier une obligation légale. Afin de mieux visualiser cette organisation en cascade, j'ai réalisé un schéma que nous retrouvons en **annexe 16**.

*« Le projet de vie individuel définit les modalités de prise en charge et d'accompagnement individuel adaptés aux attentes des personnes. L'objectif est la prise en compte éthique de l'être humain, le respect de la dignité et des droits, ainsi qu'une recherche de qualité de vie correcte. »*⁴⁶

*Le projet personnalisé est une **démarche dynamique, une co-construction** qui tente de trouver un équilibre entre différentes sources de tension, par exemple entre :*

- *les personnes et leur entourage, qui peuvent avoir des attentes contradictoires ou des analyses différentes ;*
- *les personnes/leur entourage et les professionnels, qui ne partagent pas automatiquement la même analyse de la situation ou les mêmes objectifs ;*
- *les professionnels d'établissements/services différents.*

⁴⁵ *Ibid.*, [consulté le 29/04/2015], disponible sur le Web : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/individu/42657>.

⁴⁶ LOMBARD Marie, LECHENET Martine, DUPUIS Justine *et al.*, Le projet de vie individualisé : de la théorie à la pratique, *Soins Gériatrie*, 2012, n°95, p.12.

C'est la raison pour laquelle cette démarche de co-construction aboutit souvent à un compromis.»⁴⁷. « Le projet de vie institutionnel est un outil moteur dans un établissement, il permet par le biais d'une démarche participative, une réflexion approfondie de l'ensemble du personnel. Il s'agit d'une recherche de sens et de cohérence dans le travail afin de répondre au mieux aux attentes des personnes âgées. Le projet de vie, projet individualisé, projet personnel, projet personnalisé est une dynamique institutionnelle inscrite dans le projet d'établissement qui recherche la participation de résidant et/ou celle de son tuteur et nécessite l'implication de toute l'équipe. Le résidant, placé comme acteur, se sent impliqué et mis en valeur.»⁴⁸ « L'infirmière doit élaborer et mettre en œuvre les projets de vie individuels des résidents : l'objectif premier est une bonne prise en considération du résidant pour préserver la continuité de la vie et l'autonomie de la personne.»⁴⁹

*Le projet de vie a une **dimension** :*

- **Collective** : *il concerne la conception et la construction des rapports humains au sein de l'institution.*
- **Individuelle** : *pour chaque résidant qui entre dans l'institution : au-delà des besoins physiologiques de la personne, comment prend on en compte son chemin de vie, la rupture de l'entrée en établissement, les pertes matérielles qu'elle a subit et les handicaps qui s'accroissent.»⁵⁰*

Il apparaît que le projet de vie individualisé est une démarche à laquelle l'I.D.E. en E.H.P.A.D. participe à tous les niveaux, toutes les étapes : accueil de la personne ; recueil des données ; diagnostics infirmiers ; entretiens avec la personne, son entourage, et les

⁴⁷ A.N.E.S.M., *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, p.15, [consulté le 10/01/2015], disponible sur le Web : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf.

⁴⁸ FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, op. cit., p.284.

⁴⁹ S.N.P.I., *Infirmière en E.H.P.A.D. : fiche de poste*, aout 2014, [consulté le 08/10/2014], disponible sur le Web : <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html>.

⁵⁰ BONJOUR E., *Faire vivre le projet de vie en institution, La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 2005, Tome XII, n° 118, p.443.

autres professionnels ; écriture du projet ; communication du projet ; suivi du projet et mise à jour. C'est exactement ce que j'ai pu comprendre lors d'une conférence : « *les infirmières ont été placées au cœur du projet personnalisé des résidents. Véritables pivots des soins dispensés en E.H.P.A.D., elles ont été associées aux groupes de travail du projet.* »⁵¹. Ces définitions du projet de vie individualisé mettent également en évidence le concept d'autonomie qui doit être au cœur de celui-ci. Le projet de vie individualisé sera mis en œuvre en juxtaposant les besoins, les envies de la personne et les contraintes institutionnelles, c'est pour cette raison que le projet de vie est un compromis. Par ailleurs, il est évolutif et doit être réévalué régulièrement pour qu'il soit cohérent et en adéquation avec la réalité.

Le projet individualisé s'intéresse aux habitudes de vie de la personne accueillie. Ses enjeux sont adaptatifs. En effet, il va s'agir pour la personne de s'adapter à l'environnement institutionnel, mais également à l'institution d'adapter ses moyens à la prise en charge du résident. Cette double adaptation va donc passer par une négociation et un compromis, un consensus entre la personne et les professionnels représentant l'institution en s'attachant de prendre en considération les habitudes de vie de la personne, ses besoins et ses attentes.

Le projet de vie individualisé place la personne au cœur du dispositif et ceci à deux titres : elle est le centre des attentions qui lui sont portées et elle participe activement au projet en toute autonomie. Ceci me permet de faire un petit clin d'œil à l'A.C.P. (Approche Centrée sur la Personne) de Karl ROGERS, où la personne est réellement considérée comme un sujet à part entière. C'est aussi une exigence du projet de vie individualisé.

2.2.4.7. L'élaboration du projet individualisé

Le projet de vie individualisé est élaboré dans les six mois suivant l'entrée de la personne et ré-évaluable au maximum un an après.⁵²

Ce projet va se décliner en six étapes :

- *L'accueil du résident*
- *La désignation d'un soignant référent*

⁵¹ *Des infirmières au cœur d'un projet d'établissement en E.H.P.A.D.*, Francine TARDIVO-AMALBERTI, Directrice E.H.P.A.D. Cousin de Méricourt Cachan, membre Centre d'Action Sociale de la ville de Paris (CASVP), 2014, Conférence salon infirmier, Paris.

⁵² *Elaborer et faire vivre le projet de vie personnalisé du résident*, MAUTUIT Dominique, I.N.F.I.P.P., 2010, Formation professionnelle, Néris-lesBains.

- *L'identification des besoins du résidant en matière de pouvoir personnel et d'autonomie*
- *L'élaboration du projet d'accompagnement*
- *L'évaluation des actions entreprises*
- *La mise à jour du projet d'accompagnement*⁵³

L'accueil est un moment stratégique qui va en partie déterminer la vie de la personne dans l'institution. C'est à ce temps dédié que l'on donne le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, le règlement de fonctionnement de l'établissement et les différents services de la structure (comme le prévoit la loi, reprise dans la plaquette des droits des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux). En règle générale, cette première étape est réalisée par un I.D.E. Il est bien évident que le résidant est présent et que la présence de la famille ou de la personne de confiance est autorisée, voire souhaitable.

Le soignant référent n'est pas obligatoirement un I.D.E., mais aussi tout autre soignant, c'est lui qui aura en charge le suivi du résidant et de son projet de vie individualisé. Si la personne référente est un aide-soignant, selon la législation en vigueur, il agit sous la responsabilité de l'I.D.E. Le soignant référent est présenté au résidant.

L'identification des besoins est un point crucial de la prise en charge et pour l'élaboration du projet de vie individualisé. C'est ce qui va servir de base de travail. C'est dans cette étape que les outils d'évaluation cités précédemment vont être utiles : grille A.G.G.I.R. et Gêronte. Ce travail est réalisé en équipe pluridisciplinaire : cadre de santé, médecin coordonnateur, I.D.E., aide-soignant, agent de service hospitalier, et s'il y en a au sein de la structure : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue. La participation du résidant dans cette évaluation est primordiale.

Le projet de vie individualisé est élaboré en équipe pluridisciplinaire puis présenté au résidant qui donnera son avis sur celui-ci et éventuellement pourra demander des ajustements s'il ne lui convient pas.

Il va falloir évaluer les actions mises en place dans le projet de soin. Cette étape est réalisée en équipe pluridisciplinaire, mais est sous l'impulsion du soignant référent et par ricochet celle de l'I.D.E.

⁵³ DELAMARRE Cécile, op. cit., p.112.

Une fois cette évaluation effectuée, la mise à jour du projet est réalisée, de nouveaux objectifs sont posés. Ce travail est fait en équipe et présenté au résidant qui garde son droit de regard.

À l'issue de ce développement, deux idées principales ressortent :

- l'autonomie du résidant est respectée tout au long de cette démarche
- l'I.D.E. a un rôle central dans le projet de vie individualisé.

Justement, intéressons-nous désormais à ce rôle que l'I.D.E. joue dans ce domaine-là.

2.2.4.8. Implication de l'I.D.E. dans le projet de vie individualisé

Avant de voir ce que signifie l'implication de l'I.D.E., il convient de définir le terme « implication ».

« Action par laquelle on attribue à quelqu'un un certain rôle dans une affaire ; fait d'être impliqué. »⁵⁴.

La notion l'implication professionnelle vient compléter cette première définition :

*L'implication est un **engagement** : dans l'action, dans la relation, dans le résultat. C'est une **énergie**. Pour s'impliquer, l'être humain a besoin d'un accord total avec les buts qui lui sont proposés. On reconnaît l'implication du salarié dans l'**attachement** au travail, l'identification du salarié à son emploi, à son rôle. Le salarié impliqué attache de l'importance à son travail, sa vie professionnelle occupe une place importante par rapport aux autres domaines de sa vie. Il le manifeste. L'implication concerne la représentation de soi, le concept qu'on a de soi. La part que tient le rôle professionnel dans cette image de soi est la base de l'implication dans le travail. C'est donc l'investissement de l'énergie dans la sphère professionnelle.*

*On peut distinguer 3 types de déterminants : individuels, culturels et organisationnels. Les **déterminants individuels** sont liés à la personnalité, à l'estime de soi et à l'histoire du sujet. Les **déterminants culturels** sont en rapport avec les systèmes de valeurs rencontrés dans les entreprises : les valeurs des métiers de*

⁵⁴Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [consulté le 30/04/2015], disponible sur le Web : <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/implication>>.

*soins ne sont pas les mêmes que celles de la grande distribution ou de l'administration. Les **déterminants organisationnels** concernent la relation de l'homme à son travail dans une organisation qui peut soit faciliter, soit bloquer l'implication. Les défis proposés, les moyens mis à la disposition, le système de récompense, l'autonomie, sont autant de facteurs liés à l'implication. Les expériences vécues dans le travail vont stimuler ou au contraire détourner l'implication du salarié vers un autre but.*⁵⁵

Nous pouvons nous rendre compte que cette notion d'implication dans le travail est très complexe. Outre le fonctionnement de l'implication, il est nécessaire de détacher les mots clés : rôle, engagement, énergie, attachement, investissement.

L'implication de l'I.D.E. dans le projet de soin est déterminée par la façon dont il va se l'approprier. A la base, il va falloir que l'I.D.E. trouve, au-delà de l'obligation législative, un intérêt dans le projet : intérêt pour lui mais également pour le résidant. Par la suite, l'I.D.E. va s'engager, déployer son énergie, s'investir et s'attacher au projet : **il va le porter**. Le véritable enjeu se situe bien dans ces mots car c'est l'I.D.E. qui en s'appropriant le projet de vie individualisé va pouvoir insuffler la dynamique de toute l'équipe autour de ce projet et ainsi le faire vivre pour le bien et l'intérêt du résidant qui sera bien évidemment inclus dans son élaboration dans le respect de son autonomie. C'est en ça que le rôle, l'implication de l'I.D.E. est nécessaire.

3. DE LA PROBLEMATIQUE A L'ELABORATION D'UNE HYPOTHESE

3.1. PROBLEMATIQUE

A la suite d'une situation dont j'ai été l'acteur, le thème de la conservation de l'autonomie des personnes âgées résidant en E.H.P.A.D. s'est imposé puisque je n'ai pas respecté ce principe. Je me suis donc placé en position réflexive en regard de ma pratique professionnelle et plus globalement de celle de l'équipe de soins. Je me suis aperçu que ni le projet institutionnel, ni le projet de vie individualisé n'étaient connus par le personnel. C'est à partir de là et que j'ai construit une proposition de question de départ qui a été légèrement réajustée par le comité de validation. Afin de la confirmer, j'ai réalisé une

⁵⁵ *Motivation, satisfaction, implication, adhésion*, AKENE FORMATION MANAGEMENT, 2010, [consulté le 30/04/2015], disponible sur le Web : <<https://letempsdesmanagers.files.wordpress.com/2010/03/motivation-adhesion-satisfaction-implication1.pdf>>

enquête exploratoire pour arriver à sa forme définitive : « En quoi l'implication de l'I.D.E. dans le projet de vie individualisé peut-elle favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées résidentes dans un E.H.P.A.D. ? ».

J'ai pu réaliser à quel point des difficultés subsistent dans les E.H.P.A.D. au niveau de la préservation de l'autonomie des résidents. Je me suis rendu compte également de la complexité de la réalisation concrète du projet de vie individualisé et de l'investissement des I.D.E. dans cette démarche. J'ai pris conscience du lien important entre autonomie, projet de vie individualisé et implication de l'I.D.E.

L'élaboration du cadre de références a donné lieu à des recherches que j'ai organisées par thèmes en partant du référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'Infirmier, de diagnostics infirmiers, de la fiche de poste I.D.E. en E.H.P.A.D. en passant par le cadre législatif. Ensuite, je me suis attaché à développer les concepts ainsi que l'ensemble des notions associées. Ce travail m'a permis d'effectuer des rapprochements entre toutes ces recherches, de les combiner et de les mettre en relation entre elles.

Il ressort que le terme d'autonomie est souvent improprement utilisé dans le langage quotidien de moi-même et des soignants. Il est amputé d'une partie de son sens, ce que la charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée appelle « *l'autodétermination* ». Ceci peut porter préjudice au résident dans la manière de le prendre en charge car nous occultons l'aspect du libre choix de la personne. L'autonomie est tout le contraire de : « faire à la place de » et de « penser à la place ». Une fois au clair avec cette définition d'autonomie, nous pouvons parler de projet.

Le projet de vie individualisé repose sur ce principe d'autonomie. Du reste, les lois et les différentes chartes nous rappellent cette obligation. Ceci veut dire que le projet doit être élaboré en collaboration avec le résident en fonction de ses propres choix en tenant compte de ses capacités intrinsèques, de ses besoins, de ses habitudes de vie et de ses envies. Au contraire de collectif, **individualisé signifie que le projet de vie est unique**, qu'il a un caractère particulier et qu'il s'attache seulement à la personne concernée. C'est une démarche dynamique à laquelle participe l'ensemble des acteurs de l'institution.

Le rôle de l'I.D.E. est central, c'est de son implication dont va dépendre l'efficacité du projet de vie individualisé. Il ne doit pas être uniquement vu comme un dossier à élaborer

sous la contrainte légale. Le projet de vie individualisé est surtout un outil de travail qui permet aux équipes soignantes de réaliser des actions coordonnées et réfléchies dans l'intérêt du résidant. Ce dernier, en ayant une posture active dans la vie de son propre projet, gardera ainsi sa liberté de choix dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, en bref conservera son autonomie.

Néanmoins, lors de la construction de ce travail de recherche, j'ai pu prendre toute la mesure des difficultés que rencontrent les I.D.E. au niveau de l'engagement dans l'élaboration et le suivi du projet de vie individualisé. L'implication varie d'une personne à l'autre et d'un établissement à l'autre. Il serait intéressant de travailler dans cette direction-là afin que l'investissement des I.D.E. soit partout uniforme, avec un seul but commun : utiliser le projet de vie individualisé comme outil d'autonomie des personnes âgées résidant en E.H.P.A.D.

3.2. ENONCIATION D'UNE HYPOTHESE

Le respect et le maintien de l'autonomie sont des aspects fondamentaux dans la prise en charge des résidants en E.H.P.A.D. Les I.D.E. qui travaillent dans ces structures ont un rôle à jouer. Aussi, je suis amené à faire cette proposition d'hypothèse : les I.D.E. sensibilisés au projet de vie individualisé, dès la formation initiale, ont une participation plus active dans sa mise en place et son suivi, ce qui aurait une action bénéfique sur la préservation de l'autonomie des personnes résidentes en E.H.P.A.D.

CONCLUSION

L'élaboration, le suivi et l'utilisation du projet de vie individualisé rencontrent encore de grosses difficultés dans la pratique infirmière quotidienne. Il n'est pas exploité comme il le devrait et parfois le maintien de l'autonomie des résidants en pâti.

La situation dans laquelle j'ai été acteur est le témoin des conséquences sur le résidant que peut avoir le manque de base de travail et donc de coordination dans l'équipe soignante. Lors de ce soin, je n'ai pas réellement considéré le résidant comme sujet de soin mais plutôt comme objet de soin.

L'intérêt de ce travail de recherche réside dans le fait que cela m'a amené à réfléchir sur mes propres pratiques professionnelles et ainsi murir un positionnement de soignant responsable et respectueux à l'égard des personnes aidées. Cette démarche m'a également

enrichi tant d'un point de vue intellectuel que professionnel. Il m'a guidé vers les règles de bonnes pratiques tout en me présentant des outils utiles à leur application.

A l'issue de ce mémoire, d'autres questionnements sont apparus sur l'implication des I.D.E. dans le projet de vie individualisé et la possibilité de mettre en œuvre tous les moyens et les savoirs du schéma de la compétence selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.)⁵⁶ (**annexe17**) : savoirs théoriques, savoirs pratiques, savoirs méthodologiques, savoirs relationnels et ceci au service de ce projet et de la personne concernée.

⁵⁶ *Livret de l'étudiant, Diplôme d'Etat d'Infirmier, I.F.S.I. Montluçon, 2012, Montluçon*

SOURCES

OUVRAGES

AMYOT Jean-Jacques et MOLLIER Annie, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris, Editions Dunod, 2007

BERGER Louise, MAILLOUX-POIRIER Danielle, *Soins gériatriques, problèmes complexes et interventions autonomes*, Paris, Maloine, 1991

CARPENITO-MOYET Lynda Juall, *Manuel de Diagnostics infirmiers*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009

Collège National des Enseignants de Gériatrie, Professeur Francis KUNTZMANN (sous la direction de), *Corpus de Gériatrie, Tome 1*, Montmorency, Edition et Communication, 2000. (Egalement disponible à l'adresse : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/>)

DELAMARRE Cécile, *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris, Dunod, 2007

FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon, Mallet Conseil, 2009

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Formations des professions de santé, Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, Uzès, SEDI, Mise à jour juin 2012

MAGNON René, DECHANOZ Geneviève et LEPESQUEUX Maryvonne (sous la direction de), *Dictionnaire des soins infirmiers*, 2^{ème} édition, Lyon, Amiec Recherche, 2000

VERCAUTEREN Richard, HERVY Bernard et SCHAFF Jean-Luc, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, enjeux et méthodes*, Toulouse, Editions Eres, 2012 (1^{ère} édition 2008)

REVUES

BONJOUR E., Faire vivre le projet de vie en institution, *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 2005, Tome XII, n°118, p.443.

LOMBARD Marie, LECHENET Martine, DUPUIS Justine *et al.*, Le projet de vie individualisé : de la théorie à la pratique, *Soins Gérontologie*, 2012, n°95

SITES INTERNET

AGE Platform Europe, *Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*, juin 2010, disponible sur le Web : http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf, consulté le 21/04/2015>

A.N.E.S.M., *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, disponible sur le Web : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf>

Cadre de Santé.com, NEVEU Stéphanie, *Eviter de casser le moral des troupes : de l'implication à l'engagement au travail en trois temps*, septembre 2011, disponible sur le Web : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/eviter-de-casser-le-moral-des.html>>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, disponible sur le Web :

<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/vieillesse>>

<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/vieillissement>>

<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/implication>>

Cours Européenne des Droits de l'Homme, *Convention européenne des droits de l'Homme*, 4 novembre 2000, Rome, disponible sur le Web : http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf>

Dico-Citations, disponible sur le Web : http://www.dicocitations.com/definition_littre/37776/Projet.php>

Direction de l'Information Légale et Administrative, *Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) : grille A.G.G.I.R.*, mise à jour le 28/05/2013, disponible sur le Web : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>>

Direction de l'Information Légale et Administrative, *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.)*, mise à jour le 19/03/2014, disponible sur le Web : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F763.xhtml>>

Direction Générale de l'Action Sociale, *Charte des droits et libertés de la personne accueillie*, mai 2004, disponible sur le Web : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf>

Fondation Nationale de Gérontologie, *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*, version révisée 2007, disponible sur le Web : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf>

I.G.M. France, *Philosophie de soin de l'Humanitude* ® et *Méthodologie de soin Gineste-Marescotti* ®, 2010, disponible sur le Web : <http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=39>

I.N.S.E.E., *Projections de population à l'horizon 2060*, octobre 2010, disponible sur le Web :

<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320&page=graph#liste>

<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320&page=graph#graphique1>

<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=donsoc06zp>

Larousse, *Dictionnaire de français*, disponible sur le Web :

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aide/1840?q=aide#1842>> ,

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907?q=besoin#8842>>

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/individu/42657>> .<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vie/81916>>

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libert%C3%A9/46994?q=liberte#46915>>

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personne/59812>>

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vie/81916>>

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, n°21 du Journal Officiel, 25 janvier 1997, disponible sur le Web : <legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=BDFAABF65F83CA9BE69CE3AF6D7D39AA.tpdila13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id>

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002, texte n°2 du Journal Officiel, 3 janvier 2002, disponible sur le Web : <legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

Ministère de la santé, *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, n°54 du Journal Officiel, 5 mars 2002, disponible sur le Web : <http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/loi_du_4_mars_2002.pdf>

Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*, disponible sur le Web : <http://cache.media.eduscol.education.fr/file/droits_homme/94/3/DDHC_a_sept2013_271943.pdf>

S.N.P.I., *Infirmière en E.H.P.A.D. : fiche de poste*, aout 2014, disponible sur le Web : <<http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html>>

U.R.S.S.A.F., *Cerfa 11510•01 grille A.G.G.I.R*, disponible sur le Web : <http://www.urssaf.fr/images/ref_form_particulier_11510-01.pdf>

COURS MAGISTRAUX ET CONFERENCES

Des infirmières au cœur d'un projet d'établissement en E.H.P.A.D., Francine TARDIVO-AMALBERTI, Directrice E.H.P.A.D. Cousin de Méricourt Cachan, membre Centre d'Action Sociale de la ville de Paris (CASVP), 2014, Conférence salon infirmier, Paris.

Le besoin, BUVAT Philippe, Cadre formateur I.F.S.I. Montluçon, 2012, Cours magistral, Montluçon

L'évaluation en gériatrie et en gérontologie, GARY A., C.H.U. de Nice, 2007, Cours sur powerpoint, Nice, disponible sur le Web : [http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Globaux/Personnes%20Agees/projet_soin_vie_dr_Gary_12-11-07/Evaluation%20en%20g%C3%A9r%20\(Maitre\).ppt](http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Globaux/Personnes%20Agees/projet_soin_vie_dr_Gary_12-11-07/Evaluation%20en%20g%C3%A9r%20(Maitre).ppt).

FORMATION PROFESSIONNELLE

Elaborer et faire vivre le projet de vie personnalisé du résident, MAUTUIT Dominique, I.N.F.I.P.P., 2010, Formation professionnelle, Nérès-lesBains.

DIVERS

Motivation, satisfaction, implication, adhésion, AKENE FORMATION MANAGEMENT, 2010, disponible sur le Web : <https://letempsdesmanagers.files.wordpress.com/2010/03/motivation-adhesion-satisfaction-implication1.pdf>

Livret de l'étudiant, Diplôme d'Etat d'Infirmier, I.F.S.I. Montluçon, 2012, Montluçon

ANNEXE 1 :

SITUATION INTERPELLANTE 1

Monsieur M.M., âgé de 90 ans, vit dans l'EHPAD où j'ai réalisé mon premier stage depuis 3 ans car il ne pouvait plus assumer seul et à domicile les actes de la vie quotidienne et la gestion de ses traitements. Cette personne est « classée » GIR 3 : ce groupe iso ressources réunit *les personnes âgées ayant conservées leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.*¹

C'est la première fois que je vais m'occuper de cette personne le matin pour l'aide à la toilette et à l'habillage. A cette fin, l'aide-soignante me fait une anamnèse rapide dans laquelle elle me précise que Monsieur M.M. se déplace avec une canne pour aller à la salle de bain, qu'il faut réaliser la toilette complète du résidant debout au lavabo, ainsi que son habillage, qu'il est coopératif et qu'il ne comporte pas de troubles de la compréhension.

Je prépare le matériel nécessaire pour le soin et j'entre dans la chambre du résidant. La personne est au lit, je la salue, me présente et lui explique l'objet de ma présence.

J'aide la personne à sa mobilisation : installer en position assise au bord du lit et donner la canne nécessaire au déplacement. Pendant que Monsieur M.M. se dirige vers la salle de bain, j'exécute la réfection de son lit, puis je le rejoins dans la salle de bain.

Je commence par le déshabillage tout en lui expliquant le déroulement du soin, continue par le rasage électrique et la toilette du visage (pour des raisons de pudeur et d'intimité, je ne lui ai pas enlevé la protection et le slip filet, par ailleurs, je lui ai mis une serviette sur les épaules), puis j'effectue la toilette du torse et du dos. La toilette se déroule tout en discutant, j'essaie sans être trop intrusif d'en apprendre un peu plus sur le résidant et son mode de vie. Je continue le soin par la toilette intime. C'est à ce moment que Monsieur M.M. me dit qu'il serait tout à fait capable de réaliser seul la toilette de certaines parties du

¹ Direction de l'Information Légale et Administrative, *Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) : grille A.G.I.R.*, mise à jour le 28/05/2013, [consulté le 30/08/2014], disponible sur le Web : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>

corps ainsi que son rasage. En fait, la toilette ne serait plus complète mais simplement une aide partielle pour le dos et les fesses.

En ce qui concerne l'habillement je lui ai donc posé la question de quelle aide il aurait besoin. Il m'a répondu qu'il souhaitait que je lui prépare les habits sur la chaise et qu'il s'habillerait seul après que je lui ai engagé la protection, le slip et le pantalon et qu'il aurait peut-être besoin d'aide pour le boutonnage car il n'y arrive pas pour certains habits.

A la fin du poste et avant les transmissions, j'ai parlé de la situation de soin dans laquelle je me suis trouvé : la contradiction entre mes actes et les capacités de la personne. Face à mes interrogations, l'équipe et pas seulement l'aide-soignante qui m'avait renseignée me dit que ce résident est tellement ralenti qu'on réalise sa toilette ainsi que son habillement pour aller plus vite.

ANNEXE 2 :

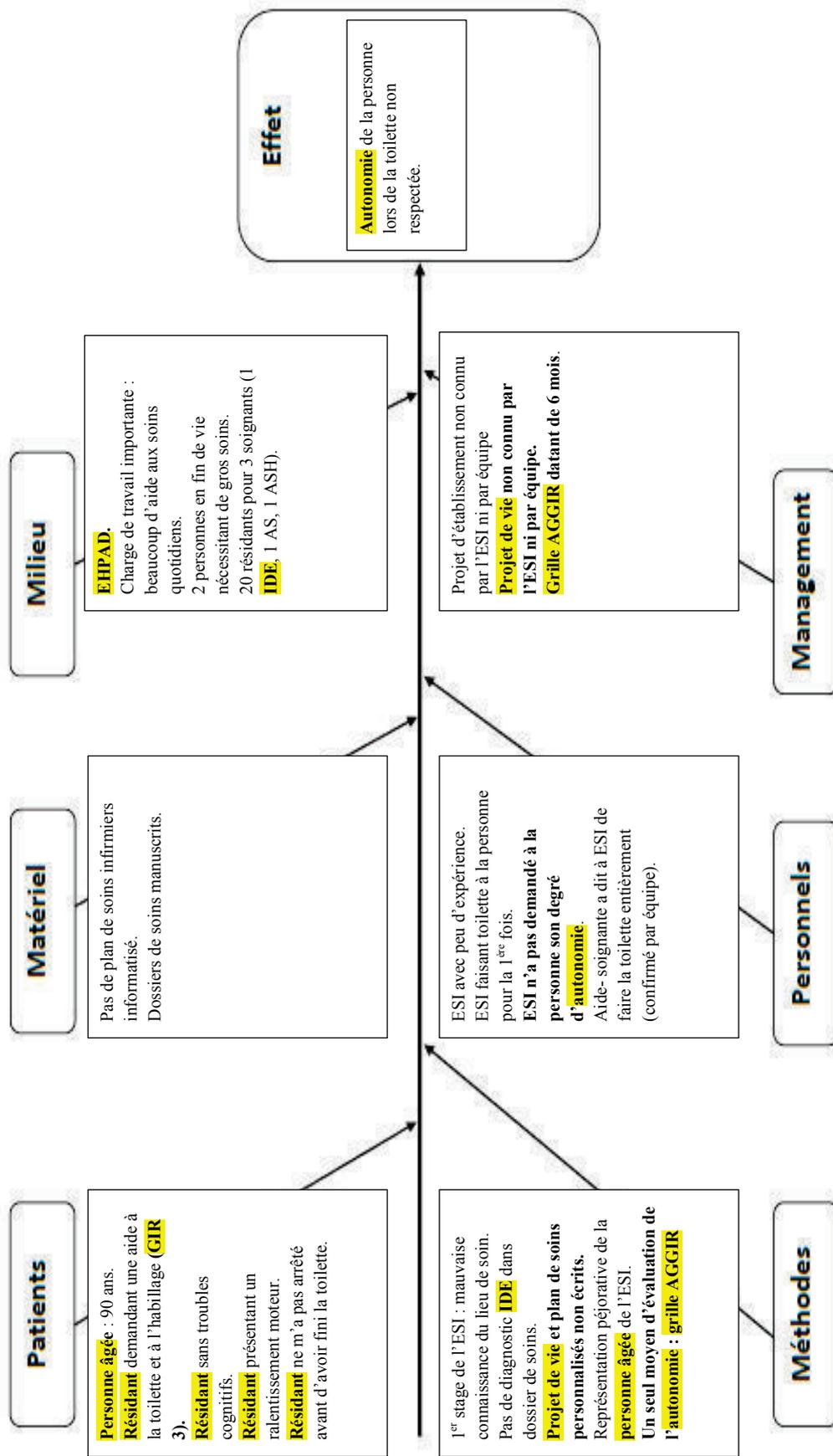
LISTE DES QUESTIONS SUR LA SITUATION

Cette situation m'a fait poser les questions suivantes :

- Pourquoi les personnes du service m'ont donné une mauvaise information ?
- Pourquoi ne me suis-je pas renseigné directement auprès de la personne ?
- Que ce serait-il passé si la personne soignée n'était pas cohérente et n'avait pas pu me parler de son **autonomie** ?
- Pourquoi le soignant peut-il être facteur de **dépendance** ?
- Ai-je bien été dans mon rôle de soignant ?
- Pourquoi l'organisation ne permet pas la préservation de l'**autonomie** de la personne ?
- Ne prive-t-on pas le **résidant** d'une certaine forme de liberté ?
- Pourquoi l'ensemble des équipes ne travaille pas dans cette logique d'**autonomie** ?
- Peut-on chroniciser la **dépendance** en faisant à la place de ?
- Existe-t-il un **projet de vie** pour cette personne ?
- Est-ce qu'il y a une corrélation entre le projet d'établissement (s'il existe) et le **projet de vie** ?
- L'évaluation **G.I.R.** n'est-elle pas obsolète ?
- Pourquoi l'**autonomie** n'est pas forcément prise en compte dans une relation de soins ?
- Faire à la place de n'est-il pas lié à la représentation que j'ai du **vieillessement** ?
- Le manque de moyen humain ou/et financier a-t-il une incidence sur l'**autonomie** des **résidents** ?
- Est-ce que vivre en institution engendre obligatoirement de la **dépendance** ?
- Quelle est ma représentation des **personnes âgées** et dans quelle mesure cela a-t-il affecté mon soin ?
- Le **projet de vie personnalisé** a-t-il un lien avec la préservation de l'**autonomie** ?

ANNEXE 3 :

PROBLEMATISATION



ANNEXE 4 :

GRILLE D'ENTRETIEN : QUESTION DE DEPART

Je suis étudiant en troisième année à l'IFSI de MONTLUCON. Dans le cadre de ma formation et de mon travail de fin d'étude, je suis amené à réaliser une enquête sur l'autonomie, le projet de vie et le rôle infirmier en EHPAD. Afin de m'aider dans sa mise en œuvre, je vous serais reconnaissant de m'accorder un entretien qui restera confidentiel. Celui-ci dure environ 30 minutes.

CRITERES	QUESTIONS	REPOSES
DEFINITION AUTONOMIE	COMMENT DEFINIRIEZ VOUS L'AUTONOMIE ?	
MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR MAINTIEN DE L'AUTONOMIE	DANS VOTRE STRUCTURE, QUELS SONT LES DIFFERENTS MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ?	
AUTRES MOYENS	SELON VOUS, QUELS POURRAIENT ETRE LES AUTRES MOYENS ?	
DEFINITION PROJET DE VIE	POURRIEZ-VOUS DEFINIR LE PROJET DE VIE ?	

REALISATION DU PROJET DE VIE	SI UN PROJET DE VIE EST EXISTANT, DE QUELLE MANIERE CELUI-CI EST-IL ELABORE ET FORMALISE DANS VOTRE ETABLISSEMENT ?	
ROLE DU PROJET DE VIE	EN QUOI LE PROJET DE VIE VOUS EST UTILE AU QUOTIDIEN ?	
ROLE IDE DANS PROJET DE VIE	QUELLE EST VOTRE IMPLICATION DANS LE PROJET DE VIE ?	
SUIVI DU PROJET DE VIE	COMMENT S'EFFECTUE LE SUIVI DU PROJET DE VIE DANS VOTRE ETABLISSEMENT?	

Le

Je vous remercie de m'avoir accordé un peu de votre temps.

ANNEXE 5 :

GRILLE DE RESULTATS DES ENTRETIENS

CRITERES	QUESTIONS	REponses
DEFINITION AUTONOMIE	COMMENT DEFINIRIEZ VOUS L'AUTONOMIE ?	<p>Capacité à décider, à faire des choix, à gouverner sa vie. C'est beaucoup plus que pouvoir se déplacer, manger seul.</p> <p>Une personne autonome est capable de répondre à ses besoins fondamentaux sans dépendre d'un tiers. On peut être handicapé physiquement et être autonome.</p> <p>Capacité de la personne à se gouverner elle-même sur un plan psychique, physique, ... Le droit de chacun de choisir, d'agir librement.</p> <p>L'autonomie est la capacité d'une personne à se suffire à elle-même, à réaliser seule les gestes de la vie courante. C'est aussi savoir gérer ses comptes.</p> <p>Accomplir les actes de la vie quotidienne seul. Libre arbitre, ouverture aux autres, communication, vie sociale. Etre apte à prendre des décisions seul.</p> <p>C'est la capacité à se gérer seul, par soi-même. A prendre seul des décisions nous concernant et être libre dans nos actes de la vie quotidienne.</p>
MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR MAINTIEN DE L'AUTONOMIE	DANS VOTRE STRUCTURE, QUELS SONT LES DIFFERENTS MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ?	<p>Evaluer de façon régulière les besoins de la personne (grille A.G.G.I.R., M.M.S., projet de vie, projet de soins). Evaluer au travers des toilettes évaluatives, des échanges avec les différents intervenants de santé (animateur, psychologue, ...) pour avoir des regards différents et complémentaires et les familles.</p> <p>Les soignants effectuent des réévaluations : le faire faire et non le faire à la place de la personne. L'incitation et la rééducation à la marche, la verticalisation par les soignants. Prescription médicale de kiné. Le réajustement de la démarche de soins de façon adaptée au degré d'autonomie dès que l'état de santé de la personne est modifié (amélioration, aggravation). Des activités adaptées.</p> <p>Matériels et équipements pour pallier des altérations physiques.</p> <p>Conserver possibilité de faire des choix. Recueil du consentement éclairé dans beaucoup de domaines, y compris intervention chirurgicale. Par exemple : une personne a refusé de se faire opérer suite à une fracture de col fémoral. Mise en place d'une personne de confiance.</p> <p>Laisser faire le maximum de choses à la personne, l'accompagner dans ses gestes, la stimuler.</p> <p>Stimulation, écoute, animation, moyens techniques, travail en équipe et cohésion, pluridisciplinarité.</p> <p>Le recueil de données à l'entrée dans l'établissement du résidant et de ses aidants si besoin. Grille A.G.G.I.R., projet de vie, l'écoute, l'observation, la disponibilité de tous les jours.</p>
AUTRES MOYENS	SELON VOUS, QUELS POURRAIENT ETRE LES AUTRES MOYENS ?	<p>Difficulté avec les personnes qui ont des troubles cognitifs, il faudrait recueillir les souhaits avant que la maladie soit trop avancée, or elles arrivent en E.H.P.A.D. tardivement.</p> <p>Temps d'observation de la personne. Puis réajuster.</p> <p>Augmenter les effectifs soignants : A.S., A.M.P., I.D.E.</p> <p>Je ne vois pas d'autres moyens.</p> <p>Aidants naturel.</p> <p>Je n'en vois pas d'autre.</p>

<p>DEFINITION PROJET DE VIE</p>	<p>POURRIEZ-VOUS DEFINIR LE PROJET DE VIE ?</p>	<p>Le projet de vie, c'est prendre en compte la personne dans sa globalité, en tenant compte de son histoire de vie, de sa dépendance, de ses désirs et maintenir son autonomie. La personne doit être au centre de son projet de vie et non faire un projet de vie pour faire du papier et ne pas l'appliquer !</p> <p>Axe pour obtenir une qualité de vie en E.H.P.A.D. pour la personne qui entre. Permet de faire converger toutes les actions des soignants, de l'ensemble du personnel autour de ce que la personne veut devenir en institution, ce qui va lui permettre de revivre et de faire le deuil de ses habitudes antérieures.</p> <p>Dans un cadre collectif, le projet de vie garantit une prise en charge de la personne âgée dépendante. Il existe le projet de vie individualisé qui permet de préserver l'identité du résidant, projet personnel élaboré pour chaque personne. Il sert de support de l'entrée du résidant dans l'institution.</p> <p>C'est un projet mis en place avec la personne concernée, l'entourage et l'équipe pluridisciplinaire pour envisager l'avenir dans l'établissement. Dans ce projet, on propose des actions et des pistes à explorer adaptées à la personne.</p> <p>Accompagner, prendre soin, soutenir la personne âgée. Qualité de l'accompagnement.</p> <p>C'est une sorte de contrat individualisé et personnel entre le résidant et l'institution. Cela ne concerne que le résidant, ses attentes, ses besoins, désirs, demandes. Il permet également d'obtenir des informations sur sa vie passée, ses habitudes de vie pour ensuite déterminer des objectifs et par conséquent des actions.</p>
<p>REALISATION DU PROJET DE VIE</p>	<p>SI UN PROJET DE VIE EST EXISTANT, DE QUELLE MANIERE CELUI-CI EST-IL ELABORE ET FORMALISE DANS VOTRE ETABLISSEMENT ?</p>	<p>Il est élaboré en équipe pluridisciplinaire mais malheureusement sans le résidant !</p> <p>Il est fait dans un cadre structuré et collectif (I.D.E., A.S., animateur, Cadre, ...), réunion d'une durée de 20 minutes où tout le monde s'exprime sur les capacités réalisables de la personne, sur le comportement et ses problématiques, les objectifs et actions, capacités mobilisables.</p> <p>En premier, recueil des habitudes de vie lors de l'entrée ou de la pré-admission, écriture de l'histoire de vie. Après 1 mois 1/2 à 2 mois, l'équipe (I.D.E., A.S., animateur,...) se réunit, complète le recueil des habitudes de vie, détermine les ressources et les difficultés de la personne, fixe des objectifs pour 6 mois et des actions (animations, soins, ...).</p> <p>Dans l'établissement, le projet est élaboré en équipe, il est planifié à l'avance et il est formalisé par écrit puis classé dans un classeur dans l'infirmerie. Dans le service, chaque patient a 1 ou 2 référents de l'équipe soignante.</p> <p>Il est élaboré par le psychologue du service, le médecin et la famille et validé par les équipes et mis en application, réévalué si besoin.</p> <p>Il est mis en place depuis peu de temps. Il se fait pour les nouveaux arrivants à l'entrée ou à une date fixée par la cadre. Une ébauche est faite en équipe pour connaître le maximum d'informations sur le résidant. Puis un rendez-vous est pris avec le résidant, l'équipe et une sorte d'entretien, d'échange est fait avec lui. En général, on retrouve la Cadre, l'ergothérapeute, l'animateur, le médecin coordonnateur, I.D.E., A.S. quand possible, puis souvent à la fin de cet échange, les familles sont conviées pour les informer de ce qui s'est dit. Pour les résidents avec troubles cognitifs, la famille est présente pendant tout l'entretien.</p>

<p>ROLE DU PROJET DE VIE</p>	<p>EN QUOI LE PROJET DE VIE VOUS EST UTILE AU QUOTIDIEN ?</p>	<p>Fédérer l'équipe. Assurer une personnalisation de la prise en soins et des activités. Pendre l'institution humainement supportable à une personne qui n'a pas forcément choisi d'y entrer. Il permet de prendre en charge le résidant dans sa globalité et de se fixer des objectifs à atteindre. Il apporte des informations sur la personne, ses habitudes de vie ; il permet de mettre en place le projet de soin et de le réajuster. Cela permet de savoir ce que la personne (et l'entourage) attend de notre part et de l'établissement pour améliorer sa qualité de vie. Bonne prise en charge du résident et satisfaction du soignant sur son travail. Pour une meilleure connaissance du résidant, meilleure prise en charge. Permet d'être cohérent et travailler tous dans le même sens et même but en fonction des objectifs déterminés.</p>
<p>ROLE IDE DANS PROJET DE VIE</p>	<p>QUELLE EST VOTRE IMPLICATION DANS LE PROJET DE VIE ?</p>	<p>Maintenir les capacités mobilisables de la personne, améliorer sa qualité de vie, répondre à ses demandes. Garante de l'écriture, de la réévaluation. Réunit l'équipe. Analyse la situation singulière de la personne âgée dans le contexte de l'E.H.P.A.D. Faire appliquer les objectifs mis en place et réajuster si besoin. On essaie au mieux de préserver l'autonomie de la personne et de satisfaire ses besoins et ses envies. Rôle consultatif. Toutes les I.D.E. sont impliquées de la même manière. Il n'y a pas de référentes. Nous sommes conviées au projet de vie si on est disponible à l'heure prévue, le jour fixé.</p>
<p>SUIVI DU PROJET DE VIE</p>	<p>COMMENT S'EFFECTUE LE SUIVI DU PROJET DE VIE DANS VOTRE ETABLISSEMENT?</p>	<p>Autant la démarche de soins est réajustée dès que nécessaire (progression ou régression de l'autonomie) et une nouvelle démarche de soins est remise en place et suivi par l'ensemble des soignants, au contraire le projet de vie l'ai nettement moins ! Il est revu tous les 6 mois en équipe pluridisciplinaire. Il faudrait le revoir tous les 6 mois, ce qui malheureusement n'est pas toujours possible. Il est réévalué régulièrement en équipe pour voir l'évolution de ce projet et réajuster si besoin. Réévaluation faite par psychologue et médecin, puis validé par équipe. Nous sommes au tout début. Tous les résidants n'ont encore pas eu un projet de vie. Pas de remise à jour, sauf si problèmes spécifiques avec un résidant avec une prise en charge difficile (douleur, dépendance augmentée, relation soignant/soigné/famille compliquée, ...).</p>

ANNEXE 6 :

Infirmière en EHPAD : fiche de poste

Cette fiche de poste a été réalisée par des militants du SNPI CFE-CGC travaillant en EHPAD : si vous avez des suggestions d'amélioration, merci de l'enrichir en nous contactant sur snpicfecgc@yahoo.fr

12 août 2014



En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), l'infirmière s'occupe du maintien, de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des patients en leur prodiguant des soins. Elle doit adapter la prise en charge en fonction des particularités de chacun d'entre eux.

La spécificité des services de gériatrie est qu'ils sont des lieux de vie pour des personnes âgées dépendantes, ce qui implique un rôle relationnel majeur envers les résidents et leurs familles ou proches, dans le cadre du projet de vie institutionnel. **L'infirmière doit élaborer et mettre en oeuvre les projets de vie individuels des résidents : l'objectif premier est une bonne prise en considération du résident pour préserver la continuité de la vie et l'autonomie de la personne**

Le développement des pathologies de type Alzheimer renforce les besoins de compétences spécifiques par rapport aux objectifs d'accompagnement des projets de vie, de maintien / stimulation des capacités cognitives, de socialisation.

L'infirmière en EHPAD doit être capable de :

- Prendre en charge un grand nombre de résidents
- Détecter l'urgence et d'y faire face en prenant les initiatives qui s'imposent.
- Assurer l'encadrement d'une importante équipe d'aides-soignant(e)s
- Encadrer les stagiaires (IDE, AS, BEP)

Activités principales :

- Recueil des données cliniques, des besoins et des attentes de la personne et de son entourage
- Établissement du projet de soins et de la planification des activités infirmières pour le patient
- Réalisation, contrôle des soins infirmiers et **accompagnement de la personne et de son entourage**
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des patients

- › Assistance technique lors de soins réalisés par le médecin
- › Information et éducation de la personne et de son entourage
- › Rédaction et mise à jour du dossier du patient
- › Accueil et encadrement pédagogique des stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité
- › Coordination et organisation des activités et des soins concernant un patient ou un groupe de patients pendant l'hospitalisation et lors de sa sortie
- › Réalisation d'études et de travaux de recherche et veille professionnelle
- › Gestion et contrôle des produits, des matériels et des dispositifs médicaux
- › Mise en oeuvre des procédures d'élimination des déchets

Savoir-faire

requis :

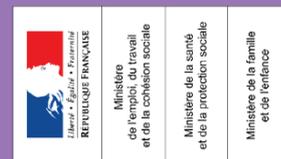
- › Etre capable d'anticipation (prévoir les activités des autres personnels soignants, prévoir les périodes sans médecin)
- › Évaluer l'état de santé et le degré d'autonomie de la personne
- › Effectuer et formaliser le diagnostic infirmier et décider de la réalisation des soins relevant de son initiative
- › Réaliser les soins infirmiers et les activités thérapeutiques adaptés aux situations en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques
- › Identifier les situations d'urgence ou de crise et y faire face par des actions adaptées
- › Créer une relation de confiance avec le patient et son entourage
- › Planifier et organiser son temps et celui de ses collaborateurs dans le cadre du travail d'équipe
- › Évaluer la qualité des pratiques et les résultats des soins infirmiers
- › Élaborer et utiliser des protocoles de soins concernant le rôle infirmier
- › Travailler en équipe interprofessionnelle
- › Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins
- › Conduire des entretiens de soutien d'aide
- › Éduquer, conseiller le patient et l'entourage en vue d'une démarche d'autonomisation



Charte des droits et libertés
de la personne accueillie

ANNEXE 7 :

CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE



Edition SICOM n° : 04 075 - Mai 2004
MUTITEM TOUR

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 - Principe de non discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessaires par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurent l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prenant, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 - Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 - Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie, doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

ANNEXE 8 :

**EXTRAIT DE LA CHARTE DES DROITS
FONDAMENTAUX DE L'UNION
EUROPEENNE**

Article 25

Droits des personnes âgées

L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle.

Article 26

Intégration des personnes handicapées

L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté.

ANNEXE 9 :

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE

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

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau – 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr

Version révisée 2007

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.



ANNEXE 10 :

EXTRAIT DE LA CHARTE EUROPEENNE DES DROITS ET DES RESPONSABILITES DES PERSONNES AGEES NECESSITANT DES SOINS ET UNE ASSISTANCE DE LONGUE DUREE

Article 2

Droit à l'autodétermination

Lorsque vous vieillissez et que vous pouvez être amenée à dépendre des autres, que ce soit pour une aide ou pour des soins, vous conservez votre droit à faire vos propres choix et au respect de votre volonté. Ce droit s'étend à la désignation d'un tiers par vous-même.

Liberté de choix

2-1 Vous avez le droit de mener une vie aussi autodéterminée et indépendante que le permettent vos capacités physiques et mentales, et de recevoir des conseils et une aide à cette fin.

2-2 Vous êtes en droit d'attendre des personnes qui vous entourent qu'elles respectent vos opinions, vos souhaits et vos choix, même si vous n'êtes pas capable de communiquer de façon explicite. Vous avez le droit d'être consultée et de prendre part à toutes les décisions qui vous concernent. Vous avez le droit de choisir de vivre dans un lieu adapté à vos besoins, que ce soit chez vous ou dans un établissement d'hébergement ou de soins.

2-3 Vous avez le droit de garder le contrôle de votre patrimoine et de vos revenus, et de gérer vous-même vos affaires telles que des transactions financières et des actes juridiques. Vous devez recevoir l'aide dont vous avez besoin à cette fin.

Aide à la prise de décisions

2-4 Vous avez le droit de désigner un tiers de votre choix pour prendre des décisions en votre nom et vous représenter.

2-5 Vous avez le droit de solliciter un deuxième avis sur votre état de santé avant de vous engager à suivre un traitement médical.

2-6 Vous avez le droit de bénéficier de délais de réflexion suffisants avant de prendre vos décisions, d'avoir accès aux documents pertinents, et de faire votre choix après avoir reçu des informations et des conseils indépendants.

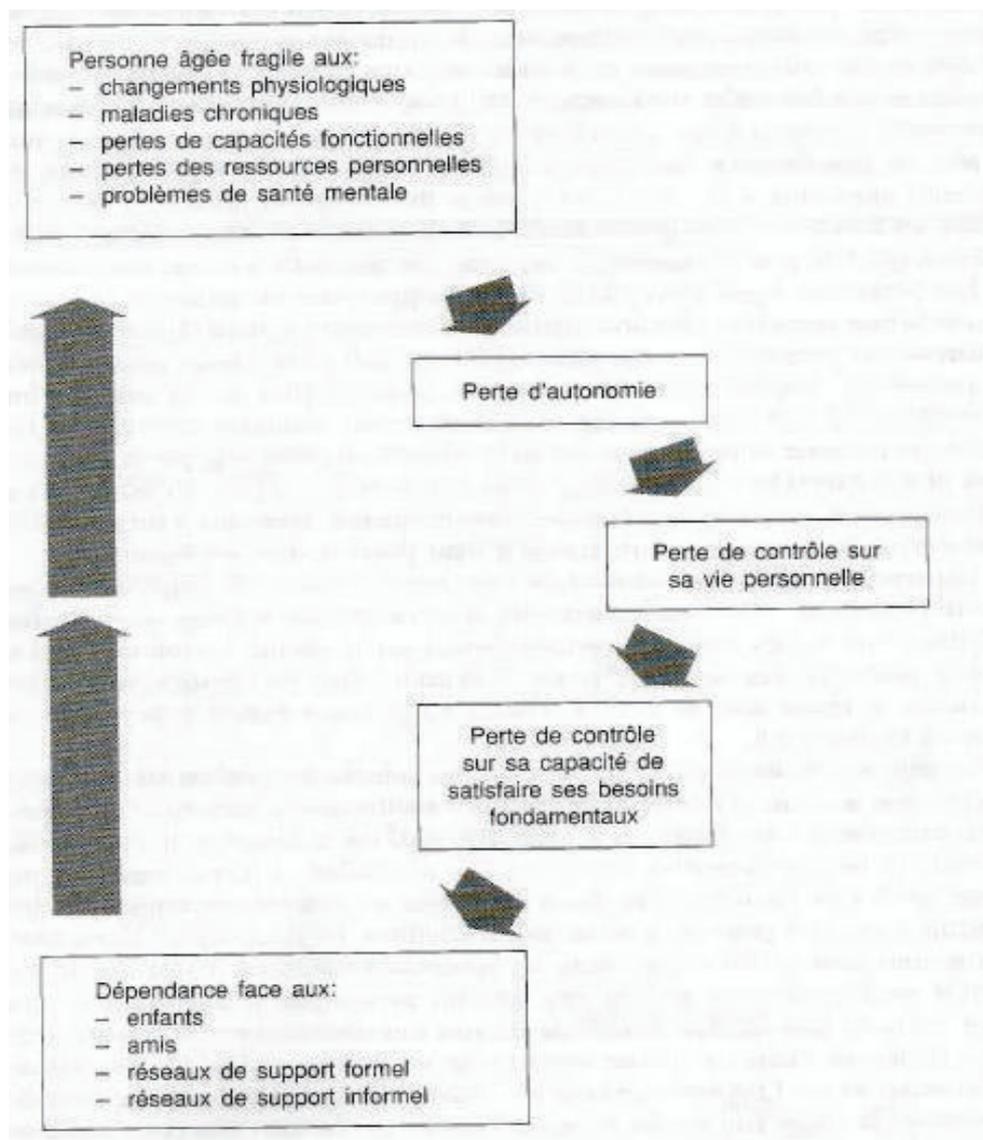
2-7 Si vous n'êtes pas capable de prendre des décisions par vous-même ou de vous exprimer ultérieurement, vous avez le droit de laisser des directives anticipées sur les décisions relatives à votre prise en charge, lesquelles seront exécutées par un tiers de votre choix. Vos volontés doivent être respectées à tout moment même si elles sont communiquées par voie non verbale ou par l'intermédiaire d'un tiers choisi par vous.

Restriction de votre auto détermination

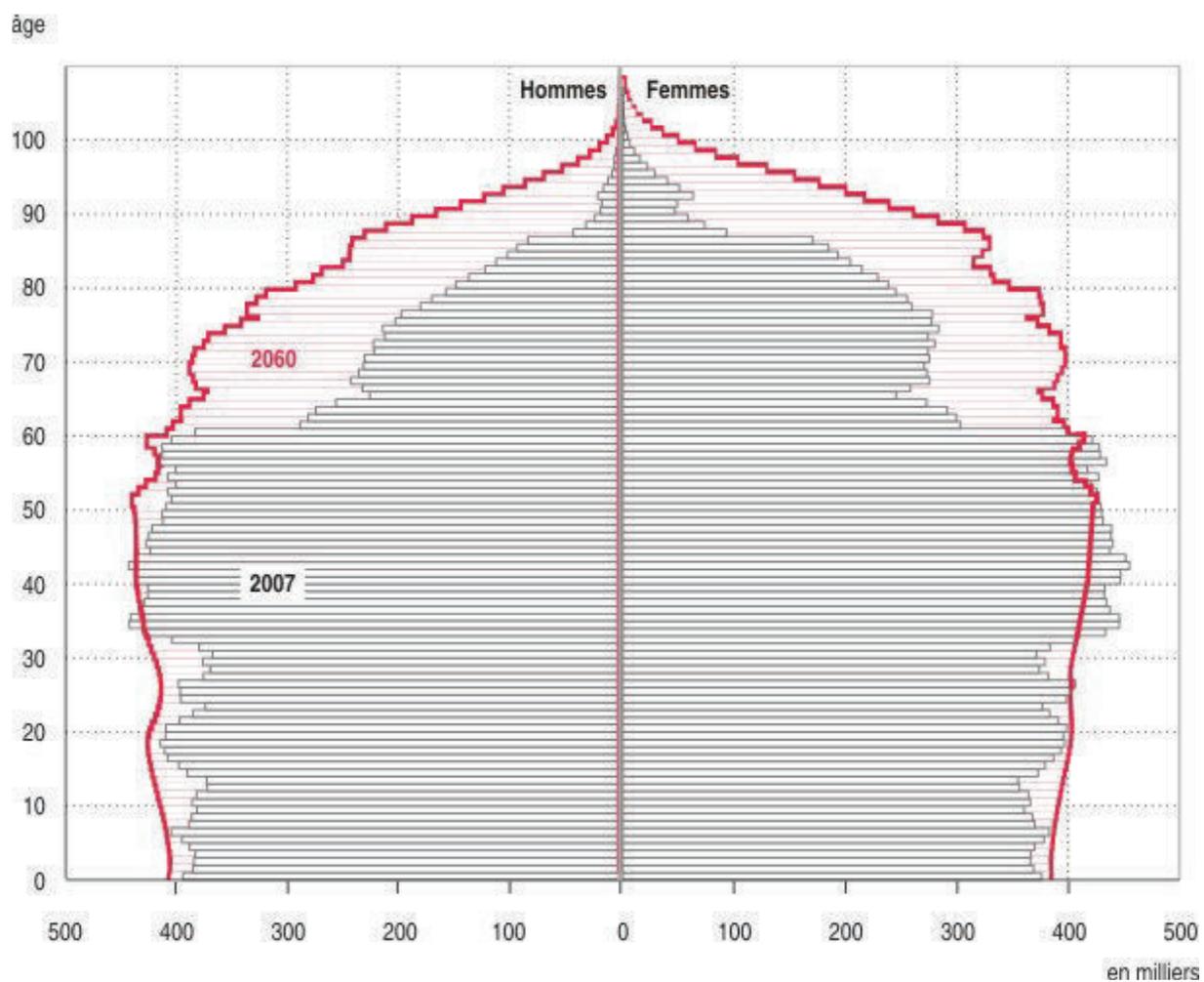
2-8 Vous ne pouvez être soumise à aucune forme de contrainte physique ou mentale à moins que cette contrainte ne constitue une réponse proportionnée à un danger potentiel. Dans pareil cas, il doit être établi que ladite contrainte est dans votre intérêt au moyen d'une procédure transparente, révoquant et vérifiable par une autorité indépendante. Les évaluations de votre capacité mentale de prendre des décisions ne sont ni absolues ni définitives et doivent être répétées à intervalles réguliers.

ANNEXE 11 :

DE LA FRAGILITE A LA DEPENDANCE



ANNEXE 12 : PYRAMIDE DES AGES EN 2007 ET 2060

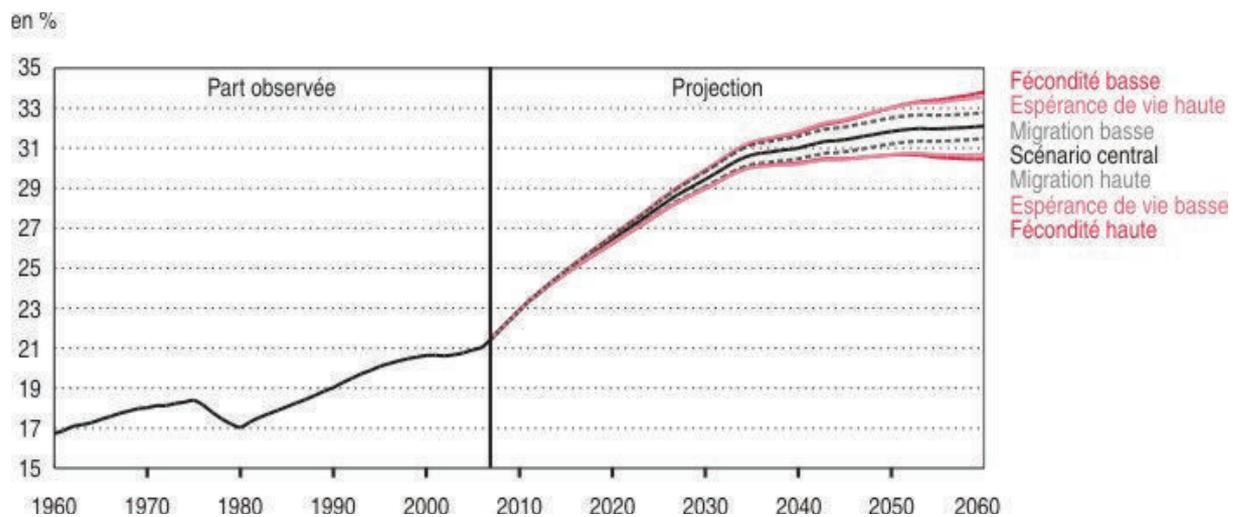


Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et projection de population 2007-2060.

ANNEXE 13 :

EVOLUTION DE LA PART DES 60 ANS OU PLUS



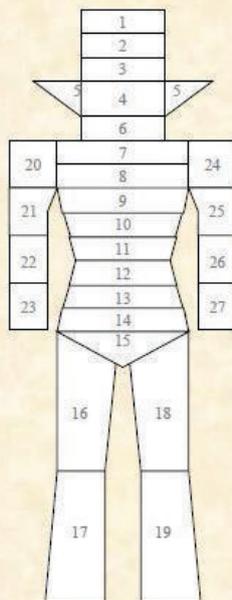
Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et projection de population 2007-2060.

ANNEXE 15 :

LA FIGURINE GERONTE

GERONTE les 27 activités

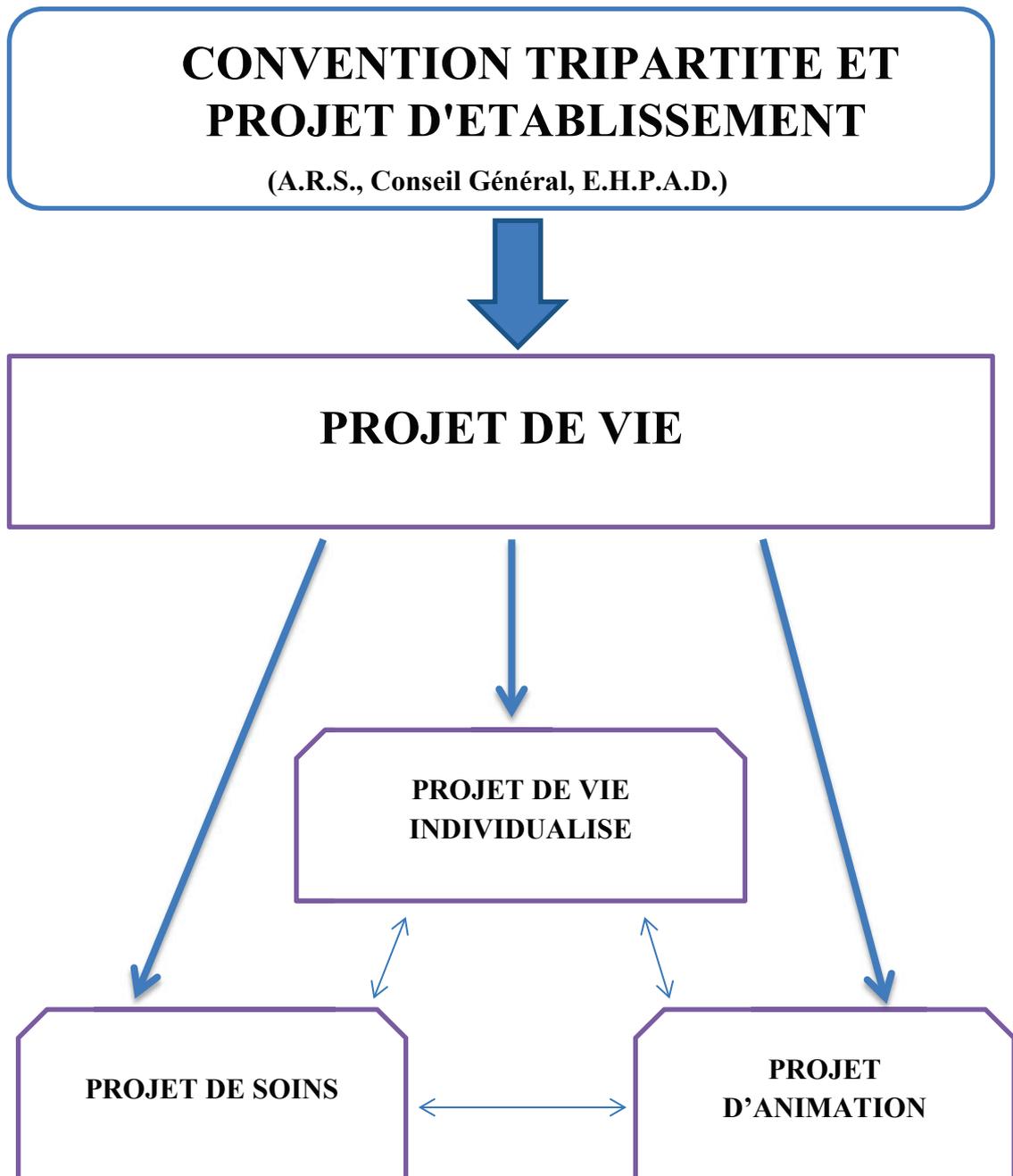


- Fait seul, spontanément, totalement, habituellement et correctement
- Intermédiaire
- Ne fait ni spontanément, ni totalement ni habituellement et ni correctement

- 1 - Cohérence
- 2 - Orientation
- 3 - Relation
- 4 - Voir
- 5 - Entendre
- 6 - Parler
- 7 - Toilette haute
- 8 - Toilette basse
- 9 - Habillage haut
- 10 - Habillage moyen
- 11 - Habillage bas
- 12 - Alimentation, se servir
- 13 - Alimentation, manger
- 14 - Elimination urinaire
- 15 - Elimination fécale
- 16 - Transferts
- 17 - Déplacements à l'intérieur
- 18 - Déplacements des objets
- 19 - Déplacements à l'extérieur
- 20 - Gestion
- 21 - Cuisine
- 22 - Ménage
- 23 - Communications à distance
- 24 - Transport
- 25 - Achats
- 26 - Suivi du traitement
- 27 - Activités de temps libre

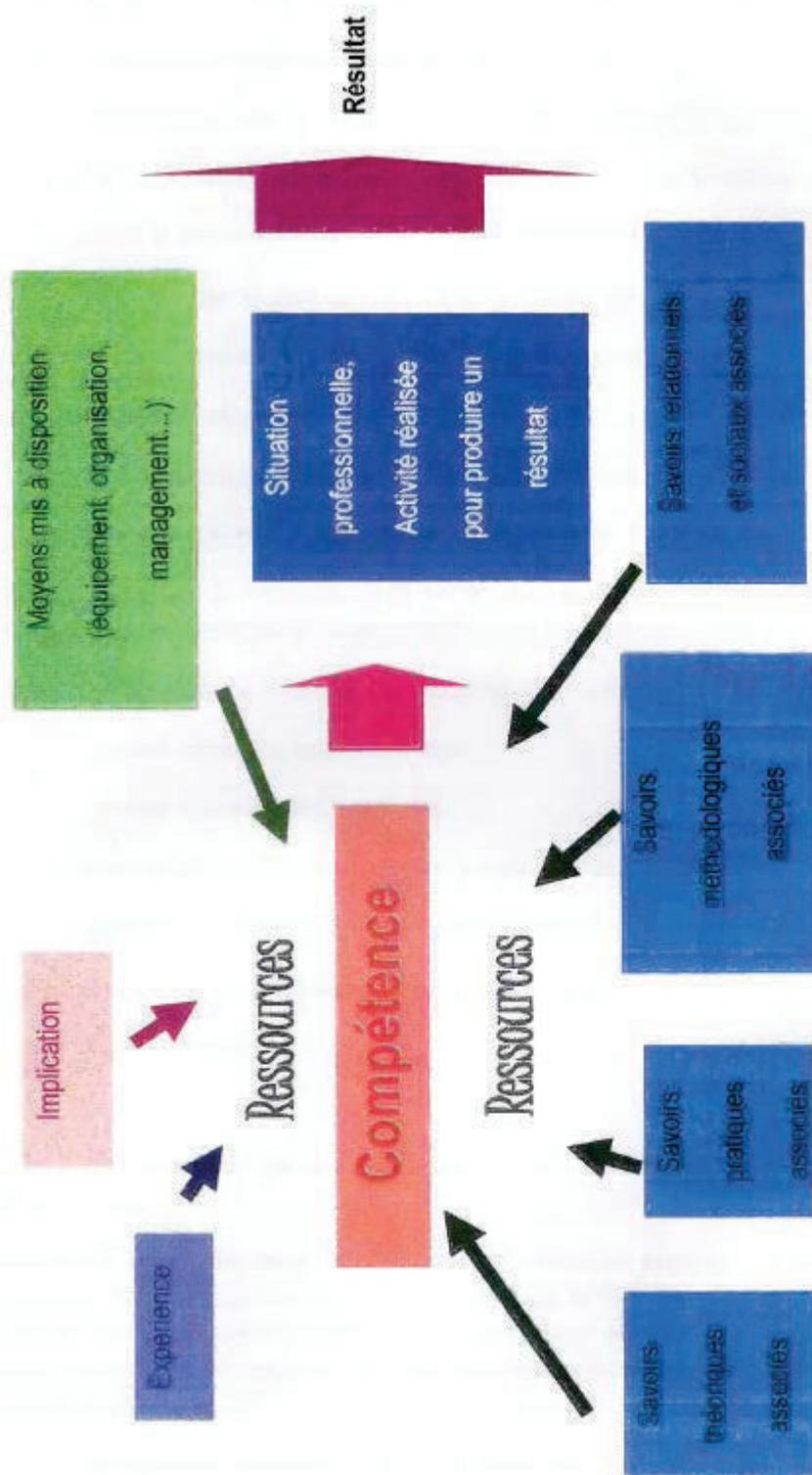
Evaluation de l'autonomie

ANNEXE 16 :
ORGANIGRAMME DES PROJETS EN
E.H.P.A.D.



ANNEXE 17 :

SCHEMA DE LA COMPETENCE



1 D'après la DHOS, CG Conseil, Note méthodologique pour l'élaboration des diplômes, l'élaboration d'un référentiel de formation.

Les caractéristiques de la compétence

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE MONTLUCON

RUE PAMPAROUX 03100 MONTLUCON

Titre: Le projet de vie individualisé : chemin vers le maintien de l'autonomie des résidants en E.H.P.A.D.

Title : The individual life plan : a way to maintain the autonomy of the residents in nursing home.

Auteur : CHARBONNIER Thierry

Promotion: 2012-2015

Directeur de mémoire : D., Cadre Formateur

Jury de mémoire : M., Infirmière Diplômée d'Etat

RESUME : L'autonomie des personnes âgées est importante dans leur prise en charge. A partir d'une expérience vécue en stage, je me suis interrogé sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées qui résident dans un E.H.P.A.D car elle n'a pas été respectée dans cette situation. J'ai observé que l'équipe soignante ne connaissait pas l'existence d'un projet de vie individualisé. A la suite de recherches sur le sujet, j'en ai déduit la question de départ suivante : « En quoi l'implication de l'I.D.E. dans le projet de vie individualisé peut-elle favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées résidentes dans un E.H.P.A.D. ? ».

Mots clés : autonomie, dépendance, personnes âgées, projet de vie individualisé, implication, I.D.E., E.H.P.A.D.

ABSTRACT : The autonomy of elderly people is important for their support. From an experience during training, I wondered about the conservation of the autonomy for elderly people who live in a nursing home because it was not respected in this situation. I observed that the nursing team didn't know the existence of an individual life plan. After some research about this subject, I deduced this question : « In what way can the involvement of the nurse in the individual life plan help to maintain the autonomy of elderly people living in a nursing home ? ».

Key words : autonomy, dependence, elderly people, individual life plan, involvement, nurse, nursing home