

DIU Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Participation de l'équipe soignante aux activités d'animation et à la vie sociale et contributions du médecin coordonnateur dans la mise en place et l'évaluation du projet de vie de la personne âgée dépendante

Par : Docteur PAGES Georges

Année 2003 – 2004

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
RESUME	3
I) RECOMMANDATIONS DE LA CONVENTION DE 1999 RELATIVE AUX INSTITUTIONS MÉDICO-SOCIALES	4
II) LE PROJET DE VIE D'UN EHPAD	6
1) Définition	6
2) La fonction d'animateur	7
3) L'animation	8
a) L'animation générale	8
b) L'animation de proximité	9
c) Les ateliers thérapeutiques	10
III) CONTRIBUTION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE À L'ANIMATION	10
IV) COORDINATION ÉQUIPE SOIGNANTE – ANIMATEUR ET CULTURE	14
1) LES REFERENTS	14
2) LES MEDIATEURS	17
a) Art thérapie	17
b) Photolangage	18
c) Musicothérapie	18
d) Collages	19
e) Clownette	20
f) Aidants familiaux	20
g) Bénévoles	21
V) L'ANIMATION A T'ELLE UNE VOCATION THERAPEUTIQUE ?	22
VI) VALIDATION-EVALUATION	23
VII) CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXES	28

REMERCIEMENTS

« Le principe de base incontournable est que le soin doit être au service de la vie et non l'inverse »,

Yves Kagan

Depuis 1990 j'ai essayé de mettre cette évidence en pratique avec le soutien constant et généreux de toute l'équipe soignante de Sainte Lucie.

Ce mémoire leur est destiné, ainsi qu'à Yves Massardier, animateur de l'hôpital Bretonneau qui a su donner à cette expérience balbutiante ses lettres de noblesse dans un « hôpital à part qui ne ressemble pas à un hôpital ».

RESUME

Chacun de nous a fréquenté, ou intervient encore dans des établissements de type EHPAD, où le temps hors-soins se résume à une attente désespérante devant les portes d'ascenseur, seul lieu de mouvement, où devant la porte de la salle à manger au milieu de l'embouteillage des fauteuils roulants.

La mission du médecin coordonnateur consiste à faire de cet espace hors-soins un moment d'accompagnement de la personne âgée institutionnalisée en conjuguant l'activité d'animation et l'activité de soins, en y associant les familles, les bénévoles et des médiateurs extérieurs dans un enrichissement mutuel.

L'efficacité de son action repose d'une part, sur une adhésion de sa direction et de sa surveillante et d'autre part, sur l'adéquation des actions entreprises et l'évaluation des résultats obtenus. L'expérience de l'hôpital Bretonneau m'a servi de référentiel avec certes des moyens plus modestes, l'EHPAD peut néanmoins s'inspirer dans ses grands principes de l'expérience de cet hôpital.

I) RECOMMANDATIONS DE LA CONVENTION DE 1999 RELATIVE AUX INSTITUTIONS MÉDICO-SOCIALES

Recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes :

Recommandations relatives à la qualité de la vie des résidents

- Objectifs à atteindre :

Afin de garantir à chaque résident un bon état de santé et la plus grande autonomie sociale physique et psychique possible, il convient de satisfaire aux objectifs suivants :

- Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social
- Préserver un espace de vie privatif même au sein d'une vie en collectivité en garantissant un sentiment de sécurité
- Maintenir ou retrouver certaines relations sociales pour le résident (participation aux activités, rôle propre, ouverture à la vie locale et à l'évolution de nos sociétés)

EVALUATION DU DISPOSITIF CONVENTIONNEL PAR RAPPORT A LA VIE DANS L'INSTITUTION

De nombreuses formules sont envisageables mais doivent toutes être reliées au projet de vie élaboré par l'équipe et mise en œuvre par celle-ci.

LES ACTIVITÉS PROPOSÉES

Elles doivent respecter les désirs de la personne :

- A l'intérieur de l'établissement rappelant la vie quotidienne intérieure :
 - atelier de créativité : peinture, modelage
 - activités physiques

- A l'extérieur de l'établissement
 - promenades, marches, cinéma, lieux de culte
 - avec la famille, les bénévoles, les membres du personnel

- A visée thérapeutique :

De type stimulations cognitives (résidents avec détérioration intellectuelle) ; pour ces résidents, il convient de préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique par l'entretien et la stimulation des fonctions cognitives, le maintien des capacités relationnelles au travers des trois différents ateliers pédagogiques (cuisine, lecture de journaux, jeux...) voire d'activités spécifiques (Art thérapie, musicothérapie) sera formalisé dans le cadre de la mise en

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET À LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

place d'un projet personnalisé pour chaque résident concerné. ***Il s'agit de ne pas faire de l'animation un impératif artificiel.***

Pour de nombreux résidents, le temps de toilette et de l'habillage constituera un temps essentiel de stimulations. Il convient en outre de développer toutes les possibilités de communication non verbales, surtout aux stades avancés de la maladie.

II) LE PROJET DE VIE D'UN EHPAD

1) DEFINITION

« Tout perdre, sans se perdre »

« L'EHPAD est un lieu de vie où seront dispensés des soins performants mais discrets ». Le projet de vie global de l'institution est le résultat d'une réflexion interne avec les personnels qui doit inclure un questionnement sur la perception de la personne âgée, sur l'autonomie et la conception d'accompagnement.

Donner un sens à l'idée de soigner

Le projet de vie doit donc contribuer au bien-être de la personne habitant l'institution en respectant ses désirs et ses besoins. Il implique l'existence d'un projet d'animation et de la vie sociale dont la vocation est d'encourager la création, le faire, la participation en s'adaptant aux potentiels en respectant les goûts, les rythmes des résidents, tout en ouvrant l'établissement sur l'extérieur et en apportant le mouvement.

2) LA FONCTION ANIMATION

« Je suis la mèche, l'étincelle – Et tout le monde souffle dessus pour que le feu soit magnifique », Yves Massardier

L'animation doit permettre aux patients âgés de se réapproprier une place alors qu'ils sont en état de rupture, de fragilité, dans un isolement institutionnel qui déclenche ennui et sentiment d'inutilité

L'animation est une démarche de l'écoute, impliquée dans le quotidien qui veut donner à chacun, personnel, résident, famille, le désir et les moyens de s'exprimer, de créer, d'animer.

L'animateur est lui aussi un coordonnateur qui suscite, encourage, propose et rapproche les acteurs institutionnels. L'animation au pied levé, l'animation pour passer le temps n'est plus à l'ordre du jour.

L'animateur organise la trame du planning hebdomadaire et met en place les rendez-vous de travail dont tout le monde a besoin. Il collabore beaucoup avec les équipes soignantes et hôtelières, la surveillante, les bénévoles et les familles. Il réunit les référents – animation avec lesquels il bâtit les projets, détermine le futur des équipes et des résidents.

Il participe lui-même à l'animation selon ses compétences (musique, danse, théâtre, arts plastiques). Il organise avec l'aide d'artistes extérieurs, des expositions, des spectacles, qui réintroduisent les résidents dans le champ culturel général.

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET À LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

L'animation n'a pas d'évaluation formelle, est ouverte à tout le monde, n'a pas d'objectifs codifiés de soins, ce qui ne signifie pour autant qu'il n'existe pas de lisibilité de l'activité d'animation sur l'état de santé des résidents...et le fonctionnement des soignants.

3) LES DIFFÉRENTES FORMULES DE L'ANIMATION EN INSTITUTION

Pour être complète et attrayante, l'animation doit se développer sous trois formes complémentaires :

- L'animation générale
- L'animation de proximité
- les ateliers thérapeutiques

A) L'ANIMATION GÉNÉRALE

Elle établit un lien entre la personne âgée, l'établissement, la cité. Elle consiste en l'organisation périodique d'activités sociales qui donnent du plaisir, de la joie, elles sont à la fois créatives et festives :

- Spectacles, conférences
- Événements collectifs en lien avec les établissements scolaires et d'apprentissage

Ces animations qui ajoutent du piquant et de la fantaisie sont fugaces par nature. Lorsque l'animation n'existe que sous cette forme, elle est insuffisante, devient une « animation vitrine » qui exclut un grand nombre de malades qui ne peuvent ou ne veulent y assister.

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET À LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

Elle doit donc être conjuguée à l'animation de proximité pour prendre toute sa valeur, devenir un événement, une fête comme le sont les fêtes familiales ou civiles.

B) L'ANIMATION DE PROXIMITÉ

L'animation doit se développer au plus proche de la vie quotidienne et s'adapter à chaque personne âgée en fonction de ses désirs et de ses possibilités. Par sa continuité, cette forme d'animation ajoute à la vie quotidienne en contribuant à lui donner sa substance.

La personne âgée institutionnalisée oscille psychologiquement entre un désengagement progressif et une volonté farouche de rester actif. Ces attitudes peuvent coexister chez une même personne à différents moments de son placement. C'est une liberté pour la personne de choisir à différents moments de s'investir ou non dans l'activité proposée et parfois de faire le choix de l'inactivité.

Il est bien que les activités soient aussi proches que possible d'une activité ordinaire :

- Participations aux tâches de la vie quotidienne
- Travail du corps (danse, gymnastique)
- Culturelles (journaux, histoire, film, musique, poésie)
- Artistiques (peinture, modelage, collage...)

En outre, tout ce qui favorise les échanges, et les débats.

C) LES ATELIERS THÉRAPEUTIQUES

A la différence de l'animation de proximité, l'animation des ateliers thérapeutiques répond à des objectifs de soins comportant une évaluation des résultats.

C'est une activité qui fait l'objet d'un protocole et qui prend l'animation comme moyen. Elle s'inscrit dans un projet construit à partir d'une demande médicale. Elle implique les médecins, les animateurs d'ateliers. Un ré-éducateur, un psychologue ou l'art thérapeute, tout intervenant institutionnel qui a une compétence reconnue dans une thérapie et qui utilise une technique de médiation. Le personnel soignant instaure par sa participation un ancrage entre cette activité limitée dans le temps et la permanence de l'institutionnalisation dont il est le représentant.

III) CONTRIBUTION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE A L'ANIMATION

Il faut éviter que la médicalisation si nécessaire et fondamentale qu'elle soit ne devienne indirectement une fin en soi. L'institution pour vieillards doit être un lieu de vie au sein duquel le soin doit être le plus compétent possible sans être un lieu de soins.

L'animation symbolise l'alliance du projet de soin et du projet de vie : elle est l'expression de la vie quotidienne qui donne à la vie sa qualité, son goût. Animer signifie donner la vie, il s'agit bien là de la

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET À LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

préoccupation que doivent avoir les soignants en gériatrie. Pour le soignant, participer à l'animation, c'est contribuer à « prendre soin », c'est être « partie prenante » dans l'accompagnement de la personne âgée. L'animation restaure le présent en donnant un sens à sa vie et lui redonne un futur.

Pour autant, chacun peut observer l'indigence, voire l'absence des activités d'animation dans les EHPAD.

L'ANIMATION ANIME, LE SOIGNANT SOIGNE

Le personnel soignant, corps médical, infirmier, aides-soignantes suivent des études qui insistent plus sur la compétence technique que sur la compétence humaine. Ainsi, leur contribution à l'animation est limitée voire absente spontanément et il s'installe un clivage hermétique entre les deux activités.

Pourquoi ?

Un certain nombre d'explications peuvent être retenues :

1. L'absence de vision globale de la prise en charge du résident.
2. La crainte de ne pas savoir faire qui se réfugie derrière la charge de travail.
3. La culpabilité, voire l'auto-interdiction liée au sentiment de s'amuser au lieu de travailler.
4. La difficulté de communiquer avec le vieillard dément.

5. L'absence d'investissement et le manque de motivation.
6. L'absence de lisibilité du retour de l'action menée par l'animateur du fait de l'absence de communication avec l'équipe soignante.

Ces explications n'affectent pas les différentes catégories de soignants de la même façon : il existe un « gradient de résistance » croissant selon le degré de responsabilité dans le soin.

A l'hôpital Bretonneau, les collaboratrices les plus spontanées de l'animateur sont les maîtresses de maison : à l'échelle de la maisonnée, elles contribuent à la mise en place d'une animation quotidienne dite de proximité. Les aides-soignantes sont sensibles au message mais répondent de manière variable spontanément. Les moins spontanées sont les infirmières, leur contribution étant souvent considérée comme impossible. Enfin, les médecins se comportent comme des témoins protégés par une distance bienveillante !

Au total, bien que l'animation soit recommandée par les textes conventionnels comme facteur d'épanouissement de la personne âgée, il existe de nombreuses résistances dans sa mise en route et dans sa planification – coopération avec l'équipe soignante.

L'EXPERIENCE DE L'HOPITAL BRETONNEAU

L'hôpital Bretonneau est un hôpital AP.HP de secteur (17^{ième} – 18^{ième} arrondissement) avec 205 lits répartis en courts et moyens temps de séjours de psychogériatrie. Son ouverture a eu lieu en juillet 2001. Son architecture, l'agencement des espaces, sa rue intérieure, ses jardins, témoignent du choix de ses

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET A LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

promoteurs d'en faire un lieu de vie où l'animation tient une place importante. Il ne s'agit donc pas d'une recommandation opportuniste ou complaisante mais bien d'une exigence qui passe d'ailleurs par le testing de l'adhésion à un projet d'animation dès les entretiens en vue du recrutement tant chez les infirmières que chez les aides-soignantes. Les candidatures sont évaluées en fonction des habiletés, talents, qualités faisant écho aux habitudes de vie passées ou présentes des personnes âgées. « C'est sur l'existence de capacités de talents et d'habiletés que nous nous appuyerons ».

Ce choix de participation aux animations des équipes soignantes est donc un choix délibéré de la direction de l'hôpital. Ce choix est relayé, encouragé, structuré par l'équipe de cadres de santé qui fait « passer le message » dans un dialogue permanent au cours des réunions réunissant en partenariat médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, infirmiers et autres soignants. Ce message qui nous vient de l'hôpital constitue un argument référentiel de conviction et de modèle organisationnel.

POUR AUTANT, UN EHPAD N'EST PAS UN HOPITAL

Malgré ses dimensions et ses moyens plus modestes, l'EHPAD peut néanmoins faire sien les principes de Bretonneau. Dans son projet d'établissement, le directeur peut exprimer son souhait d'une collaboration animation-soignant et pour relayer cette ambition qui mieux que le médecin coordonnateur peut donner à l'équipe soignante les motivations de cette coopération ?

Le médecin coordonnateur incarne pour l'équipe soignante la garantie du savoir médical et la compétence gérontologique, son autorité lui

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET A LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE

permet d'obtenir une coopération que l'animateur ne pourrait obtenir seul, qu'un soignant motivé mais isolé tenterait vainement de mettre en place. Enfin, le médecin coordonnateur a lui-même besoin du partenariat avec son chef d'établissement et sa surveillante. Sans un « triumvirat » homogène sur le contenu du projet de vie et son modèle organisationnel, l'avenir d'une coopération animateurs-soignants risquent fort d'être limité, voire sans lendemain.

De l'aveu même d'Yves Massardier, animateur de Bretonneau, hôpital prometteur et avant-gardiste de ce type de fonctionnement où le personnel a lui-même fait l'objet d'une sélection sur les critères de capacités potentielles d'animation : « rien n'est jamais acquis ! ». **L'expérience de Bretonneau démontre la nécessité des médiateurs entre les animateurs et les soignants.**

IV) COORDINATION ÉQUIPE SOIGNANTE – ANIMATEUR ET CULTURE

1) LES REFERENTS

L'action du médecin coordonnateur s'appuie donc sur le partenariat avec le chef d'établissement qui affirme la nécessité du projet de vie et la surveillante qui garantit la faisabilité du projet d'animation.

Sans un « triumvirat » homogène sur le contenu du projet de vie, l'avenir d'une coopération animation-équipe de soins paraît compromis.

➤ **Susciter les vocations de référent**

Le référent-animation est volontaire, appartient à l'équipe soignante AS, MM, IDE. Sa mission consiste à faciliter la mise en place de l'animation dans les maisonnées et l'organisation des animations générales en lien permanent avec l'animateur et la responsable culturelle.

- Il s'informe auprès de son équipe de centres d'intérêt des résidents pour favoriser leur participation aux activités proposées.
- Il collecte les propositions, les besoins en matériel ou en logistique pour l'organisation des activités sur l'initiative des équipes.
- Il participe aux réunions bimensuelles des référents animation – culture et présente les projets et besoins de l'équipe.
- Il transmet à son équipe les informations et réponses échangées lors de cette réunion.

➤ **Encourager la création de binômes**

Ré-éducateur/AS ou IDE qui permettent l'ancrage et la permanence des ateliers dont le perfectionnement dépend du temps, de la durée. Des liens se créent entre les soignants et il est plus facile et plus agréable de travailler dans la complicité.

➤ **Encourager les personnes âgées à s'engager à former un groupe avec les soignants et les autres personnes âgées**

Les personnes âgées à qui l'on propose de participer à un groupe sont choisies en équipe, cela fait partie du projet de vie et de soins. Ce sont

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET A LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

les soignants qui connaissent le mieux une personne âgée qui peuvent discerner et proposer les groupes qui seraient intéressants pour elle.

LE PROJET ANIMATION

Il doit être planifié, il se crée dans l'équipe avec le médecin coordonnateur, la psychologue, les ré-éducateurs, les IDE, AS, MM, les bénévoles et les aidants familiaux.

La surveillante coordonne l'organisation, analyse la faisabilité. Elle met en place une organisation des tâches qui permet le détachement des aides-soignants référents d'atelier. Elle participe à la supervision des soignants dans l'action pour prévenir des attitudes inadaptées.

Chaque animation fera l'objet d'un compte rendu écrit dans un cahier d'animation où le soignant référent fera une synthèse de la participation. Ce cahier est un document de travail pour la surveillante qui peut ainsi repérer des besoins matériels, de formation et d'organisation.

C'est aussi un document de travail pour les infirmières dont les observations dans le dossier de soins font rarement référence à la vie du groupe. Pour le médecin, ce document est aussi une source d'information sur la vie de l'unité et le fonctionnement des groupes de malades et de soignants.

2) LES MÉDIATEURS

Les médiateurs sont des intervenants soignants (référents) ou non extérieurs ou intérieurs à l'établissement dont l'intervention permet de renforcer l'action conjointe animateur-soignant.

Quels sont les médiateurs habituels ?

- Arts thérapeutes – arts plastiques, musicothérapie, clownette de Bretonneau
- Bénévoles qui encadrent les sorties, l'ouverture sur la cité
- Aidants familiaux qui favorisent la vie sociale
- Les artistes extérieurs qui favorisent l'irruption de la culture (musique, théâtre, peinture, sculpture)

a) L'art thérapie

***« Créer, c'est affirmer qu'on existe, c'est anéantir le néant »,
Patrick Rigault, L'Aigle***

L'art thérapie permet au sujet âgé d'apaiser son angoisse, de réveiller sa conscience, de renouer le fil de son histoire, de découvrir le plaisir de créer sans autre alibi que tenter de faire du « beau ». Il s'agit de faire en sorte que le temps de rêve ne s'éteigne pas.

L'institution par son mode de fonctionnement est une mère dévorante qui ôte doucement l'envie de faire, de dire, d'être. Bon nombre de personnes âgées, fragilisées par l'âge et par la dépendance au système sombrent doucement dans le désœuvrement. Là où même la mémoire ne travaille plus, le temps de rêve s'éteint. L'art thérapie permet à l'institution de réduire au maximum les effets pervers de son propre système. Voir musicothérapie.

b) Le Photolangage

Méthode créée dans les années 60 par un groupe de psychopédagogues Lyonnais pour faciliter le travail en groupe à partir d'un support spécifique : la photographie.

Le photolangage est une technique médiatrice qui développe l'accès à l'imaginaire et au symbolique. Il crée un espace ludique propice à la création de sens, à la mentalisation et est favorable au travail psychique de liaison et de symbolisation.

En se réappropriant son passé par l'intermédiaire des images internes retrouvées dans les photos, la personne âgée redevient sujet, et de plus sujet du groupe et peut à ce titre s'étayer sur le groupe.

c) La musicothérapie

« Quand ils ont du renoncer à tout, il reste encore la musique »,

Yolande MOYNE-LARPIN

La musicothérapie vise à travers la pratique du chant, de l'écoute musicale, du jeu instrumental (percussion), et de la danse, à contribuer à la remise en projet des personnes.

La musique agit comme une résonance en chacun de nous, qui exige avant toute démarche de bien connaître les personnes auprès de qui on souhaite l'utiliser.

On sait que le grand âge est un lieu d'émotions. Or la musique, est elle-même lieu d'émotions. Les établissements d'accueil l'ont bien compris et multiplient la présence de musique au quotidien.

d) Collages

Cet atelier est basé sur la réalisation de collages faits à partir d'éléments découpés dans la presse (catalogue, revues, journaux) et organisés autour d'un thème choisi par un groupe de soignants et de résidents : les vacances, la famille, les enfants...

Le support, en général cartonné, reçoit les découpages que chacun a réalisé seul ou avec l'aide d'un autre résident, d'un bénévole, d'un aidant familial ou d'un soignant. Le travail d'organisation et de placement des pièces découpées se discute entre les participants. L'intérêt de cet atelier se situe à deux niveaux :

- Autour de la recherche des photos sélectionnées et découpées ont-elles ou non un rapport avec le thème.
- Des échanges déclenchés par le simple fait de feuilleter un catalogue ou une revue en présence d'autres interlocuteurs : « Je n'aime pas la

mode d'aujourd'hui. De mon temps elle était moins vulgaire ! » et les répliques fusent !

Cet atelier ne requiert pas de compétences spécifiques et excluantes. Il amène un effort de cohérence et stimule une créativité souvent chargée de fantaisie et d'humour. Le collage une fois terminé peut être exposé avec fierté !

e) Anabelle, la clownette pour adulte

Anabelle se définit comme clown sympathique, empathique, sa formation est celle de thérapeute comportementaliste. Son projet, « encourager et échanger d'être à être autour d'un ressenti subtil sur le sensoriel et le sensitif pour donner une chance de récréation de soin ; passer par l'imaginaire pour reprendre contact avec la pulsion de vie ». « La clownette est un catalyseur d'expériences insolites autour de paroles intimes ».

La clownette a beaucoup travaillé dans le secteur des soins palliatifs avec d'excellents résultats auprès des résidents et en contribuant à la formation du personnel soignant dans une démarche « d'émerveillement ».

f) Les Aidants familiaux

L'institutionnalisation des parents déclenche des bouleversements psychoaffectifs parfois impressionnants chez les enfants. L'aidant familial, c'est à dire le parent qui s'investit dans le soutien psychologique et physique d'une personne âgée handicapée doit faire face en institution, au partage, au

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET À LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE « lâcher-prise », à la culpabilité, à l'impuissance, à l'épuisement après des périodes dominées par le « burden » (le fardeau).

L'institution lui offre la possibilité de repositionner son intervention auprès de son parent, en trouvant sa place par des implications dans des actions institutionnelles concertées avec l'équipe qui vont de l'aide aux repas, aux déplacements, aux transports, jusqu'aux actions proches du bénévolat dans les repas à thème, les sorties, les ateliers où l'action positive s'étend à d'autres résidents. Ainsi, l'aidant familial devient un partenaire de l'équipe soignante dans le projet de vie où il représente le lien essentiel avec la vie sociale, avec l'extérieur.

g) Les Bénévoles

- **Le soutien par l'exemple**

Après avoir tenté moi-même de mettre en place un atelier de peinture sur bois dont le projet était de faire coopérer les hommes et les femmes autour d'une activité associant les qualités (entre autres !) des deux sexes dans une complémentarité créative et décorative (les hommes créaient, découpaient des objets en bois que les femmes décoraient), j'ai pu observer les limites du « volontarisme généreux ».

En effet, un après-midi d'animation, les soignants s'activaient avec enthousiasme autour de la table de peinture pendant que les résidents se tenaient sagement légèrement en arrière, intéressés mais non contributifs, la motivation leur manquait manifestement ! : « Je n'ai jamais été bonne en dessin », « je n'ai jamais tenu un pinceau de ma vie », « c'est pas maintenant que je vais apprendre ».

Comment associer les soignants qui sont perçus comme jeunes, doués, sûrs de leurs gestes par les résidents avec ces derniers qui pensent tout apprentissage, toute créativité inaccessibles ?. Se résignant à « tout ça c'est fini pour moi ».

La solution nous est venue de Suzanne IANKOFF, qui a découvert et perfectionné sa technique de peinture sur bois alors qu'elle avait 90 ans et un corps perclus d'arthrose. Elle est venue à la résidence Sainte Lucie un après-midi, nous témoigner de son talent et de son enthousiasme à l'idée d'initier d'autres personnes âgées à la peinture décorative sur bois. Elle a ainsi maintenu cet atelier pendant cinq ans malgré une arthrose invalidante. **Les bénévoles âgés et même très âgés ont des mots et des arguments qu'eux seuls détiennent.**

V) L'ANIMATION A T'ELLE UNE VOCATION THERAPEUTIQUE ?

Le projet animation n'a pas la vocation d'un projet thérapeutique lequel relève uniquement de la responsabilité de l'équipe soignante, assistée de médiateurs et encadré par des procédures spécifiques d'évaluations ; mais, dans la mesure où la personne âgée est reconnue dans sa globalité et non dans le registre de sa maladie, qu'elle retrouve ses potentialités, qu'elle apaise dans le partage et l'écoute son angoisse, il s'y passe quelque chose de l'ordre du thérapeutique.

Le projet animation doit donc avoir pour objectif principal de conjuguer les talents et la créativité des équipes pour le plus grand profit des personnes âgées malades en évitant deux écueils :

- L'animation vitrine
- La sacralisation d'une animation thérapeutique

Il faut au contraire laisser toute place à la spontanéité pour ne pas regarder les personnes âgées que comme les sujets de thérapeutiques. **« Mettre en résonance autrement tous ces espaces intérieurs qui ne réagissent plus forcément à la pharmacopée », Yves Massardier.**

VI) VALIDATION – EVALUATION

Il n'est jamais simple de procéder à l'évaluation de l'impact d'activités sur le comportement, la qualité de vie et de communications d'êtres humains compte tenu du nombre important de variables qui peuvent intervenir en cours de route pour les modifier a fortiori lorsqu'il s'agit d'une population de personnes âgées soumises à des pathologies qui les conduisent plus souvent vers une détérioration que vers une amélioration.

La revue *Animagine* a publié dans son numéro 35 de juillet-août 2004, trois propositions de grille d'évaluation des animations, activités et loisirs des résidents :

1. Démarche des soignants de l'hôpital d'Ajaccio.

L'outil d'évaluation est commun aux soins et à l'animation mettant ainsi en évidence les répercussions des animations sur l'état de santé du patient/résident et déterminant alors l'orientation sur les projets des soins futurs.

PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET A LA VIE SOCIALE ET CONTRIBUTIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE ET L'ÉVALUATION DU PROJET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

L'évaluation s'effectue à partir du codage de type AGGIR en intégrant les capacités du résident, ses choix (après concertations avec le soignant et l'animateur). Une première évaluation détermine le niveau de faisabilité et de motivation existant entre le résident et l'activité désirée.

Les évaluations suivantes sont semestrielles et confirment ou infirment les choix initiaux permettant si nécessaire une réorientation du résident (avec son accord) sur d'autres activités (voir annexe).

**2. Création d'un site web depuis le 1^{er} juillet 2004 :
<http://perso.wanadoo.fr/partageanimage>**

A partir d'Alysanim, on établit une fiche individuelle qui intègre girage et les intérêts du résident choisis parmi 19 possibilités d'Ateliers.

Une grille d'évaluation permet d'appréhender le comportement du résident pendant l'activité proposée. Le choix du Net s'est basé sur les problèmes de disponibilité en temps des intervenants pour se réunir (voir Annexe).

3. Le cas des états démentiels

Dans le cas des déments, comment savoir si telle personne éprouve les effets bénéfiques de sa participation à tel atelier ?

Il s'agit d'une évaluation au quotidien, à la fois individuelle et collective visant à vérifier la réalisation d'objectifs : le mieux-être, le plaisir éprouvé... Si une animation contribue au mieux-être des personnes, c'est qu'elle a des effets thérapeutiques. On peut alors considérer qu'elle entre dans le cadre du soin. (Voir Annexe).

VII) CONCLUSION

L'institution par son mode de fonctionnement est une mère dévorante qui ôte doucement l'envie de faire, de dire, d'être. Les corps médical et infirmier, participent à des formations qui insistent plus sur la compétence technique que sur la compétence humaine. Ainsi, tout concourt à faire de la personne âgée, handicapée, institutionnalisée, un exclus en perte de lien social dont l'identité se résume à ses symptômes.

La mission du personnel d'EHPAD et particulièrement du Médecin Coordonnateur s'inscrit donc dans une exigence éthique, celle de la nécessité d'un « soin citoyen ». Espace éthique qui concilie « liberté et précautions ». Cette exigence trouve aujourd'hui sa traduction dans une coopération étroite et généreuse entre les responsables de l'animation et les équipes soignantes.

Les premiers ravivant le « temps de rêve » se transforment en « installateur de courants d'air, chargé de vie, de mouvement, de bruit » et fournissent la logistique. Les seconds apportent leurs talents, leurs qualités, leurs expériences et analysent la faisabilité et l'adéquation des activités proposées.

Chacun trouve dans cette association des occasions de « grandir » en modifiant la représentation et l'approche de son activité (animation-crêpes ou l'aide soignant « opératoire ») pour le plus grand profit des personnes âgées.

Autorisation et validation

Pour réaliser ses objectifs, le médecin coordonnateur a besoin du partenariat de la direction qui autorise et valide la prise d'initiatives. Cette autorisation permet l'expression de savoir-faire culturel, de talents spécifiques qui ne demandent qu'à s'exprimer tout au sein du personnel (référents) soignant qu'au sein des familles et des bénévoles avec la facilitation d'actions extérieures (médiateurs). La validation passe par la cohérence, la réflexion donc, par la qualité des outils qui évaluent les stratégies mises en place. Les exemples de grille fournies ici incarnent les premiers efforts tentés dans cette voie.

Recrutement et formations

Le Médecin Coordonnateur est le garant et l'incontournable chef d'orchestre de cette organisation. A l'avenir, c'est par un recrutement orienté (motivations personnelles et talents adaptés) et par la formation des infirmières et des aides-soignantes au cours de leurs études et de leurs stages que l'on parviendra à vaincre les résistances d'aujourd'hui si fortes à participer aux activités d'animation. Ceci, afin de réaliser dans les EHPAD, un véritable accompagnement des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- YVES KAGAN, *Dictionnaire de pratique gériatrique*, Ed Frison-Roche
- YOLANDE MOYNE-LURPIN, *Formation aux pratiques musicales en gériatrie*, Ed Desclée de Brouwer
- YOLANDE MOYNE-LURPIN, *Musique pour vieillir*, Ed Desclée de Brouwer
- PATRICK RIGAUD, *l'art thérapie et le vieillir en institution*, Revue soins-psychiatrie, mai 1998
- PATRICK RIGAUD, *le photolangage*, Revue soins-psychiatrie, mai 1998
- HOPITAL BRETONNEAU, *l'animation des petits bonheurs quotidiens*, Le Magazine Hôpital Bretonneau
- HOPITAL BRETONNEAU, *Notes pour une organisation de l'animation de proximité à l'hôpital Bretonneau*
- ANIMAGINE, Revue de l'animation n°35, Dossier : *l'évaluation de l'animation*