

UNIVERSITE RENE DESCARTES

Faculté de médecine Cochin – Port Royal PARIS V

Rôle du Médecin coordonnateur
dans le
MAINTIEN de la VIE SOCIALE
en EHPAD
sa contribution à
l' ELABORATION et au SUIVI du
PROJET d 'ANIMATION
en complément des projets
d' Etablissement, de Soins et de Vie des unités

Docteur Michel PARENT

Diplôme Inter Universitaire de
Médecin coordonnateur d' EHPAD

Directeur de mémoire

Dr Michel SALOM

Année 2005 – 2006

Remerciements

Au Dr Michel SALOM qui m'a efficacement conseillé dans ce travail,
accueilli et guidé pour mon stage pratique,

A Mme Cécile Goujon pour sa confiance,

A mon épouse pour sa patience.

SOMMAIRE

I- Introduction	p. 4
II- Problématique	p. 6
III- Méthodologie	p. 8
IV- Présentation de l'établissement et de ses projets	p. 9
V- Evaluation ANGELIQUE	p.10
VI- Fiche d'action « vie sociale »	p.11
VII- Analyse des projets	p.12
VII-1 Typologie des résidants	p.12
VII-2 Philosophie générale	p.13
VII-3 Principes fondamentaux	p.13
VIII- Rôle du médecin coordonnateur dans le maintien de la vie sociale	p.16
VIII-1 Dans la formalisation de la philosophie de l'établissement	p.16
VIII-2 Dans l'élaboration des micro-projets	p.17
VIII-2-a En vue de l'admission	p.19
VIII-2-b Dans le maintien ou l'amélioration de l'autonomie	p.22
VIII-2-c Dans le maintien des liens familiaux et amicaux	p.22
VIII-2-d Dans l'amélioration de la prise en charge hôtelière	p.23
VIII-2-e Dans l'animation et la vie sociale	p.25
VIII-2-f Dans l'organisation et la gestion des équipes	p.25
VIII-2-g Dans l'évaluation du projet	p.27
IX- Le point de vue de l'animateur stagiaire	p.28
X- Le Rapport synthétique remis à la direction	
en vue de la rédaction du projet	p.30
X-1 Démarche accueil	p.30
X-2 Environnement et cadre de vie	p.34
X-3 Restauration	p.34
X-4 Garantie sécurité et libertés individuelles	p.36
X-5 Les familles	p.36
X-6 Maintien et amélioration de l'autonomie	p.38
X-7 Conservation d'une vie sociale et relationnelle	p.40
X-8 L'animation	p.41

XI- Conclusion	p. 46
Bibliographie	p.47
Annexes	p.48
Annexe 1 : animation – objectifs	p.48
Annexe2 : Fiche de déroulement de l’animation	p.49
Résumé	p.50

I- INTRODUCTION

Le bilan de la situation existante dans notre futur EHPAD, avant la signature de la convention tripartite, met en évidence quelques points faibles dans l'organisation actuelle.

Ce sont sur ces points qu'il faudra donc travailler en priorité.

Il apparaît d'emblée qu'il nous faudra créer le plus vite possible, une animation permettant de renforcer la vie sociale des résidents dans l'établissement.

Car si nous attachons déjà beaucoup d'importance au confort physique des résidents leur ayant « ajouté des années de vie », nous n'avons pas encore, faute de moyens et peut être aussi de motivation suffisante, pris assez en charge le confort psychique, afin « d'ajouter de la vie aux années ».

Ce travail va, après avoir analysé l'évaluation « Angélique » concernant la vie sociale,

1 - rechercher dans les différents projets (institutionnel, soins, vie des différentes unités, création d'une unité spécialisée « Alzheimer ») les éléments existant, déjà rédigés pour pouvoir signer la convention tripartite. Ces éléments qui concernent l'accueil, la place des familles, l'environnement, l'hôtellerie, l'animation, le maintien de l'autonomie contribuent au maintien et à la qualité de la vie sociale devront être améliorés.

2 - tenter de montrer le rôle que peut jouer le médecin coordonnateur auprès du directeur, de l'animateur et de équipes, dans le maintien de la vie sociale et dans l'élaboration d'un micro projet de vie sociale,

3 - Réfléchir aux modalités à mettre en place pour assurer le suivi du projet, vérifier les futures modalités de mise en application, le renforcement des implications des équipes, les

résultats à obtenir et en particulier le mode d'appréciation du niveau de satisfaction des résidents.

S'agissant d'un projet à réaliser dès que les moyens espérés par la signature de la convention tripartite le permettront, il ne sera donc pas possible d'effectuer un bilan lors de ce travail, ni même possible de formaliser définitivement le projet puisque l'animateur n'est pas encore recruté..

4 - proposer à la direction un micro projet « accueil, animation, vie sociale » élaboré par un médecin coordonnateur, qui permettra une synthèse avec ceux élaborés par l'animateur et le cadre infirmier.

La bonne entente des différents « managers » est vitale, et particulièrement celle du « couple » directeur, médecin coordonnateur, voire du « trinôme » directeur, cadre infirmier et médecin coordonnateur, sans oublier la compétence de l'animateur.

II- PROBLEMATIQUE

La transformation du foyer logement en Ehpad est un moment privilégié qui oblige à faire le bilan de la situation existante, à formaliser les projets à réaliser et à s'interroger sur la pertinence de nos conduites, de nos choix.

Le passage de la personne âgée en Ehpad ne doit pas être un retrait de la vie sociale dans un univers « concentrationnaire ».

L'animation est une façon de penser et d'agir qui est d'acquisition récente et qu'il devient maintenant possible de mettre en place grâce à la signature de la convention tripartite. Il faut que la motivation des décideurs soit suffisante.

Cette animation ne doit pas être ni un simple « passe temps » ni vécu comme inductrice d'une thérapie.

Elle doit permettre au résidant de rester un citoyen à part entière, intégré à la collectivité.

L'animateur doit faire partie de l'équipe, à laquelle il devra être parfaitement intégré, tout en gardant sa spécificité propre.

Le médecin coordonnateur a donc un rôle à jouer dans la création de ce projet d'animation visant à un renforcement de l'intégration sociale. Comment faire pour que l'élaboration du projet ait des chances de correspondre aux attentes et aux besoins des résidents, comment motiver les équipes, comment utiliser les acquis des décennies précédentes ?

Avant même que le projet soit élaboré, il faut tout de suite prévoir comment pourront se faire les évaluations de pertinence et de satisfaction obtenue par les bénéficiaires.

Mais rien ne peut se faire sans l'aval, la collaboration, l'impulsion, la motivation du directeur de l'établissement, montrant bien là aussi, l'importance de la bonne entente entre les différents décideurs.

Oui au travail d'équipe !!

Pour préserver l'identité sociale de la personne âgée en institution il est nécessaire d'élaborer un projet de vie dont le but est d'organiser les rapports individuels dans une structure collective complexe incluant le personnel et même les familles pour compenser la perte du domicile.

Ce projet, centré sur la personne âgée, gère les problèmes humains posés par la vie institutionnelle, en particulier les relations avec les autres acteurs de son environnement afin d'être une aide à son adaptation au nouveau milieu et de favoriser sa reconstruction identitaire

Ce projet fait partie des projets d'établissement, de vie, de soins et d'organisation quotidienne qui définissent la structure d'accueil du point de vue économique et matériel.

Il ne faut pas imposer au résidant des règles strictes, astreignantes mais réfléchir aux règles de bonne pratique opposable aux personnels, aux bénévoles, aux familles pour qu'elles prennent soin, respectent la dignité et assurent une vie sociale de qualité. On évitera ainsi d'entretenir une image négative de l'institution qui incarne la dépendance, l'atteinte à l'intimité, la promiscuité et la liberté à jamais disparue

Le projet doit favoriser l'accompagnement sans se substituer, sans imposer ni catégoriser, surtout en cas d'atteinte cognitive.

Le projet de vie sociale ne peut pas s'improviser, sa conception repose sur l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse adaptée à l'établissement, permettant de respecter les attentes des résidants malgré la diminution de ses capacités, dans le respect éthique de son autonomie malgré les troubles du comportement possibles.

Il est conçu pour s'intégrer dans le cycle de vie du résidant, pour éviter de créer une rupture, c'est un outil de travail pour l'équipe qui l'accompagne dans cette dernière étape.

III- METHOLOGIE

La méthode fourni les outils qui permettent de s'adapter à une situation. :

- 1 - initialisation du projet : il s'agit d'une partie du projet de vie
(Réflexion initiée par les instances dirigeantes de la Fondation)

- 2 – élaboration des valeurs du projet : respect de la vie sociale, préservation de l'intimité, de l'autonomie et de la citoyenneté
(Champ théorique sous la responsabilité de la direction et des cadres)

- 3 – choix des microprojets :
 - Accueil
 - Aménagement du lieu de vie
 - Restauration
 - Vie quotidienne des résidants
 - Vie affective
 - familles
 - Maintien de l'autonomie
 - Animation
 - Accompagnement en fin de vie(Actions sous la responsabilité de la direction et des équipes)

- 4 – intégration de ces microprojets dans le projet de maintien de la vie sociale
Puis intégration dans le projet de vie
(Champ rédactionnel sous la responsabilité de la direction et des équipes)

- 5 - mise en place du projet finalisé : faisabilité
(Champ d'application par l'équipe)

- 6- évaluation du projet évolutif et remise en cause
(Par la direction)

IV- PRESENTATION de l' ETABLISSEMENT et de ses PROJETS

Historique

Vers 1970, fut construite, suivant les normes en vigueur à l'époque, la Résidence EUROLAT, par un groupe ayant plusieurs structures équivalentes en France. Malheureusement des difficultés financières surgirent rapidement et elle ne dû sa survie qu'à l'implication du personnel et des résidants. Il fut créé une association loi 1901, la Résidence HARDOUIN, foyer logement dont les murs furent rachetés symboliquement par le CCAS qui apportait sa caution.

Pendant environ trente ans la résidence continua à offrir aux personnes âgées la possibilité de vivre le mieux possible compte tenu des moyens disponibles. Il fut créé une section de cure médicale de 8 lits, et, la population hébergée devenant progressivement plus dépendante, tout en conservant son statut juridique de foyer logement, la résidence évolua vers un fonctionnement proche d'un Ehpad.

Toutefois pour pouvoir obtenir le statut d' Ehpad il fallait effectuer des transformations et des mises aux normes ce qui n'est pas réalisable sans l'appui d'un opérateur structuré et expérimenté.

Nous avons alors pris contact avec la Fondation Léopold BELLAN et nous faisons maintenant partie de cette structure à vocation sociale.

Il ne reste plus qu'à finaliser cette transformation en Ehpad en projetant la future convention tripartite.

Nous avons alors effectué un bilan « Angélique » d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD dont vous trouverez ci-dessous les différentes analyses en ce qui concerne le maintien la vie sociale et relationnelle.

Puis les différents projets administrativement nécessaires sont rédigés et déposés aux Autorités de Tutelle :

- projet institutionnel,
- projet de soins,
- projet de vie des différentes unités,
- projet de création d'une unité spécialisée dans la prise en charge des démences.

V- EVALUATION « ANGÉLIQUE »

Extraits

Pour répondre aux besoins de la convention tripartite, une évaluation d'après le référentiel « Angélique » a été réalisée ; Elle a mis en lumière que les lacunes majeures de l'établissement se situaient au niveau de l'animation, comme le montre le document suivant, les autres postes étant relativement satisfaisants bien qu'à améliorer.

Bilan « angélique » Vie sociale

Animation :

- pas de référent chargé de coordonner l'animation
- pas de projet d'animation écrit
- pas ou peu d'activités proposées pour lutter contre la perte des relations sociales que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement
- pas d'échange inter générations
- pas de participation des familles et amis des résidents à la vie de l'institution au travers d'activités diverses (sorties, ateliers, vacances...pas de présence de bénévoles
- toutefois il existe un salon de coiffure

Cette évaluation nous a fait prendre conscience de l'importance du problème, et de la nécessité de compléter plus spécifiquement dans ce domaine les projets de l'établissement.

VI- FICHE d' ACTION

rédigée par la direction dans le but de développer une vie sociale :

Objectifs :

- mettre en place une vie sociale (écrire le projet, embaucher un animateur, développer des partenariats, de l'intergénérationnel et des activités)
- développer les activités à visée thérapeutique

Problématique actuelle :

- la résidence ne dispose aujourd'hui d'aucune vie sociale, les animations étant ponctuelles et très irrégulières.

Résultat attendu :

Avec une démarche participative de l'ensemble des équipes et qui sera inscrite dans le projet d'animation, chacun des résidents pourra retrouver, s'il le souhaite, une vie sociale correspondant à ses attentes : ateliers divers, lecture, jeux, bricolage, intergénérationnel....

Une meilleure connaissance de la vie sociale antérieure à l'entrée en institution permettra alors d'offrir aux résidents des actions ciblées.

Moyens à mettre en œuvre :

Définir avec l'animateur le projet de vie sociale de la résidence à travers le projet d'animation

VII- ANALYSE DES PROJETS

d'établissement, de soins et de vie des unités, élaborés en vue de la signature de la convention tripartite, comportant l'ébauche du projet de conservation de la vie sociale et relationnelle.

VII-1- Typologie des résidants accueillis, capacité et organisation de l'Ehpad

La Résidence Hardouin, de la Fondation Léopold Bellan, a pour vocation d'accueillir des personnes âgées, de plus de 60 ans, qui, sans pour autant relever d'une prise en charge médicale et technique lourde, ne peuvent plus vivre de manière autonome, et notamment, celles qu'un handicap physique ou psychique lié au grand âge, rend totalement ou partiellement dépendantes dans l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne ,

Le GIR Moyen Pondéré est actuellement de 457

La signature de la convention tripartite permettrait l'évolution de la structure : la capacité totale de l'établissement serait de 80 lits d'accueil permanent et de 5 lits d'accueil temporaire :

80 lits d'hébergement longue durée organisée en quatre unités de vie de 21 ou 22 lits.

-Les unités de vie I, II et III accueilleraient des personnes âgées dépendantes de tous niveaux de GIR, et essentiellement de GIR 6 à 2

- L'unité de vie IV accueillerait des personnes souffrant de démence, essentiellement de type Alzheimer, dont les troubles de comportement et la tendance à la déambulation nécessitent un accueil en unité spécifique protégée. Elles relèveraient en majorité d'un GIR 2 à 1.

Pour chaque unité les projets de vie et de soins devront être réévalués régulièrement.

- 5 lits d'hébergement temporaire intégrés dans les unités de vie (1 lit dans les unités I, II et III, 2 dans l'unité IV)

VII- 2- Philosophie générale des projets

Le projet d'établissement est soutenu par les grands principes suivants :

- apporter une qualité d'accueil à chaque résidant,
- veiller au respect de sa dignité, de son intégrité, de son intimité et de sa citoyenneté, même s'il est dans l'impossibilité mentale ou physique d'exercer ses prérogatives dans ce domaine,
- Créer un environnement_lui permettant de maintenir et de développer son autonomie.
- Permettre l'épanouissement d'une vie sociale aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement,
- Dispenser des soins visant à apporter une qualité de vie la meilleure possible.

VII- 3- Les principes fondamentaux développés dans les projets de vie et de soins

L'ensemble des principes développés ci-après sont communs aux quatre unités de vie, mais au travers de chacun des projets, ils sont spécifiquement adaptés à la population accueillie :

1 - les unités I, II et III

accueilleraient chacune 21 résidants, soit un total de 63 résidants dépendants de tous niveaux de GIR (essentiellement de GIR 6 à 2),

- peu ou pas handicapés, et capables spontanément ou grâce à une compensation, de déplacement et d'intérêt à leur environnement,

- pour partie handicapés par des maladies chroniques invalidantes, mais, malgré leur handicap, capables spontanément ou grâce à une compensation, de déplacement et d'intérêt à leur environnement

- pour partie atteints de difficultés motrices importantes limitant les activités physiques, ou de détérioration intellectuelle à un stade peu avancé, mais qui gardent des possibilités de vie sociale et, pour bon nombre d'entre eux, une véritable appétence à l'environnement,

Elles requièrent :

- Une surveillance constante pour éviter l'aggravation de leurs pathologies présentes ou pour éviter ou retarder l'apparition de pathologies invalidantes.
- Des soins médicaux et paramédicaux pouvant être intensifs, à l'intérieur de l'établissement ou à l'extérieur, dans le cadre d'une hospitalisation, pour établir un diagnostic avec l'aide d'examens complémentaires sophistiqués
- Un suivi de leur traitement médical
- Une aide au nursing
- Un cadre pour entretenir et développer des relations sociales

Le handicap physique, quand il existe, est le plus souvent à l'origine de l'entrée en institution et nécessite une prise en soin particulière tant sur le plan médical, paramédical qu'infirmier pour aider à conserver l'autonomie restante.

La demande de personnalisation des soins quels qu'ils soient étant importante, la présence de personnel paramédical et du psychologue se justifie pleinement pour la préservation d'un niveau d'autonomie le plus élevé possible, l'étude des fonctions déficientes et la mise en place d'une démarche de retour à un niveau d'autonomie supérieur

La présence de l'animateur est nécessaire pour conserver une vie sociale.

L'organisation des unités permet de répondre aux objectifs suivants :

- Maintenir ou améliorer l'autonomie
- Favoriser l'acceptation de la vie institutionnelle et l'épanouissement au sein de l'institution
- Répondre aux besoins individuels de chaque résidant
- Respecter et accepter les personnes dans leurs différences physique, mentale et sociale,
- Accompagner en stimulant pour conserver ou améliorer l'autonomie restante,
- Aider à vivre le handicap quand il existe ou s'installe
- Maintenir au quotidien les droits et les libertés,
- Créer une unité conviviale en proposant des activités sociales et des animations adaptées répondant aux demandes et aux possibilités des résidents,
- Favoriser la participation de tous les résidents à ces activités,
- Proposer à la famille une participation à la vie de l'unité.

2 - l'unité IV

Actuellement en projet, accueillerait 22 résidants relevant d'un classement GIR 2 à 1, atteints de pathologies mentales surtout déficitaires mais aussi psychotiques et névrotiques et qui sont pour de nombreuses raisons inadaptés à la vie institutionnelle. Ils expriment leur refus, leur désarroi ou l'impossibilité de trouver des repères par des comportements d'opposition, d'agressivité, de déambulation ou d'agitation.

Les pathologies mentales dont sont atteintes ces personnes entraînent inévitablement une communication perturbée avec une incompréhension du langage et des troubles de mémoire permanents.

Ces résidants souffrent de maladie d'Alzheimer, d'atteintes organiques cérébrales de type vasculaire ou autres et de psychopathies anciennes.

Le personnel accompagnant ces résidants tout au long de l'évolution de leur maladie et jusqu'au bout de leur vie subit une très lourde charge psychologique qui peut être soulagée par les activités occupationnelles apportées par une animation spécifique.

Les objectifs de la création de cette unité sont nombreux :

- Recevoir des personnes atteintes de pathologies mentales déficitaires, psychotiques ou névrotiques
- Permettre de garder dans l'institution des personnes dont les comportements sont inadaptés dans les autres unités de vie
- Réaliser une prise en charge individualisée
- Apporter aux familles un support psychologique et des connaissances particulières sur la maladie mentale du parent.

Certains de ces objectifs posent déjà les jalons du futur projet de vie sociale.

VIII- RÔLE DU MEDECIN COORDONNATEUR DANS LE MAINTIEN DE LA VIE SOCIALE

VIII- 1 Dans la formalisation de la philosophie de l'établissement

La recherche permanente de qualité passe par :

- la motivation des personnels,
- leur « management » qui permettra au médecin coordonnateur d'apporter son aide à l'équipe et surtout par
 - une volonté politique de l'institution d'améliorer constamment la formation, les soins, l'accueil, l'environnement, l'hôtellerie, la vie sociale, la prise en charge des difficultés, des troubles cognitifs et de la fin de vie.

Le médecin coordonnateur qui a participé à l'élaboration des projets en écrivant le projet de soins et en apportant son expertise au projet de vie sociale va apporter la caution gérontologique (il est le seul formé) à l'ensemble de l'équipe.

Les élaborations des projets d'établissement et de vie, en particulier de leur volet social et de maintien de la citoyenneté est sous la dépendance de la direction, mais le médecin coordonnateur doit apporter son éclairage pour permettre à la direction d'élaborer les meilleurs projets du moment.

Le projet de soins individualisé est sous l'entière responsabilité du médecin coordonnateur qui s'applique à maintenir et même si possible à restituer des capacités sociales quel que soit l'état cognitif constaté, et ce d'autant qu'il n'y a pas de clivage entre le projet de vie et le projet de soins comme il n'y a pas de « lieu de vie » et de « lieu de soins », le résident n'ayant pas deux vie, l'une médicale, rythmée par la visite des médecins, la distribution des médicaments, les soins de nursing et l'autre sociale comprenant les repas, les sorties, la vie relationnelle.

Il ne faut pas méconnaître l'unicité de la personne, les interférences entre son état de santé, ses besoins relationnels et affectifs, ses projets de toute nature et ses attentes en matière

de prestation hôtelière : il faut que l'établissement puisse offrir une prise en charge adaptée et graduée, quels que soient les besoins et les niveaux de dépendance des personnes hébergées.

Les projets de vie et de soins sont donc des composantes essentielles pour conserver une vision gériatrique limitant les contraintes thérapeutiques et institutionnelles afin de permettre aux résidents, malgré les handicaps, de vivre le plus normalement possible

VIII -2 Rôle du médecin coordonnateur dans l'élaboration des micro projets

Le médecin coordonnateur est
une caution médicale gériatrique et gériatrique,
et un conseiller technique, en particulier auprès du directeur mais également aussi auprès des équipes, il les aide à concevoir les projets car il connaît bien les résidents et leurs limites.

Il insiste auprès des décideurs sur la nécessité d'organiser l'établissement en **groupes homogènes** de résidents pour que les activités projetées puissent correspondre à leurs possibilités physiques ou psychiques, à leur typologie, ce qui conduira à la sectorisation (autonomes ou non, détériorés ou non),

L'avenir passera peut être par la création de « secteurs protégés » pour les résidents non handicapés au plan mental ou physique, qui seront moins nombreux, pour leur permettre de conserver leur citoyenneté, une meilleure vie sociale plus intégrée à la collectivité hors établissement, pour permettre les sorties ?

Le médecin donnera alors son avis sur le type de déplacement envisageable et sur l'encadrement nécessaire.

La cohabitation de personnes trop disparates quant à leur état physique ou mental pose des problèmes difficiles à résoudre tant au plan matériel qu'au plan relationnel : souffrance des personnes mentalement adaptées obligées de cohabiter avec des déments, souffrance des personnes démentes mises en situation d'échec du fait d'activités inadaptées, plaintes des familles, difficultés à la mise en place d'une restauration commune ou d'activités d'animations adaptées.

Le résidant handicapé bénéficiera plutôt d'activités dans le service ce qui soulagera le travail des équipes. A cause de ses troubles de mémoire, il sera nécessaire de lui proposer des activités courtes mais fréquemment répétées en essayant d'intégrer les familles qui, confrontées à la prise en charge, connaissent bien le comportement des patients déments et qui sont capables de décrypter les messages non verbaux de leur malade.

La prise en charge des démences de tous types doit devenir une priorité compte tenu de l'incidence croissante qui devient très préoccupante.

Le médecin coordonnateur va donc aider à regrouper les personnes suivant leurs centres d'intérêt et leurs possibilités, pour leur apporter une meilleure écoute et leur offrir une réponse plus adaptée à leurs besoins.

Il participe aussi à l'élaboration d'un **projet individualisé**, ce qui est un objectif prioritaire, tenant compte du passé, des handicaps et des pathologies actuelles du résidant, de ses capacités résiduelles et de ses désirs.

Le projet de vie englobe, outre l'environnement hôtelier, le projet de soins et le projet de vie sociale et relationnelle.

Il est de nature très différente selon qu'il concerne :

- des personnes dont les capacités résiduelles sont importantes avec expression des propres choix possibles , où le volet soins constitue un élément parmi d'autres au service d'une vie sociale et relationnelle mise en priorité par l'ensemble de l'équipe,

- des personnes grabataires ou démentes, totalement dépendantes physiquement ou mentalement, dont les besoins consistent essentiellement en soins de nursing, l'essentiel de leur projet de vie sera contenu dans le projet de soins, mais avec toujours la recherche , aussi modeste soit-elle, d'activités animatives permettant de stimuler leurs capacités résiduelles.

L'individualisation des projets doit permettre de diminuer les contraintes liées à la vie en collectivité dans l'institution, contraintes d'autant plus difficiles à accepter que l'avancée en âge rend plus individualiste et moins tolérant ;

Le médecin coordonnateur contribue donc à une **prise en charge globale** du résidant, en ajoutant ses compétences gérontologiques à celles des équipes para-médicales, hôtelières, sociales et animatives

VIII- 2- a en vue de l'admission

A ce stade, les objectifs sont :

1 - La connaissance par la personne âgée et par sa famille de la structure et des possibilités de l'établissement,

2 - la compréhension et l'acceptation de ce changement de vie qu'est le « placement ». L'accueil est un temps d'accompagnement de durée variable d'une personne à l'autre, qui prend fin quand la personne se sent à l'aise dans l'établissement. On considère que cette phase d'adaptation dure environ 3 mois.

Il faut aider le résidant à faire le travail de deuil de sa vie antérieure.

Il faut aussi aider sa famille à tenter de diminuer sa culpabilité.

Il faut recueillir le maximum de renseignements sur le mode vie, les habitudes, les goûts, les besoins de leur parent.

Comme nous l'avons déjà vu il faudra rechercher auprès de la famille du nouveau résidant souffrant de troubles cognitifs, les attitudes, les mimiques qui peuvent aider à le comprendre, à traduire les demandes de la personne démente.

Avant l'admission

En plus de l'examen médico-technique une évaluation est faite des possibilités sociales en vue

- * d'une orientation vers le service le mieux adapté aux besoins
- * de l'établissement du projet de vie et en particulier le projet de vie sociale individualisé,
- * de l'appréciation de l'aptitude à l'intégration du futur résidant à la structure institutionnelle,
- * du repérage de référents familiaux ou la désignation de la personne de confiance

La démarche décisive s'intègre dans la réflexion permettant de proposer une vie sociale adaptée.

A l'admission

Le nouvel arrivant est présenté aux résidants déjà installé, au personnel de l'unité et aux deux soignants qui seront ses référents pendant la période d'adaptation. Informée de tous

ces renseignements, au préalable, par le médecin coordonnateur, dans la limite du secret professionnel pour les éléments sensibles, une soignante du service accueille le nouvel arrivant et sa famille au bureau des entrées et coordonne l'installation du résidant dans sa chambre et son repérage dans le service.

Les deux soignants de référence informent le médecin coordonnateur des observations effectuées lors des premiers jours pour analyser les besoins et la dépendance éventuelle.

Lors des premiers mois suivant l'admission

Le médecin coordonnateur procède à une visite d'évaluation mensuelle qui permet de confronter les avis avec ceux de l'animateur et du reste de l'équipe soignante :

- Bilan du début de séjour en ce qui concerne la santé morale, physique et l'autonomie,
- Mise à jour ou correction des éléments médicaux du dossier d'admission.
- Prise en compte des avis de l'équipe soignante vis à vis du bien-être du résidant au cours d'une réunion mensuelle, animée par le médecin coordonnateur ; c'est l'occasion de proposer une éventuelle réorientation vers un service mieux adapté aux désirs et aux besoins de la personne âgée, de réévaluer ou de confirmer le projet de vie sociale proposé à l'admission, de préciser les précautions à prendre, la surveillance à exercer en fonction des limites physiques ou psychiques qui entravent les désirs et les besoins du résidant.

L'évaluation de l'adaptation

Effectuée par le médecin coordonnateur sur des critères précis :

- amélioration ou dégradation de l'autonomie par rapport aux actes de la vie quotidienne
- accidents de santé,
- comportement du résidant et de sa famille
- intérêt quant aux activités de vie sociale.

Le micro projet de vie sociale prévoyant une ouverture de l'établissement sur l'extérieur, le médecin coordonnateur précise son avis sur les aptitudes du résidant à sortir et sur le degré de surveillance ou d'assistance à mettre en place, ce qui permet à l'animateur de finaliser son projet.

Il sera nécessaire d'actualiser régulièrement, en accord avec la direction, en particulier au niveau du maintien de la vie sociale, le contenu du dossier de pré admission afin de collecter un maximum de renseignements utiles sur les habitudes du résident.

Création de groupes homogènes

afin d'offrir une vie sociale et des soins adaptés le médecin coordonnateur aide à créer et à organiser des groupes homogènes de patients rapprochant les personnes âgées de niveau et de handicap équivalents.

Quatre groupes peuvent être envisagés :

1 - les patients de **GIR 4-6** qui peuvent profiter au mieux d'une vie sociale et familiale ainsi que de contacts avec l'extérieur,

2 - les patients de **GIR 3-4** qui ont encore des possibilités mentales, physiques permettant de s'intéresser à leur environnement,

3 - les patients de **GIR 2- 3**

qui ont une atteinte mentale, déficitaire, psychotique ou névrotique rendant leur vie institutionnelle difficile et nécessitant une prise en charge adaptée par une animation tenant compte du handicap,

ou qui ont des difficultés motrices limitant les activités mais moins la vie relationnelle.

4 - les patients de **GIR 1-2** qui sont dans l'impossibilité d'effectuer les gestes de la vie quotidienne, la communication verbale étant très réduite et l'animation ou plutôt la prise en charge nécessitant le développement d'autres modes relationnels comme la méthode Gineste-Marescotti, par exemple.

Dans la mesure du possible les soins et la surveillance sont assurés sur place avec la collaboration du médecin coordonnateur ce qui permet à la personne âgée d'éviter le traumatisme psychologique d'un nouveau déracinement.

VIII- 2-b dans le maintien ou l'amélioration de l'autonomie

Nous avons déjà insisté sur l'action du médecin coordonnateur dans la structuration de groupes homogènes et dans l'aide apportée à l'animateur pour proposer des animations adaptées aux goûts et aux possibilités physiques et mentales des résidents

Il devra aussi être persuasif vis à vis des résidents en encourageant les déplacements vers les lieux collectifs (restaurant, lieux de rencontre) pour conserver, voire retrouver les fonctionnalités endormies et maintenir les capacités résiduelles.

Il aide donc la personne à gérer ses besoins et à profiter le plus possible de la vie sociale organisée dans l'établissement.

VIII-2-c dans le maintien des liens familiaux et amicaux

L'entrée en institution présente toujours un risque de relâchement voire de rupture des liens familiaux (en raison de l'éloignement, d'un sentiment de culpabilité, de difficultés de positionnement vis-à-vis des soignants), mais ne doit pas détruire ces liens tissés tout au long de la vie.

Le médecin coordonnateur devra donc contribuer à la formation des équipes,
- quant à la compréhension des difficultés (abandon, agressivité des familles, création de liens de substitution entre le personnel et le résident)
- et au respect des relations familiales malgré la gêne possible vis à vis du fonctionnement des services. Les familles doivent se sentir libres dans leurs relations avec le résident et le personnel qui ne doit pas juger, s'immiscer ou remplacer.

Ce qui impose

- la liberté des horaires de visite, même la nuit, surtout en cas d'incident de santé,
- une capacité d'écoute,

du service vis à vis de toute demande de soutien ,

de la direction qui aide à résoudre les problèmes rencontrés par les famille,

de l'équipe médico-sociale qui pourra désamorcer bien des conflits et travailler en collaboration avec le référent familial.

Les familles participent au conseil de vie sociale ainsi que le médecin coordonnateur, en cas de nécessité, afin de donner son avis consultatif sur les possibilités médicales des améliorations envisagées, sur leur « faisabilité ».

Afin de maintenir au mieux cette convivialité, les familles doivent avoir accès aux lieux collectifs : restaurant, point rencontre, parc, et pouvoir disposer d'aides techniques afin de favoriser les déplacements.

Le médecin coordonnateur se doit de montrer l'importance qu'il y a à intégrer les familles aux activités de la vie quotidienne, soins, alimentation, rééducation, animation, familles qui doivent pouvoir se rencontrer afin de partager leur expérience en particulier sur la dépendance de leurs anciens. Il organise des réunions à thèmes, des groupes de réflexion, d'échange, en collaboration avec des organisations s'occupant des personnes âgées.

VIII-2-d dans l'amélioration de la prise en charge hôtelière

La restauration

C'est un moment important dans la journée du résident.

Le repas nécessite une réflexion approfondie afin de répondre aux désirs de chacun.

La salle à manger est un lieu très important de convivialité, d'échanges, il faut que le médecin coordonnateur obtienne que, sauf motif de santé effectif, le résident se rende à la salle de restaurant et ne s'isole pas dans sa chambre, ce qui, outre le rôle favorable sur l'appétit, permet de maintenir des liens sociaux, le restaurant pouvant être considéré comme un lieu extérieur, au moins par rapport à la chambre du résident.

L'avis du médecin coordonnateur est sollicité lors des réunions de synthèse sur

- la composition et l'équilibre de l'alimentation afin d'éviter la dénutrition,
- l'hygiène des cuisines et de la salle de restaurant
- et sur la répartition des résidents aux différentes places à table ce qui n'est pas toujours facile à équilibrer, mais ce qui permet de maintenir une cohésion sociale.

Ces réunions de synthèse, auxquelles le médecin coordonnateur assiste, permettent au personnel hôtelier de développer les capacités d'accueil et d'écoute dans le cadre d'une

personnalisation dont un des buts est la préservation de la vie sociale, en favorisant l'émergence des souhaits tout en respectant le choix des résidents.

Il permet d'éviter à l'équipe de tomber dans l'abus de régimes restrictifs, souvent injustifiés à cet âge.

L'environnement, qualité du cadre de vie

Il est nécessaire de maintenir un environnement agréable pour le résident. Le médecin coordonnateur aura, plus qu'ailleurs un rôle de contrôle, amenant une vision distanciée sur l'environnement visuel, sonore et olfactif.

Accessibilité et sécurité

Il serait illusoire de prétendre maintenir une vraie vie sociale sans favoriser la circulation dans l'établissement et à l'extérieur. Le médecin coordonnateur contribue par son avis à l'amélioration des espaces de circulation.

Nous avons à faire à des résidents ayant perdu une partie de leur autonomie. Ils sont moins que d'autres capables de se défendre. Il est donc nécessaire de veiller à leur sécurité et la prévention des intrusions ainsi que la sécurité incendie sont directement sous la responsabilité de la direction (mais le médecin coordonnateur a l'obligation de se former aux consignes incendie),

il doit

- Prévenir les chutes et minimiser leurs conséquences

par l'élaboration en équipes de protocoles de prévention ou de conduite à tenir,
par la surveillance de l'état des sols, le repérage des obstacles,

- Eviter les agressions des autres résidents

en contrôlant leur psycho pathologie,

en repérant les situations à risques

et en se concertant avec le médecin traitant sur la meilleure conduite à tenir.

Evaluation des résultats obtenus

Outre les contrôles de qualité nous nous devons de recueillir les appréciations portées par les résidants et par leur famille. Le médecin coordonnateur fait partie de l'équipe donc ce qu'il peut recueillir des réactions des résidants et des familles pourra servir à tous pour améliorer les prestations.

VIII- 2-e dans l'animation et la vie sociale

Il ne faudra pas négliger le rôle thérapeutique de maintien de l'autonomie de certaines activités ludiques (ateliers repas, ateliers musique) si possible sous la direction d'un ergothérapeute ou d'un musicothérapeute, qui pourraient intervenir à la vacation et être assistés par des bénévoles actifs et formés.

Les bénévoles peuvent apporter une relation amicale différente et proposer des activités variées : bibliothèque, office religieux, sorties.

Si nous n'avons pas encore pu mettre place un animation réelle, les résidants disposent par contre depuis longtemps d'un salon de coiffure pour maintenir une image plaisante de soi mais on regrettera l'absence d'une vacation de socio-esthéticienne.

Nous voyons bien que de tels projets sont très ambitieux, ils ne pourront pas tous être atteints rapidement même dans le cadre de la négociation pluriannuelle tripartite qui devrait apporter des moyens en personnel.

VIII-2-f Rôle du médecin coordonnateur dans le « management » des équipes

Choix d'un animateur

Bien que, en droit, l'embauche soit sous la seule responsabilité de la direction, il convient que le médecin coordonnateur (ainsi d'ailleurs que le cadre infirmier) participe à la sélection de l'animateur au cours d'un entretien préalable à l'embauche au cours duquel il ne pourra apprécier les capacités du futur animateur que s'il a lui-même une idée claire des tâches à accomplir. D'où l'importance de la présente réflexion. Cet avis sera pris en compte par la direction.

Management

L'élaboration d'un projet de maintien de la vie sociale doit tenir compte des techniques de management

Le Dr Sophie Dupuy, Frédéric Le Bihan et François Bouche lors des 3emes Assises Nationales du Médecin Coordonnateur en EHPAD précisent les moyens d'action du médecin coordonnateur en matière de management :

- le médecin coordonnateur exerce une activité de rassemblement des acteurs de soins autour d'un projet commun, « c'est un fédérateur de ressources, n'ayant aucune autorité hiérarchique verticale, il ne peut que suggérer, inciter et recommander » son autorité ne vient que de la reconnaissance de sa compétence et de sa capacité de décision : le savoir est le pouvoir.
- par la valorisation du travail des équipes, il influera sur la motivation des personnels : et la valorisation du travail des équipes,
- il conduira la réflexion sur la qualité des pratiques animatives, sur les procédures, l'évaluation de l'animation.

En matière de mise en place d'une animation efficace permettant de maintenir une bonne vie sociale, on peut utiliser les 4 étapes conseillées par Sophie Dupuy :

1 - Le médecin coordonnateur doit bien préciser les objectifs attendus d'une réorganisation des services et de la formation continue de façon à impliquer et à responsabiliser. Il peut se servir de la dynamique de groupe pour parvenir à ses fins.

Phase d'écoute et de connaissance des acteurs, afin de d'apprécier l'histoire, les Aspirations et les compétences du salarié,

2 - Phase de sensibilisation, la mise en place d'une nouvelle organisation passe par la prise de conscience des progrès à réaliser. Il faut savoir motiver l'équipe pluridisciplinaire en donnant un sens et une direction à suivre et en accompagnant le changement, et faire comprendre que dans une équipe tout chacun peut apprendre des autres,

3 - Fixation des nouvelles tâches et détermination des objectifs : c'est la conduite du projet,

4 - Evaluation : bilan des réussites et des échecs en désamorçant les conflits qui sont source de perte d'énergie.

VIII- 2- g Rôle du médecin coordonnateur dans l'évaluation du projet de vie sociale

Ce sujet a déjà été traité par le docteur Claude Duez dans un mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de médecin coordonnateur, en 2004, nous ne feront donc qu'un rappel des points qui nous ont paru particulièrement importants :

Recueil des informations :

La notion de satisfaction très suggestive, affective, est le bilan entre ce qui est attendu et ce qui est reçu.

Différentes études sont utilisables :

Etudes exploratoires (groupes de personnes âgées concernées par l'animation, interviews) qui déterminent les souhaits, les besoins,

Etudes de corrélation (étude de dossiers, questionnaires)

Il semble préférable d'utiliser le questionnaire et les études exploratoires

Il faudra donc mettre en place un questionnaire « résidant » avec l'aide de l'équipe soignante et l'accord de la direction :

- activités effectuées,
- participation,
- motifs de non participation,
- modification des horaires,
- suggestion de nouvelles activités.

Il semble important de rappeler qu'il ne faut pas oublier les questions « ouvertes » : elles permettent aux résidants de s'exprimer plus librement.

Il faudra aussi mettre en place un questionnaire « famille » recueillant leur point de vue sur l'animation proposée.

Le personnel donnera son avis au cours des réunions de concertation.

IX- LE POINT DE VUE DE L'ANIMATEUR STAGIAIRE

Nous avons eu l'occasion d'accueillir provisoirement un animateur stagiaire et nous espérons, lorsque la convention tripartite sera signée, recruter un animateur plein temps

En tant que futur médecin coordonnateur de l'établissement il m'a semblé nécessaire de le rencontrer afin de mieux cerner les qualités qu'il faudra rechercher lors de ce recrutement et pouvoir ainsi donner le point de vue médical à la direction.

L'animateur pense que le médecin coordonnateur doit avoir une vision précise du projet d'animation de façon à engager une réflexion médicale avec l'animateur, ce dernier conservant sa vision propre du projet.

Outre l'aspect médical l'animateur attend du médecin coordonnateur un avis sur l'approche psychologique de la personne âgée, éventuellement sur la cause de l'institutionnalisation, par l'intermédiaire des transmissions.

Il confirme l'idée que le maintien de l'état de santé général du résidents nécessite un travail en équipe pluridisciplinaire comprenant :

l'animateur,

l'infirmier,

les aides soignantes,

le médecin coordonnateur

et la direction

afin d'obtenir une meilleure ambiance générale.

L'animateur pense qu'il est préférable d'évaluer quotidiennement son action en réfléchissant avec la direction, et avec les équipes(en vérifiant la baisse du nombre d'appel « bip » par exemple) plutôt que par la mise en place de questionnaires qui restent trop souvent administratifs et sont souvent mal remplis et dont la méthodologie est sujette à caution.

Une réunion de synthèse mensuelle (animateur, direction, cadre infirmier, médecin coordonnateur) permet de confronter le travail accompli par rapport au projet de vie sociale élaboré précédemment, de l'actualiser et de prévoir son évolution.

Parmi les animations mises en place lors de ce stage et qui ont rencontré un franc succès, le stagiaire conseille, en attendant le recrutement d'animateur titulaire, de continuer

- la lecture et le commentaire du journal quotidien local,
- le jardinage,
- la rédaction du journal de la résidence,
- les jeux (cartes, scrabble).

En conclusion

le stagiaire insiste sur l'importance d'un travail pluridisciplinaire avec mise en commun des compétences et sur la nécessité pour le médecin coordonnateur d'apporter une information claire, utilisable, sans pour autant prendre la place de l'animateur. Chacun son métier !

X- LE RAPPORT SYNTHETIQUE COMMUNIQUE A LA DIRECTION EN VUE DE LA REDACTION DU PROJET

Il s'agit en fait d'un micro-projet médical d'accueil et d'animation, de maintien de la vie sociale qui pourrait être utilisé directement pour être intégré aux différents projets, mais qui sera certainement amendé avant d'être exploité par la direction.

Devant la nécessité de créer des groupes homogènes de personnes âgées, il convient d'élaborer deux projets, le premier pour les unités I, II et III qui accueillent des résidents moins handicapés et un deuxième pour l'unité IV dont les résidents présentent des pathologies mentales surtout déficitaires, mais pour des raisons de commodité nous avons préféré regrouper les projets par objectifs

X- 1. La démarche d'accueil

a pour objectif d'appréhender la connaissance de la personne âgée et de son entourage pour lui permettre de s'adapter à l'institution en lui expliquant ce qu'elle peut ou non lui offrir, et de favoriser la compréhension et l'acceptation du « placement ».

Avant l'admission une information précise l'organisation et les différentes prestations proposées. Puis un entretien avec la Direction et la visite des locaux permettent une connaissance liminaire réciproque. Elle est effectuée par la secrétaire et permet de créer un premier contact avec les familles et de s'informer des désirs des futurs résidents, de s'enquérir de leur besoins et de leur mode de vie afin d'élaborer un projet de vie personnalisé qui sera très utile pour l'élaboration du projet de vie sociale.

Le jour de l'admission il est remis au résident ou à sa famille le livret d'accueil auquel est annexé la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement. Un soignant accueille l'arrivant et sa famille, coordonne l'installation dans le studio et l'orientation dans l'unité de vie.

L'évaluation de l'acceptation s'effectue au cours des trois premiers mois et porte sur :

- l'autonomie dans la vie quotidienne
- les accidents de santé
- le comportement du résident et de sa famille
- l'intérêt aux activités de vie sociale

La période d'accueil s'achève lorsque la personne a trouvé son rythme dans l'établissement.

Pour les unités I, II et III

L'accueil est un temps plus ou moins long d'accompagnement qui s'achève lorsque la personne a trouvé son rythme dans l'établissement. C'est une phase très importante pendant laquelle le nouvel entrant doit pouvoir trouver aide et assistance dans sa découverte de la vie institutionnelle.

L'entrée en institution pour ces populations, et notamment la population déjà handicapée, est particulièrement anxiogène.

L'accueil sera donc pour le personnel un moment de disponibilité et d'écoute pour répondre aux besoins exprimés face à cet événement difficile.

Les objectifs en sont :

- favoriser l'acceptation de l'entrée en institution,
- prendre connaissance du dossier de l'entrant,
- avoir une connaissance approfondie du résident,
- établir une relation de confiance entre le résident, sa famille et le personnel,
- aider à l'intégration de la personne dans la vie communautaire,
- proposer à la famille un soutien psychologique,
- élaborer un projet de soin individualisé avec l'équipe pluridisciplinaire, présenté ensuite au résident et éventuellement à sa famille.

Les moyens

Avant l'entrée

La démarche précédant l'entrée dans l'Etablissement sera facilitée s'il existe un environnement social ou familial.

La présence d'un psychologue permettrait de proposer à la famille ou au référent, un entretien pour

- présenter les lieux,
- le projet de l'unité,
- recueillir les premiers éléments de connaissance de la personne,
- proposer l'apport de mobilier et d'objets personnels ,
- le psychologue pourrait alors proposer le bilan psycho-social ,
- enfin l'équipe prend connaissance des informations médicales et sociales contenues dans le dossier d'admission.

Le jour de l'entrée , l'accueil est une priorité . C'est une démarche individualisée et personnalisée effectuée par un soignant qui conduit l'arrivant et sa famille vers son nouveau lieu de vie.

Une présence assidue du personnel est nécessaire pour répondre aux demandes.

L'agent hôtelier s'enquiert des goûts et aversions alimentaires.

Les premières informations sont notées dans le dossier et transmises à l'équipe de nuit.

Les jours suivants les membres de l'équipe doivent observer, écouter et être disponibles pour recueillir les informations concernant le résident.

Un membre de l'équipe l'accompagne pour une visite de l'établissement et en particulier les locaux d'animation et de vie sociale.

Le psychologue effectue le premier bilan et l'équipe procède à une évaluation :

- - bilan des repères, appréciation du degré de familiarisation à l'environnement de l'unité de vie et de l'établissement,
- - bilan des observations des différents personnels.

Le médecin coordonnateur effectue une première synthèse et il explique à l'équipe les difficultés médicales du résident.

Le suivi de l'intégration se poursuit à la fin du premier mois et conduit à l'élaboration d'un plan de soins individualisé portant sur les aspects physiologique, biologique, physique, social et environnemental. La réunion de synthèse animée par le médecin coordonnateur permet de finaliser la démarche de soins, de fixer les objectifs d'intégration et de préciser la prise en charge nécessaire en particulier dans les domaines de la restauration et de la vie sociale.

Au cours des trois premiers mois on surveille particulièrement, outre les accidents de santé et les modifications du poids,

le degré de communication avec les autres et avec les équipes,

la participation (ou l'isolement) à la vie de l'unité,

la perte éventuelle d'autonomie,

les signes mêmes discrets de repli sur soi.

Pour l'unité IV qui accueillera des patients atteints de pathologie mentale

La **démarche d'accueil** présentera quelques particularités et sera différente en fonction de la provenance des résidants :

- si la personne âgée provient d'une autre unité de l'établissement,

la décision de transfert devra être argumentée et justifiée auprès de la famille, si besoin est par plusieurs entretiens. La famille pourra visiter l'unité et rencontrer l'équipe soignante. Le référent de l'unité d'origine informera la nouvelle équipe de l'histoire passée et institutionnelle du résidant et de son projet de soins.

Si l'état de santé le permet une visite de l'unité sera organisée.

La concertation entre les deux unités permettra également de recréer l'aménagement du studio tel qu'il était dans l'unité précédente pour limiter la perte de repères et la désorientation.

- si la personne âgée arrive de l'extérieur

La démarche précédant l'entrée du résident ne peut avoir lieu que s'il existe un environnement familial ou social : lors de la visite d'admission : entretien avec la famille ou le référent ou le soignant responsable à domicile ou dans un autre établissement.

Le jour de l'entrée, si le résident vient d'une autre unité, il sera accompagné par un membre de l'équipe de son ancienne unité, s'il vient de l'extérieur l'accueil est fait par le soignant référent si possible en présence de la famille. Il sera procédé à une présentation des autres personnels, des locaux, des autres résidents et de la vie dans l'unité.

Ces résidants nécessitent une présence soutenue pour répondre aux demandes et surtout pour observer les réactions et le comportement.

A la fin de la première semaine le médecin coordonnateur effectue une première synthèse, le psychologue et les paramédicaux complètent l'évaluation.

A la fin du premier mois le médecin coordonnateur anime une réunion permettant d'approfondir la connaissance de la personne et d'élaborer un projet de soins qui sera présenté à la famille.

Période de fin de vie

Il est évident que la surveillance de tous ces critères doit s'effectuer tout au long du séjour, et particulièrement lors de la fin de vie.

L'entrée en établissement est très souvent vécue comme étant une dernière étape, d'autant que le résidant est confronté à la perte d'autonomie puis au décès de ses voisins, de ses « collègues » ce qui entraîne interrogations et angoisses.

Le personnel doit pouvoir écouter le résidant parler de sa propre mort. La fin de vie étant la fin d'un parcours qui s'effectue en compagnie du personnel et de la famille. Il faut accomplir une mission d'accompagnement depuis l'entrée jusqu'au « départ » de l'établissement, en apportant

- des soins confortables autour des actes de la vie quotidienne,
- des réponses aux demandes de soulagement des souffrances physiques et morales,
- l'écoute des souhaits particuliers du résidant en fin de vie (familiaux, religieux ...),
- l'accompagnement de la famille si elle le désire,
- la réponse à l'inquiétude et au questionnement des autres résidents,
- au personnel la possibilité d'un temps de parole et de réflexion sur la vie de la personne disparue et sur les soins qui lui furent prodigués.

La fin de vie est aussi particulière dans cette unité car l'évolution naturelle de la maladie démentielle est lente et inexorablement la grabatisation s'installe.

X- 2- l'environnement et le cadre de vie

Ils doivent être adaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie potentielle

L'environnement sera agréable, arboré, l'architecture de l'établissement adaptée aux différents modes d'accueil, avec en particulier des espaces de circulation verticaux et horizontaux permettant une bonne accessibilité à l'intérieur comme à l'extérieur.

Le mobilier, la décoration des lieux de vie communs privilégient les couleurs claires et lumineuses créant une atmosphère chaleureuse propice aux échanges et favorisant la convivialité nécessaire au lien social.

La préoccupation constante étant de proposer un environnement visuel mais aussi sonore et olfactif agréable pour le résidant et ses visiteurs.

X- 3- La restauration,

instant privilégié de la vie sociale du résidant, elle nécessite une réflexion approfondie, continue et évolutive afin de répondre autant que possible aux désirs de chacun. Plaisir du goût, de l'échange, de la critique, de la rencontre, la salle à manger est un lieu où tous les sens sont en alerte et doit rester un endroit de détente et de quiétude..

Le chef de cuisine doit être connu des résidents et diversifier les plats proposés. Le personnel hôtelier doit développer des capacités d'accueil et d'écoute dans le cadre de cette personnalisation dont un des buts est toujours la préservation de la vie sociale (hors référence aux soins et au maternage).

Le résidants éprouvent un véritable intérêt pour les plaisirs de la table et sont très critiques tant dans la qualité gustative des mets servis que dans la qualité du service de table.

Cette rencontre au quotidien autour des repas permet l'instauration de liens sociaux variés qui doivent être conservés au maximum même pour les résidants en perte d'autonomie.

l'**objectif** est de faire du repas un moment de plaisir dans un climat convivial

Il faut donc

- proposer un choix de plats, de l'entrée au dessert, pour les deux repas principaux,
- fournir des aides techniques adaptées au handicap,
- maintenir au moment du repas une atmosphère conviviale permettant d'apprécier le temps d'échange et les plats proposés,
- donner aux résidants la possibilité d'inviter leur famille à déjeuner.

Les **moyens** utilisables sont nombreux

- Visite régulière du chef de cuisine pour écouter souhaits et plaintes,
- Evaluation de la satisfaction des personnes servies,
- Formation des agents à la qualité du service de table,
- Temps nécessaire pour apprécier le repas,
- Utilisation de matériel ergonomique.

Pour L'unité IV

La restauration doit être adaptée aux besoins des résidants dépendants dont l'aide à l'alimentation est entièrement confiée au personnel soignant) pour que le repas reste une source de plaisir. Il est donc important de proposer des repas à texture modifiée conservant une qualité gustative suffisante permettant d'échapper à l'uniformité habituelle de ce type d'alimentation et à la perte d'appétit qui en découle.

Pour ceux qui oublient l'heure des repas, ne reconnaissent plus les plats proposés, l'alimentation doit apporter les besoins nutritionnels mais aussi une recherche de qualité gustative et de présentation pour stimuler l'appétit et le plaisir.

Les préférences et aversions alimentaires de chacun sont recensées par observation du personnel et avec le concours de la famille.

L'atmosphère restera aussi détendue , calme et conviviale que possible.

X-4- la garantie de la sécurité et de la liberté individuelle :

A- on doit contribuer à la sécurité des personnes par :

1- la prévention des chutes et la lutte contre l'errance :

- * environnement aménagé pour permettre la déambulation
- * état des sols, choix et positionnement du mobilier et systèmes d'appel.

2 – la lutte contre les affections nosocomiales

3 – la prévention des risques (coups de chaleur, épidémies)

B - Il nous semble important de mettre en évidence la nécessité de protéger le résident des violences pouvant résulter de la psycho pathologie des autres pensionnaires, l'intérêt collectif primant l'intérêt individuel

La lutte contre la maltraitance (physique, psychologique, financière, médicale ou par négligence) inclut :

* la nécessité d'une prise en charge sociale pour éviter l'isolement et le repli sur soi ce qui nécessite des budgets ayant des ratios convenables en personnel qualifié, régulièrement formé aux bonnes pratiques gériatriques et relationnelles,

* la surveillance du comportement du personnel, l'écoute des familles et des résidents.

X-5 Les familles

L'entrée en institution ne doit pas signifier la rupture des liens familiaux, mais au contraire favoriser leur continuité et leur pérennité.

Pour les **unités I, II et III**

objectifs

- aider à accepter le handicap et le placement en institution,
- faire comprendre l'importance du rôle familial auprès des parents dans le maintien de l'autonomie ;
- informer la famille des éléments médicaux et sociaux survenant tout au long du séjour,
- l'inciter à participer autant que faire se peut à la vie quotidienne,
- l'accompagner au cours de l'évolution vers la dépendance et la fin de vie,

Moyens

- information de la famille tout au long de la démarche d'accueil sur l'organisation matérielle du placement, les services offerts par l'Etablissement, le rôle des différents personnels,
- accueil bienveillant réservé au moment des visites familiales,
- proposition d'une rencontre avec le psychologue dès les premières semaines de présence, pour aider les proches à exprimer leur ressenti,
- informations régulières sur l'état de santé du parent, sur la démarche de soins entreprise par des entretiens individuels avec le médecin coordonnateur, le psychologue ou les soignants et le médecin traitant,
- institution de réunions animées par le médecin coordonnateur, le psychologue et l'infirmier responsable sur les sujets intéressant les familles,
- soutien particulier en cas d'accident aigu, de perte d'autonomie augurant un changement d'unité, et au moment du décès,
- invitation faite aux familles à participer aux manifestations de la vie sociale de l'unité.

Pour l'unité IV

Objectifs

- favoriser l'intégration des familles
- accompagner le travail de deuil de ce qui ne sera plus, pour éviter un abandon prématuré,
- aider à la compréhension des troubles du comportement,
- préserver l'intimité des relations familiales,
- Et faciliter l'acceptation du placement dans ce type d'unité.

Moyens

- entretien avec la famille en expliquant les objectifs de l'unité,
- bilan prévu après un mois,
- participation des familles aux différentes manifestations organisées ,
- partage de moments privilégiés (repas, goûter, promenade),
- aide proposée pour favoriser l'acceptation de la décision du placement, le psychologue jouant alors un rôle très important,
- création d'un groupe de familles permettant d'exprimer les inquiétudes et les joies ressenties lors des visites.

Toutes ces mesures doivent permettre la préservation des liens familiaux et amicaux élaborés au cours d'une vie. Ces liens ne doivent pas être mis à mal ou empêchés dans leur expression par l'entrée en institution, mais il faut favoriser leur continuité et leur pérennité. Pour cela il est nécessaire de former le personnel au respect des relations familiales quelles que soient l'expression et les contraintes qu'elles peuvent générer au regard du fonctionnement de l'unité.

Il convient d'apprendre à ne pas juger, à ne pas s'immiscer, à ne pas remplacer. Les familles doivent se sentir libres dans leurs relations avec le résidant et le personnel. Pour ce faire il est nécessaire d'assurer la liberté des horaires de visite, y compris la nuit et de témoigner une capacité d'écoute à chaque niveau.

Dans l'unité de vie il doit pouvoir être répondu instantanément aux questions de la vie quotidienne et à la demande, même imparfaitement formulée, de soutien, ce qui nécessite une disponibilité du personnel infirmier, du médecin coordonnateur et de la direction.

En dehors de l'espace privé des studios, les proches peuvent utiliser tous les espaces intérieurs et extérieurs permettant une intimité : salon, jardin

Un travail bien construit et permanent doit être mené pour intégrer les familles aux activités de la vie quotidienne, que ce soit dans le soin ou dans les activités d'animation.

Il serait souhaitable que les familles puissent se rencontrer pour partager des expériences communes en particulier concernant la gestion des états de dépendance physique ou mentale.

Pour ce faire l'institution organise des réunions à thèmes, des groupes de réflexion et d'échange.

X- 6- Maintien, amélioration de l'autonomie

C'est un thème majeur qui sous-tend l'organisation de la vie quotidienne au niveau des unités de vie par leur structuration, et au niveau des activités en proposant des animations fonction des goûts mais aussi des possibilités physiques et mentales de chacun. , une attention étant portée à l'état visuel, dentaire et auditif des résidants.

Etant donné l'importance du langage dans la vie relationnelle, dans le cadre des aphasies et dysarthries, des affections neurologiques ou démentielles au stade de début, une intervention orthophonique pourra être requise

Cet ensemble de soins permet à la personne de profiter, autant que faire se peut, au maximum des projets d'animation de la vie sociale proposés dans l'établissement.

Le but recherché est d'inciter aux déplacements par des moyens attractifs ainsi qu' à la fréquentation des lieux de rencontre.

Pour les unités I, II et III

Les personnes doivent bénéficier au maximum des prestations de vie hôtelière, sociale et soignante pour conserver leur autonomie, tant physique que mentale, et ce malgré le handicap présent à l'admission ou qui s'installe en cours de séjour.

Pour elles l'organisation du travail des soignants doit favoriser l'émergence de leurs volontés et de leur souhait de rester indépendantes dans les cadres de la vie quotidienne.

Les interventions des personnels paramédicaux et du psychologue doivent permettre de répondre aux altérations de l'autonomie physique ou mentale, qu'elles soient passagères ou durables.

Objectifs

- conserver l'autonomie,
- coordonner des actions de stimulation et d'aide au maintien de l'autonomie,
- valoriser les possibilités physiques ou mentales,
- accompagner la perte progressive de l'autonomie résiduelle,

Moyens

- bilan pluridisciplinaire des capacités résiduelles motrices ou mentales, avec la participation des paramédicaux et du psychologue,
- évaluation des facultés visuelles, auditives et dentaires avec mise en place et entretien de prothèses si nécessaire,
- élaboration avec le résident et sa famille d'un contrat de soins en accord avec le médecin traitant,
- installation adaptée du studio et l'utilisation de matériel ergonomique selon les handicaps.
- encouragement au quotidien, au cours des soins, des activités de vie sociale,
- pratique du « laisser-faire » au maximum dans les actes de la vie quotidienne et non du « faire à la place »
- écoute et aide en particulier lors des épisodes de perte d'autonomie
- réévaluation de la prise en soins et adaptation du matériel en fonction de la diminution des capacités,

-
- aide au retour à l'autonomie antérieure après un accident aigu, par des séances de kinésithérapie et par le maintien des fonctions locomotrices restantes en proposant la participation des résidents à des groupes de gymnastique volontaire.

Pour l'unité IV

Il semble important de sécuriser cette unité de vie

objectifs

- permettre la déambulation sans entrave,
- rassurer, entourer afin de diminuer l'angoisse,
- identifier la douleur morale qui peut entraîner des troubles du comportement difficiles à gérer,
- repérer les actes qui peuvent engendrer de l'agressivité verbale et gestuelle dans les relations entre résidents,
- prendre en compte leur réaction spécifique en particulier dans les situations de soins,
- mettre en évidence les capacités cognitives et les praxies résiduelles, permettant un plan d'action personnalisé.

Moyens

La déambulation sera favorisée par la fermeture de l'unité (portes codées), et par des aires de circulation libres de mobilier. Pour diminuer l'angoisse on propose des activités courtes, multiples et une présence rassurante.

L'utilisation de grilles de comportement peut aider à détecter les signes de douleur morale et les risques d'agressivité.

Le personnel doit pouvoir s'adapter à chaque résident.

X- 7- Conservation de la vie sociale et relationnelle

La recherche d'un lien relationnel de qualité doit être un objectif permanent de telle sorte que chaque action constitue un contact privilégié, qu'elle soit ludique ou qu'elle concerne l'accompagnement et le soin quotidien : animations, sorties mais aussi toilette, habillage, soins, repas.....et à fortiori pour les résidents qui seraient devenus incapables de relation verbale mais qui restent sensibles à la douceur de la voix et du toucher.

Pour les personnes âgées autonomes sur le plan mental, il est important de proposer un choix varié de loisirs, tant en interne (activités créatives, ateliers divers...) qu'à l'extérieur avec des membres du personnel mais aussi la famille et des bénévoles.

D'autres activités proposées ont à la fois un objectif ludique et une visée plus thérapeutique de préservation de l'autonomie, comme les ateliers repas ou les ateliers musique. Certaines de ces activités sont plus orientées sur la stimulation cognitive, en particulier pour les résidants présentant une détérioration intellectuelle.

Un salon de coiffure intégré contribue au maintien d'une image plaisante de soi

Outre l'animateur, les soignants participent également à la mise en œuvre des activités car il est pratiquement impossible, pour des personnes dépendantes de se passer de la sécurité représentée par ceux qui les entourent au quotidien.

L'intervention structurée de bénévoles souhaitant consacrer un peu de leur temps à une relation amicale ou d'accompagnement à diverses activités auprès de leurs aînés sera recherchée.

Il convient cependant de respecter pour certains résidants leur refus à voir la mobilisation du temps autour d'eux.

X- 8- 1' Animation

L'animation est au centre du projet de vie auquel elle « donne une âme » et comme le rappelle la « Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante » dans son article 6, « l'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, elle doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée ».

R Vercauteren, M Predazzi et M Loriaux mettent en évidence 3 dimensions à l'animation dont le mouvement est organisé, orienté vers un but prédéterminé : la recherche d'une qualité de vie, ce qui nécessite l'implication des responsables de l'établissement, implication en réflexion sur son sens et sur les moyens nécessaires à mettre en place.

Animer c'est :

- 1- donner une âme, un état d'esprit, à l'institution, pour améliorer son image,
- 2 – fournir des moyens d'expression aux résidants, pour les dynamiser ,
- 3 – développer des activités qui sont considérée comme étant des supports de vie pour responsabiliser les différentes équipes.

La vie de chacun évolue entre les activités « utiles » et les activités « récréatives », mais en maison de retraite le résidant pense ne plus avoir d'utilité car il n'est plus productif, ce qui n'est pas sans répercussion sociale. Ceci est faux, car même sur le plan économique il reste au centre d'un important marché et il ne serait pas éthique de ne raisonner qu'en terme

de productivité. Il faut donc, en institution, rétablir l'équilibre entre utilité et loisirs, l'animation pouvant recréer l'estime en soi, une identité sociale .

Les auteurs nous rappellent les principes fondamentaux de l'animation :

- alternance activité structurant une image sociale et récréativité grâce à
 - à l'enquête sur les besoins d'animation des résidants faite au moment de son admission ,
 - à l'évaluation des capacités et compétences du personnel
 - à la définition d'objectifs d'animation
 - à la formation des équipes sur les conduites à tenir pour motiver la personne âgées sans la contraindre.
 - A l'évaluation des pratiques
- nécessité de faire une enquête d'animation évaluant les besoins de la personne âgée par un recueil individuel :
- thématisation des activités (extérieures et intérieures), les exemples donnés les auteurs sont très instructifs et constituent une base de travail :
 - en rapport avec l'histoire de la personne,
 - de type culturel
 - ayant un lien avec la spiritualité
 - en rapport avec la prévention en santé
 - exercices physiques
 - développement des capacités intellectuelles
 - favorisant la convivialité et le lien social
 - développant la dextérité
 - loisirs

Cette thématisation favorise l'évaluation, permet de former des groupes de travail et de créer des fiches d'animation

Pour les unités I, II et III

La variété des activités proposées doit donner à chacun la possibilité de faire le choix de sa participation ou non et d'avoir la vie sociale qu'elle souhaite.

-objectifs :

Rompre l'isolement et la solitude en créant des liens et des moments conviviaux,
conserver des relations avec l'extérieur,

Garder une image positive de son vieillissement,

Donner la possibilité de se réaliser dans des activités multiples choisies par eux

Organiser des moments festifs

Donner l'occasion de se faire plaisir

Favoriser l'autonomie et l'indépendance grâce à la stimulation physique et mentale
qu'elle engendre au quotidien

- moyens

Elaboration d'un programme mensuel :

-activités internes :

Organisation de rencontres en petit comité dans les unités, dans l'établissement, autour
d'activités diverses (repas, promenades, groupes de discussion...),

-activités externes (sorties variées),

-activités à thème ,

-Echanges intergénérationnels avec des enfants d'écoles maternelles ou primaires,

-Accompagnement dans le choix de l'organisation des sorties avec l'animateur,

-Réponse à des demandes individuelles pour des sorties spécifiques,

- Réalisation d'après-midi récréatifs ritualisés autour de jeux de société,

- Mise en place dans l'unité d'ateliers de couture, d'écriture, de lecture, répondant à
des besoins quotidiens,

- Proposition de prestations de professionnels dans les espaces dédiés ou dans l'unité,

- Organisation de l'accompagnement des personnes aux activités animatrices
qu'elles ont choisies,

- Participation aux fêtes calendaires organisées dans les unités ou dans l'établissement,

- Invitation des familles à être présentes lors de fêtes particulières notamment les
anniversaires.

- Intervention d'un groupe de bénévoles pour les résidents isolés socialement :
goûters, sorties, promenades, repas.

La collaboration entre l'équipe d'animation et les personnels de chaque unité vise à

- 1 -l'élaboration d'un questionnaire pour évaluer les prestations offertes et pour recevoir les propositions et les desiderata des résidants,
- aider le service en lui apportant des idées et le matériel adapté aux activités variées
- accompagner les personnels par une formation sur le terrain,
- organiser des animations avec peu de résidants s'ils souhaitent rester dans l'unité,
- évaluer la participation,
- réajuster l'animation suivant les goûts ou l'intérêt des participants,
- ritualiser le temps d'animation organisée dans l'unité,

Tous ces moyens assurent la priorité nécessaire pour que la vie sociale soit elle même un facteur d'autonomie.

Dans tous les cas une vigilance est nécessaire de la part de tous pour ne pas projeter ce que les intervenants imaginent bon ou agréable pour les résidants, mais au contraire être à l'écoute et rechercher ce qui leur plait ou les attire.

De même il est indispensable de respecter la volonté des personnes qui ne participent à aucun moment aux activités proposées ;

l'unité IV

Il est nécessaire d'y prévoir une animation spécifique. Elle devra faire partie de l'accompagnement au quotidien et permettre le maintien de la vie sociale, même diminuée, source de plaisir individuel ou partagé.

Elle sera prise en charge par l'ensemble du personnel de l'unité sous la direction de l'animateur pour l'organisation et l'élaboration des activités.

Elle tiendra compte pour chacun de l'avancée de la détérioration mentale et des capacités résiduelles.

Il faudra privilégier les activités spontanées au côté des activités organisées

Objectifs

- maintenir quelques repères gestuels, musicaux, sociaux et environnementaux
- diminuer l'angoisse générée par la maladie mentale
- apporter des moments de relation chaleureuse,
- entretenir ou retrouver des habitudes connues.

Moyens

1 - les activités manuelles seront orientées vers la conservation du geste au moyen d'activités ludiques en évitant soigneusement la mise en situation d'échec (coloriage,

découpage, collage, peinture, pâtisseries, objets de pâte à sel....) d'une durée n'excédant pas 20 à 30 minutes, intégrant les résidants qui préfèrent se contenter de regarder.

2 - des activités de stimulation ludiques: jeux de société, puzzle, lecture à haute voix, jeux d'extérieur quand la saison le permet (pétanque, quilles)

3 -des activités de maintien des repères de la vie comprennent :

- * la fabrication de pâtisseries permettant la réalisation d'un goûter amélioré
- * les fêtes anniversaires
- * le jardinage pour retrouver les gestes passés ou en découvrir le plaisir (confection de jardinières de fleurs)
- * des groupes de conversation spontanée autour d'actes de la vie quotidienne ou des sujets d'actualité.
- * les activités musicales et festives permettent de retrouver les mélodies du passé et de participer au chant en paroles et en gestes animations musicales animées par des professionnel.

Les fêtes sont l'occasion de réunir personnes âgées, familles et personnel.

Elles ont lieu autour d'un thème spécifique, plusieurs fois par an, occasion de participer à la décoration, au repas, aux chants voire aux danses.

Elles donnent de la vie dans les lieux d'habitation et permettent d'ouvrir l'unité sur le reste de l'établissement si on invite le personnel des unités ou des services administratifs

4 – des activités à visée thérapeutique

- * les activités corporelles ont pour but de prolonger l'image positive du corps
- * Les soins esthétiques, professionnalisés, contribuent au maintien de cette image. Il en est de même pour les soins de manucure
- * La gymnastique douce incite au maintien du mouvement

5 - Malgré le handicap mental et le risque de déambulation, le coiffeur propose sa prestation selon le souhait des familles ou en tenant compte des habitudes antérieures du résidant

6 - les sorties extérieures permettent aux résidants de sortir de leur environnement habituel, provoquant des expériences et des ressentis qui les stimulent.

Elles s'effectuent par petits groupes accompagnés par des soignants vers le parc ou vers un centre commercial proche en présence de l'animateur

XI- CONCLUSION

Dans ce mémoire j'utilise mon expérience de médecin généraliste, de section de cure médicale pour aider à la rédaction du volet social du projet d'établissement en tant que future médecin coordonnateur

Ma réflexion s'appuie sur l'expérience de la prise en charge des personnes âgées au sein de la Fondation Léopold Bellan.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD M., FORETTE B.** Syllabus gériatrique ALLARD/IPSEN 1999
- BRAMI G.** Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées Repère-âge BERGER-LEVRAULT 2000
- BOUTINET J-P.,** Anthropologie du projet Psychologie d'aujourd'hui PUF 2001
- COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE**
Corpus de gériatrie EDITION ET COMMUNICATION 2004
- DUEZ CI** Evaluation du projet de vie sociale dans un EHPAD
Mémoire de DU de Médecin coordonnateur, Université René Descartes, Faculté de Médecine Cochin – Port Royal PARIS V 2004
- FERREY G., LE GOUES G.** Psychopathologie du sujet âgé
Les âges de la vie MASSON 2000
- HARTWEG C., ZEHNDER G.** animateurs et animation en établissements pour personnes âgées ERES 2003
- HERVY B.** Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées ENSP 2003
- HUMBERT Ch.,** Projets en action sociale Savoir et formation
L'HAMATTAN 2000
- Le Journal du Médecin Coordonnateur** Hors Série EHPA Presse Février 2006
Dupuy S, Le Bihan F, Bouche F Pages 29 à 36
- KAGAN Y.** Dictionnaire de pratique gérontologique FRIZON-ROCHE 1996
- VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F.** Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées,
manuel des pratiques du projet de vie ERES 1999
- VERCAUTEREN R., HERVY B.** L'animation dans les établissements pour Personnes âgées ERES 2003
- VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M.** Pour une identité de La personne âgée en établissement : le projet de vie ERES 2001

ANNEXES

Annexe 1

FICHE ANIMATION - OBJECTIFS

On n'invente rien, mais on reproduit ce qui plait communément à tout le monde et à soi-même, en l'adaptant aux possibilités de chacun.

Activités Proposées	Objectifs recherchés
Regarder la télévision	garder le lien social
lire le journal	garder le lien social, en ayant un regard sur l'actualité
écriture du journal de la résidence	garder le lien social
goûters à thèmes	garder un lien social, maintien des capacités intellectuelles
échanges sur les modes de vie du passé	travail de mémoire, maintien des liens inter générationnels
anniversaires	garder un lien social, garder les repères
Sorties	garder le lien social, autonomie
messe	spiritualité
jardinage	maintien des gestes quotidiens
taches ménagères simples	maintien des gestes quotidiens, garder l'image de soi
faire soi même des achats	garder l'image de soi
cuisine	maintien des gestes quotidien
coiffeur	garder l'image de soi
jeux de société	maintien des capacités intellectuelles
activités manuelles	maintien de la motricité fine
gymnastique douce	conservation des capacités motrices
théâtre	activité plaisir
chorale	activité plaisir

Annexe 2

Fiche de déroulement de l'animation

Date	
Intervenants	
Problèmes rencontrés par les intervenants	
Moyens matériels	
Comportement des participants Si nécessaire	
Personnes en échec	
participants	
absents	

RESUME

Le projet d'établissement doit comprendre les projets de soins et de vie sociale en tentant une individualisation maximale.

Le médecin coordonnateur par sa formation et par les compétences qui lui sont reconnues a un rôle central dans l'élaboration, la mise en place et le suivi de ces projets.

Ce mémoire explicite ce thème.