

DU Infirmière Référente d'EHPAD et de SSIAD

Université Paris Descartes-Faculté Cochin-Port Royal

Accompagner le projet de vie du résident en accueil temporaire :

Favoriser le retour à domicile

Isabelle PORTERIE GRANIER

Année universitaire 2015

Directeur de mémoire : Virginie CIMOLINO

Table des matières

I) Introduction	1
II) Cadre théorique : définitions	4
1-Le projet de vie : la recherche du sens.....	4
2-Le domicile	5
3-le maintien à domicile ou libre choix du lieu de vie.....	6
III) L'alternative au Domicile : présentation de la structure	7
1-La spécificité de la maison d'accueil temporaire.....	7
2-Définition et modalité de l'accueil temporaire :	8
IV) Intégration et définition du Projet d'Accompagnement Personnalisé.....	9
1-Définition :.....	9
2-Les composantes fondamentales du PAP.....	9
3-L'équipe pluridisciplinaire.....	11
4-Approche.....	11
V) Etude de cas	12
1-Présentation du contexte de l'accueil de Mme L.	12
2- Processus de recueil des informations.....	13
3- Le projet d'accompagnement de Mme L.:.....	17
4-Conclusion étude de cas :.....	19
VI) Discussion	19
CONCLUSION.....	21
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXE 1	24
ANNEXE 2	25
ANNEXE 3	26
ANNEXE 4	27
ANNEXE 5	28
ANNEXE 6	29

I) Introduction

Depuis quelques années, le monde médico-social est en pleine mutation. Depuis la loi N°2002-2 du 2 janvier 2002, les établissements accueillant des personnes âgées doivent se soumettre à des démarches de qualité d'accueil et d'accompagnement.

Pour Michel Hagmann, vieillir est une chance mais souvent assombrie par l'incertitude. Dans la majorité des situations, la personne âgée dispose des compétences nécessaires pour jouer son rôle de sujet responsable et non de simple objet passif de soins. Cependant avec l'avancée en âge des difficultés diverses peuvent apparaître. On parle alors de fragilité et de perte d'autonomie. Cela conduit la personne et ou sa famille à réfléchir autrement le devenir et à trouver des solutions à court, moyen ou long terme avec un maintien à domicile ou un placement en structure. (1)

Selon Thierry Darnaud, le maintien à domicile a évolué depuis ces dix dernières années. Le développement des aides à domicile est un facteur d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées dépendantes et de leur famille. L'entrée en institution se fait alors plus tardivement. Ceci emmène les familles en situation d'épuisement, les personnes sont accueillies en structures dans un état de dépendance avancé et présentent des troubles cognitifs plus lourds. (2)

L'entrée en maison de retraite médicalisée ou EHPAD devient la solution inévitable, « solution par défaut » lorsque l'ensemble des dispositifs d'aide à domicile devient insuffisant. Mais cette entrée est souvent vécue comme une rupture avec la vie d'avant, un déchirement, même s'il devient raisonnable de le faire.

Le résident quant à lui peut ressentir une réelle perte d'identité, une perte de repère et un sentiment d'inutilité dans ce nouvel environnement qu'est l'EHPAD. (2)

En tant que structure d'accueil temporaire, nous accueillons parfois les résidents en situation d'urgence, après une chute à domicile, en sortie d'hospitalisation ou lorsque la situation à domicile est devenue problématique. Dans ces cas, toute décision trop hâtive concernant le devenir de la personne peut avoir de graves répercussions pour la personne et son entourage.

Il est donc très important de recueillir le projet de la personne dès son entrée et d'envisager avec elle les solutions possibles. La loi du 02 janvier 2002 prévoit que chaque personne accueillie en établissement médico-social bénéficie d'un plan d'accueil personnalisé et de qualité.

Au sein de la maison d'accueil où j'exerce, il n'existe pas de document permettant à l'équipe de recueillir et connaître le projet du résident et de sa famille à la sortie de l'hébergement temporaire.

Ce manque d'outil de recueil pose un problème à l'équipe pluridisciplinaire pour accompagner la personne lors des prises en soin dans les activités de la vie quotidienne. Lorsque les personnes entrent en hébergement temporaire, elles sont le plus souvent en perte de capacités et d'autonomie. Le fait de connaître le projet de vie de la personne servirait de guide à l'équipe pour cibler rapidement les objectifs à atteindre et favoriser le projet de la personne. Dès lors l'équipe serait en mesure d'accompagner la famille et la personne âgée dans la réalisation de leur projet de vie. Ceci permettrait de construire ensemble le projet d'accompagnement personnalisé durant le séjour.

Des études montrent que diversifier les parcours des personnes âgées est essentiel pour éviter le passage brutal du domicile en établissement. Ce passage définitif, non préparé, subit ou mal vécu par les personnes âgées peut alors être perçu comme «un échec et une sanction de la vieillesse» (3). La mission de l'hébergement temporaire est d'accompagner les personnes et leurs familles sur ce cheminement et de leur laisser le temps de se poser des questions, d'évaluer les éléments positifs et négatifs de la situation actuelle, et, le cas échéant de commencer le deuil d'un retour à domicile si la situation ne le permet pas.

Si nous accompagnons les personnes, alors le choix du devenir peut-être rendu plus acceptable par les familles et les résidents.

Ce constat m'amène à poser les questions suivantes :

- L'évaluation de la situation à domicile lors de l'entrée permettrait-elle de faire évoluer le projet de vie de la personne et de sa famille ?
- L'élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé permettrait-il de faire émerger un projet de vie en harmonie avec les valeurs de la personne âgée et de sa famille ?

Nous allons donc en premier lieu poser les définitions de ce que sont un projet de vie et un projet d'accompagnement personnalisé.

Nous définirons la notion de domicile et de maintien à domicile afin de comprendre l'intérêt de ma démarche dans ce travail. Nous terminerons par l'analyse de ce qu'apporte la démarche du projet d'accompagnement personnalisé au travers d'une étude de cas.

II) Cadre théorique : définitions

1-Le projet de vie : la recherche du sens

D'un point de vue systémique, le psychologue Jacques St-Ange explique que l'histoire de la famille agit directement sur l'individu. Le psychologue accorde une importance particulière aux différents systèmes dont la personne fait partie (familial, professionnels, social, etc.). Tout individu transporte avec lui des valeurs, des émotions et des comportements véhiculés par la famille et ceci depuis plusieurs générations. Le projet de vie est lié à l'histoire personnelle, il dépend de ce que vit et de ce qu'a vécu la personne, de son ressenti.

Le projet de vie se construit donc en prenant compte de l'appartenance à une famille dans un contexte de vie. Une famille, c'est l'histoire de la transformation de ses projets et de ceux de ses membres au fil de l'existence. (4)

Le lien passé-présent-futur est essentiel puisque construire le présent et le futur c'est concrétiser un projet de vie pour l'avenir et cela nécessite un regard sur le passé. Le projet de vie est donc une articulation entre l'histoire vécue, les perspectives d'action et l'avenir.

Dans la construction de ce projet les professionnels ne sont pas compétents, c'est la famille qui a la connaissance de sa réalité et «est compétente pour son problème et peut être active pour le résoudre». (5)

La compétence des professionnels se situe davantage dans la manière d'accompagner le résident et sa famille à verbaliser la représentation de leur projet de vie.

Nous avons chacun un projet de vie, un quelque chose qui donne un sens à notre vie, un «aller vers», alors comment définir ce projet de vie ?

Selon Cécile Delamarre notre projet de vie se construit jour après jour, en appui sur des buts et des priorités que nous choisissons parfois de façon arbitraire. Que ce soit sur le plan de l'être ou du faire, notre projet de vie nous permet de réaliser notre manière d'exister. (6)

Concrètement, le sens que nous concédons à notre vie se réalise dans nos liens, qu'ils soient familiaux, amicaux ou professionnels.

Avoir un projet de vie, c'est se projeter dans l'espace et dans le temps. Notre projet donne un sens à notre marche même si nous ne savons pas toujours avec précision où nos pas vont nous mener. Nous allons dessiner une voie et la suivre pas à pas, jour après jour en nous adaptant à ce qui vient. Si notre projet de vie évolue au gré de notre cheminement, il va pourtant nous

aider à maintenir notre cap en étant en permanence devant nous. Parce que notre projet de vie relève de notre «je suis», il est fondamentalement nôtre et nous appartient. (6)

Mais selon Richard Vercauteren, Bernard Hervy et Jean Luc Schaff, se «projeter» ne saurait se limiter à écrire un projet. C'est d'abord et avant tout une projection de soi-même, de ses idées, et de ses intentions. Pour ces auteurs, la notion de personne est donc bien au centre de toute décision et construction du projet. (7)

La charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante précise d'ailleurs que «toute personne âgée dépendante garde, la liberté de choisir son mode de vie». (8)

2-Le domicile

Selon le Larousse, le domicile est «le lieu où la loi présume qu'une personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs». (9)

Juridiquement, le domicile est un lieu qui confirme l'identité sociale d'une personne et qui lui confère une place légale aux yeux des autres, par l'intermédiaire de la loi. Le fait d'avoir un domicile est considéré dans la société comme un symbole d'inclusion sociale et donc d'intégration. Si on a un domicile on a encore une place dans la société. (10)

«Dans son domicile, l'habitant a le sentiment d'être souverain, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre». Malheureusement, le domicile est trop souvent perçu comme un simple habitat et pas assez sous le côté familial, social et moral.

Selon l'analyse du linguiste Émile Benveniste, dans la notion de maison et de domicile, il faut distinguer absolument la «maison famille», de la «maison construction, édifice». (11)

Selon Gaston Bachelard, la maison plus encore que le paysage est un «état d'âme», ce qui renvoie aux dimensions physiques et psychique du chez soi. (12)

Pour Lydia Flem, le domicile est bien plus qu'une simple demeure. Notre domicile porte les traces de notre identité grâce à des objets qui le composent «les choses ne sont pas seulement des choses, elles portent traces humaines, elles nous prolongent». (13)

Le domicile est chargé de significations, de valeurs, de représentations, de symboles relevant de la subjectivité la plus absolue de chaque habitant. (14)

Le domicile permet de définir un espace intérieur, intime au sens de ce qui est au plus profond de nous-mêmes, un lieu que l'on peut rendre inaccessible aux autres, physiquement ou psychiquement, pour y constituer notre moi.

Dans mon parcours professionnel, mon expérience en tant qu'infirmière libérale m'a permis de prendre la mesure de l'importance du domicile et surtout de ce que le domicile d'une personne peut révéler de sa personnalité et de son état âme. Les notions de souvenirs (photos de proches disparus), de peur (maison calfeutrée et fermée à double tour) et aussi de pauvreté, de propreté, de chaleur humaine. Toutes ces traces laissées visibles et qui reflètent de ce que nous sommes et ce que nous ressentons.

Lorsque les personnes âgées sont chez elles, elles décrivent un immense sentiment de sécurité et de liberté. Elles attachent de l'importance aux objets, aux odeurs, qui constituent leurs repères. Le domicile devient alors une forteresse et rassure lorsque la personne n'a plus le moral.

Selon Pascal Champvert, avoir un «chez soi», c'est pouvoir l'aménager comme on le souhaite, y être seul quand on le veut. C'est disposer d'un lieu d'intimité, respecté par les autres (personnel soignant, voisins...) que l'on peut fermer à clef. En un mot, c'est être le «maître des lieux». (15)

Nous pouvons occuper bien des domiciles différents dans une vie, mais où que l'on aille, si l'on n'arrive pas à y poser notre identité même infime, alors ce domicile n'est qu'un hébergement, un lieu informel où l'on a posé nos bagages, un lieu qui est à nous mais qui n'est pas nous. (15)

Il est important également de souligner la notion de sécurité dans le domicile. Celui-ci n'a de sens positif que s'il renvoie à un sentiment profond de sécurité. Dès lors que notre domicile représente un danger potentiel, ou est source d'incapacité avec l'avancée en âge (escalier, chauffage vétuste, isolement, voisinage...), il peut être un frein à une continuité de vie sereine.

On voit bien que dans ces différentes approches la maison ne signifie pas seulement «être chez soi» mais «être maître de soi», et rester maître de certaines décisions qui nous concernent.

3-le maintien à domicile ou libre choix du lieu de vie

Selon l'INSEE, le maintien à domicile évoque la notion de rester chez soi, en dépit de l'âge, pour y mener sa vie, avec tous les risques inhérents à ce choix. (16)

Pour le Docteur Jean-Pierre AQUINO gériatre, le maintien à domicile semble avoir plusieurs intérêts. Il pose la condition du libre choix du lieu de vie. Selon lui, le premier facteur de préservation de l'autonomie est de donner aux personnes les moyens d'exercer leur libre choix sur l'endroit où elles veulent vivre. (17)

Toujours selon l'INSEE, le second intérêt selon est financier, il est encouragé par les pouvoirs publics dans une logique de maîtrise de coûts. Le maintien à domicile des personnes âgées coûte en effet globalement moins cher que le placement en institution.

Pour les personnes âgées moins dépendantes (GIR 3 ou 4), le maintien à domicile reste la solution choisie dans plus de huit cas sur dix. Ce mode de prise en charge est à la faveur des patients et de leur famille. Toutefois, il requiert une présence suffisante et une bonne répartition géographique des professionnels de santé de premier secours. Dans cette approche socio-professionnelle, la coordination entre médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien et aide à domicile est indispensable. Ces derniers occupent une place centrale dans le dispositif. (16)

Bernard Ennuyer définit le maintien à domicile des personnes âgées comme l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles. (18)

Le maintien à domicile présente de nombreux intérêts en termes de maintien de l'autonomie et de maîtrise de coûts. L'appellation «Vieillir chez soi» permet de souligner que l'objectif premier est de respecter le droit de la personne de choisir son lieu de vie tout en maintenant et préservant son environnement, son «monde de vie».

III) L'alternative au Domicile : présentation de la structure

1-La spécificité de la maison d'accueil temporaire

L'association ADMR PALOMA dans le Lot et Garonne regroupe deux maisons d'accueil temporaire/accueil de jour :

-une première structure "la Passarela" à Coulx créée en 2000

-une deuxième structure "le Lotus bleu" au Temple sur Lot créée en 2010

L'établissement le Lotus Bleu au sein duquel j'exerce principalement, est situé à une quinzaine de kilomètres de Villeneuve sur Lot au cœur d'un village de 1000 habitants. Cette

maison accueille des personnes âgées dans le cadre du répit des aidants, lorsque l'aidant principal part en vacances ou doit être hospitalisé mais également durant l'hiver lorsque l'habitat n'est pas adapté. Il arrive que nous accueillions des personnes pour lesquelles la vie à domicile est devenue impossible en attendant une entrée en maison de retraite. Les personnes peuvent aussi être orientées vers notre structure après une phase d'hospitalisation aux urgences, en gériatrie, ou en SSR (service de soins de suite).

En 2014, 83% des personnes accueillies sont retournées à domicile. Le Lotus Bleu accueille 15 personnes en hébergement temporaire et 10 personnes en accueil de jour. La maison est gérée par une association à but non lucratif et donc par une présidente et un conseil d'administration.

Les personnes accueillies sont relativement autonomes et la durée maximale de séjour est de deux fois 3 mois dans une année. Le GIR (Groupe Iso Ressource) moyen pondéré oscille autour de 570 chaque année. Il traduit un niveau de dépendance moyen et par conséquent un prendre en soin orienté plus sur l'accompagnement que sur le soin technique.

L'accueil temporaire s'inscrit parfaitement dans le cheminement de projet de vie de la personne âgée.

2-Définition et modalité de l'accueil temporaire :

L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie pour faciliter ou préserver son intégration sociale. Celui-ci est organisé, établi pour mettre en œuvre des objectifs déterminés avec la personne, sa famille ou ses aidants principaux. L'équipe accueille et accompagne la personne en fonction de son contexte médical, social et psychologique. Un projet à court, moyen ou long terme est envisagé pour la personne âgée. La flexibilité des offres d'accueil, nous permet d'accueillir des personnes au cours d'un week-end afin de permettre à l'aidant principal de participer à ces activités de loisirs. Ceci lui laisse la possibilité d'entretenir des relations sociales et lui offre dans un second temps une période de répit.

Ces accueils de courte durée mais réguliers ont aussi pour objectifs de favoriser le maintien à domicile, d'entretenir un lien avec l'aidant principal et de lui apporter un soutien psychologique si cela est nécessaire. Ils permettent aussi d'accompagner, voire d'évaluer les difficultés de la personne et de son proche dans les activités de vie du quotidien. Une intervention à domicile de la psychologue, de l'ergothérapeute ou bien de l'infirmière peut être proposée afin

d'apprécier plus précisément les difficultés. Une proposition d'aide adaptée ou des informations sur un nouvel accompagnement possible peuvent alors être suggérées.

Ce projet d'accueil personnalisé du résident se basant sur son projet de vie pourra être réalisé en équipe pluridisciplinaire dès l'entrée du résident.

Dans notre structure, le projet de vie de la personne c'est à dire les orientations et les choix qu'elle fera avec sa famille renseignent directement le projet d'accompagnement que nous établissons lors de son entrée dans la structure.

Lorsque ce projet est défini avec la personne et sa famille, l'équipe pluridisciplinaire met tout en œuvre pour respecter les attentes de la personne accueillie.

IV) Intégration et définition du Projet d'Accompagnement Personnalisé

1-Définition :

Le projet d'accompagnement personnalisé est un outil de planification et de coordination de l'accompagnement visant à répondre aux besoins et désirs du résident.

C'est un processus ininterrompu révisé et modifié à intervalles réguliers, en fonction de la durée du séjour. Dans ce processus, est recherchée l'association des personnes qui participent à l'accompagnement de la personne âgée.

Il s'agit d'un plan directeur qui englobe toutes les interventions pour en faire une démarche cohérente centrée avant tout sur la personne âgée. Pour chaque personne sera élaboré un plan différent mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire.

Le PAP s'appuie sur les caractéristiques et les besoins de la personne âgée. Il identifie les ressources nécessaires à mettre en œuvre ainsi que les stratégies d'accompagnement. Il coordonne les missions de chacun en précisant qui, quand et comment l'accompagnement est mis en place. Le PAP évalue les stratégies mises en place en vue d'atteindre des objectifs, et permettra aussi d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement.

Le PAP garantit la participation du résident et de sa famille à l'élaboration du projet.

2-Les composantes fondamentales du PAP

Dans chaque projet d'accompagnement personnalisé, on retrouvera les composantes fondamentales suivantes :

- 1) La reconnaissance des droits et des libertés aux personnes qui en sont privées pour des raisons liées à l'âge, à l'état physique ou mental, la situation sociale.

- 2) Le respect des principes de la valorisation des rôles sociaux :
 - Donner à chaque personne, quel que soit sa différence, la possibilité de se sentir accueillie et de bien vivre dans la maison d'accueil.
 - Favoriser le plus possible les interactions avec les autres résidents de la maison d'accueil.
 - Favoriser une participation maximale aux activités et ateliers proposés, ainsi qu'aux activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, loisirs, sorties...)
 - Favoriser des conditions de vie qui respectent au plus près les habitudes de vie de la personne (Horaire de levé, de coucher, respect des goûts alimentaires...)
 - Développer les capacités et les habiletés de la personne
 - Améliorer son image sociale, son estime de soi en favorisant les conditions nécessaires pour permettre les relations sociales.

- 3) La participation de la personne âgée comme membre à part entière de l'équipe du PAP

- 4) L'équipe pluridisciplinaire est responsable de la mise en œuvre, de l'application et de la révision du PAP

- 5) Une évaluation globale et pertinente des capacités du résident ainsi que le recueil de ses désirs et ses besoins est réalisée dès l'entrée de la personne au sein de la maison d'accueil

- 6) Le PAP détermine une attribution précise des responsabilités. (qui fera quoi, avec qui, quand, où et comment)

- 7) Une évaluation finale sur l'accompagnement de la personne et l'atteinte des objectifs du PAP

3-L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe fonctionne de manière transdisciplinaire. L'ensemble de l'équipe participe aux décisions, le résident est un membre à part entière dans l'équipe. Le PAP est conçu par l'ensemble de l'équipe. Chaque membre de l'équipe se centre sur les capacités, les désirs et les besoins de la personne âgée. L'équipe évite les actions antagonistes, elle ne fait pas à la place du résident mais avec lui.

Chaque membre de l'équipe apporte sa contribution au service des autres. Il n'y a pas de dominance d'une discipline par rapport à d'autres.

Chaque membre de l'équipe s'exprime librement sur l'ensemble des actions mises en place, même s'il conserve un intérêt plus particulier dans un domaine de compétence.

Les décisions sont prises en équipe. Cela permet une plus grande implication de chacun des membres de l'équipe.

L'équipe décide par consensus de retenir telle ou telle suggestion, de maintenir une décision, de recommander tel ou tel service, de refuser telle proposition et cela en fonction des besoins du résident, de son projet de vie et de la priorité donnée aux interventions.

4-Approche

Il n'existe pas de projet d'accompagnement personnalisé (PAP) écrit et tous les projets ou actions de l'équipe sont discutés à l'oral. Nous n'avons pas l'habitude de demander le projet de vie de la personne concernant son devenir après son séjour dans notre structure.

Notre rôle est de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées. Le PAP permet d'organiser le prendre en soin autour du retour à domicile lorsque le résident et de sa famille le souhaitent.

Devant la nécessité d'organiser l'accompagnement des personnes accueillies et compte tenu de notre obligation vis-à-vis de la loi de 2002, ma mission en tant qu'infirmière référente a été d'organiser et d'animer un groupe de travail. Nous nous sommes réunis 4 fois sur 4 semaines pour créer un outil permettant de réfléchir et d'inscrire durablement l'équipe dans une démarche de PAP.

Nous avons réfléchi à la création et à la mise en place deux outils distincts :

- une fiche de recueil des habitudes de vie. Cette fiche existe déjà mais il manque le souhait du résident concernant son projet de vie après son séjour en accueil temporaire.

- un document pour la construction du projet d'accompagnement personnalisé posant les objectifs d'accompagnement de la personne en équipe.

Ces deux outils ayant pour but de créer les conditions favorables de dialogue et d'apaisement avec le résident et sa famille, de faire déculpabiliser, de les rassurer dans leur choix. Pour l'équipe, l'outil PAP sert de guide, permet de faire la synthèse des évaluations et d'identifier certaines difficultés. Cet outil sert à poser des objectifs et des moyens pour y parvenir et permet de réévaluer la situation en fin de séjour.

V) Etude de cas

J'ai choisi de présenter une étude de cas pour illustrer au mieux l'ensemble du processus d'accueil d'un résident, au sein de notre structure. La situation que je vais présenter témoigne de toute la nécessité d'une bonne évaluation afin d'accompagner le résident et sa famille vers son projet de vie. Le but de ma démarche est de démontrer que l'implication de toute l'équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour mener à bien le projet d'accompagnement du résident.

Enfin j'ai voulu montrer l'utilité des outils dans le parcours d'accompagnement de Mme L. au sein de notre structure.

1-Présentation du contexte de l'accueil de Mme L.

Mme L a été prise en charge dans notre structure un vendredi soir. Elle nous a été adressée par l'assistance sociale de l'hôpital suite à une chute la veille à son domicile.

Mme L. n'a pas eu de problème médical suite à cette chute. Elle peut donc quitter le service des urgences rapidement. L'assistante sociale m'indique que la sœur de Mme L. a dore et déjà demandé de prévoir un placement en maison de retraite pour Mme L. jugeant trop dangereux un retour à domicile.

J'interroge donc l'assistante sociale pour connaître le souhait de Mme L. concernant ce projet de placement. Elle me répond qu'elle n'a pas le choix car elle vit seule et qu'effectivement, cela devient trop risqué pour elle de rester chez elle. Nous accueillons donc Mme L en accueil temporaire dans le projet d'un éventuel placement en maison de retraite.

1ère analyse :

Je comprends déjà qu'une étape fondamentale concernant le projet de vie de la personne n'a pas été respectée jusque-là, la verbalisation du souhait de Mme concernant son devenir n'a pas été entendue. Je mesure tout l'enjeu de l'analyse de la situation de Mme L. dès son entrée dans notre structure grâce à l'ensemble de nos outils d'évaluation.

2- Processus de recueil des informations

-fiche appel téléphonique :(annexe 1)

Dès le premier appel, elle est remplie par l'IDE ou la maitresse de maison :

Pour la demande de séjour de Mme L., c'est l'assistante sociale de l'hôpital qui nous a contactés. Nous avons recueilli les informations suivantes :

Mme L. est âgée de 84 ans, vit seule à son domicile dans le village. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Sa sœur plus jeune est l'aidante principale. Concernant les capacités de Mme L., elle marche seule, il n'y a pas d'incontinence, la toilette et l'habillement sont à évaluer. Il existe des troubles cognitifs de type perte de mémoire et des difficultés dans la gestion du quotidien, des finances et des papiers administratifs. Il n'y a pas de diagnostic établi et sur le plan médical il n'y a pas de pathologie particulière.

2^{ème} analyse :

En considérant l'urgence de la demande, en tenant compte du contexte médical favorable et des disponibilités des chambres, nous décidons en équipe pluridisciplinaire d'accueillir Mme L. sans délai.

-Fiche habitudes de vie (annexe 2)

Cette fiche est remplie lors de la première visite ou lors de l'entrée par l'IDE ou la maitresse de maison. Elle permet de recueillir des informations importantes concernant les habitudes de vie, de rythme dans le déroulement de la journée, et d'aborder le devenir de la personne que nous accueillons.

Pour Mme L. cette fiche nous permet de mettre en évidence qu'elle n'attache pas d'importance à son apparence ainsi qu'à la réalisation de sa toilette. Elle verbalise : « Je me débrouille seule, je n'ai pas besoin de me laver tous les jours ».

Lors du recueil d'informations, Mme L. ne nous décrit pas un rythme de vie particulier, mais verbalise ses difficultés pour suivre son traitement médical, ainsi que ses papiers au quotidien. Elle nous précise également qu'il lui devient difficile de faire les courses et de préparer ses repas. Elle évoque à ce moment-là, vivre entourée de ses nombreux chats et recevoir régulièrement la visite de sa sœur qui l'aide dans son quotidien.

Mme L ne verbalise aucune crainte sur le fait de rentrer chez elle, bien au contraire. Elle nous demande déjà quand pourrait-elle regagner son domicile pour soigner ses chats. Sa sœur nous rejoint lors de l'entretien d'entrée et se montre assez moralisatrice avec Mme L. Elle la gronde car elle « n'écoute rien » et que le plus raisonnable serait d'accepter d'entrer en maison de retraite.

3^{ème} analyse :

Cet entretien avec Mme L et sa sœur nous permet de poser 4 problématiques :

- une discorde familiale entre les deux sœurs concernant le devenir de Mme L.
- un certain isolement social de Mme L. qui connaît pourtant bien tous les gens du village
- une difficulté dans la gestion administrative de ses papiers
- une incapacité à gérer ses soins d'hygiène corporelle et ménagère

-Fiche recueil histoire de vie (annexe 3)

Le document est remis à la personne ou sa famille, il pourra être complété avec un membre de l'équipe lors d'un entretien avec le résident.

Pour Mme L. ce recueil a été complété avec elle, nous avons appris qu'elle vivait seule, sans jamais être mariée, sans enfant et qu'elle se trouvait en conflit permanent avec sa sœur. De même nous avons appris grâce à ce document que Mme L. avait durant toute sa vie géré une entreprise familiale.

4^{ème} analyse :

L'entretien durant lequel nous avons abordé les éléments de l'histoire de vie, nous a permis de comprendre un peu plus précisément la problématique familiale avec Mme L.

-Fiche toilette évaluative infirmière (annexe 4)

Dès le lendemain de l'accueil de la personne une toilette évaluative infirmière est réalisée afin d'observer et définir le besoin d'accompagnement dans les soins d'hygiène. La toilette évaluative de Mme L. mettra en évidence :

Un besoin de stimulation et d'accompagnement face à un refus des soins d'hygiène et le change de ses vêtements. Mme L. dit se « gérer seule et ne pas avoir besoin de se laver tous les jours », « je ne suis pas sale ». Pourtant la nécessité d'accompagnement est réelle, car Mme L. présente des lésions cutanées, et des plis cutanés avec risque de macération.

5^{ème} analyse :

Au cours de cette toilette, j'ai pu dédramatiser avec elle le fait qu'elle refuse de se doucher quotidiennement. A la place, j'ai suggéré à Mme L une toilette au lavabo afin de lui apporter du confort et d'améliorer son état cutané.

-Identifications des capacités et besoins de la personne : fiche SMAF système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (annexe 5)

Cette fiche SMAF est renseignée dès les premiers jours du séjour dans la structure par les aides-soignantes, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie. Le SMAF est un outil fondamental pour la mise en place des projets d'accompagnements personnalisés. Cette démarche pluridisciplinaire a pour but d'apporter une évaluation immédiate des capacités fonctionnelles et d'autonomie de la personne.

La fiche d'évaluation SMAF de Mme L nous renseigne sur 2 problématiques :

-difficulté dans ses soins d'hygiène et d'habillage avec besoin de surveillance et de stimulation de notre part.
-troubles des fonctions exécutives mis en évidence par ses difficultés dans l'exécution de la toilette et l'habillage, et dans la compréhension de l'organisation de sa journée.

6^{ème} analyse :

La réalisation de ce bilan vient conforter la toilette évaluative et me permet de fixer avec l'équipe des objectifs de progression. Le fait que Mme L. soit mise face à ses difficultés permet d'aborder avec elle, la nécessité d'être accompagnée si un retour à domicile est envisagé

-La grille AGGIR =Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

Mme L. n'a jamais été évaluée et ne bénéficie pas de l'aide de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Dans notre structure, ce GIR nous permet de poser la tarification en fonction de l'autonomie. Le GIR du résident est calculé par l'infirmière grâce à la toilette évaluative et la fiche SMAF déjà complétée.
En fonction de ces données Mme L. est évaluée **GIR 4**.

7^{ème} analyse :

Le fait que Mme L. soit GIR4 me montre qu'elle est moyennement dépendante, et qu'elle pourrait bénéficier de la prestation APA.

-Evaluation de la problématique médicale

Dossier médical transmis par l'hôpital

Le dossier médical fourni par l'hôpital lors de son passage aux urgences nous renseigne sur les antécédents médicaux et sur son traitement médical actuel.

8^{ème} analyse :

Ce compte rendu met en évidence l'existence de trouble cognitif qu'il sera nécessaire d'évaluer par la suite.

Visite du médecin traitant

Je contacte le médecin traitant de Mme L. pour organiser son renouvellement de traitement et envisager la faisabilité d'un retour à domicile. Celui-ci m'alerte du problème cutané ancien de type eczéma dont souffre Mme L. et dont elle ne se préoccupe pas, au risque d'aggraver ses lésions.

J'aborde avec le médecin le projet de sa patiente, d'entrer en maison de retraite, projet décidé par la sœur de Mme L. Il est surpris par cette décision car Mme L. se plait beaucoup chez elle, y a toute ses habitudes, reste assez valide sur le plan de la locomotion et n'a chuté qu'une seule fois. De plus, aucune raison médicale ne s'oppose à un projet de retour à domicile.

Mme L ne suit pas bien son traitement médical chez elle et oublie fréquemment se prendre son traitement antihypertenseur. Mme L. a déjà évoqué avec lui ce sujet lors d'une précédente visite à domicile.

Finalement je constate que Mme L. entretient une relation de confiance avec son médecin, en lui confiant son problème de gestion de ses papiers administratifs. Celui-ci lui propose alors de faire un courrier pour demander une évaluation en vue d'un accompagnement par curatelle.

9^{ème} analyse :

Cette visite avec le médecin traitant apporte des informations médicales et m'informe sur les restrictions de participations de Mme L.

-Mme L ne présente pas de pathologie grave actuellement ni dans ses antécédents médicaux.

- non observance régulière de son traitement.
- manque d'hygiène corporelle avec risque d'aggravation de ses problèmes cutanés.

Une fois les outils de recueils renseignés, nous nous sommes réunis en équipe afin d'élaborer le projet d'accompagnement de Mme L.

Après 8 jours de séjour dans notre structure, une analyse globale de la situation peut être faite. Les observations en équipe, l'avis du médecin traitant et de notre psychologue est pris en compte. Au vu des éléments une autre solution que le placement en EHPAD est envisagé pour Mme L et nous nous fixons l'objectif de l'accompagner dans son projet de retour à domicile. Nous rencontrons la sœur de Mme L pour lui présenter le nouveau projet de devenir. L'idée d'un possible retour à domicile l'inquiète car elle craint une charge de surveillance pour elle. Nous la rassurons sur l'avenir en lui expliquant le plan d'aide envisagé et posé en équipe :

3- Le projet d'accompagnement de Mme L.:

La construction du PAP se compose en deux parties (Annexe 6) :

- une partie sur le PAP dans la maison d'accueil pendant le séjour de Mme L
- une partie sur une étude de projet pour la sortie avec un retour à domicile envisagé

Le PAP définit les objectifs et les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

a) le projet durant son séjour en accueil temporaire

Objectif n°1 :

Prévention et amélioration de l'état cutané.

Moyens :

Devant le refus d'une douche, lui proposer une toilette quotidienne au lavabo avec négociation pour au moins une douche par semaine avec shampooing.

Objectif n°2 :

Rassurer et dynamiser Mme L. concernant ses facultés mnésiques.

Moyens :

Informé Mme sur les activités stimulant la mémoire (discussions, mots fléchés...), lui proposer de participer aux ateliers mémoire. Mettre en place avec elle des stratégies pour qu'elle ne soit plus en difficulté dans les activités du quotidien.

Objectif n°3 :

Recréer du lien social

Moyens :

Mettre en relation, repérer les affinités et créer du lien avec d'autres résidents et disposer Mme L. à table avec ces autres personnes pour renforcer ce lien

b) Le plan d'aide établi pour le retour à domicile

Objectif n°1 :

Préserver et surveiller l'état cutané de Mme L.

Moyens :

Passage d'une infirmière libérale à domicile tous les jours pour aider Mme L. dans l'accomplissement de ses soins d'hygiène au quotidien.

Objectif n°2 :

Assurer la continuité et le suivi journalier dans la prise du traitement médical.

Moyens :

Passage d'une infirmière libérale matin et soir pour la préparation et la distribution de son traitement médical.

Objectif n°3 :

Assurer à Mme L. une continuité dans le lien social déjà créé avec d'autres résidents au sein de la structure.

Moyens :

Mme L. habitant à proximité, lui proposer de venir prendre ses repas le midi dans la structure où d'autres personnes du village viennent déjà prendre leur repas en externe.

Objectif n°4 :

Accompagner Mme L. dans le quotidien pour l'aider dans ses tâches ménagères, ses courses et la préparation du repas du soir.

Moyens :

Mise en place d'une aide-ménagère matin et soir à raison de deux heures par jours dans un premier temps.

Objectif n°5 :

Accompagner Mme L. dans sa gestion financière et ses papiers administratifs.

Moyens :

Contact avec l'assistante sociale de secteur pour envisager une demande de mise sous tutelle

Ce plan d'aide est retranscrit dans le dossier de Mme L. et vient compléter le projet d'accompagnement.

Au bout de 20 jours, le plan d'aide est bien établi et fonctionnel et Mme L peut enfin regagner enfin son domicile selon son souhait initial.

4-Conclusion étude de cas :

A ce jour, après 8 mois, Mme L va bien, le plan d'aide fonctionne parfaitement et elle vit toujours chez elle sans nouvel incident médical depuis. Elle vient tous les jours prendre ses repas de midi dans la structure où elle est heureuse de partager ce moment de convivialité avec d'autres connaissances du village. Mme L. à même repris une activité sociale, elle s'est inscrite au club du 3^{ème} âge, se rend une fois par mois chez la coiffeuse et va parfois au restaurant le dimanche en compagnie de sa sœur.

Nous tentons d'harmoniser les relations avec sa sœur et nous restons en lien permanent avec les aides à domicile, infirmières libérale et médecin traitant.

VI) Discussion

Ce travail centré sur une étude de cas ne s'inscrit pas dans une étude menée à partir de questionnaires et n'apporte pas de données statistiques quantifiables. Cependant, il m'a permis d'accompagner l'ensemble de l'équipe à la mise en place de documents permettant la

réalisation du projet d'accompagnement personnalisé ainsi que le recueil de la volonté de la personne dès son entrée.

Il m'a été difficile de pouvoir aborder ce travail de recherche autrement par manque de temps entre la création des documents outils, leur validation et leur mise en place effective sur le terrain.

Cependant, ce travail réalisé en équipe a le mérite de souligner l'utilité apporté à notre structure en répondant ainsi à notre obligation d'accompagnement personnalisé du résident selon la loi du 2 janvier 2002.

Cette étude de cas à surtout permis de montrer tout le cheminement et l'implication de l'équipe dans le parcours d'accueil d'un résident. Elle montre la richesse des échanges entre les intervenants ainsi que la satisfaction finale d'accompagner cette dame, dans son souhait de retrouver son domicile.

Depuis sa mise en place, le PAP reste réalisé au sein de la structure mais il est chronophage et difficilement applicable pour les résidents qui séjournent sur de courtes durées. Il arrive donc que certain projet d'accompagnement n'arrive pas à être finalisé ou réévalué par manque de temps ce qui peut créer une certaine frustration de l'équipe dans son travail.

Le médecin coordonnateur et moi-même avons donc prévu de travailler de nouveau avec l'équipe pluridisciplinaire et de réfléchir à un outil d'évaluation plus synthétique et davantage adapté aux résidents séjournant sur une courte durée.

CONCLUSION

Ce travail de mémoire a permis de mettre en évidence l'importance et l'intérêt de la réflexion autour d'un projet d'accompagnement. Nous avons l'obligation pour les personnes que nous accueillons d'intégrer leurs choix et leurs désirs à la prise en soin que nous leur proposons et de respecter leur projet de vie.

En tant que structure d'hébergement temporaire, ce projet de vie peut être le souhait d'un retour à domicile après une hospitalisation par exemple.

Grâce aux différents auteurs notamment, Gaston Bachelard, nous avons compris toute la dimension philosophique du mot domicile et toute sa dimension humaine « le domicile est un lieu privilégié dans la construction identitaire de la personne ». (12)

Nous avons également abordé la notion de maintien à domicile comme libre choix de vie, parfois mis en péril par un système de prise en soins trop rapide et sécuritaire. La prise de risque lié au maintien à domicile d'une personne peut en effet être mal vécu par des professionnels ou les proches, et conduire à des prises de décisions trop rapide, sans concertation avec la personne elle-même.

Le simple fait de distinguer le projet d'accompagnement et le projet de vie de la personne semble important. Il permet de prendre du recul, d'être vigilant au fait que bien souvent le désir et le projet de vie de la personne ne sont pas les mêmes que ceux pensés par la famille ou par les professionnels du domicile ou de la structure.

Dans notre accompagnement, il est donc important d'accepter que toute situation soit unique et laisser de la place au doute, à la remise en question. La réalisation du projet d'accompagnement permet à l'ensemble des professionnels de l'équipe d'avancer ensemble et

de travailler autour d'un même objectif. Les discussions autour de nos pratiques permettent à l'équipe d'acquérir de plus amples connaissances sur l'impact que peut avoir notre façon d'être, dans la relation avec les résidents et nos manières d'accompagner. (19)

Le séjour en accueil temporaire est l'occasion de se donner le temps de la réflexion, de faire le point, d'évaluer la faisabilité d'un retour à domicile. A noter que 83% des personnes âgées qui viennent en accueil temporaire retournent à domicile.

Nous avons vu au travers de l'étude de cas que l'évaluation de la situation à domicile et l'élaboration du PAP permet de faire évoluer le projet de la personne au départ. Il permet aussi de mettre en place un plan d'action des professionnels pour que le projet de la personne soit réalisable. Ce PAP permet aussi de rassurer, d'accompagner les proches et rendre plus acceptable pour la famille le projet de vie du résident.

Dans ce travail, le PAP tel qu'il a été pensé en équipe reste difficile à appliquer pour les séjours de courte durée. Ce constat permet une remise en question de notre organisation de travail et me permettra dans un projet à court terme de faire évoluer l'outil afin qu'il s'adapte aux séjours de courte durée.

Enfin, ce travail nous montre que tout projet d'accompagnement quel qu'il soit doit nous emmener à rencontrer l'autre, là où il se trouve, dans son contexte, et donner du sens dans notre accompagnement auprès de la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

- (1)-Hagmann M. Vieillir chez soi, c'est possible. Clermont-Ferrand : Aire de famille ; 2012.p.1-20.
- (2)-Darnaud T. L'entrée en maison de retraite, une lecture systémique du temps de l'accueil. Issy-les-Moulineaux cedex : ESF Éditeur ; 1999.p.15-25.
- (3)-Mantovani J, Rolland C, Andrieux S. Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. 2008 Nov ; N° 83 : p.18.
- (4)-St-Ange J L'approche systémique. Victoriaville. Disponible sur <http://www.Psychologue.JH.com>
- (5)-Ausloos G. La compétence des familles. Ramonville Saint Agne : Ères ; 1995.p.128.
- (6)-Delamarre C. Démence et projet de vie. Paris : Dunod ; 2007.p.68.
- (7)-Vercauteren R, Hervy B, Schaff J-L. Le projet de vie personnalisé des personnes âgées. Enjeux et méthode. Toulouse : Eres ; 2009.p.14-17.
- (8)- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, article premier.
- (9)-Larousse de la langue française. Paris : Les Editions Françaises ; 1987. Domicile ; p.325.
- (10)-Code civil. Article 102 (version à jour au 24 mars 2014) ;
- (11)-Benveniste E. Le vocabulaire des institutions indo-européennes. Paris : Les Editions de Minuit ; 1969 ; tome1 .p.304.
- (12)-Bachelard G. La poétique de l'espace. Paris : Puf ; 1983.p.55-61.
- (13)-Flem L. Comment j'ai vidé la maison de mes parents. Paris : Editions du Seuil ; 2004.p.50.

- (14)-Djaoui E. Le domicile comme espace psychique Documents CLEIRPPA. 2006 ; N°21 : p.8-11.
- (15)-Champvert P. Prendre soins de nos aînés, c'est déjà prendre soins de nous. Paris : Carnets Nord ; 2012.p.83.
- (16)-Kubiak Y. Le maintien à domicile des personnes âgées, solution privilégiée mais exigeante. INSEE.2006 ; Disponible sur <http://www.insee.fr>.
- (17)- Aquino J-P. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Paris : Comité avancée en âge ; 2013.132p.
- (18)-Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile. Paris : Dunod ; 2006.p.19.
- (19)-Anesm. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Nancy : Bialec ; 2009.47p.

ANNEXE 1

ANNEXE 2

ANNEXE 3

ANNEXE 4

ANNEXE 5

ANNEXE 6

