



**UTILISATION DES PLANS DE SOINS PERSONNALISES DES RESIDENTS :
UN OUTIL IDEAL AU QUOTIDIEN POUR LES SOIGNANTS ?**

DIPLOME UNIVERSITAIRE

INFIRMIER(E) REFERENT(E) COORDONNATEUR(TRICE) EN EHPAD ET EN SSIAD

Année 2018

Etudiants :

Caroline GAUDRY

Céline CLEMENT

Jérémy KUNTZ

Directrice de mémoire :

Mme Blandine DELFOSSE

REMERCIEMENTS

Nous remercions Madame Blandine DELFOSSE, notre directrice de mémoire, IDEC depuis une quinzaine d'années et Présidente de l'association F.F.I.D.E.C, pour son accompagnement et son regard avisé dans l'élaboration de ce mémoire,

Nous remercions Mme Isabelle REGNAULT, Directrice d'EHPAD, pour le temps qu'elle nous a consacré, son soutien et ses précieux conseils,

Nous remercions également les EHPAD qui ont bien voulu nous accueillir pour réaliser ce questionnaire, mais plus particulièrement les soignants qui ont pris le temps de le renseigner,

Enfin, nous remercions l'ensemble de nos collègues pour avoir nourri notre réflexion et participer au débat d'idées sur notre sujet.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
INTRODUCTION	1
1. - PROBLEMATIQUE RELATIVE A L'UTILISATION DU PLAN DE SOINS	4
1.1 Problématique	4
1.2 Hypothèses et questions de recherche	5
1.3 Définitions des termes et contextualisation liées au champ d'étude	6
2. - METHODOLOGIE	12
2.1. Choix des entretiens	12
2.2. Elaboration de la grille des entretiens	13
2.3. Réalisation des entretiens	14
2.4. Recueil des données	15
3. - RESULTATS.....	17
3.1. Profil des personnes interrogées.....	17
3.2. Type d'EHPAD	18
3.3. Résultats des entretiens	18
3.4. Limite des questionnaires	29
4. - ANALYSE ET PRECONISATIONS	32
4.1. Une utilisation du logiciel de soins insuffisante :	32
Frein culturel à lever et sens à communiquer aux équipes	32
4.2. Le plan de soins : un outil à valoriser pour harmoniser les pratiques.....	32
4.3. Un intérêt identifié pour le plan de soins, un levier managérial à investir	36
CONCLUSION	38
GLOSSAIRE	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES.....	42
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	42
ANNEXE 2 : CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	45
ANNEXE 3 : GRILLE AGGIR	48
RESUMÉ / SUMMARY	49

INTRODUCTION

Les soignants travaillant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis plusieurs années ont bien remarqué les évolutions des usagers accueillis, tant sur l'avancée en âge des résidents vivant dans l'établissement, que son corollaire, l'accroissement de la dépendance. Les politiques publiques encouragent le maintien des personnes âgées à domicile, avec notamment la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dans les années 2000¹, ou encore la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a intégré, dans son champ, les services d'aide à domicile. Ces différentes mesures ont favorisé un recul de l'âge d'entrée en établissement.

Par conséquent, les personnes accueillies en EHPAD sont de plus en plus dépendantes et fragiles, présentant souvent des polypathologies. Ainsi, leur accompagnement se complexifie.

Selon l'enquête EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées) réalisée en 2015 par la DREES², plus de 8 résidents sur 10 en EHPAD, sont classés en Groupe Iso Ressource (GIR) 1 à 4, et parmi eux, près de 260 000 souffrent de maladies neurodégénératives. Sur le terrain, ce constat se traduit par une augmentation importante de la charge de travail

Dans ce contexte, le rôle de l'Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur (IDEC) est fondamental : il encadre et organise le travail de l'équipe soignante. L'objectif étant de garantir la sécurité et le bien-être des personnes accueillies, tout en respectant un accompagnement individualisé. La démarche qualité est désormais au cœur des pratiques professionnelles, c'est un processus

¹ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

² DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête paru dans « Etudes et Résultats » n°1015 de Juillet 2017

continu d'amélioration du service rendu. Les différentes évaluations réglementaires mises en place dans le secteur apprécient notamment l'engagement des structures dans cette démarche qualité. Sous cette impulsion, les organisations de travail se structurent, évoluent, et le secteur est soumis à de forts changements institutionnels.

Mais qu'entend-on par « organisation de travail » ? Selon la CEDAFT³, l'organisation de travail vise à coordonner tous les moyens mis à disposition d'une structure pour produire des services visant à satisfaire les attentes des usagers. En EHPAD, cette mission commune est l'accompagnement des résidents, dans toute leur globalité, en respectant les bonnes pratiques de soins et les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), notamment celle relative à la bienveillance⁴.

A ce jour, l'outil de travail, en EHPAD, centralisant les soins et les relevés de surveillance au quotidien est le plan de soins. Il émane du projet de vie individualisé (PVI) et s'inscrit dans l'obligation de traçabilité désormais attendue et imposée réglementairement. Ce support s'adresse aux équipes de soins dans le quotidien de l'accompagnement des résidents. Il permet de mettre à disposition des soignants, l'essentiel des informations et des objectifs du projet de vie individualisé du résident qui sont en lien avec le projet de soins, et ainsi, de personnaliser son accompagnement. Suivi rigoureusement, le plan de soins offre une traçabilité pertinente des soins réalisés.

³ CEDAFT : *Coopérative s'intéressant aux questions qui touchent aux conditions de travail et à la santé, aux métiers et à ceux qui les exercent.*

⁴ ANESM *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bienveillance : définitions et repères pour la mise en œuvre, 2008.*

Mais le plan de soins est également un outil au service de la communication : entre les soignants entre eux bien sûr, mais également avec l'IDEC et le médecin coordonnateur. De plus, c'est un outil précieux dans les échanges avec les familles. Enfin, il sert de support à l'élaboration des Groupe Iso Ressources (GIR), qui classifie le niveau de dépendance de chaque résident.

1-PROBLEMATIQUE RELATIVE A L'UTILISATION DU PLAN DE SOINS

1-1 Problématique

Au regard des différentes fonctions présentées en introduction, le plan de soins est un outil central de suivi, traçabilité, et de communication concernant l'accompagnement du résident. L'IDEC est le garant de son bon fonctionnement. Mais sur le terrain, force est de constater que le plan de soins n'est pas utilisé par tous de la même manière, et il existe bien des divergences de pratiques entre les soignants. Cela peut évidemment apporter une richesse avec des approches de travail différentes. Cependant, le résident doit rester au cœur des pratiques, la personnalisation du soin et le projet de vie doivent être respectés, afin de répondre aux attentes et besoins identifiés. Si ce n'est pas le cas, la personne âgée, fragilisée, peut alors « être perdue » dans des pratiques non structurées et variables d'une équipe à une autre, d'un soignant à un autre. La personne âgée a un besoin fort de repères, de constance dans ses habitudes de vie. Pourtant, l'outil commun, nommé « plan de soins » centralisant les informations nécessaires et indispensables, est bien mis à disposition du personnel pour une prise en soins ciblée, optimale, et constante du résident.

Nous sommes trois IDEC travaillant en EHPAD avec une expérience, dans ce poste, allant de quelques mois à 5 ans. Nous rencontrons tous, dans la pratique, la même problématique, celle de l'utilisation du plan de soins. En effet, le plan de soins nous semble un excellent support pour travailler et uniformiser les pratiques soignantes mais malgré cette perception, les plans de soins ne sont pas toujours respectés ou tout au moins mis en œuvre inégalement par les équipes soignantes.

1-2 Hypothèses et questions de recherche

Nous avons donc été amené à nous poser différentes questions.

Tout d'abord, les soignants savent-ils réellement ce qu'est un plan de soins, et quels en sont les objectifs ? Sont-ils suffisamment impliqués dans son élaboration et dans sa réflexion ? Comprennent-ils les intérêts de cette démarche de travail ? Ou alors s'agit-il d'un problème d'encadrement ?

Aujourd'hui dans les EHPAD, le support informatique semble globalement généralisé. Les soignants sont-ils assez formés pour utiliser quotidiennement ordinateurs ou tablettes ? Les disparités observées relèvent-elles d'un problème de communication, de transmissions, d'informations ou de formation ?

Pour les soignants travaillant dans le même établissement depuis plusieurs mois ou années, peut-être il y a-t-il l'installation d'une routine ? Les habitudes prennent le dessus et il n'y a plus de questionnement professionnel. Le plan de soins serait-il alors vu comme « une perte de temps » ?

Nous l'avons dit la charge de travail en EHPAD est relativement lourde. Les soignants évinceraient-ils le plan de soins pour gagner du temps, quitte à ne pas respecter les objectifs communs mis en place par l'équipe soignante ?

Face à ces hypothèses, nous avons créé un questionnaire afin de recueillir le ressenti des soignants sur le terrain. Pour ce faire, nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs (ou de distribuer nos questionnaires au sein de 8 EHPAD) auprès d'aide soignantes, d'aide médico-psychologiques, ou encore d'agents de soins non diplômés.

Nous espérons que l'étude de ce questionnaire nous permettra de répondre aux interrogations relatives aux dysfonctionnements constatés dans l'utilisation de ce support de travail et qu'il nous guidera sur les points à revoir dans notre mission managériale d'IDEC. L'objectif étant toujours d'obtenir une prise en soins complète, équilibrée et constante du résident dans le respect des bonnes pratiques, tout en répondant aux obligations réglementaires.

1-3 Définitions des termes et contextualisation liées au champ d'étude

✓ La démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité en EHPAD

Inscrite dans la loi du 2 janvier 2002, et développée par l'ANESM à travers quatre recommandations de bonnes pratiques de relative à « la qualité de vie en EHPAD »⁵, les pouvoirs publics invitent fortement les établissements à engager une démarche qualité construite afin d'améliorer la satisfaction globale des usagers. La mise en œuvre de la démarche qualité est sous la responsabilité du directeur d'établissement et est évaluée régulièrement : évaluations réglementaires interne et externe mais également lors de la phase de contractualisation avec les autorités de tarification de l'établissement (le Conseil Départemental -CD- et l'Agence Régionale de Santé -ARS-) au travers de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Si, c'est bien au responsable d'établissement d'initier cette démarche qualité, de proposer des actions concrètes, et d'en assurer la mise en œuvre, l'ensemble des salariés est concerné. L'IDEC en particulier, par sa position de cadre intermédiaire, doit s'assurer du bon déroulement

⁵ ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La qualité de vie en EHPAD Volet 1, 2010 / Volet 2, 2011 / Volet 3, 2011 / Volet 4, 2012.

des actions engagées sur le terrain. Il est un acteur important de la démarche, il doit se l'approprier et la « traduire » auprès des équipes soignantes. Et ce, afin que les bonnes pratiques trouvent leur place, prennent sens auprès des personnels placés sous son autorité fonctionnelle.

Le plan de soins est un outil essentiel, au service de cette démarche qualité. Notamment, parce qu'il est utilisé dans la réalisation des GIR. Le calcul des GIR produit ensuite un Gir Moyen Pondéré (GMP) pour l'établissement. Le calcul de ce GMP est déterminant pour le Directeur d'établissement car c'est une base de négociation lors de la signature du CPOM. Le GMP est effectivement étudié pour déterminer les moyens nécessaires en aides-soignantes d'une structure, afin d'assurer la prise en charge du niveau de dépendance des résidents. Il est attendu de l'IDEC une bonne maîtrise et compréhension de ces mécanismes, et leur traduction auprès des équipes soignantes. Ainsi, un plan de soins convenablement utilisé et renseigné facilite l'élaboration des GIR. Mais également, le plan de soins est utilisé comme outil de communication auprès des familles. Le trinôme directeur / IDEC / médecin coordonnateur doit disposer d'informations complètes afin de délivrer les renseignements éventuellement attendus par les familles. Les échanges doivent être identiques auprès des familles, certes chacun dans son champ d'intervention, mais les informations structurant l'échange doivent s'appuyer sur un socle commun d'éléments, socle indispensable pour une communication sérieuse et fiable auprès des familles. C'est d'autant plus le cas, si la situation venait à se dégrader ou à entraîner une plainte.

✓ La notion de bientraitance

L'ANESM donne une définition large et non définitive de la bientraitance « *La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance* ». Cette définition est présentée autour de plusieurs concepts qui sont à la fois préparatoires et complémentaires de la notion de bientraitance. Il s'agit notamment de la notion de sollicitude, développée principalement par Paul Ricœur qui consiste à « *Adopter envers l'autre une attitude permettant de rétablir l'équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre. Incarnée dans un geste individuel, la sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre, là où il ne peut parvenir à réparer la différence de situations et l'écart de possibilités* »⁶.

L'ANESM retient plusieurs fondamentaux éthiques qui doivent enrichir la recherche collective de sens :

- Une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité.
- Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes.
- Une valorisation de l'expression de l'utilisateur.
- Un aller-retour permanent entre penser et agir.
- Une démarche continue d'adaptation à une situation donnée.

Les principes de cette démarche doivent animer l'action des soignants, sous l'impulsion de l'IDEC. C'est une posture de vigilance et d'attention qui doit être retenue. Le plan de soins peut et doit participer à créer ces conditions de bientraitance. Le plan de soins est issu du projet de vie individualisé, son contenu s'appuie sur les attentes de la personne âgée dans le respect de

⁶ ANESM La bientraitance, définitions et repères pour la mise en œuvre, 2008, p.12.

son histoire, de sa dignité, et de sa singularité. Si le plan de soins est suivi de manière aléatoire et variable, le risque est important de voir apparaître une situation de maltraitance.

✓ **Le projet de vie individualisé**

Le projet de vie individualisé définit les objectifs de l'accompagnement du résident et les prestations qui lui sont délivrées. En effet, conformément aux droits des usagers, mentionnés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles ainsi que dans la Charte de la Personne Accueillie⁷, les besoins et les aspirations des résidents sont recueillis dès l'admission.

Les différentes informations collectées concernent :

- Son histoire de vie,
- Ses goûts,
- Ses aspirations,
- Sa capacité d'adaptation,
- Son bilan médical, fonctionnel et psychique,
- Son évolution et ses souhaits au sein de l'établissement.

Ce recueil aboutira à l'élaboration d'objectifs, réfléchis avec le résident, ou son représentant légal ou familial, afin de construire ensemble un projet au sein de l'EHPAD. Il s'agit d'une démarche participative et collective afin de donner du sens à la vie de la personne accueillie, par contraste avec l'institution sanitaire dont le but est purement médical⁸.

⁷ La Charte des droits et libertés de la personne accueillies est parue dans l'annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles

⁸ *Géoscopie n°56 de Mai 2015*

Si l'on se réfère au décret n°2007-975 du 15 mai 2007⁹, sur le volet « projet de vie individualisé » il est précisé que la qualité de prise en charge d'un EHPAD repose sur le respect de la personne, de ses choix et de ses attentes, afin de conserver son autonomie sociale, physique et psychique. Il s'appuie sur un principe : la singularité de chacun, c'est-à-dire la personnalisation du soin permettant ainsi la reconnaissance de l'identité du résident. Nous retrouvons ici une pleine cohérence avec les principes fondateurs de la bientraitance.

Les soignants doivent privilégier le « prendre soin » et « l'accompagnement ». Le résident devient alors acteur de son parcours et non pas simplement objet de soins.

L'IDEC doit mettre en place une organisation capable de répondre à cette exigence, en toute transparence, aussi bien pour le résident et sa famille, que pour les soignants.

L'EHPAD formalise par écrit ses orientations et valeurs dans un projet d'établissement. Ce cadre posé délimite de fait les dispositions du projet personnalisé, une cohérence est nécessaire.

Le projet personnalisé constitue un avenant au contrat de séjour signé à l'entrée du résident. Il a donc une existence réglementaire forte et contraignante pour le personnel chargé de le décliner au quotidien.

✓ [Le plan de soins](#)

⁹ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il découle naturellement du PVI et est évolutif dans le temps, prenant en compte les modifications de l'état physique et psychologique du résident.

Cet outil centralise les soins et les relevés de surveillances au quotidien. Il est bien souvent informatisé, via l'utilisation d'un logiciel, et offre de nombreux critères de filtres (date, heures, spécialités, familles et sous-familles de soins, groupe de résidents, secteurs de travail...), permettant ainsi d'obtenir un plan de soins « sur mesure ». Il devient donc le support d'organisation et de suivi pour les soignants.

Afin d'assurer la traçabilité des soins réalisés, chaque soignant coche les soins effectués dans sa journée de travail sur le logiciel support, grâce à un code d'accès personnel.

De fait, le plan de soins est le garant de pratiques soignantes régulières et identiques dans le quotidien du résident, dans le plus strict respect des besoins et aspirations identifiées et répertoriées dans le PVI.

Ce plan de soins doit être mis à jour autant que nécessaire afin que la traçabilité soit en adéquation avec la réalité, les évolutions de l'état de santé du résident. Il est du rôle du soignant de porter un regard critique sur les soins qu'il attribue aux résidents, d'assurer cohérence et respect des attentes de la personne âgée avec les soins mis en œuvre.

2. - METHODOLOGIE

2.1. Choix des entretiens

Afin de collecter des données permettant de vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons choisi de travailler auprès des aides-soignantes, des AMP et des agents de soins non diplômés. En effet, en EHPAD ces différentes catégories socio-professionnelles réalisent des tâches presque similaires auprès des personnes accueillies et ainsi, utilisent ou doivent utiliser le plan de soins de la même manière. Nous n'avons pas rencontré de salariés ayant eu la formation d'A.E.S. (Accompagnant Educatif et Social), formation créée par un arrêté et décret du 29 janvier 2016.

S'agissant d'une recherche de type déductive résultant d'hypothèses, nous avons donc privilégié une méthode de recherche quantitative et objective.

Pour cela, il nous a paru plus opportun d'élaborer un questionnaire, distribué au sein de 8 EHPAD : 2 établissements associatifs à but non lucratif, 3 privés et 3 publics. Ces 8 établissements sont répartis dans les départements du Loiret, d'Indre-et-Loire, de Seine-et-Marne et de l'Essonne.

Nous avons déposé 10 questionnaires par établissement, soit 80 au total.

Pour chaque EHPAD, nous avons laissé un délai d'une semaine. L'objectif étant de maîtriser notre temps de travail, mais sans induire une pression pour les équipes et avec une objectivité maximale.

2.2. Elaboration de la grille des entretiens

Le questionnaire a été réalisé à partir du cadre contextuel décrit ci-dessus. Afin d'obtenir des données exploitables nous permettant de structurer notre recherche, nous avons construit notre plan de travail autour des 5 thèmes suivant :

- ✚ **Thème 1 :** Les consultations des plans de soins : à quel moment se font-elles, à quelle fréquence et avec quel type de support ?
- ✚ **Thème 2 :** L'organisation autour des plans de soins : son élaboration et ses changements (quels sont les salariés en charge de ce travail ? quelle est l'implication des soignants et de l'équipe en général ? Les formations sont-elles suffisantes ?)
- ✚ **Thème 3 :** Le respect des plans de soins et l'impact du non-respect.
- ✚ **Thème 4 :** L'appréciation de « l'outil » par les salariés.
- ✚ **Thème 5 :** Le type de l'échantillon interrogé et type d'EHPAD.

Ce document de recherche se compose de trois types de questions différentes :

- Des questions fermées à réponses uniques, permettant une rapidité et une simplicité du traitement

Exemple : Selon vous, le résident est-il pris en soins de la même façon par tous les soignants ?

OUI

NON

- Des questions à choix multiples, avec une réponse unique, permettant également une rapidité et une simplicité de traitement, avec une proposition de « fourchette » aidante pour le salarié questionné

Exemple : A quelle fréquence consultez-vous les plans de soins ?

Tous les jours 1 à 2 fois/semaine 1 à 2 fois/mois Jamais

- Des questions à choix multiples, à réponses multiples, facilitant la collecte et la richesse de l'information

Exemple : S'il y a des divergences de prise en charge, cela entraîne-t-il des répercussions :

Sur l'équipe : divergence de points de vue

Sur le résident : impact sur le comportement (agressivité, repli sur soi...)

Sur la famille : mécontentement de prise en charge...

Non, pas de répercussion

2.3. Réalisation des entretiens

Lors de la distribution de ces questionnaires, chacun d'entre nous a rencontré les équipes sur le terrain afin d'expliquer le sujet de notre travail de recherche et d'avoir un échange avec les soignants.

Nous avons insisté sur l'anonymat de ces questionnaires et l'absence de jugement de valeur de notre part. L'intérêt était de répondre avec franchise, afin d'exploiter au mieux nos hypothèses. Chaque équipe nous a accueilli chaleureusement et avec intérêt. Nous avons pu avoir un réel moment de partage.

Pendant ces différentes rencontres, nous avons perçu rapidement le dilemme assez habituel malheureusement chez les soignants : un tiraillement permanent entre valeurs professionnelles fortes et charge de travail pragmatique à assumer. Au-delà de la simple distribution des documents, les échanges ont été riches. Certains, spontanément, nous ont parlé de leurs difficultés à utiliser cet outil au quotidien ; d'autres ont affirmé que les plans de soins étaient indispensables pour eux. Nous avons également pu remarquer qu'un certain nombre de soignants ne semblaient pas concernés par ce sujet.

C'est bien l'ensemble de ces réactions que nous souhaitons exploiter...

Les questionnaires ont donc été laissés dans chaque EHPAD, une semaine.

2.4. Recueil des données

Nous avons eu le retour de 57 questionnaires. Après lecture, 7 d'entre eux n'étaient pas exploitables, car incomplets ou incohérents.

Nous sommes donc partis sur la base de 50 documents répartis comme suit : 16 concernant les établissements associatifs, 17 les structures publiques et 17 pour le secteur privé. Ce qui finalement offrait un panel relativement équilibré.

Dans le but d'optimiser notre recherche de travail, notre réflexion commune a abouti à nous concentrer et à analyser les données suivantes :

- Combien de soignants consultent tous les jours les plans de soins ?
- Dans ce panel, combien les consultent idéalement, c'est-à-dire avant de prendre les résidents en soins ?

- Combien de soignants avouent ne pas toujours respecter les plans de soins, et pour quels motifs ?

- Existe-t-il un lien entre l'expérience et/ou l'ancienneté des soignants et le respect des plans de soins ?

- Comment les soignants jugent-ils cet outil de travail ?

- Les soignants se sentent-ils en manque de formation par rapport à ce support de travail ?

Chacune de ces analyses a pour but de nous situer dans notre mission de coordinateur. Il s'agit bien là pour nous, de donner un sens à notre rôle de manager sur le terrain en identifiant les faiblesses de notre organisation. Avec pour objectif final : corriger ces faiblesses, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins autour du résident.

Afin d'obtenir une visualisation lisible et compréhensible du dépouillement des questionnaires, nous avons transcrit les valeurs obtenues sous forme de tableaux ou graphiques.

3. – RESULTATS

3.1. Profil des personnes interrogées

La cible des profils interrogés était le personnel, diplômé ou non, travaillant au soin. La sélection des questionnaires retenus s'est faite sur 50 personnes comme expliqué précédemment.

✓ Poste occupé

Aide-soignante : 56%

Agent de soins non diplômé : 24%

Aide-médico psychologique : 20%

✓ Ancienneté

Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 5 à 10 ans	Plus de 10 ans
8 %	22 %	24 %	46 %

✓ Répartition des personnes interrogées par type d'EHPAD

Privé	Public	Associative
34 %	34 %	32 %

3.2. Type d'EHPAD

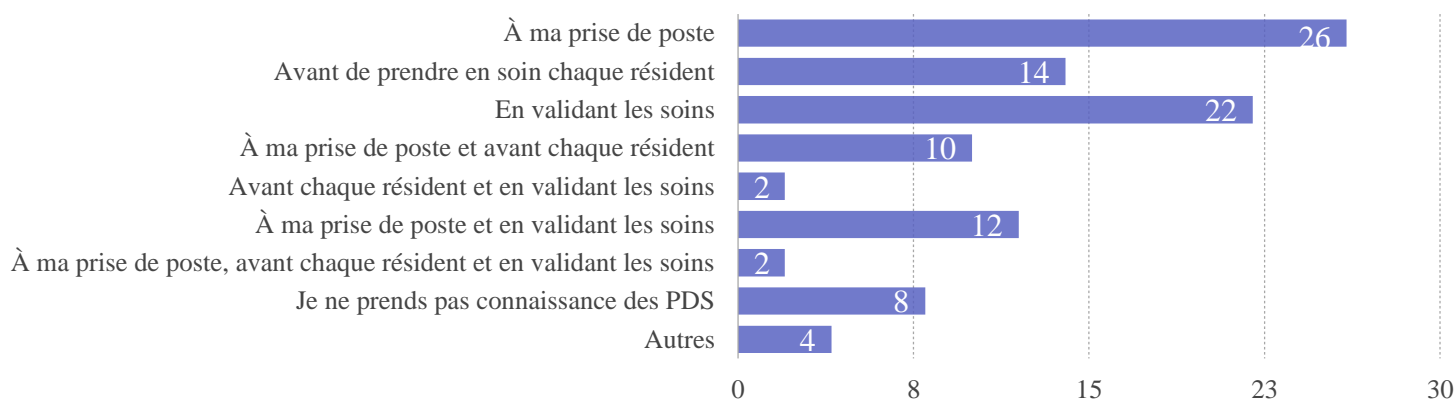
Le nombre d'EHPAD sollicités pour le questionnaire est de 8 au total répartis comme suit :

Privé	Public	Associative
3	3	2

3.3. Résultats des entretiens (exprimés en pourcentage)

1) A quel moment consultez-vous les plans de soins ?

À ma prise de poste	26
Avant de prendre en soin chaque résident	14
En validant les soins	22
À ma prise de poste et avant chaque résident	10
Avant chaque résident et en validant les soins	2
À ma prise de poste et en validant les soins	12
À ma prise de poste et avant chaque résident et en validant les soins	2
Je ne prends pas connaissance des PDS	8
Autres	4

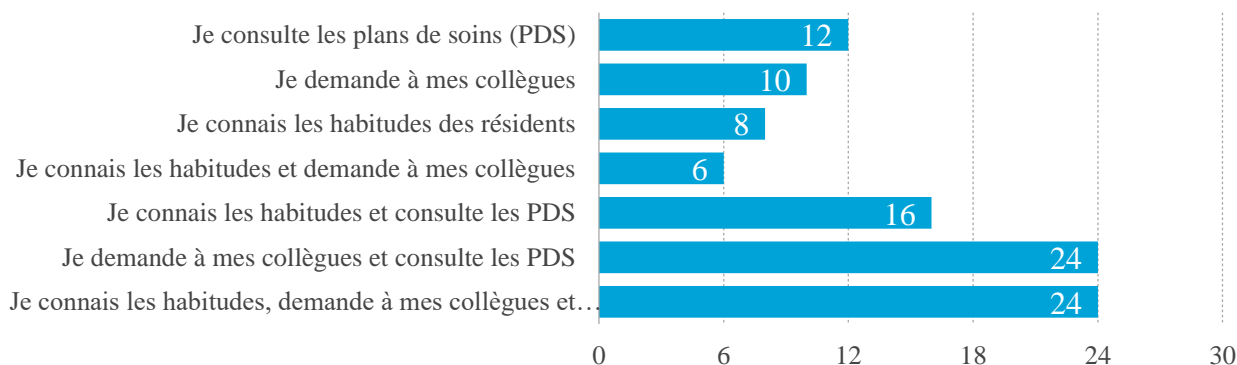


2) Comment prenez-vous connaissance des soins à apporter à chaque résident ?

On considère que 76% des soignants consultent les plans de soins dans leur journée de travail mais seulement 12% d'entre eux s'appuient uniquement sur cet outil.

10% se fient à leurs collègues et 8% disent connaître les habitudes des résidents.

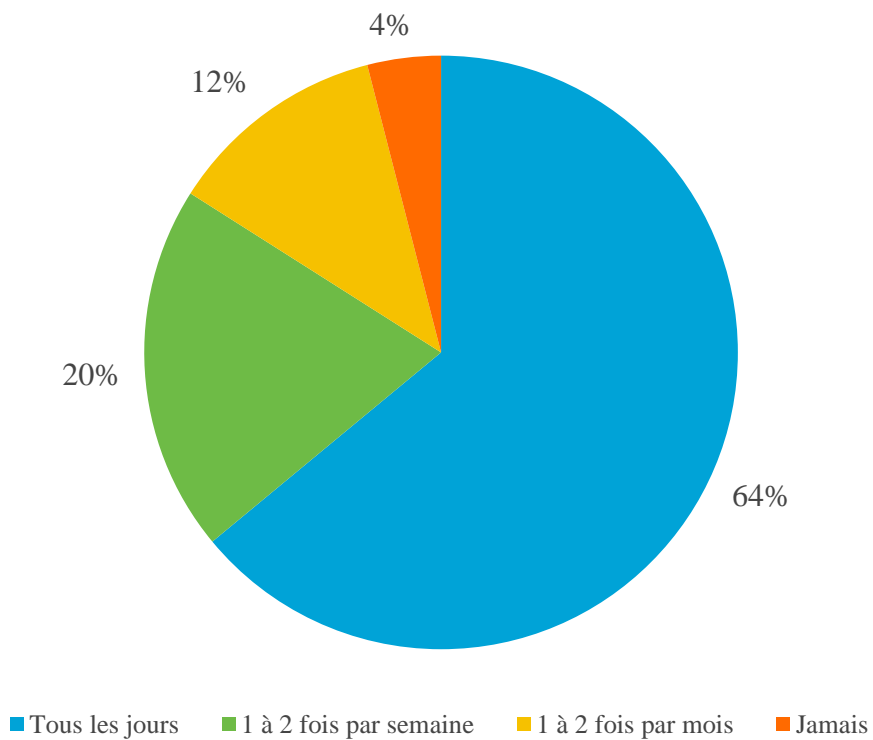
Je consulte les plans de soins (PDS)	12
Je demande à mes collègues	10
Je connais les habitudes des résidents	8
Je connais les habitudes et demande à mes collègues	6
Je connais les habitudes et consulte les PDS	16
Je demande à mes collègues et consulte les PDS	24
Je connais les habitudes, demande à mes collègues et consulte les PDS	24



3) A quelle fréquence sont consultés les plans de soins ?

64% des soignants consultent les plans de soins quotidiennement, et jamais pour 4%

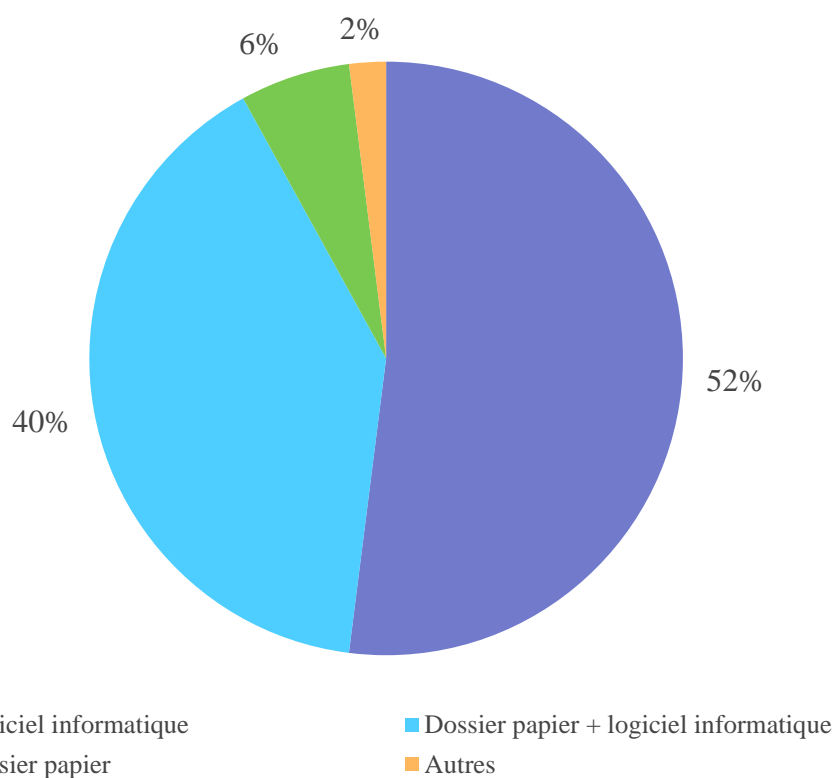
FREQUENCE	RESULTATS
Tous les jours	64
1 à 2 fois par semaine	20
1 à 2 fois par mois	12
Jamais	4



4) Dans votre établissement, quel est le support du plan de soins personnalisé ?

Une majorité (52 %) utilise un logiciel informatique. 40 % ont un support mixte papier et informatique. Seulement 6 % n'utilisent que le support papier.

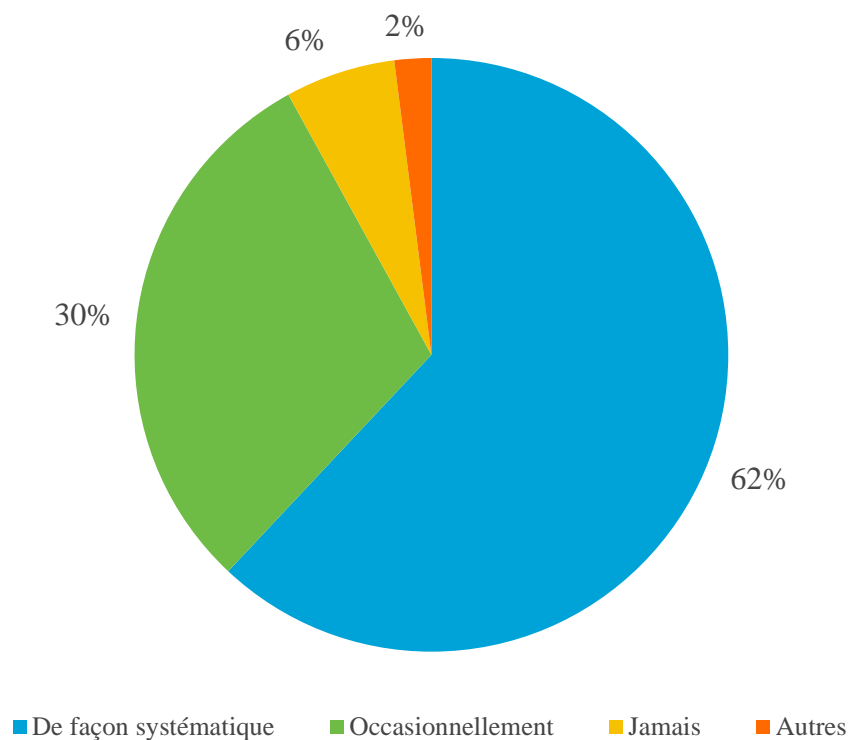
TYPES DE SUPPORTS	RESULTATS
Logiciel informatique	52
Dossier papier + logiciel informatique	40
Dossier papier	6
Autres	2



5) L'équipe aide-soignante participe-t-elle à l'élaboration de chaque plan de soins ?

62 % des soignants participent de façon systématique à l'élaboration des plans de soin. 30% le font occasionnellement. 6 % ne participent jamais.

PARTICIPATION DES SOIGNANTS	RESULTATS
De façon systématique	62
Occasionnellement	30
Jamais	6
Autres	2

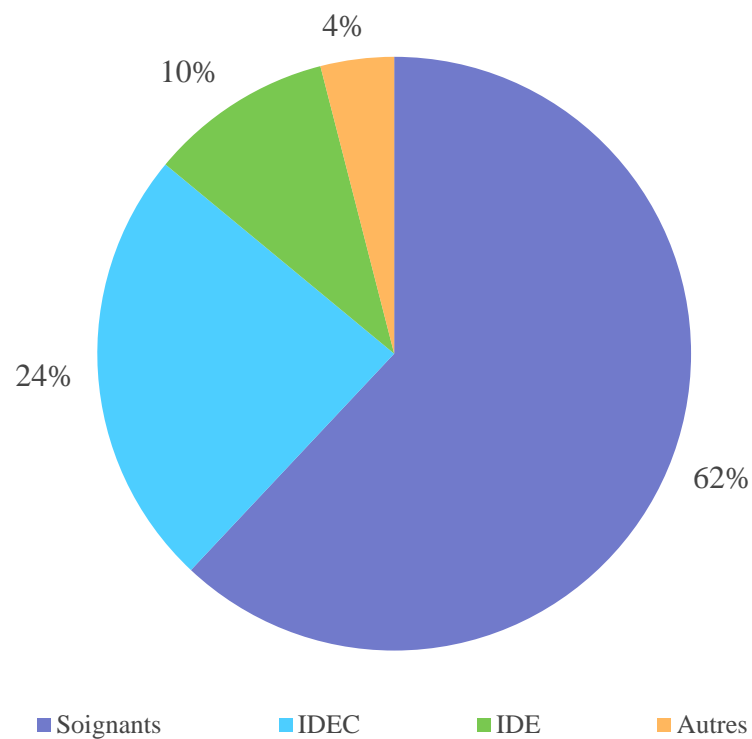


6) Si besoin, qui modifie le plan de soins ?

Les soignants modifient directement pour 62 % d'entre eux le plan de soins. L'IDEC intervient dans 24% des cas et l'IDE dans 10% des cas.

7) Dans le cas où vous modifiez vous-même le plan de soins, vous jugez-vous :

MODIFICATIONS DU PDS	RESULTATS
Soignants	62
IDEC	24
IDE	10
Autres	4

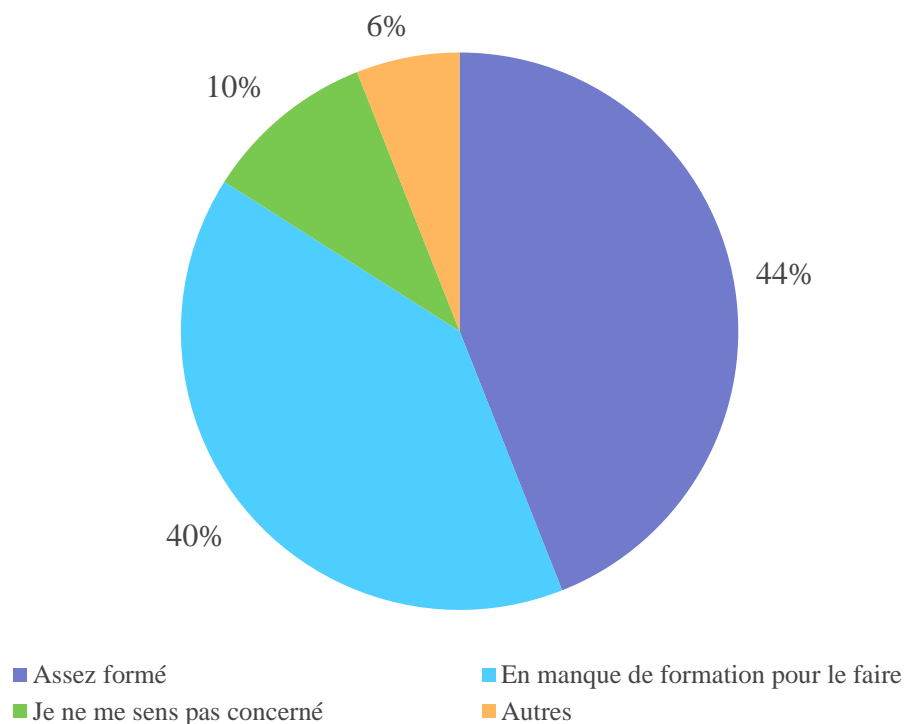


44 % des soignants se sentent assez formés pour modifier les plans de soins. 40 % sont en manque de formation et 10 % ne se sentent pas concernés.

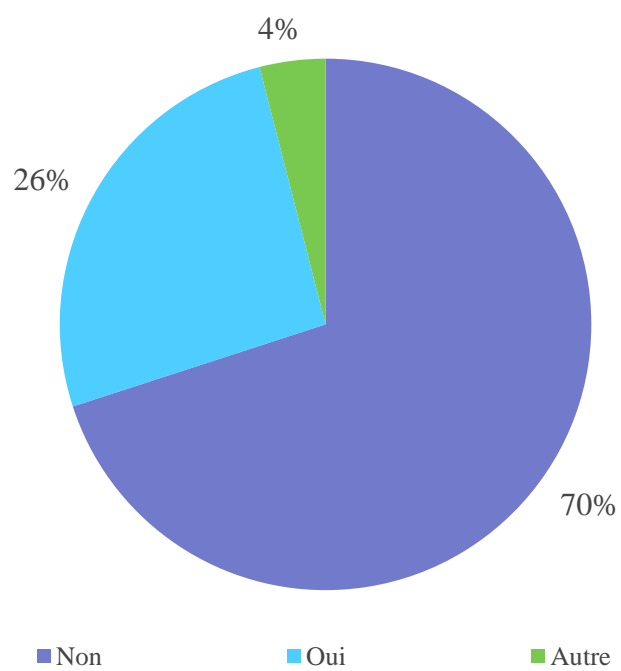
8) Selon vous le résident est-t-il pris en soin de la même façon par tous les

Non		70
Oui	Ressenti	26
Autres	Assez formé	4 44
	En manque de formation pour le faire	40
	Je ne me sens pas concerné	10
	Autres	6

soignants?



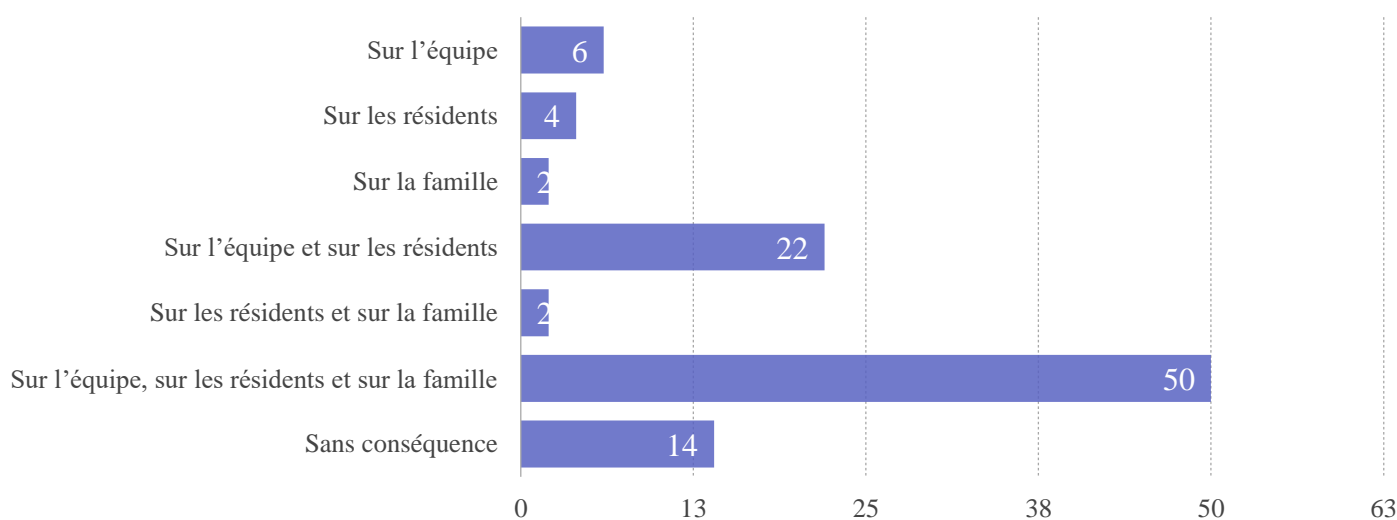
70 % des soignants pensent que les résidents ne sont pas pris en soins de la même façon.



9) S'il y a des différences de prise en charge, cela entraîne-t-il des répercussions ?

Pour 50 % des soignants il y a des répercussions à la fois sur le résident, sur la famille et sur l'équipe. Seulement 14 % pensent qu'il n'y a pas de répercussion.

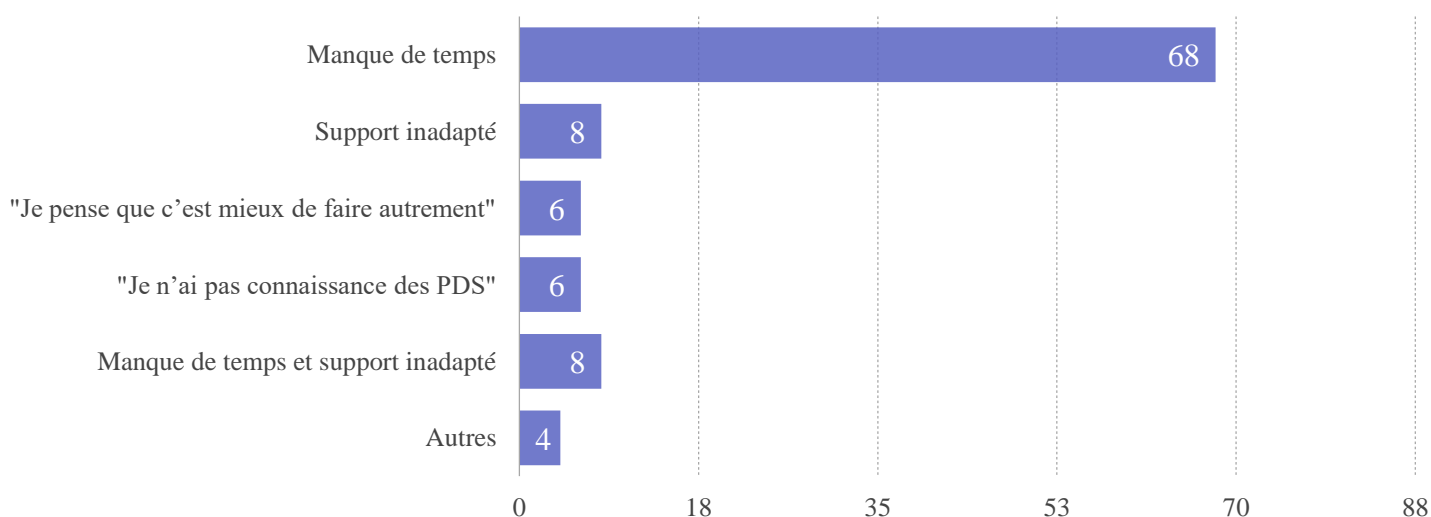
REPERCUSSIONS	RESULTATS
Sur l'équipe	6
Sur les résidents	4
Sur la famille	2
Sur l'équipe et sur les résidents	22
Sur les résidents et sur la famille	2
Sur l'équipe, sur les résidents et sur la famille	50
Sans conséquence	14



10) Si vous ne respectez pas un plan de soins personnalisé, quelle en est la raison ?

Si le plan de soins n'est pas respecté, c'est pour 68 % par manque de temps. 8 % ne le respecte pas à cause d'un support inadapté et 6% juge que c'est mieux de faire autrement.

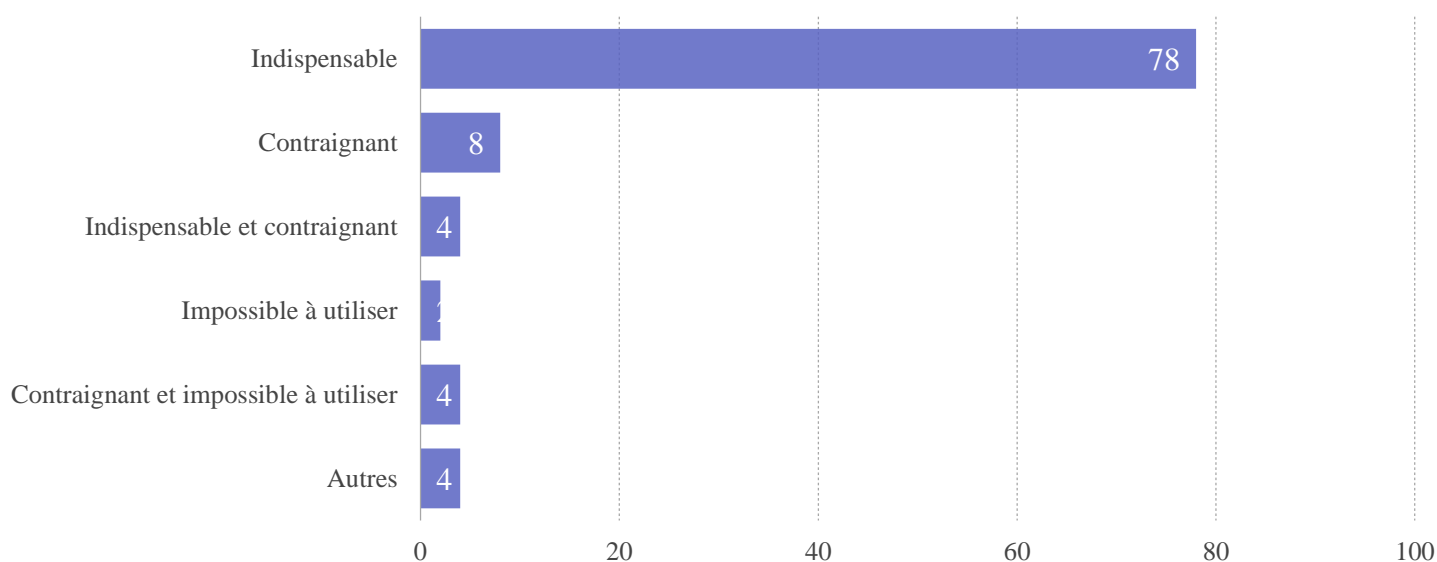
RAISONS DU NON-RESPECT	RESULTATS
Manque de temps	68
Support inadapté	8
"Je pense que c'est mieux de faire autrement"	6
"Je n'ai pas connaissance des PDS"	6
Manque de temps et support inadapté	8
Autres	4



11) Pour vous, le plan de soins en tant qu'outil est :

78 % pensent que le plan de soins est un outil indispensable au quotidien. 8 % trouvent qu'il est contraignant de le consulter et 4% à la fois contraignant et impossible à utiliser.

JUGEMENT DE L'OUTIL	RESULTATS
Indispensable	78
Contraignant	8
Indispensable et contraignant	4
Impossible à utiliser	2
Contraignant et impossible à utiliser	4
Autres	4



3.4. Limite des questionnaires

Lors du dépouillement des questionnaires, nous avons constaté l'incohérence de 7 d'entre eux, totalement inexploitable.

Cela nous a interpellé sur le fait que, même la lecture d'un simple document comme celui-ci, pouvait poser problème à certains.

Ainsi, même dans les 50 questionnaires restants, quelques soignants ont parfois rajouté des commentaires personnels sans cocher de case. Ne pouvant rentrer dans nos statistiques de réponses, nous avons été contraints de rajouter un item « autres », qui finalement ne correspond à rien.

En tant qu'IDEC, nous nous rendons ici bien compte des difficultés à faire passer une information simple, claire, et qui soit comprise par tous. Ce qui explique les difficultés parfois rencontrées quant à la compréhension des transmissions au quotidien.

De plus, lors de notre réflexion initiale, nous souhaitions faire un lien entre l'expérience et/ou l'ancienneté des soignants par rapport au respect des plans de soins. Après analyse des résultats, il ne nous est malheureusement pas possible de tirer une conclusion sur ce point.

Les 10 soignants utilisant le plan de soins de façon idéale (soit tous les jours et avant de prendre en soins chaque résident), sont tous diplômés : 8 sont aides-soignants et 2 AMP. 4 d'entre eux travaillent dans le secteur public, 4 en milieu associatif et 2 en privé. Il ne semble pas possible d'en tirer une conclusion puisque les AS sont représentés massivement à 56% dans notre panel, contre 24% pour les non-diplômés.

Nous regrettons de ne pouvoir faire ce lien.

Le panel des soignants questionnés est très vraisemblablement trop peu important pour être représentatif.

4. – ANALYSE ET PRECONISATIONS

L'analyse, présentée dans la partie précédente, révèle une hétérogénéité des pratiques qui questionne sur la qualité de l'accompagnement des personnes âgées au sein des EHPAD. Ce questionnaire interroge de fait également, les missions et le positionnement de l'IDEC.

4.1. Une utilisation du logiciel de soins insuffisante : Frein culturel à lever et sens à communiquer aux équipes

76 % des soignants consultent les plans de soins quotidiennement. 26 % le font à leur prise de poste et seulement 14% juste avant de prendre les résidents en soins. Les soignants se renseignent directement auprès de leurs collègues dans 10% des cas, avec le risque majeur de déperdition d'informations ou s'appuient sur leurs connaissances des résidents. Cette posture ne permet pas de tenir compte des évolutions et modifications éventuelles du plan de soins. Ce qui entraîne nécessairement, dans le quotidien, des prises en soins différentes pour la personne âgée. A cela s'ajoute que 40 % des soignants ne se sentent pas assez formés pour modifier le plan de soins, le logiciel perd alors de son intérêt, car c'est un outil de travail évolutif. Nous faisons donc l'analyse que le changement culturel (passage des informations relatives au résident de « l'écriture papier » à l'utilisation de l'outil informatique) est toujours en cours et ne s'est pas déployé de manière homogène.

Nous constatons que le plan de soins n'est pas un outil de travail complètement intégré et maîtrisé par les équipes. L'IDEC a pourtant tendance à penser que c'est le cas pour tous ... Ce qui peut créer une distorsion entre les informations qu'il communique aux équipes et la manière

dont elles sont reçues ou perçues par les équipes. Le rôle de l'IDEC est alors d'identifier les personnes les plus en difficulté pour proposer un accompagnement individualisé afin de permettre au soignant de franchir les derniers obstacles pour être à l'aise. Cet accompagnement doit être bienveillant, une aide-soignante de 20 ans et une aide-soignante de 50 ans ne peuvent pas présenter les mêmes aptitudes à la manipulation de l'outil informatique. Un tutorat peut également permettre entre collègues de dépasser les obstacles identifiés, mais il est alors de la responsabilité de l'IDEC de créer les conditions de ce tutorat (temps identifié et dédié au sein de la journée de travail notamment). Si l'option d'un tutorat est retenue, cette organisation devra être validée par la direction.

L'enjeu managérial pour l'IDEC est ici, d'une part de permettre à chaque soignant d'être en mesure d'utiliser naturellement l'outil informatique mais également de communiquer plus largement sur l'intérêt de l'utilisation du logiciel. En effet, un pourcentage non négligeable de soignants ne se sent pas concerné par le plan de soins (10%) ou n'utilise jamais le logiciel.

Cette communication doit s'appuyer sur les exigences désormais attendues en matière de sécurité et qualité des soins, mais également les attentes de la direction dans un contexte de nécessaire transparence vis-à-vis des familles. Il s'agit de rendre lisible pour les soignants un contexte global, afin de prendre de la hauteur. Nous constatons dans notre quotidien, même si ce point n'a pas été soulevé lors du questionnaire, que certains soignants peuvent avoir l'impression que le plan de soins est un simple outil de contrôle de leur travail. C'est bien un outil de contrôle mais « au service » de la traçabilité. Cette traçabilité permet de s'assurer du respect des droits de l'utilisateur. C'est particulièrement le cas pour des personnes âgées dont les capacités cognitives sont altérées. Cette traçabilité permet en effet, de s'assurer que les dispositions du PVI, construit avec les familles et l'ensemble des professionnels, sont

respectées. La traçabilité permet de construire le suivi, mais également de constituer un historique de l'accompagnement. Historique qui peut être sollicité lors d'un questionnaire d'équipes, pour répondre aux demandent des proches ou encore lors d'une plainte pouvant entrainer une enquête, conduite par l'ARS. Sur ces enjeux liés à la traçabilité, la direction peut également être sollicitée afin de poser le cadre réglementaire, de le contextualiser dans la démarche qualité. Il s'agit également d'un devoir pour le soignant en termes de responsabilité, on ne peut plus se satisfaire d'un « je l'ai fait » il faut pouvoir le prouver. Ainsi, de ce point de vue, l'utilisation rigoureuse du plan de soins est plutôt un outil qui permet de protéger le travail du soignant, en permettant la traçabilité des actes réalisés.

Les équipes doivent appréhender et intégrer l'ensemble de ces champs. Une communication bienveillante et présentant le contexte globalement, en l'inscrivant dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est indispensable. L'IDEC devra s'assurer que le plan de soins fait sens pour les équipes, dans toutes ses utilisations.

OBJECTIFS

- ✚ Communiquer sur l'intérêt de l'utilisation des plans de soins afin de lui donner du sens, de favoriser la cohésion d'équipe et de le replacer dans un contexte de « démarche qualité » et de sécurité des soins, avec le soutien de la direction
- ✚ Mettre en place un accompagnement informatique adapté à chaque soignant, conduit par l'IDEC lui-même ou par un tuteur identifié

4.2. Le plan de soins : un outil à valoriser pour harmoniser les pratiques

Historiquement les soignants ont construit une identité professionnelle basée sur leurs expériences, leur vécu avec l'intégration ou le rejet aléatoire de certains modèles. La

valorisation de l'expérience, plus encore que dans d'autres secteurs, a été longtemps survalorisée au détriment de pratiques consensuelles, homogènes et clairement identifiables. Les jeunes professionnels, à l'hôpital ou en EHPAD sont bien souvent cantonnés dans des postures d'observateurs ou de simples exécutant de tâches perçues comme ingrates par les soignants disposant « d'expérience ». Cette construction est encore bien présente au sein des EHPAD, car historiquement les personnes âgées et grabataires étaient accompagnées par des religieuses au sein des hospices. Ce système a perduré longtemps. Il en résulte souvent une mosaïque de pratiques professionnelles, qui sont au mieux complémentaires, au pire contradictoires. Aujourd'hui, les obligations réglementaires (Projet d'établissement, démarche qualité, contrat de séjour et PVI, évaluation interne et externe, CPOM ...), ainsi que les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM, incitent fortement les équipes à travailler en s'appuyant sur des consensus, des procédures et des protocoles. Si chacun continue « à faire selon son habitude », il existe des risques avérés pour les personnes accompagnées. Cette situation peut également entraîner, par une absence de continuité du travail, des insatisfactions pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel chez certains soignants.

Quand, dans le questionnaire analysé, il ressort que 70 % des soignants interrogés pensent que les résidents ne sont pas pris en soins de la même façon et que 68 % ne respectent pas l'application des plans de soins par manque de temps, nous constatons que le travail à réaliser, en tant qu'encadrant est important.

L'utilisation pleinement déployée du plan de soins peut alors devenir un levier pour tendre vers l'harmonisation des pratiques attendues, par les pouvoirs publics et les autorités de tarification (ARS et CD), par la direction mais aussi par les résidents et leurs familles.

La direction peut également intervenir pour soutenir les IDEC dans cette mission, en resituant les contraintes réglementaires et en donnant du sens au projet d'établissement, afin que chaque soignant puisse appréhender les différents enjeux que soulèvent l'harmonisation des pratiques.

OBJECTIFS

- ✚ Se saisir du plan de soins pour favoriser l'harmonisation des pratiques, préalable indispensable d'un accompagnement respectant la démarche de bientraitance

4.3. Un intérêt identifié pour le plan de soins, un levier managérial à investir

Nous avons pu observer que 78 % des soignants interrogés jugent le plan de soin indispensable.

Nous pouvons donc en déduire que même ceux qui ne peuvent pas ou n'arrivent pas à l'utiliser ne remettent pas forcément en cause son utilité.

Par ailleurs, nous constatons une disparité concernant le professionnel autorisé à modifier le plan de soins, en effet, dans 24 % des cas, seule l'IDEC est chargé des modifications à effectuer.

Pour les autres situations, les IDE ou les aides-soignantes le modifient directement sans consultation apparente de l'IDEC. Les soignants sont donc amenés quotidiennement à une réflexion sur la prise en charge des résidents. Mais paradoxalement, les soignants se disent en difficultés, ou manque de formation pour le faire, pour 40% d'entre eux. Ces disparités de fonctionnement interrogent.

Il est important de clarifier auprès des équipes la procédure à appliquer.

L'équilibrage peut être délicat, car il est attendu au quotidien des soignants, qu'ils puissent disposer d'une marge d'adaptation au plan de soins initialement rédigé. Cet espace de responsabilité, de flexibilité au regard des attentes du résident à un moment particulier doit être encouragé. En effet, prenons l'exemple d'une personne relativement autonome, il est bien du respect de sa liberté de choix que de lui permettre de faire « un changement de programme », si sa douche est prévue le vendredi par exemple et qu'il ne souhaite pas se doucher ce jour-là, le soignant doit adapter son accompagnement, dans une posture bienveillante et d'écoute. Cette adaptation doit être également tracée. En effet, le changement doit être explicité, en

l'occurrence il s'agit de respecter le choix du résident, et cela doit être mis en œuvre dès que les contraintes organisationnelles le permettent.

En revanche les modifications pérennes au plan de soins ne doivent être engagées qu'après accord de l'IDEC, qui doit éventuellement, s'il a un questionnement technique fort, se diriger à tour son vers le médecin coordonnateur de l'établissement. La collégialité des prises de décision est alors indispensable à tous les niveaux. Il nous apparaît donc tout à fait souhaitable, que seul l'IDEC soit habilité à modifier le plan de soins en concertation avec l'équipe et éventuellement avec le médecin coordonnateur. Selon Michel FOUURIAT, « *il n'y a pas de co-construction sans participation ...la notion de co-construction revient donc à expliquer quel degré et quelle forme d'implication ou d'engagement des acteurs parties prenantes correspondent aux différents concepts* »¹⁰.

Le temps des transmissions est un moment opportun pour évoquer les éventuelles modifications du plan de soins. En effet, lorsque le médecin coordonnateur et la psychologue y assistent, cela permet d'enrichir la réflexion et d'aboutir à des propositions co-construites, pluridisciplinaires. Ce temps d'évaluation des plans de soins, est également l'opportunité pour l'IDEC de prendre le temps d'écouter pleinement les équipes. Ce travail de proximité auprès des équipes, de partenariat avec les autres professionnels, et notamment le médecin coordonnateur, peut permettre à l'IDEC de réinterroger son positionnement. L'IDEC est souvent absorbé par un quotidien contraignant, peu maîtrisé : entre problèmes techniques (matériels, logistiques), organisationnels (conflits d'équipe, gestion des plannings), tiraillé entre injonctions réglementaires ou de la direction et, réalité de terrain ... un contexte qui souvent l'éloigne de ces temps posés, d'écoute et de réflexion avec les équipes.

L'évaluation des plans de soins, si elle s'inscrit dans un temps pleinement identifié, est alors l'occasion de prendre ce temps, auprès des soignants.

¹⁰ Michel Foudriat « La co-construction : une alternative managériale » p.29 Presse de l'EHESP - 2016

OBJECTIFS

- ✚ Clarifier la marge de manœuvre des soignants dans le quotidien, par le biais éventuel d'une procédure
- ✚ Co-construire l'évaluation des plans de soins pour permettre à L'IDEC de faire évoluer son positionnement auprès des équipes, dans un temps dédié d'écoute et d'attention

CONCLUSION

De nombreux changements impactent le champ des personnes âgées ces dernières années, la multiplication des contraintes et injonctions sources de tensions (rationalisation budgétaires, démarches d'évaluation, évolutions législatives portant notamment sur la place des usagers) impactent fortement les EHPAD. Les cadres intermédiaires, dont font partie les IDEC, se retrouvent traversés par ces changements importants et multiples : « *la complexité a percuté le secteur et ses acteurs avec des effets tant structurels qu'organisationnels* »¹¹ . Ainsi, les conditions d'exercice et de positionnement des IDEC évoluent.

Le travail réalisé pour ce mémoire, autour de notre réflexion sur l'utilisation du plan de soins en EHPAD, nous a permis notamment de questionner ce positionnement, d'interroger le champ de responsabilité de chacun et de prendre de la hauteur sur nos missions.

Le plan de soins peut être perçu comme un simple outil de travail mais dès lors que l'effort de contextualisation est réalisé, il cesse d'être uniquement un relevé d'informations quotidien pour devenir un moyen d'harmonisation des pratiques, et un dispositif clé dans une démarche

¹¹ M. DELALOY, doctorante en sociologie Université Paris-Est-Créteil, dans « *Il n'y a pas de profil type du chef de service* » Direction(s), n° 122, juillet-août 2014, p. 19.

d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. C'est ce sens plus large qu'il convient de transmettre aux équipes soignantes.

L'implication de la direction et du médecin coordonnateur sont des appuis précieux pour transmettre du sens, favoriser la cohésion d'équipe en posant un cadre bien identifié par chacun, en l'occurrence celui de l'obligation de consulter et renseigner les plans de soins. Le cadre posé offrira alors un espace d'échange constructif avec les équipes, pour évaluer les plans de soins, dans l'intérêt du résident, pour un accompagnement digne et respectueux de la personne âgée.

GLOSSAIRE

AES	: Accompagnant Educatif et Social
AMP	: Aide Médico-Psychologique
ANESM	: Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	: Agence Régionale de Santé
CD	: Conseil Départemental
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DRESS	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GIR	: Groupe Iso Ressource
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EHPA	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
IDEC	: Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
PVI	: Projet de Vie Individualisé

BIBLIOGRAPHIE

Note 1 : Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Note 2 : DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête paru dans « Etudes et Résultats » n°1015 de Juillet 2017.

Note 3 : CEDAFT : Coopérative s'intéressant aux questions qui touchent aux conditions de travail et à la santé, aux métiers et à ceux qui les exercent.

Note 4 : ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, 2008.

Note 5 : ANESM La bientraitance, définitions et repères pour la mise en œuvre, 2008, p.12.

Note 6 : La Charte des droits et libertés de la personne accueillies est parue dans l'annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Note 7 : Géroscopie n° 56 de Mai 2015.

Note 8 : Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Note 9 : ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La qualité de vie en EHPAD Volet 1, 2010 / Volet 2, 2011 / Volet 3, 2011 / Volet 4, 2012.

Note 10 : Michel FOU BRIAT « La co-construction : une alternative managériale » p.29 Presse de l'EHESP – 2016.

Note 11 : M. DELALOY, doctorante en sociologie Université Paris-Est-Créteil, dans « Il n'y a pas de profil type du chef de service » Entretien avec M. FOU BRIAT. Direction(s), n° 122, juillet-août 2014, p. 19.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE CREE DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE POUR L'OBTENTION D'UN DIPLOME UNIVERSITAIRE D'INFIRMIER(ERE) COORDINATEUR(TRICE) EN EHPAD ET EN SSIAD.

A DESTINATION DES AIDES-SOIGNANTS(ES) ET AGENTS DE SOINS EN EHPAD, AFIN DE VISUALISER L'UTILISATION, L'UTILITE ET L'IMPACT DES PLANS DE SOINS PERSONNALISES. VOUS POUVEZ COCHER UNE OU PLUSIEURS CASES.

1) COMMENT PRENEZ-VOUS CONNAISSANCES DES SOINS A APPORTER A CHAQUE RESIDENT ?

- Je connais les habitudes de chaque résident*
- Je demande à mes collègues*
- Je consulte les plans de soins*

2) A QUEL MOMENT CONSULTEZ-VOUS LES PLANS DE SOINS ?

- À ma prise de poste*
- Avant de prendre en soins chaque résident*
- En validant les soins*
- Je ne prends pas connaissance des plans de soins*

3) À QUELLE FREQUENCE ?

- Tous les jours*
- 1 à 2 fois par semaine*
- 1 à 2 fois par mois*
- Jamais*

4) DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, QUEL EST LE SUPPORT DU PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ ?

- Dossier papier*
- Logiciel informatique*
- Dossier papier + Logiciel*

5) L'EQUIPE AIDE-SOIGNANTE PARTICIPE-T-ELLE A L'ELABORATION DE CHAQUE PLAN DE SOINS ?

- De façon systématique*
- Occasionnellement*
- Jamais*

6) SI BESOIN, QUI MODIFIE LE PLAN DE SOINS ?

- Le soignant qui alerte sur la nécessité d'une modification*
- L'IDE*
- L'IDEC*

7) DANS LE CAS OU C'EST A VOUS DE MODIFIER LE PLAN DE SOINS, VOUS SENTEZ VOUS :

- Assez formé(e)*
- En manque de formation pour le faire*
- Je ne me sens pas concerné(e)*

8) SELON VOUS LE RESIDENT EST-T-IL PRIS EN SOIN DE LA MEME FAÇON PAR TOUS LES SOIGNANTS ?

- Oui*
- Non*

9) S'IL Y A DES DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE, CELA ENTRAINE-T-IL DES REPERCUSSIONS

- Sur l'équipe : Divergence de point de vue*
- Sur le résident : Impact sur le comportement (agressivité, repli sur soi...)*
- Sur la famille : mécontentement de prise en charge ...*
- Pas de répercussion*

10) SI VOUS NE RESPECTEZ PAS UN PLAN DE SOINS PERSONNALISES, QUELLE EN EST LA RAISON ?

- Manque de temps (surcharge de travail)*
- Support inadapté*
- Je pense que c'est mieux de faire autrement*
- Je ne respecte pas les plans de soins car je n'en n'ai pas connaissance*

11) POUR VOUS, LE PLAN DE SOINS EN TANT QU'OUTIL EST :

- Indispensable au quotidien*
- Contraignant à consulter*
- Impossible à utiliser*

12) QUEL POSTE OCCUPEZ-VOUS ?

- Aide-soignante*
- Agent de soins non diplômé*
- Aide médico-psychologique*

13) DEPUIS COMBIEN DE TEMPS EXERCEZ-VOUS CE METIER ?

- Moins de 1an*

- De 1 à 5ans*
- De 5 à 10 ans*
- Plus de 10 ans*

14) L'ETABLISSEMENT DANS LEQUEL VOUS TRAVAILLEZ EST UN EHPAD

:

- Privé*
- Public*
- Associatif à but non lucratif*

15) QUELLE EST VOTRE ANCIENNETE DANS L'ETABLISSEMENT ?

- Moins de 1an*
- De 1 à 5ans*
- De 5 à 10ans*
- Plus de 10ans*

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

ANNEXE 2 :

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

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

Article 1^{er}

Principe de non-discrimination

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

Article 2

Droits à une prise en charge ou un accompagnement adapté

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

Article 3

Droits à l'information

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

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

Article 4

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

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

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

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

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

Article 5

Droit à la renonciation

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

Article 6

Droits au respect des liens familiaux

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

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

Article 7

Droit à la protection

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

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

Article 8

Droit à la l'autonomie

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

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

Article 9

Principe de prévention et de soutien

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

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

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

Article 10

Droits à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

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

ANNEXE 3 :

GRILLE AGGIR

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Date de l'évaluation

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemment C = Correctement		Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H	Code			
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, CB, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B Orientation : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, CB, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B Toilette : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC = C ; Autres = B Habillage : <ul style="list-style-type: none"> AAA = A ; CCC = C ; Autres = B. Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, BC, CB = C ; Autres = B Élimination : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, BC, CB, AC, CA = C ; Autres = B
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

RESUMÉ

Dans un contexte global de vieillissement de la population, les personnes âgées entrent en EHPAD de plus en plus tard et leur accompagnement se complexifie. Les autorités compétentes incitent les établissements, par les différentes évaluations réglementaires, à une traçabilité renforcée. Ainsi, certains outils sont indispensables, le plan de soins en fait partie. Nous avons souhaité nous interroger sur sa mise en œuvre et son utilisation dans différents EHPAD. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire à destination des utilisateurs directs du plan de soins : les soignants. Les conclusions et l'analyse de cette enquête, réalisée auprès de 50 soignants, révèlent une grande diversité d'usage de cet outil et souligne le manque d'harmonisation des pratiques professionnelles des soignants et ne sont pas sans risque pour la personne âgée accompagnée. Le rôle managérial de l'IDEC est alors déterminant, non seulement pour accompagner les professionnels présentant des difficultés à l'utilisation du logiciel de soins, mais également pour donner du sens à l'équipe dans son intégralité et clarifier les objectifs du plan de soins.

SUMMARY

In a global context of aging of the population, the elderly enter in a nursing home later and their support becomes more complex. The competent authorities encourage the institutions, through the various regulatory assessments, to improve traceability. Thus, some tools are essential, the planning care is part of it. We wanted to ask about its implementation and its use in different nursing homes. To do this, we developed a questionnaire for direct users of the planning care : caregivers. The findings and analysis of this survey, conducted among 50 carers, reveal a great diversity of use of this tool and underlines the lack of harmonization of the professional practices of carers and these are not without risk for the elderly person accompanied. The managerial role of the referring nurse is then decisive, not only to follow the professionals with

difficulties in the use of the software of care, but also to give meaning to the team in its entirety and to clarify the objectives of the planning care.