

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES/UNIVERSITÉ DE PARIS

**IMPACT DU BINÔME IDEC ET MEDCO DANS  
L'ÉLABORATION, LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI  
DES PROJETS PERSONNALISÉS EN EHPAD**

Madame Audrey DHAILLE

Docteur Amélie MAGNIN PELISSIER

Docteur Marie Françoise MESTRE

Madame Annie SAUDAN

Pour l'obtention des Diplômes Universitaires :

“Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement d'Hébergement  
pour Personnes Agées Dépendantes “

ET

“Infirmière Référente et Coordinatrice d'EHPAD et de SSIAD”

Année Universitaire 2022-2023

Sous la direction du Docteur Noël ELAHL

## **REMERCIEMENTS :**

### **A notre directeur de mémoire, le Docteur ELAHL**

Par votre grande expérience en gériatrie, vous avez su nous conseiller et vous rendre disponible tout au long de la réalisation de notre mémoire. Veuillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

### **Au conseil pédagogique et aux responsables de l'enseignement, le Professeur Rigaud et le Docteur REINGEWIRTZ, ainsi qu'aux formateurs des DU.**

Par votre formation, vous nous avez donné les outils pour travailler efficacement auprès de nos aînés. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

### **Aux relecteurs de notre questionnaire, le Docteur Piccoli et Monsieur Lopes de Oliveira**

Vous avez apporté votre compétence au service de notre travail. Soyez vivement remerciés de votre disponibilité.

### **A Marion**

Rencontrée lors de notre formation et à qui nous souhaitons un exercice professionnel épanouissant.

### **A nos familles**

Vous nous avez soutenues et aidées tout au long de ce parcours universitaire, recevez toute notre profonde affection.

*“Nihil nobis sine nobis”*

# Table des matières

Liste des abréviations .....	4
Introduction : .....	5
1) Cadre contextuel .....	6
2) Partie théorique .....	7
2. 1 Évolutions du cadre législatif dans la prise en charge de « nos aînés » .....	7
2. 2 Définition et législation du PP : .....	8
2. 3 Définition et législation de la fonction MEDCO et IDEC .....	9
2. 4 Étymologie et définition .....	10
3) Méthode et moyens .....	11
3. 1 Préparation de l'enquête .....	11
3. 2 Le questionnaire .....	12
3. 3 La réalisation des entretiens et l'analyse des données .....	12
3. 4 Quelques auto-critiques .....	13
4) Résultats des entretiens .....	14
5) Discussion .....	26
Conclusion : .....	32
Annexe : .....	35
1. Annexe 1 LE QUESTIONNAIRE .....	35
2. Annexe 2 : Différentes caractéristiques du PP regroupées dans des fiches repères de l'HAS (Haute Autorité de Santé) .....	37

## **Liste des abréviations :**

AMP :	Aide Médico Psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de qualification des Services sociaux et Médico sociaux.
APA :	Activité Physique Adaptée (personne qui pratique la)
ASG :	Assistant de Soins en Gérontologie
ASH :	Aide-Soignant(e) en milieu Hospitalier,
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
DREES :	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes.
FFIDEC :	Fédération Française des Infirmières Diplômés d'Etat Coordinatrice.
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmière ou Infirmier Diplômé(e) d'Etat,
IDEC :	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice.
IGAS :	Inspection Générale Interministérielle du Secteur social
MEDCO :	Médecin Coordinateur
PP :	Projet Personnalisé
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile

## **Introduction :**

En 2022, la sortie du livre « *Les fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés* » de Guillaume Castanet, suivie de l'affaire « ORPEA », a impacté les professionnels de santé travaillant auprès de personnes âgées ainsi que toute la population <sup>1</sup>. L'amalgame et un jugement négatif concernant le fonctionnement de tous les EHPAD ont été faits par de nombreuses personnes, mettant en péril une confiance qui était déjà fragile. Dans ce contexte de doute sur l'application de bonnes pratiques professionnelles envers les personnes âgées, les EHPAD doivent redoubler de rigueur pour mettre en place les recommandations des autorités de santé en matière de bientraitance. L'application de ces bonnes pratiques ne va pas sans la mise en place d'un projet personnalisé (PP).

Chaque personne accueillie vient avec son projet de vie qui est constitué de ses désirs, de ses besoins, de ses illusions et de son histoire. La mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire doit être mise en place pour apporter une cohérence dans les modalités d'accompagnement avec un but : parfaire une démarche bienveillante, individualisée et personnalisée. Le PP est un outil permettant aux professionnels une prise en charge globale du résident. Il peut servir à tous les professionnels d'un EHPAD. Le but est de faire de l'EHPAD un lieu de vie de qualité avec une sécurité. Il passe par l'élaboration du PP qui comprend un projet de vie et un projet de soins.

Dans ce mémoire nous avons fait le choix de centrer notre travail sur deux professionnels : le MEDCO et l'IDEC.

Ces deux fonctions forment un binôme qui nous semble important. Nous avons donc souhaité vérifier l'hypothèse suivante : « Quel est l'impact du binôme IDEC et MEDCO dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des PP en EHPAD » ?

## 1) Cadre contextuel

Les EHPAD sont souvent le dernier maillon de la filière gériatrique. Ils accompagnent majoritairement les personnes âgées dépendantes. Une étude de la DREES <sup>2</sup>, parue en juillet 2022, mentionne qu'en France, fin 2019, 730 000 personnes fréquentent des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Selon cette étude, la cartographie de ces personnes a évolué. Elles sont de plus en plus dépendantes, âgées et atteintes de maladies neurodégénératives.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement <sup>3</sup>, contribue aux changements de la population en EHPAD. Ces changements se sont produits grâce au développement de modèles d'accompagnement ponctuels pour soulager les aidants : accueil de jour, hébergement temporaire. A ceux-ci s'ajoutent également le développement de l'aide et du soin à domicile et l'ouverture de résidences autonomie.

A ce jour, la population des EHPAD est constituée de personnes présentant de grandes fragilités physiques, physiologiques et psychiques. Cette vulnérabilité peut être accrue par le placement en institution qui est souvent brutal et non préparé. Devant ce tableau, comment préserver l'identité et l'intégrité de la personne ?

Améliorer la qualité de vie des personnes, promouvoir la bientraitance, garantir le droit des résidents, améliorer le parcours du résident et assurer la sécurité des soins, nécessitent la fédération de l'ensemble du personnel soignant et non soignant de ces établissements.

Maintenir les capacités restantes et repérer les risques de pertes d'autonomie et son aggravation, prennent au sein de de ces établissements tout leur sens.

Les évaluations diverses<sup>4</sup> en vue de déterminer les besoins des résidents et peaufiner les objectifs pour proposer un accompagnement holistique et bienveillant de la personne permettent la construction d'un PP cohérent et individualisé.

A l'heure du lancement des évaluations des établissements médico-sociaux <sup>5</sup> et de la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>6</sup>, peut-on se passer d'un MEDCO et d'une IDEC pour obtenir cette qualité de prise en charge ?

Nous souhaitons confirmer la nécessité de l'existence d'un binôme de coordination entre le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice. Le premier intervient dans la mise en place du projet, la seconde harmonise son application. Celle-ci doit être réévaluée par le binôme.

Notre enquête a pour but d'interroger les personnes référentes des projets personnalisés dans les établissements pour démontrer l'importance de l'existence et de la coordination de ce binôme.

## 2) Partie théorique

### 2. 1 Évolutions du cadre législatif dans la prise en charge de « nos aînés »

Historiquement, la prise en charge des personnes âgées était réalisée dans des institutions appelées « hospices » pour les plus démunies, sans entourage familial et ne pouvant subvenir à leurs besoins.

Les évolutions sociétales comme le travail des femmes et les modifications de la cellule familiale ainsi que l'allongement de l'espérance de vie lié aux progrès de la médecine, ont contribué aux changements des modes d'accueil. Le développement de la gériatrie a favorisé l'apparition de nouvelles terminologies, le terme « vieillard » devenant « la personne âgée » avec des besoins spécifiques et professionnalisés. La nécessité d'assurer une surveillance médicale et d'améliorer la prise en charge a conduit les pouvoirs publics à légiférer.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 va permettre de recentrer l'hôpital sur ce qui relève du soin et de différencier ce qui relève du médico-social.

La première loi fondatrice du secteur médico-social est celle du juin 1975, elle va servir à organiser les autorisations pour la création des « maisons de retraite » et la répartition des compétences entre l'État et les départements. L'appellation « hospice » va disparaître, celle-ci avait une connotation négative, également celle « de mouvoir » où la prise en charge était essentiellement basée sur les soins médicaux de fin de vie. Le concept de prise en charge individualisée n'était pas formalisé. En 2005, l'appellation « maison de retraite » disparaît, la structure se nomme désormais EHPAD.

La spécificité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes va se faire en 1987 avec la création de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante<sup>7</sup>. Elle doit s'appliquer dans les structures accueillant des personnes âgées dépendantes. Elle mentionne entre autres le respect de la dignité, de ses choix de vie quotidienne, d'être dans un cadre de vie adapté à ses attentes et pouvant répondre à ses besoins. Elle a permis d'amorcer une évolution dans la prise en charge des personnes âgées en apportant la notion d'attentes et de besoins personnalisés, de faire évoluer les « mentalités », de considérer la personne âgée comme une entité individuelle et non plus une personne devant se résigner à subir la vie en collectivité dans une structure d'accueil en oubliant tous besoins personnels.

L'évolution des « mentalités » des soignants et l'apparition du concept du « prendre soins des personnes âgées dépendantes » vers plus « d'humanité » et la naissance de ce concept développé par Gineste- Marescotti en 1995 qui se définit par « l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous »<sup>8</sup>, sont les prémices du projet personnalisé.

L'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est remise en question suite à différents rapports, notamment celui de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) en 1995, qui démontre que la loi de 1975 est insuffisante. Elle

ne présente pas de mention des personnes bénéficiaires. Il y a un manque d'adéquation entre les prestations et les besoins des résidents. Ce rapport permet de conforter la nécessité d'une prise en charge personnalisée en faisant des liens entre les besoins et les prestations dont disposent les structures.

Une nouvelle loi est votée le 2 janvier 2002 : Loi n° 2002-2<sup>9</sup> qui a pour but la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Le projet personnalisé ou le projet d'accompagnement personnalisé fait partie des nouvelles dispositions de cette loi. Il s'ajoute aux autres dispositifs, comme la charte des droits et libertés de la personne accueillie.<sup>7</sup>

Le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement intérieur et le projet de soins participent à la promotion des droits des usagers<sup>10</sup>.

Cette loi est insérée dans le code de l'action sociale et des familles<sup>11</sup> qui tend à prévenir tout risque de maltraitance et apporte des dispositions législatives<sup>12</sup> et réglementaires pour une prise en charge tournée vers la bientraitance avec l'élaboration du PP<sup>13</sup>.

Au niveau régional, la prise en charge des personnes âgées avec les PP fait partie des Projet Régionaux de Santé, dans le cadre de leur orientation stratégique décennale.

## 2. 2 Définition et législation du PP :

Le PP est une démarche formalisée de co-construction pluridisciplinaire de la prise en charge holistique d'une personne. Il se décline sur une prise en compte des attentes et besoins de celle-ci tout en préservant son individualité, sa singularité, son autonomie. Il tient compte de son histoire de vie et comprend un volet social et médical. Des objectifs sont définis et contractualisés dans un document signé par le président ou son représentant légal et par le référent.

C'est un droit pour la personne, le rappel de ces droits est obligatoirement joint au livret d'accueil remis à la personne ou à sa famille lors de l'admission.

ARTICLE L.311-3-3 du CASF. (Code d'action sociale et familiale)

*° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché »*

Cette démarche d'accompagnement global se réfère à la recommandation de l'ANSEM<sup>14</sup> sur la Bientraitance.

La rédaction de ce PP permet d'établir un lien de confiance entre la personne accueillie, ses représentants familiaux ou légaux et l'établissement. Il permet de donner une ligne conductrice commune à tout le personnel. Il laisse une trace des décisions prises et donne des indicateurs pour l'évaluation. C'est un outil de coordination permettant d'établir une prise en charge bienveillante, non standardisée, sur du long terme, dans une démarche dynamique et évolutive.

## 2. 3 Définition et législation de la fonction MEDCO et IDEC

MEDCO :

Le MEDCO est un salarié qui est sous l'autorité administrative du Directeur. Il n'est pas le médecin traitant du résident. Il assure une mission de santé publique en apportant ses compétences en gérontologie. Si nécessaire, il peut compléter ses connaissances par une formation gériatrique dans les trois ans qui suivent sa prise de poste. Le texte fondateur de cette fonction a été établi 1999 avec la publication de l'arrêté du 26 avril : « *Le principe d'un médecin coordonnateur, compétent en gérontologie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge...* »<sup>15</sup>.

A ce jour, ses missions sont au nombre de quinze. Il a un rôle majeur dans l'encadrement, la coordination et la formation de l'équipe soignante. Il élabore le projet de soins qui est inclus dans le projet d'établissement. Il participe à la maîtrise des dépenses de santé. Il est le garant des bonnes pratiques professionnelles.

IDEC :

Définir la fonction et les missions de l'IDEC n'est pas une chose facile, celle-ci n'est pas structurée et définie légalement. Chaque établissement construit ses fiches de fonction et de poste en lien avec ses attentes et son organisation. L'IDEC travaille à mettre en œuvre la politique de bientraitance insufflée par le MEDCO. Par ses connaissances et ses compétences, elle est le référent pour les familles et l'équipe en tant que soutien ainsi que dans l'organisation du « prendre soin » qualitatif.

Concernant le PP, elle participe activement à la mise en œuvre des objectifs en gérant le personnel, en construisant le plan de soins et en les réajustant si nécessaire.

Pour la partie législative, La FFIDEC travaille à l'élaboration d'un décret regroupant les missions, le statut et le cadre de formation harmonisé. A ce jour :

- Coté EHPAD : Loi du 02/01/2002 : mise en évidence de la nécessité de créer au sein des EHPAD la nouvelle fonction d'infirmière coordinatrice <sup>15</sup>.
- Côté SSIAD : La fonction est structurée par un Décret n° 2004-613 du 25/06/2004 (art. 6) : Missions de l'IDEC et par un Circulaire du 28/02/2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

Le MEDCO et l'IDEC ont une mission d'accompagnement managérial des équipes afin de créer une mobilisation pour mettre en place des modalités d'accompagnement de qualité et individualisé. Elles ont pour but également de maintenir ou restaurer un lien

social, faciliter l'adaptation et parfaire la démarche de soins. La constitution d'un « binôme » par le biais de ces deux professionnels dans les EHPAD pourrait être un atout.

## 2. 4 Étymologie et définition

Étymologie :

Au XVI<sup>e</sup> siècle. Selon le dictionnaire de l'Académie Française, le mot « vient probablement d'une adaptation du latin médiéval binomium, « quantité algébrique à deux termes », composé de bi(s) « deux fois, double », et nomen, « nom, terme ».<sup>16</sup>

Définition ancienne :

Terme d'Algèbre. C'est un nombre produit de l'addition de deux nombres ou grandeurs incommensurables.<sup>16</sup>

L'évolution de la langue et de l'orthographe au cours des siècles a conduit à personnifier ce mot tout en gardant l'aspect d'une addition. Dans le cadre professionnel, il s'agit d'une addition de savoir, savoir-faire et de savoir être.<sup>17</sup>

### 1.5 Étymologie et définition du mot « coordination »

XVIII<sup>e</sup> siècle. Emprunté du bas latin *coordinatio*, « arrangement, coordination ».<sup>18</sup>

Définition :

Action de coordonner (Agencer certaines choses entre elles suivant les rapports qu'elles doivent ou peuvent avoir, les disposer convenablement pour une fin).

### **3) Méthode et moyens**

#### **3. 1 Préparation de l'enquête**

Le travail d'écriture de ce mémoire a commencé par la constitution d'un groupe de cinq personnes. Ces cinq étudiantes sont trois en cours de formation IDEC et deux en cours de formation MEDCO. Pour des raisons personnelles, une étudiante IDEC a dû arrêter sa formation en août. Les enquêtes ont été prévues dans différentes régions de France :

- La région Bourgogne-Franche-Comté (dans la périphérie d'Auxerre)
- La région Hauts-de-France (dans le département de l'Aisne)
- La région Ile-de-France (département des Yvelines)
- La région Grand-Est (département Alsace, Territoire de Belfort et Doubs)
- La région Nouvelle-Aquitaine (dans la périphérie de Bordeaux)

Cette diversité géographique et professionnelle, nous a permis de commencer un travail de coordination autour de ce mémoire et de rentrer dans le concret de nos futures fonctions.

Le choix s'est porté sur une étude qualitative dont l'outil de recueil est un entretien individuel semi-directif en présentiel ce qui nous permis de reformuler les questions au cours de l'entretien.

Il est composé de questions ouvertes posées en EHPAD auprès des professionnels référents pour les projets personnalisés. Ces professionnels sont divers et nous n'avons pas souhaité choisir des fonctions identiques pour eux mais ils participent tous à la réalisation des projets personnalisés. Ils en ont la responsabilité ; ces différentes fonctions ont permis de diversifier les réponses et de les enrichir de diverses expériences.

Les questions ouvertes ont permis un recueil des opinions et sentiments des personnes interrogées. Ces référents ont eu la liberté de leurs réflexions négatives ou positives correspondant ou pas à notre hypothèse et des axes de réflexions divers ont pu apparaître.

Il permet d'étudier l'organisation de la réalisation des PP et de leur suivi au sein des EHPAD en rapport avec l'existence du binôme.

La recherche bibliographique nous a aidées dans l'élaboration d'une grille d'entretien. Nous avons pu trouver des conseils dans l'ouvrage « L'entretien »<sup>19</sup>.

Nous avons aussi étudié les enquêtes de 2 mémoires ayant un lien soit avec le projet personnalisé, « Le projet personnalisé en EHPAD : un moyen de favoriser l'expression des besoins des résidents »<sup>20</sup> et concernant le binôme « Les médecins coordonnateurs et les infirmier(ère)s coordinateur(trice)s sont-ils des perles rares ? »<sup>21</sup>.

Ce questionnaire, après avoir été préparé en équipe, a été présenté à notre directeur de mémoire ainsi qu'à deux experts enseignants. Notre groupe d'étudiantes a ensuite fait la synthèse de leurs observations.

Huit prétests ont été effectués par deux étudiantes afin d'évaluer la pertinence de la grille d'entretien et la méthode de recueil de données. Ils nous ont permis après une nouvelle concertation d'ajuster les questions de notre entretien.

### 3. 2 Le questionnaire

Après une présentation de notre travail, nous avons demandé l'accord des personnes interrogées pour l'enregistrement audio qui sera détruit après la réception du mémoire.

Le premier domaine abordé concerne le référent, sa fonction, sa formation à la coordination, son ancienneté dans cette fonction en terminant par une appréciation sur l'adaptation de son temps de travail.

Le deuxième chapitre nous a permis de caractériser l'EHPAD, son financement, sa capacité, son taux d'occupation et son environnement.

Nous avons fait ensuite un état des lieux des professionnels participants aux projets : référents, autres professionnels impliqués.

Puis nos interrogations ont porté sur le PP lui-même : existence d'une procédure, d'une planification, d'un délai de réalisation, de sa réalisation en équipe pluridisciplinaire, de son suivi et réévaluation, des pourcentages de PP réalisés, des difficultés et des facteurs pouvant améliorer sa prise en charge ; une question spécifique sur le rôle du binôme dans les étapes de réalisation du PP.

Tout en précisant que l'existence d'un binôme dans l'EHPAD n'est pas constante, nous avons demandé quel impact positif ou négatif ce binôme avait sur les relations avec le résident, la famille et l'équipe, sur la mise en œuvre des bonnes pratiques gériatriques, sur l'amélioration de la qualité de vie dans l'établissement et sur la prévention de l'aggravation fonctionnelle des résidents.

Ces recueils ont été réalisés dans des établissements très divers avec des configurations du binôme spécifique. Ils nous ont permis d'étendre notre questionnement dans différents aspects qui entrent en jeu pour un PP de qualité.

En conclusion, le dernier chapitre a posé la question des avantages et inconvénients de la présence du binôme vis-à-vis des PP.

Nous avons enfin laissé la personne interrogée ajouter une information de son propre choix avant de la remercier de sa participation.

### 3. 3 La réalisation des entretiens et l'analyse des données

Un enregistrement intégral des entretiens est prévu avec l'accord de la personne interrogée. Une retranscription exhaustive a été faite par chaque étudiante avant de réaliser la synthèse des résultats.

31 entretiens se sont ainsi déroulés du mois de juillet 2023 au mois d'août 2023. Ils ont été réalisés par l'ensemble des étudiantes de façon équilibrée concernant le nombre.

Une analyse thématique transversale a permis d'extraire les idées principales pour comparer les différentes pratiques et mettre en lumière les atouts et les difficultés observées de la coordination dans la mise en œuvre des PP.

### 3. 4 Quelques auto-critiques

Nous avons, lors de la réalisation des entretiens, noté des écueils.

La question sur l'existence d'un binôme dans l'EHPAD n'a pas été rédigée dans notre questionnaire. En revanche, elle a systématiquement été posée oralement. Ainsi, nous constatons la présence d'un binôme IDEC/MEDCO dans 26 EHPAD sur les 31 interrogés. Notons que le temps de présence MEDCO est souvent partielle et variable d'une structure à l'autre.

Un autre défaut a été l'utilisation du terme "réfèrent" à plusieurs reprises avec une signification différente. Ce mot est d'après le dictionnaire *Larousse* un nom propre ou un adjectif. Dans notre questionnaire, il s'agit d'un adjectif : une personne référente.

Dans la première question, il s'agit d'une personne référente de la réalisation du PP dans l'établissement. Ce réfèrent fait partie de l'équipe participant à la construction des PP. Pour la question concernant le réfèrent du résident lors de la réalisation du PP, il a une fonction spécifique vis à vis du résident. Ce réfèrent fait partie du personnel soignant.

Les questions ciblées chiffrées portent plus sur la difficulté de réalisation du PP que sur le rôle du binôme ce qui peut entraîner notre réflexion à la périphérie du sujet.

Un spectre de questions élargies a pu rendre l'analyse difficile mais la discussion en a été enrichie.

Les interlocuteurs interrogés ont des professions variées avec une implication différente en fonction des professions. Cette diversité a permis de diversifier les réponses et de les enrichir.

#### 4) Résultats des entretiens.

Nous avons obtenu un total de 31 entretiens, réalisés par les 5 étudiantes. Nous allons faire une restitution de ces résultats sous forme d'analyse point par point, de chacune des questions qui ont été posées à nos différents intervenants, entretiens qui ont été réalisés en présentiel.

##### Question 0. Acceptez-vous ces conditions et acceptez-vous l'enregistrement ?

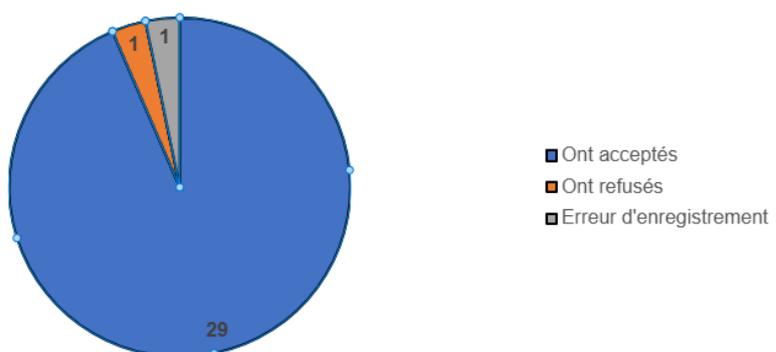


Figure 1 : Répartition acceptation à l'enregistrement de l'entretien

Mise à part un refus, les structures ont accepté l'enregistrement de l'entretien ; un seul a eu un souci d'enregistrement inaudible.

##### Question 1. Présentation du référent projet personnalisé.

###### A. profession (IDEC/ MEDCO/ autre) - formation à la coordination ?

CDS	IDEC	Psychologue	MEDCO/CAPA Gériatrie	FFCDS	Psychomotricienne	Formation
6	8	9	4	3	1	14

Tableau 1 : Profession et formation du référent PP

Nous avons interrogé différents professionnels impliqués dans le PP car la notion de référent PP n'est pas connue ou identifiée dans chaque établissement.

## **B. Ancienneté dans la structure ?**

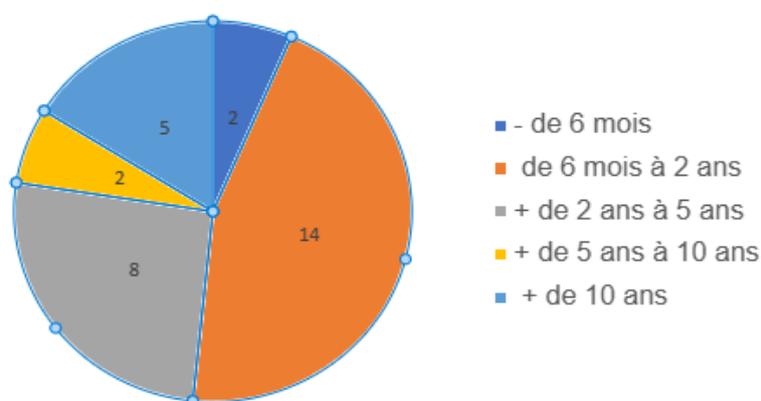


Figure 2 : Ancienneté dans la structure

On peut constater qu'une majorité des professionnels qui nous ont répondu ont moins de cinq ans d'ancienneté dans la structure.

## **C. Équivalent temps plein. (Et appréciation sur son caractère ou insuffisance par rapport à la structure) ?**

### **Question 2. Identification de l'EHPAD**

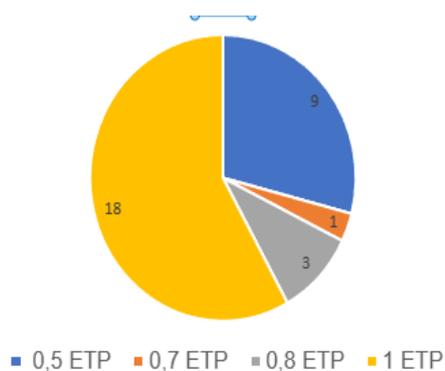


Figure 3 : Equivalent Temps Plein

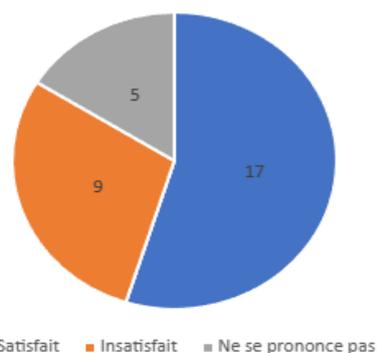


Figure 4 : Satisfaction temps de travail

La majorité des professionnels nous ayant répondu travaillent à taux plein et se trouvent satisfaits de cet état de fait.

**A. Quel est le financement partiel/ global, avec ou sans PUI Public/ Privé, lucratif ou privé associatif ?**

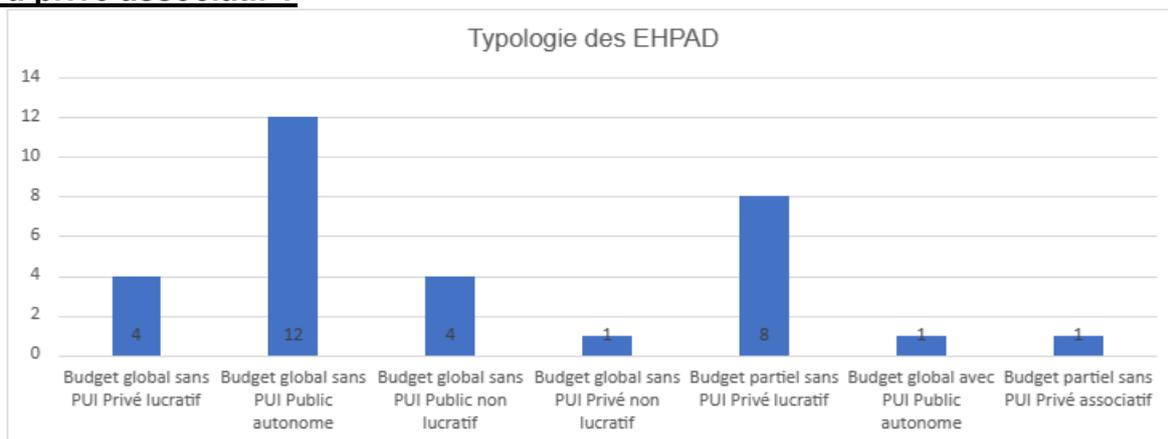


Figure 5 : Typologie des EHPAD

Nous pouvons constater que nous avons vu un très large panel de structures existantes.

**B. Quelle est la capacité de votre établissement ?**

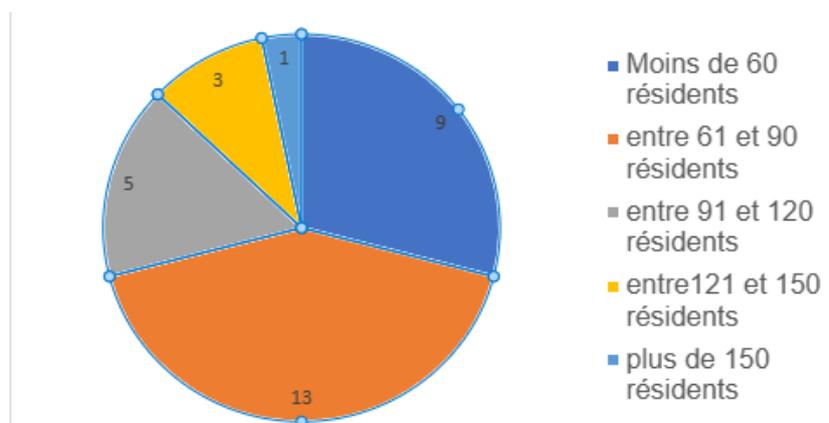


Figure 6 : Nombre de résidents

De même pour la capacité nous avons eu une large représentation d'EHPAD.

**C. Quel est le taux d'occupation actuel de votre établissement ?**

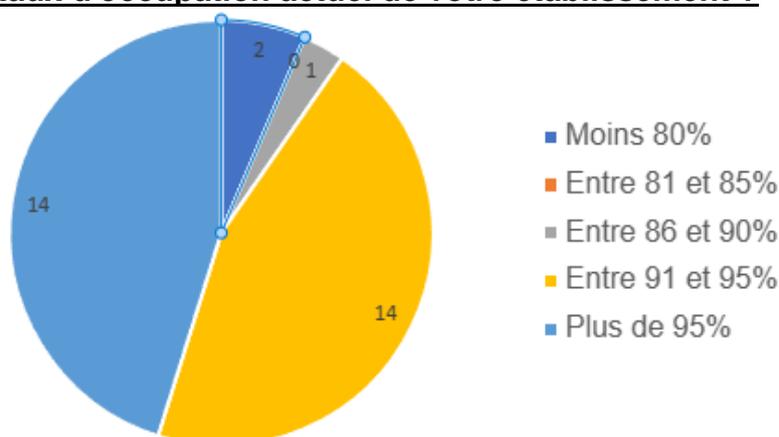


Figure 7 Taux d'occupation des EHPAD

Nous avons pu constater que les structures avaient un taux d'occupation élevé.

#### **D. Votre établissement se situe dans un environnement de soins urbains semi rural ou rural ?**

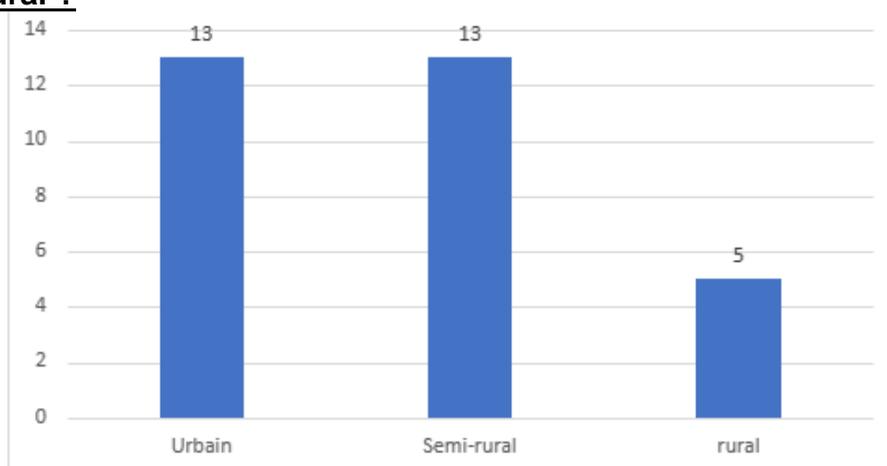


Figure 8 Environnement sanitaire de l'EHPAD

De nouveau, nous constatons un environnement diversifié des EHPAD.

#### **Question 3. Etat des lieux des professionnels participant au projet personnalisé.**

##### **A. Comment la fonction de référent PP est-elle assurée ? (Vis-à-vis du résident.)**

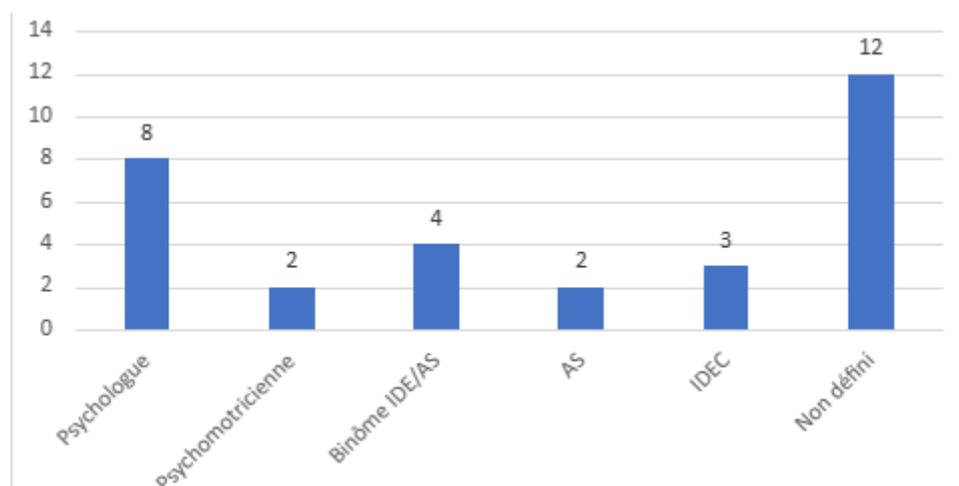


Figure 9 : Référent PP du résident au sein de l'EHPAD

Cette figure nous permet de montrer la non connaissance des textes sur l'élaboration des PP puisqu'une majorité n'en dispose pas.

##### **B. Quels sont les professionnels impliqués dans l'élaboration du PP dans votre établissement ?**

Pour une majorité des établissements interrogés, le PP se fait en équipe pluridisciplinaire à savoir psychologue, psychomotricien, IDE, aide-soignant, ASH, IDEC, auxiliaire de vie, MEDCO, animatrice, responsable d'hébergement, gouvernante, parfois même jusqu'aux cuisines informées, ASG, APA, AMP, psychologue clinicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute....

#### Question 4. Le projet personnalisé (PP).

##### **A. Existe- il une procédure PP dans votre structure ?**

Dans la majorité des établissements interrogés, il n'existe pas de procédure particulière à l'élaboration du PP.

Certains utilisent une trame logicielle informatique, d'autres prennent un temps en transmissions. Quelques-uns ont une procédure existante, on y retrouve qui fait quoi, comment, ainsi qu'une planification, parfois même validée par le directeur.

##### **B. Qui planifie le PP et dans quel délai ?**

Là encore, la planification du PP ne se fait pas de manière homogène dans tous les établissements interrogés.

Dans une majorité, les PP sont planifiés par les psychologues, mais avec une difficulté de respect du timing et un manque d'évaluation dans le temps. Dans quelques établissements, on note la présence d'une check-list à réaliser sous l'impulsion du référent PP et/ou de l'équipe managériale.

Pour le délai, là aussi, les choses sont très fluctuantes d'un établissement à l'autre en fonction des habitudes de fonctionnement de la structure. Certains mettent un délai de 1 à 2 mois après l'entrée du résident, d'autres de 3 à 6 mois et certains mettent jusqu'à une année, pour d'autres, enfin, (une minorité) aucun délai n'est fixé.

Il y a même pour une des structures interrogées aucun PP d'effectué et aucune planification prévue.

Certaines structures indiquent éprouver des difficultés à maintenir un suivi et une réalisation des PP dû à un fort turn-over du personnel. Les remplaçantes ne connaissant pas bien le service, les résidents et parfois le logiciel métier, rendant par conséquent la réalisation et le suivi des PP difficiles.

##### **C. L'élaboration du PP, se fait-elle en équipe pluridisciplinaire ?**

Pour tous les établissements effectuant des PP, l'élaboration se fait en équipe pluridisciplinaire.

Soit dans un temps donné, lors d'un staff ou de transmissions, soit dans un temps dédié sous forme de réunion prévue à la réévaluation ou la création du PP.

Là encore, une grande difficulté ressort de nos entretiens ; celle de maintenir ces réunions du fait du manque de personnel récurrent et d'un turn-over. La réunion est jugée comme chronophage et non essentielle pour une partie de l'équipe.

Ces difficultés entraînent d'ailleurs un PP qui est considéré par certains comme non représentatif de la situation réelle du résident par manque de recueil de l'histoire de vie de celui-ci.

##### **D. Comment se fait la restitution et/ ou la diffusion auprès du résident de sa famille et de l'équipe pluridisciplinaire du PP ?**

Les retours de nos entretiens montrent une manière de procéder très différente d'un établissement à l'autre.

Pour très peu de structures, le résident est impliqué directement en fonction de sa capacité ou non à signer ce document.

On remarque très peu de retour aussi auprès des familles. Quand celui-ci existe, il se fait 2 à 4 mois après l'admission. Dans certaines structures, cette communication se fait par mail.

Peu de retours se font directement aux soignants. Il se fait par le biais de réunion, par le logiciel métier, ou la tenue d'un dossier de soins papier se trouvant dans les salles de soins à la disposition de ceux-ci et de tout autres intervenants notamment les médecins traitants.

Par conséquent, nous observons très peu de retours et de signatures auprès de la direction qui joint le PP systématiquement au contrat de séjour du résident quand celui-ci est fait.

Sur cette question encore, beaucoup relèvent le problème de temps.

### **E. Comment gérez -vous le suivi et la réévaluation de ce ceux-ci ?**

Les réponses sont très diverses selon le fonctionnement de la structure.

Certaines font des réévaluations régulières annuelles, d'autres en fonction du changement de l'état de santé, d'autonomie et/ou cognitif du résident, d'autres encore, n'ont aucune réévaluation de prévue. Certaines, étant déjà très en retard sur la réalisation principale du PP, n'ont par conséquent pas de réévaluation de définie.

Sur les structures les plus abouties au niveau du PP, grâce au logiciel métier, les référents PP ont des alarmes qui les informent à la date anniversaire, ou lors de la réévaluation du GIR des résidents.

Une majorité des établissements indique avoir une réévaluation compliquée en raison du manque de temps et du manque de personnel.

### **F. Le rôle de l'IDEC et du MEDCO est-il spécifique à ce moment-là ?**

#### **Le rôle de l'IDEC :**

- Rôle de connaissance du résident qui aide à l'élaboration du PP mais aussi à la transmission aux équipes et qui définit les objectifs de soins.
- Nécessaire pour faire venir les soignants de manière obligatoire aux réunions.
- Nécessaire car l'HAS demande un travail des PP basés sur les risques dont l'IDEC a la connaissance.
- L'IDEC a un rôle de surveillance lors de la création et de la réévaluation des PP selon 3 axes, le projet de soins, le projet médical et le projet de vie. Le projet médical se faisant en binôme avec le MEDCO.

#### **Le rôle du MEDCO :**

- Il est le garant du projet de soins.
- Il n'intervient pas à proprement parler dans l'élaboration et le suivi des PP mais valide la cohérence du PP avec les besoins médicaux des résidents. Il est un interlocuteur attendu des familles pour transmettre des informations médicales. Il permet de distinguer le plan de soins du projet de vie et d'avoir une présence rassurante.

### **G. Connaissez-vous le pourcentage du nombre de PP à jour (réévaluation et mise en place dans les 6 mois) Si oui, quel est-il ?**

- Pour la majorité des établissements interrogés (plus de 80%), la réalisation des PP se situe entre 75 et 100%.
- Un petit pourcentage, d'environ 15%, est compris entre 10 et 30% de réalisation.
- Et un tout petit nombre, moins de 5%, n'ont aucun PP à jour.
- Dans nos entretiens, peu de PP réalisés sont en effet réévalués au cours des 6 mois ou de l'année qui suit. Les difficultés qui ressortent sont de nouveau le manque de temps et de personnel.

### **H. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour maintenir ces PP à jour ?**

#### *Lié aux résidents :*

- Obtenir le consentement du résident qui demande un temps d'échange avec lui.
- Intégrer le résident aux réunions.
- Turn-over des entrées et sorties des résidents, gestion des cas urgents à traiter.
- Le nombre de résidents, souvent très important en EHPAD.
- Situation un peu hypocrite entre nos objectifs et la situation clinique des résidents qui se dégrade rapidement et rend les objectifs inatteignables.

#### *Lié aux professionnels :*

- Réunir tous les soignants.
- Défaut d'investissement des soignants.
- Intégrer les soignants dans le suivi.
- Absence de l'IDEC aux réunions PP.
- Turn-over des équipes, absentéisme des professionnels, organisation par étage compliquée, transmissions des informations laborieuses, nombreux vacataires.
- Indisponibilité de l'IDEC et du MEDCO.
- Pour les structures ne présentant pas de MEDCO, le manque de médecins traitants ne permet pas de résoudre les problématiques médicales, ce qui rend compliqué la réalisation du PP du fait de l'absence de réponse sur l'état de santé du résident. Lors de l'entretien aux familles, leurs questionnements n'entrent pas toujours dans le cadre des PP.
- Manque de soignants pour couvrir les besoins.

#### *Lié à l'organisation :*

- Trouver un temps de réunion pour les PP.
- Annulation régulière du temps dévolu au PP pour d'autres priorités.
- Multiplication des réunions aux divers motifs.

#### *Lié à l'intérêt :*

- Pas de perception du sens des PP par les soignants, donc pas de mobilisation des équipes.
- Difficulté de distinction entre plan de soins et PP par les soignants et intervenants.

Lié au manque de temps :

- Temps de rédaction des PP jugé trop chronophage.
- Réévaluation quasi impossible pour les résidents présents depuis longtemps
- Tenir le rythme des PP sur la durée.

Lié à l'exigence légale :

- Tâche dédiée à un seul référent par Institut et résident, donc insuffisant au vu de l'ampleur de la tâche.
- Manque de professionnels uniquement dédiés au PP.
- Pression pour avoir des statistiques de PP à 100% qui induit des PP mal construits par conséquent mal appliqués voire inapplicables.

## **I. Quels sont les facteurs favorisant leur bonne mise en œuvre ?**

Lié aux résidents :

- Accueil personnalisé des résidents.

Lié aux professionnels :

- Présence de professionnels qui connaissent bien les résidents.
- Présence et disponibilité du duo IDEC et MEDCO.
- Pour l'équipe pluridisciplinaire, une équipe qui s'entend bien et qui communique bien.
- Avoir un regard multidimensionnel du résident sur le médical, paramédical, et psychologique, car le PP est la synthèse du projet de vie et du projet de soins.
- Valoriser les soignants en tenant compte de leur avis.
- Équipe stable donc, qui connaît les objectifs des PP.

Lié à l'organisation :

- Qualité de l'outil informatique par le logiciel métier.
- Organisation de réunions intégrant un faible nombre de soignants, donc moins difficiles à mobiliser. Réunion PP fixée de manière pérenne.
- Limiter le nombre d'items dans le PP pour pouvoir les connaître, les mettre en place et les réaliser.
- Importance du PP porté par une équipe pluridisciplinaire afin d'éviter une trop grosse charge de travail si on a un seul référent.
- Avoir un temps de réflexion suffisant pour étudier en profondeur le dossier du PP.
- Restitution à tous les membres de l'EHPAD par le référent PP.
- Nombreuses résolutions de problèmes lors des réunions PP.

Lié aux familles :

- Familles intéressées, motivées, contentes d'avoir un rendez-vous sur l'accompagnement et le suivi de leurs proches, permet un contact privilégié avec celle-ci.

*Lié à l'exigence légale :*

- Priorité de la direction avec l'exigence des PP, vus comme la clé de voûte de l'accompagnement.

*Lié à la perception du sens :*

- Motivation des équipes quand le bénéfice des PP est visible et que tout le monde y voit un intérêt.
- Équipe d'avantage soudée d'avoir travaillé les PP ensemble car propose un vrai accompagnement et pas que des statistiques sur une feuille papier.

**Question 5. Le binôme IDEC et MEDCO.**

**Quel impact positif ou négatif ? Un binôme MEDCO/IDEC pourrait-il avoir ?**

**A. Concernant les relations entre le résident, sa famille et les équipes de l'établissement ?**

*Impact positif :*

*Vis-à-vis du résident :*

- Le duo permet de personnaliser l'accueil des résidents.
- Le duo permet de reconnaître la vulnérabilité de chaque résident de manière individuelle.

*Vis-à-vis des familles :*

- La présence du MEDCO est rassurante et permet un lien de confiance avec les familles.
- Binôme uni, très important vis-à-vis des familles, permet d'avoir une communication facilitée et une confiance réciproque.

*Vis-à-vis des équipes :*

- Ce duo est le socle du bon fonctionnement de l'EHPAD. Une bonne communication du duo permet une bonne connaissance du résident qui est transmise aux équipes. Un duo qui fonctionne bien valorise le travail des soignants. Ce duo est complémentaire pour les liens, résidents, famille, soignants, médecins traitants et de toute l'équipe pluridisciplinaire travaillant auprès du résident. Le MEDCO recadre les objectifs, l'IDEC en fait la transmission et le suivi.
- Ce binôme désamorce les problématiques auprès du résident, de sa famille et de l'équipe. Grâce à une bonne connaissance de la situation du résident et de sa famille ainsi que des bonnes pratiques.
- Ce binôme facilite la prise de décision, l'un apportant la connaissance théorique et l'autre la contrainte de terrain.

### Impacts négatifs :

- Nécessité d'un duo qui s'entende bien.
- Absence de communication avec les familles.
- Vision de prise en charge du résident et des bonnes pratiques qui doivent être identiques pour l'IDEC et le MEDCO.
- Positionnement du MEDCO qui doit être le même que celui du médecin traitant du résident pour une bonne prise en charge.
- Dimension managériale de l'IDEC, qui rend parfois compliquée sa relation avec l'équipe soignante.

## **B. Concernant la mise en œuvre des bonnes pratiques gériatriques dans l'établissement ?**

### Impacts positifs :

- MEDCO, garant des bonnes pratiques, soutien médical aux équipes, fonction même du MEDCO.
- Duo nécessaire pour le passage des directives médicales par L'IDEC envers les équipes.
- IDEC, relais du MEDCO et de sa vision de la prise en charge. Travail nécessaire du duo pour le déploiement dans la structure d'une qualité des soins grâce à un travail de synthèse et de priorisation.
- Mini formations lors des transmissions par le binôme.

### Impact négatif :

- Difficulté de prise en charge dans la structure par les équipes soignantes lors d'une mésentente entre l'IDEC et le MEDCO.

## **C. Concernant l'amélioration de la qualité de vie en établissement ?**

### Impact positif :

- Relation du MEDCO avec les libéraux intervenant auprès du résident, médecin traitant, kinésithérapeute, infirmiers libéraux et l'ensemble des partenaires extérieurs.
- Quand il y a une bonne prise en soin, on constate une amélioration de la qualité de vie du résident, de part un bon fonctionnement de toute l'équipe pluridisciplinaire, qui engendre des répercussions positives sur les résidents. La même vision de soins du duo IDEC MEDCO facilite la prise en soins, via la démarche Humanitude ou Montessori par exemple.
- Intérêt accru de la bienveillance et de la bienveillance déployées par ce duo qui partage les mêmes valeurs de mettre le résident au centre de la prise en charge.
- Duo qui permet de remettre du sens dans les prises en charge en prenant de la hauteur par rapport aux contraintes et difficultés vécues par les équipes soignantes tous les jours. Le duo permet d'innover et déployer les téléconsultations et la téléexpertise.
- Réponse médicale plus rapide, la gestion des urgences permet d'éviter les hospitalisations et diminue l'angoisse des résidents, leurs familles et le personnel soignant.

### Impact négatif :

- Manque de temps du MEDCO et ou de l'IDEC.
- Parfois manque de formation.
- Manque de moyens en personnel et en temps. Pour une prise en charge optimale du résident dû à un manque de financement, de personnel et de temps.

## **D. Concernant la prévention de l'aggravation fonctionnelle en établissement ?**

### Impact positif :

- Par des formations et actions de sensibilisation effectuées par ce binôme.
- Transmission des besoins par l'IDEC/MEDCO qui donne les directives adéquates en conséquence.
- Choix des thématiques établies par le duo en fonction des besoins de l'équipe soignante.
- Investissement du duo sur l'analyse des risques au sein de la résidence avec un temps d'analyse dédié et la transmission des informations auprès des équipes soignantes. Analyse des situations avec la balance bénéfice-risque.

### Impact négatif :

- Souvent l'idéal de la prise en charge est porté par le MEDCO et la réalité de terrain est portée par l'IDEC qui est confronté tous les jours aux difficultés de ces équipes soignantes auprès du résident. Difficultés liées principalement au manque de personnel récurrent et le manque de moyens et de temps.

## **Question 6. Conclusion.**

### **A. Quels sont les principaux avantages et inconvénients que vous voyez à la présence d'un binôme MEDCO IDEC ? En particulier vis-à-vis des PP ?**

#### Avantages :

- Ce binôme enrichit les échanges, la communication et la cohésion de l'équipe.
- Plus le duo est impliqué, meilleur est le partage des informations.
- L'IDEC est la porte-parole du MEDCO et le MEDCO apporte du poids à la parole de l'IDEC. Dans tous les cas, l'entente de ce binôme est déterminante pour une prise en charge efficiente et cohérente du résident en EHPAD.
- Pour les familles, le MEDCO aide à montrer qu'il y a encore des projets pour les résidents alors que celles-ci les pensent en fin de vie lors de leur entrée en EHPAD.
- La présence du MEDCO valide le PP aux yeux des familles.

#### Inconvénients :

- Le PP est rendu fragile dès qu'un participant est manquant. La rédaction du PP permet pour le résident de sortir plusieurs objectifs à mettre en place mais l'IDEC explique parfois, qu'en termes d'organisation, cela peut être compliqué. Cela peut devenir un frein pour l'équipe.
- De nouveau sont relevées et appuyées par tous les intervenants que nous avons pu rencontrer, les mêmes difficultés au sein de leur structure. Celles-ci

étant le manque de personnel avec un turn-over très important, rendant, difficile la réalisation et le suivi des PP ainsi que la cohésion d'équipe. Le manque de moyens pouvant lui aussi être un frein, en engendrant un manque de temps physique auprès du résident.

## **B. Que voudriez-vous éventuellement rajouter sur ce sujet ?**

La majorité des intervenants nous font part de leurs difficultés pour une prise en charge efficiente du résident, d'un manque de temps, de moyens et de personnel. Sur la particularité du PP, certains relèvent le fait que celui-ci est à l'image du référent lorsqu'il n'est pas fait en équipe pluridisciplinaire. Certains relèvent une vraie souffrance à la rédaction des PP.

Beaucoup relèvent le fait de ne pas être assez et bien formés dans leur structure à la réalisation du PP, d'où un manque d'intérêt et de sens dû à la non-compréhension de celui-ci.

Du fait de toutes les difficultés énoncées ci-dessus, il y a un certain découragement des équipes et des référents dans la rédaction et le suivi des PP et donc dans son intérêt. Dans les structures ne présentant pas de MEDCO ou dans un temps insuffisant, l'accent est porté sur ce manque. Ces structures aspirent à ce que le binôme MEDCO/ IDEC pourrait leur apporter ; une prise en charge plus globale du résident, la gestion avec les médecins traitants et surtout le relationnel avec les familles, qui sont toujours demandeuses de rencontrer le médecin, même lorsque l'IDEC est présente et fait le relais du suivi du résident auprès d'elles.

Enfin, pour un petit nombre des personnes interrogées, la réalisation du suivi et la réévaluation des PP pour tous les résidents, semble un objectif inatteignable. Il est à craindre une réalisation des PP uniquement pour obéir à la réglementation sans mise en pratique réelle.

Quasiment toutes les structures interrogées relèvent que la pénurie de MEDCO et de personnel rend la mise en place des PP très compliquée. La priorité étant donnée à la gestion du quotidien et à l'urgence médicale.

Plusieurs personnes interrogées soulignent que la réussite du binôme repose essentiellement sur la communication, l'écoute et l'entraide.

Un personnel médical et paramédical au complet et stabilisé permet de construire des projets en équipe, un meilleur suivi et une prise en charge bien plus individualisée des résidents. L'élaboration du PP en équipe valorise le travail des soignants et accroît leur implication.

## 5) Discussion

### Le contexte :

L'ANESM a publié des « recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur les attentes de la personne et le projet personnalisé » qui tentent de répondre aux besoins singuliers de chaque individu alors que les EHPAD sont des collectivités rythmées par des contraintes structurelles. Le projet personnalisé (PP) est un moyen de réconcilier les besoins de l'individu et du collectif. Il a été rendu obligatoire par la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 dans chaque EHPAD pour garantir la prise en compte de la singularité de chaque personne âgée.

Notre étude met en lumière l'enjeu de la coordination du binôme IDEC et MEDCO pour placer ce projet personnalisé au cœur des priorités. Or la réalité du terrain montre combien, sur de nombreux aspects, sa mise en place et son suivi sont bousculés par les défis de l'activité quotidienne en EHPAD.

Notre travail s'est basé sur des expériences de terrains multiples en interrogeant plusieurs professionnels impliqués dans le PP, dans des structures très variées par leur taille, leur environnement, leur mode de fonctionnement et par différentes configurations de ce binôme.

Il est intéressant de relire les résultats obtenus au regard des recommandations de l'ANESM et des plans d'actions attendus par le CPOM pour garantir un accueil de qualité de nos aînés.

Par exemple, la mise en place des PP doit être réalisée dans un délai de six mois après l'arrivée d'un résident, idéalement avant deux mois et l'actualisation doit être annuelle. Ce délai est pris en compte dans la plupart des EHPAD interrogés. Dans notre enquête, 80% des EHPAD ont un taux de PP réalisés supérieur à 75%. Ce qui semble cohérent avec l'enquête nationale ANESM « Bientraitance » de 2015 où 84% des EHPAD ont élaboré des PP. Cette étude soulignait également que la réévaluation des PP n'est pas systématique, ce que nous pouvons mettre en lien avec la difficulté d'actualisation exprimée dans nos entretiens.

Si on peut extraire un dénominateur commun des interrogatoires de notre enquête, c'est bien le temps si cher, si précieux... et qui fait si souvent défaut pour tenir ces délais. Malgré un cadre légal et opérationnel bien structuré, sa mise en application reste disparate, mettant en péril la tenue de l'échéance du premier PP et en échec sa réévaluation la plupart du temps. Par ailleurs, si la majorité des EHPAD interrogés valorise un grand nombre de PP à jour, leur qualité peut être interrogée.

En effet, nous remarquons que la compréhension de la démarche des projets personnalisés n'est pas évidente pour certaines équipes en EHPAD. Et ce constat révèle un enjeu majeur : celui du sens ! Dans un projet si chronophage, comment s'atteler à la tâche si l'équipe ne perçoit ni l'intérêt ni le bénéfice... Certains professionnels expriment bien comment l'exigence législative force la main sur un taux de réalisation de PP optimal mais cache une coquille vide,

déconnectée des besoins et qui, par ricochet, fait perdre de vue aux professionnels, le sens d'un PP.

De surcroît, nous retrouvons à nouveau des situations de distorsion entre la réalité des objectifs du PP proposé et la réalité clinique du résident. La dégradation rapide de son état général rend le PP trop rapidement caduc. L'absence de réévaluation génère ainsi des PP obsolètes qui ne facilitent pas l'adhésion des équipes à la démarche.

*« Ce serait chouette de remettre du sens pour que le travail qui est fait soit un vrai outil de travail. »*

A contrario, il est intéressant d'entendre que certains professionnels constatent une motivation supplémentaire quand le bénéfice est visible, un surcroît de cohésion d'équipe et une dynamique constructive au service du résident.

*« Je suis très fière de mes PP, franchement ! »*

Les résultats de notre étude montrent que la connaissance individuelle des résidents par l'IDEC et le MEDCO facilite un accueil personnalisé, ce binôme à valeur d'exemple pour promouvoir un accueil individualisé et promouvoir le PP. On note également l'atout de sa coordination pour former les équipes autour du sens du PP.

*« Il faudrait que les soignants soient formés aux PP »*

La formation des professionnels souvent impulsée par ce binôme, est un point de levier efficace pour d'une part vérifier la compréhension de la démarche PP par les équipes et d'autre part optimiser les procédures pour rendre le travail efficient. Ainsi, la qualité de cette coordination devient le gage d'un accueil personnalisé.

### Les acteurs :

L'ANESM identifie les différentes personnes impliquées dans la tenue des PP et leur rôle. Ces acteurs interviennent différemment dans le processus. Parmi ceux-ci, la désignation du référent PP parfois associé au coordonnateur des PP n'est pas en place dans toutes les structures. Notre étude montre que la notion de référent PP n'est pas définie dans plus d'un tiers des EHPAD interrogés. L'étude met en évidence 6 professions différentes assurant le rôle de référents PP avec une prédominance d'abord du psychologue puis de l'IDEC. Nous constatons dans notre étude l'absence de MEDCO dans ce rôle. Cette information semble s'expliquer avec un temps de travail souvent partiel et des postes de MEDCO parfois vacants.

*« Le PP a la couleur du référent »*

Il est intéressant de souligner qu'une corrélation émerge de nos entretiens entre le référent PP et la nature du PP. En effet, le PP semble prendre la couleur du référent : plus médical lorsqu'il est porté par un référent soignant, plus psychosocial lorsqu'il est porté par le psychologue. Ceci met en lumière l'importance de la construction pluridisciplinaire des PP.

A ce propos, la pluridisciplinarité est une recommandation bien suivie par les équipes. L'enquête révèle majoritairement un respect de la pluridisciplinarité avec parfois un personnel impliqué très étendu. Cette donnée confirme l'impact d'un PP qui concerne tous les intervenants œuvrant autour du résident. Le PP est le lieu d'une plus grande cohésion d'équipe où toute la richesse de la pluridisciplinarité se déploie.

Au cœur de cette pluridisciplinarité, l'enquête montre que le binôme IDEC et MEDCO est à nouveau un atout de coordination notamment sur le respect des tâches et des missions de chacun. Les PP sont l'occasion pour les professionnels d'exprimer leur opinion, d'apporter leur connaissance du résident. Le binôme peut alors valoriser les professionnels et les intégrer activement dans une prise en charge de qualité. Le binôme est aussi une force pour désamorcer les points d'achoppement et de friction, apaiser les tensions et rester concentrés vers l'objectif commun du bien-être du résident.

L'absence de l'IDEC pour assurer cette coordination rend quasiment impossible la réalisation et le déploiement des PP. En effet, l'IDEC multiplie les casquettes tant dans son rôle de promotion du PP, notamment par la mobilisation des équipes pour les réunions, que par sa connaissance du résident, la transmission et le rappel des objectifs.

Si le PP fait appel à de nombreux acteurs, le principal reste le résident lui-même.

A nouveau, dans l'enquête nationale ANESM « Bientraitance », 72% des EHPAD interrogés ont co-construit le PP avec le résident. Sans avoir de données chiffrées comparatives, nos entretiens mettent en évidence différentes pratiques dans l'élaboration des PP dont une partie où le résident ne prend pas part à la construction de son PP. Une des raisons principales est l'incapacité du résident du fait d'une démence. Mais on note également des maladresses d'organisation notamment lorsque le résident est consulté seulement à l'issue du PP, pour une présentation sans l'avoir informé en amont.

Ces pratiques peuvent cacher un défaut d'organisation, un manque de temps, de sens, ou l'absence de binôme IDEC/MEDCO empêchant de placer le principal intéressé au cœur de son propre projet. Ces observations témoignent de situations contraires aux recommandations qui appellent un consentement préalable, une participation active à la co-construction du projet que ce soit par le résident lui-même ou éventuellement sa personne de confiance, sa famille ou ses proches...

*« Les PP, c'est une vraie souffrance ! »*

Le vécu des projets personnalisés par les équipes est à l'image des défis de l'EHPAD entre joie et souffrance : besoins de sens, besoin de temps, de moyens, de professionnels mais aussi lieu de rencontre, de soin et de bienveillance. La coordination entre l'IDEC et le MEDCO est un atout pour répondre à ces attentes. La question qui demeure est de savoir dans quelle mesure les EHPAD peuvent assurer la qualité de prise en charge avec les moyens disponibles. C'est ainsi tout l'enjeu de l'évaluation des établissements médico-sociaux et, à travers les CPOM, des priorisations des perspectives de soins.

## La procédure :

L'élaboration d'un PP a été schématisée dans les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Force est de constater que sa mise en application n'est pas universelle et que la phase de préparation de la réunion PP se confond parfois avec la réunion PP en elle-même et, comme nous l'avons déjà mentionné, malheureusement rarement suivie d'une actualisation.

L'absence de procédure de certains EHPAD interrogés rend la mise en application des PP fort compliquée et extrêmement disparate d'un EHPAD à l'autre.

Lorsque le PP est une priorité managériale, justifiée notamment par son caractère obligatoire, le soutien de l'IDEC est déterminant pour réunir les équipes autour du PP.

On note, que lorsque l'IDEC et le MEDCO sont présents, leur binôme est un facteur favorisant la bonne mise en place des PP.

La planification des temps d'échanges est souvent mise à mal par la réalité du terrain, la charge de travail, le manque de personnel et la nécessité d'une équipe stable. La réalité du turn-over des soignants annihile de nombreux efforts autour des PP ; de la connaissance du résident à la connaissance du PP sans parler de sa bonne mise en œuvre. Lorsque les professionnels des EHPAD changent trop rapidement, ils n'ont pas la capacité de s'approprier un PP, parfois même seulement d'en prendre connaissance.

Notre étude révèle que les EHPAD interrogés sont touchés par ce turn-over du personnel puisque la plupart des professionnels interrogés ont moins de 5 ans d'ancienneté dans leur structure. Ceci semble bien rejoindre les difficultés nationales de recrutement de soignants.

Au sein de ces équipes parfois fragilisées par l'instabilité des professionnels, la complémentarité du binôme IDEC et MEDCO est bénéfique. L'IDEC apporte sa connaissance des résidents mais aussi la transmission et le rappel des objectifs auprès des équipes changeantes. Le MEDCO assure quant à lui la priorisation des objectifs impactant la qualité de vie. Il peut en effet améliorer le parcours de soins des résidents avec une analyse fine des indicateurs de perte d'autonomie afin d'orienter les directives médicales et améliorer la qualité de vie. Il doit assurer une évaluation gériatrique globale à laquelle chaque professionnel contribue. Peut-on faire un PP sans avoir identifié les besoins de base du résident ? Les compétences gériatriques du MEDCO sont attendues pour identifier la fragilité, détecter la vulnérabilité, repérer les premiers signes de perte d'autonomie. Tout retard de dépistage accroît la vulnérabilité.

La mutualisation des compétences de l'IDEC et du MEDCO optimise la prise en soin gériatrique et contribue au mieux-être des résidents.

Une autre difficulté rencontrée est de bien distinguer les différents volets du PP, de considérer l'ensemble des parcours de vie, de soin et d'accompagnement et de le maintenir adapté aux attentes depuis la préadmission jusqu'à l'issue.

Sur cet aspect, plusieurs entretiens valorisent la présence du binôme IDEC et MEDCO pour délimiter les projets de soins et le projet médical du projet de vie. D'un côté, l'IDEC apporte la connaissance du terrain, de l'autre, le MEDCO est garant des bonnes pratiques. Avec l'IDEC, il est acteur du plan de soins et de la cohérence de l'ensemble du PP.

Ainsi les prises de décisions sont facilitées par la complémentarité des connaissances.

Dans tout le processus, la diffusion du PP est un point névralgique. Sans transmission, le projet personnalisé ne peut se déployer. Si les supports de communications sont variés, il est très complexe que tous les professionnels bénéficient du même niveau d'information. C'est tout l'intérêt des réunions pluridisciplinaires, souvent le fruit de la coordination IDEC et MEDCO. Nous notons que le référent soignant sert souvent d'interlocuteur privilégié pour mettre en œuvre le PP. Mais les réponses de notre questionnaire montrent aussi que ce professionnel ne bénéficie pas toujours du partage des informations. A nouveau, l'IDEC a un rôle indispensable dans cette transmission.

Quant au MEDCO, il joue un rôle essentiel auprès des partenaires extérieurs avec les médecins traitants en première ligne. Il est un vecteur de promotion du PP auprès de ses confrères intervenant auprès des résidents.

Sa fonction semble également apporter un soutien supplémentaire à l'équipe lors des restitutions aux familles. Il soutient la parole de l'IDEC et donne à voir une organisation unifiée dans la structure. Cela crée une cohérence entre le projet médical, le projet de soin et le projet de vie. Cette restitution articule l'ensemble des besoins avec l'objectif commun d'une meilleure qualité de vie et de soins pour le résident. La communication avec les familles répond à une grande attente de leur part et leur procure une réelle satisfaction lorsque le binôme est impliqué.

### Coordination du binôme :

Ces entretiens montrent combien le binôme IDEC et MEDCO a une place déterminante dans le périmètre des PP. Chacun dans son rôle, l'un est complémentaire de l'autre et l'absence de l'un fragilise le PP dans son ensemble.

Cette articulation du binôme dépasse très largement le cadre du PP mais conditionne sa qualité. Le travail de ce mémoire montre comment ce duo doit être présent dans tous les domaines qui concernent le fonctionnement de l'EHPAD pour être pertinent sur le sujet des PP. Ces domaines sont vastes ; de la prévention de l'aggravation fonctionnelle à la mise en œuvre des bonnes pratiques gériatriques, de la communication avec les équipes, le résident et les familles à la qualité de vie en EHPAD. Toutes ces thématiques préparent une bonne réalisation des PP et assurent sa bonne application. La qualité du PP est donc dépendante de la coordination du binôme IDEC/MEDCO dans le spectre élargi de l'organisation de l'EHPAD.

Afin que la coordination du binôme soit efficiente et pour qu'il puisse déployer tout son potentiel, l'entente entre l'IDEC et le MEDCO est absolument

indispensable. Cette entente ne se fait pas sans une communication optimale permettant une entraide, un soutien et un partage d'objectifs communs.

Le socle fondateur d'un binôme soudé impacte la qualité de vie des professionnels mais aussi des résidents. Cette collaboration est le gage d'un fonctionnement harmonieux de l'EHPAD.

A l'inverse, l'absence du duo tout comme une discorde est préjudiciable et obère le déploiement d'un cadre de vie sain.

Dans notre étude, la plus-value de la coordination IDEC/MEDCO semble prendre sens au cœur de toutes les étapes du PP. Nous mettons en lumière que ce binôme est un acteur nécessaire sur tous les champs psycho-médico-sociaux concernant les résidents en EHPAD. C'est à ce prix que l'ensemble de la coordination offre un accueil individualisé et sert la qualité de vie de nos aînés dépendants.

## **Conclusion :**

En dépit des polémiques récentes autour de la qualité d'accueil des personnes âgées en EHPAD, nous regrettons que certaines structures n'aient pas encore perçu le sens des PP. En effet, l'implication des équipes dans les projets personnalisés est très variable dans les différentes EHPAD interrogées.

Malgré les recommandations, nous constatons que les PP ne sont pas toujours conformes aux besoins et que les procédures ne sont pas toujours élaborées, ni suivies. Cette procédure varie considérablement d'une structure à l'autre.

Or, sans PP, comment assurer la bientraitance ? Comment répondre aux attentes du résident ?

Ainsi, le socle fondateur d'un accueil de qualité est la réalisation d'une évaluation gériatrique préalable qui identifie les besoins. Ces besoins permettent alors de construire un plan de soins adapté. Alors seulement, le PP pourra être déployé pour proposer des objectifs qui répondent aux besoins de la personne et lui assurer une bonne qualité de vie.

Comment ne pas percevoir le rôle déterminant de l'IDEC et du MEDCO dans cette tâche ? Comment imaginer que nos EHPAD puissent être des lieux de vie de qualité sans PP ?

Cela souligne l'importance cruciale du binôme IDEC et MEDCO pour initier, former et suivre le PP. Ce binôme joue aussi un rôle déterminant dans la promotion de son intérêt pour une prise en charge efficiente du résident, lui conférant ainsi une véritable signification auprès des équipes pluridisciplinaires.

Nous avons également pu constater que pour que la coordination du binôme fonctionne de manière optimale, il est impératif que ce binôme partage une vision commune du soin, accompagnée d'une écoute respectueuse. La formation à la coordination facilite grandement cette qualité d'écoute et permet une mise en place réussie du PP auprès des équipes.

En définitive, la qualité du PP est conditionnée notamment par la coordination du binôme IDEC et MEDCO. La direction et son administration doivent donc concourir à sécuriser la présence de ce binôme au sein de leur établissement et promouvoir sa bonne coordination pour assurer la qualité des soins.

## **Bibliographie**

1. Lorence A. Ce qui a changé dans les Ehpad depuis la révélation du scandale Orpea. Capital.fr. Published January 24, 2023. Accessed September 23, 2023. <https://www.capital.fr/votre-retraite/ce-qui-a-change-dans-les-ehpad-depuis-la-revelation-du-scandale-orpea-1458299>
2. Balavoine A. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Published July 12, 2022. Accessed September 23, 2023. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
3. *LOI N° 2015-1776 Du 28 Décembre 2015 Relative à l'adaptation de La Société Au Vieillessement (1).*; 2015.
4. Assemblée nationale. Mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France. Assemblée nationale. Published April 7, 2023. Accessed September 23, 2023. [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/mesures\\_societe\\_bien\\_vieillir](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/mesures_societe_bien_vieillir)
5. Haute Autorité de Santé. Comprendre la nouvelle évaluation des ESSMS. Haute Autorité de Santé. Published May 11, 2022. Accessed September 23, 2023. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms)
6. Agence Régional de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Published May 6, 2022. Accessed September 23, 2023. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>
7. Fondation Nationale de Gérontologie. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance | Ministère des Solidarités et des Familles. Accessed September 24, 2023. <http://solidarites.gouv.fr/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap-ou-de-dependance>
8. Luquel L. La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude ». Expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. *Gérontologie Société*. 2008;31 / 126(3):165-177. doi:10.3917/g.s.126.0165
9. *LOI N° 2002-2 Du 2 Janvier 2002 Rénovant l'action Sociale et Médico-Sociale.*; 2002.
10. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Accessed September 24, 2023. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
11. Code de l'action sociale et des familles -. Accessed September 24, 2023. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006074069/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/)
12. *LOI N° 2007-308 Du 5 Mars 2007 Portant Réforme de La Protection Juridique Des Majeurs (1).*; 2007.
13. Haute Autorité de Santé. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Published March 16, 2018. Accessed September 23, 2023. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835163/fr/les-attentes-de-la-personne-et-le-projet-personnalise](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835163/fr/les-attentes-de-la-personne-et-le-projet-personnalise)

14. Haute Autorité de Santé. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Published March 16, 2018. Accessed September 23, 2023. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre)
15. Article - Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales - Légifrance. Accessed September 23, 2023. [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001710381](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001710381)
16. Académie française. Définition de binôme. Accessed September 23, 2023. <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9B1157>
17. Cohen M. Le langage de l'École polytechnique. In: Vol 15. Mémoires de la société de linguistique. ; 1908:181.
18. Académie française. Définition de coordination. Accessed September 24, 2023. <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C4141>
19. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Vol 1. Armand Colin.; 2021.
20. LIMA ADC. *Le projet personnalisé en EHPAD : un moyen de favoriser l'expression des besoins des résidents.*; 2021. Accessed September 24, 2023. <https://anfe.fr/le-projet-personnalise-en-ehpad-un-moyen-de-favoriser-l-expression-des-besoins-des-residents/>
21. BARRE V, BEY B, COQUERY ML, et al. *Les Médecins Coordonnateurs et Les Infirmier(Ère)s Coordinateur(Trice)s Sont-Ils Des Perles Rares ?* Université Paris Descartes; 2020.

## **Annexe :**

### **1. Annexe 1 LE QUESTIONNAIRE**

#### **IMPACT DU BINOME IDEC ET MEDCO DANS L'ÉLABORATION, LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DES PROJETS PERSONNALISÉS EN EHPAD**

##### **QUESTIONNAIRE**

Nous sommes cinq étudiantes en formation pour devenir IDEC ou MEDCO. Nous élaborons un mémoire sur les projets personnalisés (PP). Nous souhaitons cibler l'impact de la coordination de l'IDEC et du MEDCO dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de PP en EHPAD. Pour cela, nous recherchons à interroger un des référents des PP dans votre établissement. C'est une enquête qualitative, ce n'est pas une vérification de vos connaissances. Notre enquête a pour but d'explorer vos pratiques afin d'analyser l'impact qu'a ou que pourrait avoir ce binôme de professionnel sur les PP. Cet entretien sera enregistré car il ne peut se faire qu'en retranscrivant vos propos, ils nous serviront après analyse à apporter un résultat à notre travail. Aucune donnée identifiante ne sera recueillie, vous ne pourrez pas avoir accès aux enregistrements, ils ne seront pas cédés à un tiers, ils seront détruits après la publication du mémoire. Vous pouvez à tout moment arrêter votre participation à cette étude.

#### **0. ACCEPTEZ-VOUS CES CONDITIONS ? ACCEPTEZ-VOUS L'ENREGISTREMENT ?**

##### **1. PRÉSENTATION DU RÉFÉRENT PROJET PERSONNALISÉ :**

- A. Profession (IDEC/Médoc/autre) – formation à la coordination ?
- B. Ancienneté dans la structure : moins de 6 mois, 6 mois à 2 ans, > 2 à 5 ans, >5 à 10 ans, plus de 10 ans
- C. ETP (et appréciation sur son caractère ou insuffisant par rapport à la structure)

##### **2. IDENTIFICATION DE L'EHPAD :**

- A. Quel est le financement partiel/global, avec ou sans PUI, Public/privé lucratif ou privé associatif.
- B. Quelle est la capacité de votre établissement ? (Moins de 60, 60 à 90, 91 à 120, 121 à 150, plus de 150)
- C. Quel est le taux d'occupation actuel de votre établissement (tranche de taux d'occupation actuel : < 80 %, de 80 à 85 %, 86 à 90 %, 91 à 95 %, > 95 %)
- D. Votre établissement se situe dans un environnement de soins : urbain, semi-rural ou rural ?

### **3. ETAT DES LIEUX DES PROFESSIONNELS PARTICIPANT AUX PROJETS**

- A. Comment la fonction de référent PP est-elle assurée ? (vis à vis du résident)
- B. Quels sont les professionnels impliqués dans l'élaboration du PP dans votre établissement ?

### **4. LE PROJET PERSONNALISÉ :**

- A. Existe-t-il une procédure PP dans votre structure ?
- B. Qui planifie le PP et dans quel délai ?
- C. L'élaboration du PP se fait-elle en équipe pluridisciplinaire ?
- D. Comment se fait la restitution et / ou la diffusion auprès du résident, de sa famille et de l'équipe pluridisciplinaire ?
- E. Comment gérez-vous le suivi et la réévaluation de ceux-ci ?
- F. Le rôle de l'IDEC et du MEDCO est-il spécifique à ce moment-là ? (*Si non défini précédemment*)
- G. Connaissez-vous le pourcentage du nombre de PP à jour (réévaluation et mise en place dans les 6 mois), si oui quel est-il ?
- H. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour maintenir ces PP à jour ?
- I. Quels sont les facteurs favorisant leur bonne mise en œuvre ?

**TRANSITION** : nous allons axer notre entretien sur le binôme IDEC et MEDCO afin de développer votre ressenti dans la pertinence de ce binôme, dans une pratique idéale, que cela soit dans votre établissement actuel ou non.

### **5. LE BINOME IDEC ET MEDCO :**

Quel impact, positif ou négatif, un binôme MEDCO/IDEC pourrait-il avoir :

- A. Concernant les relations entre le résident, sa famille et les équipes de l'établissement ?
- B. Concernant la mise en œuvre des bonnes pratiques gériatriques dans l'établissement ?
- C. Concernant l'amélioration de la qualité de vie en établissement ?
- D. Concernant la prévention de l'aggravation fonctionnelle en établissement ?

*Relances possibles : Comment ? Pourquoi ?*

### **6. CONCLUSION :**

- A. Quels sont les principaux avantages et inconvénients que vous voyez à la présence d'un binôme MEDCO/IDEC, en particulier vis-à-vis des PP ?
- B. Que voudriez-vous éventuellement rajouter sur ce sujet ?

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

## 2. Annexe 2 : Différentes caractéristiques du PP regroupées dans des fiches repères de l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Ce projet est défini par différentes caractéristiques regroupées dans des fiches repères de l'HAS (Haute Autorité de Santé).

- Ø Il doit être rédigé dans les 6 mois qui suivent l'entrée dans la structure.
- Ø Chaque année, une réévaluation doit être faite afin d'adapter les objectifs. Il en va de même à chaque fois que la personne accueillie montre des signes de perte ou de gain d'autonomie.
- Ø La rédaction se fait en équipes pluridisciplinaires (cadre de santé, IDEC, MEDCO, AS, AMP, ergothérapeute, kinésithérapeute) afin d'évaluer globalement les attentes et les besoins de la personne âgée et d'adapter les prestations à la singularité de la personne.
- Ø Il est constitué de plusieurs volets, tels que la vie quotidienne, la vie sociale, les soins, l'accompagnement en fin de vie, le soutien psychologique.
- Ø Il contient les objectifs à mettre en place pour intégrer au mieux les habitudes de vie et pouvoir les ajuster en fonction de l'évolution des besoins et attentes de la personne.
- Ø Le résidant ou son représentant signe ce projet.
- Ø Le MEDCO valide les objectifs et l'IDEC les met en place en planifiant les actions.
- Ø Un ou deux professionnels sont choisis parmi les coordinateurs du projet, ils seront les interlocuteurs privilégiés lors d'une hospitalisation ou d'un changement d'état de santé. Ce(s) professionnel(s) favorise(nt) l'implication et l'association au projet du reste de l'équipe soignante. *« Dans les établissements/services, la fonction de coordination de projet est organisée de manière diverse. Elle peut être tenue par le chef de service et/ou par des professionnels de terrain. Le terme de « référent » est souvent employé pour désigner les professionnels de terrain chargés du suivi et de la veille générale autour d'un nombre limité de projets personnalisés ».*

## **RÉSUMÉ**

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des résidents en EHPAD, sous le contrôle des évaluations institutionnelles, le projet personnalisé (PP) a été mis en place avec des règles précises de réalisation et de suivi depuis 2002. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés enregistrés a été réalisée dans diverses EHPAD pour évaluer l'apport de la coordination d'un binôme entre une Infirmière Diplômée d'Etat de Coordination et un Médecin Coordinateur (IDEC/MEDCO) dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des projets personnalisés en EHPAD. Les résultats ont montré une difficulté de l'application des réglementations avec des procédures très disparates d'un établissement à l'autre. Certaines équipes expriment également un manque d'intérêt pour les PP. Cependant, notre étude confirme le bénéfice de la présence d'un binôme IDEC/MEDCO pour la mise en œuvre du PP dans une équipe pluridisciplinaire. La bonne connaissance et la réalisation de PP efficaces dépendent de la formation et de l'accompagnement de l'ensemble de l'équipe sous l'impulsion du binôme IDEC/MEDCO.

## **RÉSUMÉ EN ANGLAIS**

As part of improving the care and quality of life of residents in retirement homes (EHPADs), under the control of institutional evaluations, the personalized project (PP) has been precisely ruled for implementation and monitoring since 2002. A qualitative study using recorded semi-directed interviews was carried out in a number of EHPADs to assess the contribution of the pairing of a coordinating nurse and a coordinating doctor (IDEC/MEDCO pair) in building, implementing and monitoring personalized projects in EHPADs. The results showed that regulations were difficult to apply, with procedures varying widely from one establishment to another. Some teams also expressed a lack of interest in PP. However, our study confirms the benefits of having an IDEC/MEDCO pair to implement the PP in a multidisciplinary team. Good knowledge and achievement of efficient PPs depend on the training and support of the whole team under the leadership of the IDEC/MEDCO pair.

## **TITRE EN ANGLAIS**

THE IMPACT OF THE IDEC/MEDCO PAIR IN BUILDING, IMPLEMENTING AND MONITORING PERSONALIZED PROJECTS IN RETIREMENT HOMES

## **MOTS CLÉS :**

PERSONNE ÂGÉE, PROJET PERSONNALISÉ, EHPAD, COORDINATION PLURIPROFESSIONNELLE, BINÔME IDEC ET MEDCO