

Mettre en œuvre le projet de vie

dans les établissements
pour personnes âgées

3^e édition

Association Réseau de consultants en gérontologie
Jean-Jacques Amyot • Olga Piou

DUNOD

Photo de couverture © jovannig – Fotolia.com

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-076532-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À Michel Frossard

Les auteurs

J.-J. AMYOT

Psychosociologue, directeur de l'OA-REIL, chargé de cours Université de Bordeaux.

J.-L. BASCOUL

Sociologue, consultant, Montpellier.

C. EYNARD

Diplômée en gérontologie sociale, consultante, membre du Réseau de consultants en gérontologie depuis sa création en 1992.

C. FILIPPI

Psychogérontologue, responsable du secteur personnes âgées à l'Uriopss Nord-Pas-de-Calais.

O. PIOUS

Qualificatrice et gérontologue, Directrice adjointe de l'association ISATIS, Paris.

A. SEMARD

Consultante, directrice adjointe SOLIHA Centre-Val de Loire.

A. VILLEZ

Président de l'association du Réseau de consultants en gérontologie, consultant, ancien directeur adjoint de l'URIOPSS Nord-Pas-de-Calais et conseiller technique à l'UNIOPSS.

Introduction

LES ÉTABLISSEMENTS QUI ACCUEILLENENT des personnes âgées ont subi de nombreuses transformations en quelques décennies. De l'hospice à l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), ils ont vu leurs missions s'élargir et les exigences à leur endroit se développer en lien avec les évolutions sociales qui consacrent l'avènement de la personne et de son autonomie. Les progrès considérables dans le domaine des soins et de la médecine ont permis d'affermir au fil du temps la vocation de soin de ces établissements alors même que des revendications pour la prise en compte des personnes dans leur singularité, et non pas seulement comme objets de soins, se faisaient jour.

Le milieu gérontologique a initié depuis une vingtaine d'années déjà une réflexion sur le projet de vie, dans le souci de permettre aux personnes âgées de préserver, malgré leurs incapacités, un certain sens à leur vie en établissement, mais aussi pour les professionnels qui interviennent dans un contexte difficile, afin de donner un sens à leur travail.

Cette lente évolution a très largement contribué à ériger la perte d'autonomie des résidents comme élément clivant de la nomenclature des établissements qui distinguent nettement les établissements autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes (EHPAD et Petites Unités de Vie) de ceux qui ne le sont pas (EHPA). Parmi ces derniers, on trouve les quelques rares maisons de retraite non médicalisées et les logements-foyers appelés pour la plupart d'entre eux à devenir des Résidences Autonomie depuis la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement. Mais au-delà de cette distinction déterminante sur le plan de la tarification et du financement, ce sont les mêmes droits reconnus aux résidents et la même réglementation sociale qui s'appliquent à tous les établissements.

La loi sur la PSD de janvier 1997, dans sa partie consacrée à la réforme de la tarification des établissements, déclinée par les décrets et arrêtés d'avril 1999, avait formalisé la nécessité pour les établissements de présenter un projet pour prétendre au conventionnement tripartite avec les ARS¹ et les conseils départementaux.

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale de janvier 2002 est venue valider cette nécessité et a donné un cadre législatif et réglementaire à la démarche de projet dans les établissements et au positionnement de l'usager au centre des préoccupations de tous les acteurs des institutions sociales et médico-sociales. Il s'agit là non seulement de centrer les projets d'établissement sur les droits et le bien-être des usagers mais, plus encore, de leur reconnaître une place incontournable d'expert principal dans les projets qui les concernent. Néanmoins ces éléments législatifs ne gommant pas les pressions budgétaires qui s'exercent sur les établissements où il s'agit également de tendre vers une rationalisation plus grande des actions et des choix.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015 en confortant les droits des résidents de tous les établissements d'hébergement de personnes âgées vient renforcer l'obligation de prendre en compte la parole et les attentes des résidents dans toutes les phases de la vie de l'institution, de la procédure d'admission à l'élaboration des plans d'aide et de soins.

Il importe donc aujourd'hui de travailler, tout à la fois, dans cette logique de rationalisation des choix budgétaires et de recherche de la qualité de service maximum, exigences qui pourraient paraître contradictoires si les démarches de projet de vie d'établissement ne proposaient pas finalement de s'inspirer en tout premier lieu des attentes et des besoins des personnes pour arbitrer des décisions et des choix parfois difficiles.

Ainsi le projet de vie apparaît comme une démarche qui se fonde et tire sa force d'une éthique de la relation avec les personnes accueillies et qui doit permettre ainsi de réconcilier ce qui peut paraître *a priori* inconciliable.

En 1995, le Réseau de consultants en gérontologie proposait une première contribution à la réflexion sur les projets de vie, mettant l'accent sur l'importance de la participation de l'ensemble des acteurs

1. Agences régionales de santé.

concernés par la recherche d'un « mieux vivre en établissement² ». En 2002, un nouvel ouvrage, nourri de l'expérience de nombreuses démarches d'accompagnement de projets de vie des consultants du réseau, s'inscrivait dans une certaine continuité. En effet, le travail des membres du réseau s'appuie sur des postures éthiques, inchangées depuis sa création, qui vont soutenir l'intervention et la réflexion avec les acteurs engagés dans ce projet. En 2013 une nouvelle édition s'était imposée. Quatre ans après, il s'agit de réactualiser certains points à la lumière des nouvelles législations et réglementations, et de l'évolution des pratiques en la matière.

Le postulat initial reste celui de la primauté des résidents et de leurs proches qui sont au cœur de la démarche. Ce sont eux, qui en évoquant leurs difficultés à vivre, leurs souhaits, leurs habitudes, leurs croyances et leurs valeurs vont donner des repères à l'action des professionnels et des bénévoles au quotidien. La finalité du projet de vie, et son ambition, est bien de fonder les attitudes et les actions des professionnels sur ce que les résidents vont énoncer comme essentiel à leur vie. Puisque le projet de vie tente également de donner du sens et de la cohérence au travail des différents intervenants, il se doit également, et d'autant plus dans une période qui multiplie les approches, de les associer à la réflexion qui va initier les changements attendus.

Ainsi, cet ouvrage sur la mise en œuvre du projet de vie se propose de lier tout à la fois la réflexion et l'action nécessaires à tout projet. Cette démarche doit être resituée dans un contexte et dans une politique dont les enjeux doivent être appréhendés pour devenir le cadre général dans lequel le travail des professionnels s'inscrit. Mais, parce qu'il s'agit de la vie des personnes et du soutien dont elles peuvent avoir besoin à un moment clé de leur existence, les éléments méthodologiques que nous proposons s'accordent avec les finalités poursuivies ; ils se veulent respectueux de la singularité des personnes comme des institutions et de ceux qui les animent.

2. *Projet de vie, Des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement*, Étude du Réseau de consultants en gérontologie, Fondation de France, sept. 1995.

Chapitre 1

Le projet de vie : contraintes et finalités

LA FINALITÉ ET LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE DE PROJET DE VIE

La démarche de projet de vie en institution se fonde avant tout sur la prise en considération de l'expression des usagers. Cette expression peut prendre différentes formes et supports de telle sorte à ne pas laisser de côté les personnes dont l'expression verbale est difficile, voire absente, en tout cas éloignée de nos critères habituels. Ce postulat fondateur donne sens et nourrit tout à la fois l'ensemble de la démarche qui est appelée à se développer au sein de l'établissement. Plus qu'une centration symbolique, il s'agit d'une exigence éthique destinée à irriguer tous les processus et procédures qui s'avéreront nécessaires au cours de cette démarche dont la nature et la structure s'apparentent à une véritable démarche qualité.

Néanmoins, si les démarches qualité sont à l'œuvre dans ce changement de paradigme, nous allons le voir juste après, les influences qui vont générer ce processus sont diverses. Il faut faire état de la volonté délibérée qui s'affichera en premier lieu dans la loi du 30 juin 1975 de bien séparer

l'hospice avec sa vocation d'assistance, simple regroupement d'individus se trouvant là par ultime recours, avec des maisons de retraite dont le terme lui-même renvoie déjà à la notion de domicile. Par ailleurs, des évolutions sociales sont visibles. Ainsi en est-il de l'autonomie qui devient une valeur sociale centrale, de l'intégration de la notion de projet pour la période de la retraite qui jusque-là était généralement perçue comme un temps d'attente ou de répétition, et des mouvements de défense des consommateurs qui donnent peu à peu la parole à celles et ceux qui étaient rendus muets par gavage. Il ne s'agit donc pas d'une seule impulsion, mais d'un ensemble de mouvements qui oriente l'action gérontologique.

Ceci étant dit, le concept de qualité inspiré de la doctrine du management participatif élaborée au cours des années soixante-dix dans le secteur industriel puis commercial, contre les excès du taylorisme, s'est peu à peu imposé comme le nouveau modèle structurant du secteur gérontologique. Trois facteurs ont concouru à forger ce nouveau cadre de référence :

- La croissance des besoins et des demandes d'hébergement exprimés par des personnes de plus en plus âgées et dépendantes sur le plan cognitif. Cette évolution se heurte aux carences à la fois quantitatives et qualitatives d'un dispositif d'offre de services adaptés qui ne parvient pas à satisfaire les attentes des personnes âgées et de leurs familles. Le manque de places dans certains territoires, disponibles et adaptées aux besoins des personnes souffrant de nombreuses incapacités, le manque de personnels permettant d'assurer la dispensation des soins et l'accompagnement que réclame l'état de santé de ces personnes représentent les problèmes les plus urgents. À ceux-ci s'ajoutent des modalités de fonctionnement, héritières lointaines d'une tradition d'assistance, qui tendent à considérer les résidents en fonction de leurs devoirs de respect des règles internes (explicites et/ou implicites) et non de leurs droits de citoyenneté. Même si ce carcan semble s'atténuer au fil des dernières années, les familles surtout, mais aussi les personnes âgées, n'acceptent plus ces règles ; elles veulent être informées et négocier leurs conditions de vie ou celles de leur parent.
- En second lieu, la solvabilité croissante des retraités a contribué à esquisser les contours d'un marché nouveau et l'émergence d'une offre commerciale de services. Il s'agit là d'un phénomène qui a entraîné le secteur gérontologique dans une dynamique concurrentielle et dont les effets n'ont pas encore tous été identifiés. Une attitude de plus en plus consumériste des résidents et de leurs familles est en tout cas constatée par de nombreux professionnels qui se sentent assimilés à de simples

prestataires de services. « Je paie donc j'ai droit à un service ». Cette posture bien connue se heurte désormais à la dynamique du projet de l'établissement et de l'institution qui le gère, qui incite le gestionnaire à privilégier la réponse aux besoins plutôt qu'aux demandes.

- Enfin, la crise des systèmes de protection sociale contraint les collectivités publiques à rechercher de nouveaux modes de régulation. Face à la raréfaction des crédits, les autorités de contrôle et de tarification des institutions sociales et médico-sociales ont été conduites à continger davantage l'allocation des financements publics par la mise en place d'un système de gestion par enveloppe dite « fermée » et par des programmations suffisamment rigides pour ne plus garantir la couverture des besoins exprimés localement en matière d'hébergement et de soins de base surtout. La réglementation en matière de tarification des établissements fait notamment reposer les affectations de crédits d'assurance-maladie sur des indicateurs médico-socio-économiques permettant de calculer les tarifs proportionnellement au niveau de dépendance de chaque résident en les classant dans des groupes homogènes de consommation de ressources de soins (les groupes iso-ressources de l'outil AGGIR) et selon la charge en soins évaluée à partir de l'outil PATHOS.

GRILLE AGGIR

Variables discriminantes

La cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance.

Variables illustratives

La gestion, la cuisine, le ménage, le transport, les achats, le suivi du traitement, les activités du temps libre.

Groupes iso-ressources (GIR)

- GIR 1 : personne ayant perdu son autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale nécessitant une présence indispensable et permanente.
- GIR 2 : (a) personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les facultés intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui a besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; (b) personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui a conservé sa capacité de se déplacer.



- GIR 3 : personne ayant conservé son autonomie mentale et partiellement sa capacité à se déplacer mais qui nécessite plusieurs fois par jour des aides pour son autonomie corporelle.
- GIR 4 : (a) personne qui n'assure pas seule ses transferts mais qui, une fois levée peut se déplacer à l'intérieur du logement. Elle doit parfois être aidée pour la toilette et l'habillage, s'alimentant presque seule ; (b) personne n'ayant pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.
- GIR 5 : personne qui assure seule ses déplacements à l'intérieur du logement, s'alimente et s'habille seule. Elle nécessite une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- GIR 6 : personne n'ayant pas perdu son autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Dans ce contexte, les acteurs de terrain sont appelés à se comporter davantage comme des prestataires contraints d'adapter leur offre de service à une demande plus exigeante : contrainte renforcée par un encadrement plus tatillon des autorités chargées de conduire les politiques gérontologiques publiques et une raréfaction des ressources financières de plus en plus marquée tant du côté des pouvoirs publics que d'un certain nombre de personnes âgées.

Cette plus grande attention à la demande ne peut se concevoir sans une revalorisation du statut des résidents des institutions et conduit inexorablement sur le terrain de l'éthique. De bénéficiaires sans droit, les résidents sont maintenant assimilés à des clients dont la satisfaction doit représenter la motivation essentielle non seulement de l'organisme gestionnaire, mais aussi de l'ensemble de ses agents. Parallèlement, les collectivités publiques et les autorités de tarification sont de plus en plus attachées à ce qu'une contrepartie en termes d'amélioration objective de la qualité du service soit apportée à leur contribution financière. Tant du côté des gestionnaires que des financeurs émerge la nécessité d'objectiver la qualité du service rendu aux personnes âgées et à leur entourage.

Il est maintenant à peu près admis que la qualité ne s'autoproclame pas et ne peut se réduire à quelques incantations fondées sur l'histoire ou le caractère désintéressé de la gestion (service à but non lucratif privé ou public). En effet, ce n'est pas parce qu'un établissement a traversé le temps ou que sa finalité n'est pas centrée sur la recherche du profit que le service rendu est nécessairement satisfaisant. L'énoncé même de ces postulats nous conduit à poser la question de la définition de la qualité.

Selon les termes des normes internationales (ISO 8402), la qualité se définit « par la capacité d'une entreprise ou d'une entité à satisfaire

les besoins exprimés et implicites de ses clients ». Dans le cas d'un établissement, une double difficulté d'application se pose. La première est représentée par les aléas liés à la définition même des besoins. De quoi parlons-nous ? Des besoins primaires tels que se loger, se nourrir, se soigner, ou faut-il intégrer les besoins plus existentiels d'épanouissement de la personnalité telles que la créativité, la vie sociale et spirituelle ? Cette attention à la prise en compte globale de la personne immortalisée par la pyramide de Maslow (**figure 1.1**) doit indéniablement nous guider. Elle pose en tout cas la question de l'évaluation subjective de la satisfaction de ces besoins puisqu'elle doit renvoyer à la qualité de vie perçue par les personnes elles-mêmes.

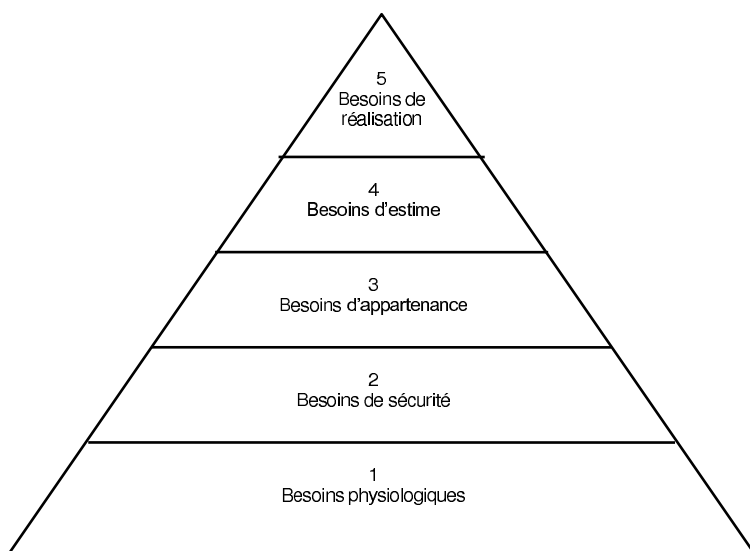


Figure 1.1. Pyramide de Maslow

Seconde difficulté : l'identification du client. S'il est couramment admis que le client est celui qui paie, dans le cas des institutions gérontologiques, le client peut être tout à la fois la personne âgée, sa famille et un financeur, organisme ou collectivité. La relation client-fournisseur, à la base de tous les systèmes qualité, prend la forme ici de configurations plus complexes qui compromettent, *a priori*, le recueil d'une appréciation univoque du service. Ériger la satisfaction du client comme objectif premier risque par ailleurs de réduire le projet des institutions gérontologiques aux seules demandes explicites exprimées par les résidents les plus consuméristes, les plus revendicatifs ou les plus à même de se faire entendre en raison de leur ancien statut professionnel,

de leur statut social ou de leur capacité à s'exprimer ou à formuler leurs demandes. À ce stade, ce sont les convictions éthiques des institutions qui risquent d'être malmenées : comment concilier en effet la promotion et l'épanouissement de la personnalité et de l'autonomie des résidents avec la revendication d'un service hôtelier susceptible de les décharger des tâches domestiques de la vie quotidienne.

Quand bien même tout risque de malentendu ne pourrait être écarté, la promotion de la qualité renvoie surtout à la nécessité de mieux communiquer sur les pratiques et ce qui les fonde. C'est en ce sens qu'il faut entendre dans notre contexte la maxime de référence des systèmes qualité : « Dire ce que l'on fait ; faire ce que l'on dit. » Si la relation avec le client peut être source d'ambiguïté et de malentendu, l'intervention des autorités financières et de contrôle n'est pas non plus exempte de contradiction. Leurs attentes ne sont pas exactement centrées en effet sur la simple satisfaction du client. Elles sont davantage encadrées par la vérification du respect des normes édictées, soit par la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM¹ ou de l'HAS (Haute Autorité de Santé), soit par les conclusions des processus d'évaluation interne et externe introduites par la loi du 2 janvier 2002.

À ce niveau, il s'agira donc beaucoup plus d'évaluation susceptible d'éclairer des procédures d'autorisation, de conventionnement tripartite, de signature de CPOM (Conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens) et d'accréditation pour les établissements de santé, voire de tarification des institutions concernées. L'actualité législative a d'ailleurs largement contribué à renforcer cette tendance. Qu'il s'agisse des procédures d'évaluation interne et externe prévues par les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 (révisées par la loi HPST de 2009) et encadrées par les recommandations de l'ANESM, ou des procédures d'accréditation prévues pour les services hospitaliers dans le cadre des ordonnances d'avril 1996, ou encore du régime de conventionnement et de tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes prévu par la loi du 24 janvier 1997, la qualité est au centre des préoccupations afin de parvenir à une autorisation, un conventionnement, voire une certification des institutions par un organisme spécialisé de type AFNOR. Dans chacune de ces procédures, il s'agit de vérifier la conformité des pratiques et des organisations avec les référentiels et les recommandations édictés tant par l'administration centrale que par l'ANESM et

1. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

l'HAS. Ces évaluations externes revêtent le plus souvent un caractère de sanction puisqu'elles conditionnent les reconductions d'autorisation et conventionnement tripartite/CPOM. Il est désormais parfaitement établi qu'une autorité ne puisse pas maintenir l'autorisation de fonctionner à un établissement ne donnant pas suffisamment de garanties de qualité, et ce d'autant plus facilement que les autorisations de fonctionnement sont délivrées aux établissements sociaux et médico-sociaux pour une durée déterminée (15 ans).

Cette possibilité de perdre son autorisation de fonctionnement n'est-elle pas renforcée par les difficultés actuelles de financement des établissements ? Est-il encore possible dans ce cas de parler de qualité ? Certains conseils départementaux ont déjà franchi le pas et plafonnent le taux d'encadrement en personnel des établissements sur une base considérée unanimement comme minimale pour pouvoir prétendre accompagner et soigner des résidents dépendants. À l'inverse, les autorités et collectivités publiques tarifant les institutions fixent des tarifs ne permettant pas de satisfaire les objectifs de qualité assignés aux établissements par les nouveaux référentiels qualité comme, par exemple, le cahier des charges des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Confrontés ainsi à une sorte d'injonction paradoxale, les établissements auraient comme alternative, soit de mettre en œuvre les objectifs d'amélioration de la qualité sans disposer des moyens adéquats, soit de ne pas respecter les prescriptions qualité.

L'ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE

Le processus de réforme de la tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées a été initié par la loi du 24 janvier 1997. L'arrêté du 26 avril 1999 fixe le cahier des charges applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et précise que le conventionnement tripartite qui fonde cette tarification vaut engagement de l'établissement dans une véritable démarche d'assurance qualité. L'objectif est de garantir à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Au sens de ce cahier des charges, la qualité se définit comme « étant tout à la fois fonction du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. La qualité repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie

dans le projet institutionnel, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

Dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement définies au sein de chaque institution, la qualité sera appréciée au regard :

- « de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l’habitat, à la restauration, à l’existence ou non d’un sentiment de sécurité, de solitude, et à la qualité d’ensemble de la vie sociale ;
- des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d’autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes. »

Dans les faits, les négociations de renouvellement de conventions tripartites EHPAD révèlent l’ambivalence inhérente à cette procédure perpétuellement écartelée entre le normatif, le réglementaire et le volontariat. Se révèle à cette occasion toute l’ambiguïté de la notion de norme : s’agit-il de norme – référence qualité – ou de norme à caractère réglementaire et donc effectivement opposable ? C’est ainsi qu’était apparue la notion de socle de recevabilité dans le cadre des négociations des conventions tripartites de première génération, fixant les prérequis indispensables pour pouvoir prétendre au conventionnement. Les uns exigeaient la conformité aux normes d’hygiène alimentaire et de sécurité incendie, les autres y ajoutaient les procès-verbaux de réunion de conseil de vie sociale, la formalisation d’un contrat de séjour, l’embauche d’un médecin coordonnateur ou la présentation du projet de vie de l’établissement.

L’excès de pouvoir que représentent ces exigences se caractérise essentiellement par l’amalgame de prescriptions d’ordre réglementaire et d’objectifs d’amélioration de la qualité. La conformité aux normes de sécurité incendie et d’hygiène alimentaire, tout comme le recrutement d’un médecin coordonnateur ou la présentation du projet de vie, ne pouvaient être exigés en préalable puisque l’enjeu même de la convention était de délivrer des moyens à l’établissement afin qu’il procède à ces améliorations substantielles. En revanche, la signature d’un contrat de séjour et la mise en place effective d’un conseil de vie sociale peuvent être exigées préalablement, dans la mesure où il s’agit de dispositifs relevant d’une obligation légale. À la lumière de cet exemple se dessinent bien toute la complexité et l’ambivalence de la démarche de conventionnement tripartite et du statut exact des prescriptions du cahier des charges de ces conventions. Le texte nous parle d’ailleurs de recommandations constituant des références qualitatives souples qui se distinguent des normes techniques de fonctionnement qui seront édictées

ultérieurement par décret. Alors que les normes techniques présentent un caractère obligatoire dont le respect est directement lié à l'autorisation de fonctionnement, les recommandations du cahier des charges laissent aux contractants une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement².

Il paraît utile, à titre d'illustration, de faire état ci-dessous des diverses recommandations figurant dans ce texte.

RECOMMANDATION DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION
DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES

Recommandations relatives à la qualité de vie des résidents

- Les objectifs à atteindre :
 - maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social ;
 - préserver un espace de vie privatif en garantissant un sentiment de sécurité ;
 - concilier sécurité et liberté notamment pour les résidents souffrant de détérioration intellectuelle ;
 - maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité des résidents ;
 - mettre à disposition chaque fois que possible des éléments techniques de communication dans chaque chambre ;
 - maintenir ou retrouver certaines relations sociales ;
 - apporter des aides pour les activités de la vie quotidienne ;
 - permettre et favoriser l'accès à certaines prestations extérieures : coiffure, esthétique.
- Les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs :
 - Le projet institutionnel : il convient d'élaborer un document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins.
 - La direction de l'établissement doit fournir à la personne âgée et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'institution, les droits et obligations des résidents, ses conditions d'accueil et de prise en charge à l'occasion de son entrée dans l'établissement et de sa remise du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour.
 - Le responsable de l'établissement doit également informer le résident ou son représentant légal de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile.



2. Voir l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges des conventions tripartites pluriannuelles.



Recommandations concernant la qualité des espaces

Les espaces destinés aux personnes âgées dépendantes doivent être conçus et adaptés de manière à ce qu'ils contribuent directement à lutter contre la perte d'autonomie des résidents, à favoriser leur socialité et à instaurer une réelle appropriation de l'institution par l'utilisateur.

La conception des espaces doit répondre à trois impératifs :

- être un lieu de vie ;
 - être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance ;
 - être un lieu de prévention et de soins où sont prodiguées de façon coordonnée les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents ;
 - coordonner les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents.
- Les espaces privés doivent être la transposition en établissement du domicile du résident. Ils doivent pouvoir être personnalisés et permettre aux personnes âgées qui le souhaitent d'apporter du mobilier personnel. La conception de l'espace privatif doit s'apparenter à celle d'un logement. Il comprendra un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaire) et pourra être doté d'une kitchenette. Il est recommandé que les surfaces minimales atteignent pour les établissements neufs :
 - 18 à 22 m² pour les chambres ou logements individuels ;
 - 30 à 35 m² pour les chambres ou logements doubles.

Pour les autres établissements, les surfaces doivent être de :

- 16 à 20 m² pour les chambres ou logements individuels ;
 - 22 à 25 m² pour les chambres ou logements doubles ;
 - 20 à 22 m² lorsqu'il s'agit d'un logement doté d'une kitchenette.
- Les espaces collectifs. Ceux-ci comprennent :
 - les espaces de vie collective dont le nombre, la taille et la vocation sont fonction du projet de vie ;
 - les espaces de circulation qui doivent garantir une bonne accessibilité à l'ensemble des divers lieux intérieurs comme extérieurs. Ils doivent bénéficier le plus possible d'un éclairage naturel. Ils doivent être conçus de manière à pouvoir y circuler en fauteuil roulant et y faire circuler aisément les chariots nécessaires à l'entretien et éventuellement à la restauration.





- Les espaces spécifiques :
 - les espaces de soins : ces espaces doivent être la traduction architecturale³ des caractéristiques du projet de soins adopté par l'établissement dans le cadre de son projet institutionnel (locaux pour les soins paramédicaux, la rééducation et cabinet médical) ;
 - d'autres espaces tels que salles de réunion, salon d'esthétique et de coiffure...

La conformité aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, d'hygiène sanitaire et alimentaire, de l'hôtellerie et de la restauration collective est également demandée.

Recommandations concernant la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents

Les objectifs à atteindre reposent sur le principe de la préservation, voire de la restauration des relations du résident avec sa famille en fonction de ses souhaits. Ce principe implique qu'une place importante soit donnée à la famille au sein du projet institutionnel ; celle-ci ne devra pas être cantonnée dans un statut de visiteur.

Par ailleurs l'établissement doit organiser l'information des familles tant sur le plan administratif et financier qu'en ce qui concerne les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie.

Une attention toute particulière doit être portée aux familles à l'occasion du décès du résident.

Afin de satisfaire ces objectifs, les moyens suivants devront être mis en œuvre :

- mise en place de procédures pour recueillir les attentes des résidents et de leur famille ;
- animation effective du conseil d'établissement ;
- accueil des familles et des bénévoles dans l'institution ;
- mise en place de procédures permettant de recueillir l'avis des familles et leur degré de satisfaction par rapport aux prestations de l'établissement ;
- favoriser la participation des familles à la vie quotidienne de l'établissement ;



3. Note des auteurs de l'ouvrage : la notion de traduction architecturale ne signifie pas que l'architecte doive se contenter de satisfaire aux seules exigences fonctionnelles du maître d'ouvrage et des professionnels du soin, mais qu'il lui soit précisé par ces derniers ou qu'il leur demande lui-même des précisions sur l'usage qui en sera fait, notamment en termes :

- d'emplacement par rapport aux espaces privés et collectifs, en tenant compte du sentiment d'intrusion que pourraient éprouver les résidents ;
- de plus ou moins grande visibilité, eu égard à l'image que le maître d'ouvrage souhaite donner de l'établissement.