

Master of Advanced Studies HES-SO
Direction des institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires
MAS HES-SO DIS

« D'une conception de soins à un concept d'accompagnement en interdisciplinarité ; de Virginia Henderson à Maria Montessori »

Risse Frédéric

Module Travail de Master

Gay Marcelle directrice du travail de Master postgrade

TABLE DES MATIERES

Préambule

1.Introduction

1.1 Brève présentation personnelle	page	3
1.2 Les soins infirmiers	page	3
1.3 Conception de soins actuelle de Béthanie	page	4
1.4 Choix du sujet	page	5
1.5 Positionnement de Direction	page	6
1.6 Présentation du déroulement de travail de Master	page	6

2.Description du contexte

2.1 L'institution	page	8
2.1.1 En termes de personnel	page	9
2.1.2 En termes d'exigences	page	9
2.1.3 En termes de sécurité et contrôles	page	9
2.2 Valeurs Institutionnelles	page	10
2.3 Les Résidents	page	11
2.4 Les Autorités	page	12

3.Questionnement & Hypothèse

page	13
------	----

4.Références théoriques

4.1 Conception de soins selon Virginia Henderson	page	14
4.2 Présentation de la Méthode Montessori	page	16
4.3 Méthode Montessori adaptée à la personne âgée	page	16
4.4 Accompagnement des équipes aux changements	page	18

5.Enquête

5.1 Méthode d'enquête	page	19
5.2 Résidents	page	20
5.3 Collaborateurs		
5.3.1 L'infirmier chef	page	21
5.3.2 Les infirmières cheffes adjointes	page	22
5.3.3. La responsable de l'animation	page	22
5.3.4. L'équipe de l'animation	page	22
5.4 Autres établissements		
5.4.1 Etablissement formé à la méthode Montessori	page	22
5.4.2 Etablissement non formé à la méthode Montessori	page	22
5.4.3 Etablissement aux Pays-Bas	page	23

6.Analyse et synthèse

page	23
------	----

7.Conclusion

page	37
------	----

Préambule

J'ai repris la direction de l'institution de Béthanie en juillet 2016, après y avoir occupé le poste d'infirmier chef durant 5 ans.

Lors de ma prise de fonction en 2011, respectivement lors de l'information au service de la Santé publique, l'exigence d'avoir un complément de formation au niveau management, afin d'être reconnu en tant qu'infirmier chef et inscrit sur l'autorisation d'exploiter, a été formulée. C'est donc à ce moment-là, que j'ai entrepris la formation de Direction et stratégie d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires et obtenu le DAS (Diploma of Advanced Studies) en 2014.

Il faut relever que ce choix était aussi motivé par une vision d'avenir partagée par le Directeur de l'époque, qui songeait déjà à sa succession.

Le choix de poursuivre ensuite avec un Master était l'occasion de parfaire mes connaissances et d'avoir des outils supplémentaires pour affirmer mon positionnement de Directeur.

1. Introduction

1.1 Brève présentation personnelle

Dans ma carrière, j'ai eu l'occasion d'exercer dans différents domaines. Toutefois, il y en a un principal qui m'anime et me fait toujours vibrer, c'est celui de soignant, plus exactement celui d'infirmier.

La majeure partie de ma carrière s'est déroulée dans les soins aigus, mais j'ai également travaillé dans les soins ambulatoires, ainsi qu'après des populations migrantes. Ensuite, je suis parti dans les soins chroniques, puis avec la personne âgée dans les soins à domicile, pour finalement rejoindre le monde des EMS (Etablissement Médico-Social).

Ce bref descriptif de parcours a pour but de poser le cadre de ce travail de Master. Celui-ci prendra en compte les questions de direction, tant en termes de management, qu'en termes de mission, de qualité et de valeurs. C'est dans cette optique, que je souhaite rappeler que ma posture de directeur d'un Etablissement Médico-Social s'inscrit dans une continuité me permettant de rester animé et convaincu par ce qui m'a construit professionnellement.

1.2 Les soins infirmiers

La profession d'infirmier, lorsque je l'ai débutée en 1993, était principalement basée sur une théorie de soins développée par Virginia Henderson et enseignée depuis 1947. Sa vision décrit l'humain comme un être ayant 14 besoins fondamentaux à satisfaire pour pouvoir parvenir à une homéostasie, soit à un équilibre parfait !

Toute la construction du rôle professionnel est basée sur le fait de combler les manques, afin que la personne puisse se réaliser au travers de ces 14 besoins !

Toutes les professions soignantes certifiées, soit les aides-infirmières, les infirmières-assistantes, les ASSC (Assistante en Soins et Santé Communautaire) ont connaissance de ces 14 besoins. D'ailleurs, dans notre établissement, le DIR (Dossier Informatisé du Résident) que nous utilisons, est basé sur les transmissions ciblées, dont la base structurelle est les 14 besoins de Virginia Henderson.

Cela démontre clairement qu'il ne s'agit donc pas juste d'un effet de mode, mais bien d'un standard, enseigné depuis de nombreuses années.

A ce stade, il me semble utile de citer, ci-dessous, ces 14 besoins afin de pouvoir mieux cerner les réflexions à venir :

- Le besoin de respirer
- Le besoin de boire et de manger
- Le besoin d'éliminer
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position
- Le besoin de dormir et de se reposer
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguements
- Le besoin d'éviter les dangers
- Le besoin de communiquer
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser
- Le besoin de se récréer
- Le besoin d'apprendre

Tout lieu de soins doit conceptualiser sa prise en charge de manière à montrer sur l'extérieur ce qui est fait, et à fédérer les collaborateurs autour d'un « fil rouge ». Cela est décrit dans ce qui est appelé une conception de soins.

1.3 Conception de soins actuelle de Béthanie

La conception de soins de Béthanie est basée sur les 14 besoins de Virginia Henderson. Au fil du temps, d'autres valeurs fondamentales s'y sont ajoutées, telles qu'une charte éthique, des énoncés fondamentaux et une devise : « Vivre en relation ».

Cette conception, restée à l'état de projet mais tout de même distribuée aux collaborateurs, existait sous la forme d'un document de 17 pages !

A l'époque, il s'agissait des prémices du passage de la culture orale à la culture écrite, avec pour effet une description dans les moindres détails de chaque geste/action, d'où le nombre de pages !

Une conception de soins doit être claire, simple et précise afin de « résonner » en chaque collaborateur ; il est essentiel que chacun la comprenne et puisse se retrouver au travers de ces principes, afin de la faire vivre. Car c'est là, je pense, son essence même, à savoir être vivante, évoluer et être facilement applicable par tous.

J'irais même plus loin, en me basant sur un axe différent : trouver du personnel qualifié n'est pas chose facile aujourd'hui, le fidéliser ensuite est encore plus délicat. Partant de là, lorsque la question fil rouge à donner aux équipes s'est posée, il m'est apparu clairement qu'avoir une conception de soins solide et simple était une bonne réponse.

Je crois sincèrement que si un collaborateur s'identifie à ce fil rouge, s'il comprend et intègre la manière dont nous voulons accompagner les Résidents au quotidien, il s'investira et restera fidèle à son employeur. Un collaborateur qui se dit « c'est ainsi que je veux travailler, c'est comme cela que je vois les choses » est, à coup sûr, une personne qui restera dans son poste, mais surtout qui s'y sentira bien.

Voilà donc, résumé, le chemin qui m'a naturellement amené au choix de revoir notre conception de soin.

1.4 Choix du sujet

En ce qui me concerne, il était important que le sujet de travail de Master soit en corrélation avec mon travail sur le terrain au quotidien autour de la mobilisation de toutes les compétences existantes à l'interne. Il était également nécessaire d'intégrer tous les apports reçus durant la formation, afin de promouvoir la co-construction d'une identité de maison avec la nouvelle équipe. A partir de ce postulat, le sujet du travail de Master est devenu une évidence.

Un travail de recherche a alors débuté quant à l'orientation (la couleur) à donner à la conception de soins. Il était primordial de pouvoir garder les valeurs du passé en y intégrant le présent et l'avenir.

Rapidement je me suis trouvé interpellé, ou plutôt attiré, par la méthode Montessori. J'ai eu l'opportunité d'assister à une présentation d'un EMS qui avait mis en place cette méthode. De plus, une forte médatisation a été faite à ce moment, ce qui a aiguisé ma curiosité et donné l'envie de me tourner vers la méthode Montessori adaptée à la personne âgée.

En étudiant le profil de Virginia Henderson et de Maria Montessori afin de voir ce que cela pourrait apporter, des similitudes sont apparues. Ces 2 femmes sont du même siècle, ont été pionnières dans leur domaine et ont dû se battre contre les préjugés de l'époque concernant l'accès à la formation dans le domaine de la médecine pour les femmes.

Du point de vue de leur systémique familiale, Virginia Henderson est issue d'une famille américaine nombreuse où le contexte religieux était très présent.

Maria Montessori était la fille unique d'une famille italienne chrétienne. Toutes deux avaient déjà compris et intégré dans leur méthode respective, qu'avoir des valeurs spirituelles était essentiel dans une approche globale de la personne.

Virginia Henderson a développé, dans son concept, le côté bio, psycho social et spirituel. Ses 14 besoins fondamentaux s'inscrivent dans les courants de pensée infirmière.

Maria Montessori s'est davantage intéressée à la psychologie de l'être humain.

Toutes deux ont développé un côté pédagogique important, elles avaient à cœur de s'intéresser à l'être humain en tant qu'un « tout » et non juste comme un organe à soigner. Les aspects psychologiques de l'humain étaient donc très importants à leurs yeux.

Virginia Henderson a basé son modèle sur la satisfaction du besoin et parlait de combler une perte, de maintenir ou d'améliorer un état. Elle prônait l'aide à l'humain dans les besoins auxquels il ne pouvait plus faire face tout seul.

Maria Montessori parlait de périodes sensibles dans la vie de la personne. Son travail s'orientait davantage sur les capacités existantes et non sur les « manques ». Elle ne cherchait pas à combler, elle travaillait à maintenir et valoriser ce qui était encore existant.

On peut donc constater les similitudes et la complémentarité des 2 méthodes, ce qui implique dans ma réflexion, non pas de remplacer une méthode par une autre, mais d'amener un plus en se positionnant différemment dans l'accompagnement.

La vision de Maria Montessori prend tout son sens dans le monde de la personne âgée, puisque bon nombre de ces personnes ne développeront plus de nouvelles capacités, par contre il est possible de soutenir celles encore présentes.

Une illustration permettant de comprendre cela est la citation de Cameron J. Camp, neuropsychologue : *« certes 60% du cerveau ne fonctionne plus de manière optimale, mais il en reste encore 40% qui fonctionne bien, alors valorisons ce 40% restant ».*

De plus, la méthode s'adapte autant à une population avec des démences, qu'à une population « seulement » gériatrique. J'ai compris que nous pourrions donc l'adapter à Béthanie, tout en gardant nos valeurs fondamentales.

Le rythme du Résident est respecté, rien n'est imposé, mais toujours proposé, suggéré, au final c'est le Résident qui a le choix. La notion de respect domine et cela correspond parfaitement à notre vision de l'accompagnement.

Cette manière de fonctionner est parfois déjà appliquée sur le terrain, mais il demeure une réticence de la part du personnel, qui n'ose pas toujours proposer à un Résident de participer à une tâche. Nous aurions tendance à nous dire que la personne, ayant suffisamment travaillé dans sa vie, aspire aujourd'hui à se laisser vivre. Avec cette méthode, les collaborateurs sauront que proposer une activité est dans la ligne du concept, cela ouvre des possibles....

1.5 Positionnement de Direction

Lors de mon activité d'infirmier chef, la conception de soins en place était déjà quelque chose que j'avais en ligne de mire. Elle me paraissait très théorique, relativement lourde en termes de nombres de pages à lire et j'avais le sentiment que les collaborateurs s'y identifiaient difficilement. Nombre de personnes ne sont pas de langue maternelle française, de ce fait, assimiler et comprendre 17 pages de textes est difficile, pour ne pas dire impossible.

La CIVESS (Coordination Interservices des Visites en Etablissements Sanitaires et Sociaux), lors d'une visite en 2014, avait d'ailleurs relevé que notre conception de soins n'était pas suffisamment développée et que les collaborateurs ne semblaient pas se l'être appropriée. Cela est venu confirmer mon impression.

Fort de ces constats et profitant des changements au niveau structurel, c'était donc le moment propice de créer un GT (Groupe de Travail) pour démarrer et lancer un projet de travail en commun, fédérant ainsi la nouvelle équipe de direction autour d'un projet.

Un premier pas a été de faire évoluer la conception de soins vers un concept interdisciplinaire.

Ce GT a permis d'asseoir ma position de directeur vis-à-vis des responsables de secteurs, ce qui a bien fonctionné, car aujourd'hui il existe vraiment un travail en interdisciplinarité.

Pour les collaborateurs, il est important de sentir une union au niveau de tous les responsables, pour les équipes cela signifie une direction solide, capable de fédérer tout le monde autour d'un but commun.

Lorsque chacun se sent impliqué, cela peut aussi avoir un impact sur la fidélisation des collaborateurs.

1.6 Présentation du déroulement de travail de Master

Au début du travail, il a été nécessaire de donner quelques informations sur mon parcours professionnel, non pas pour faire une biographie complète, mais afin d'expliquer ce qui m'a amené à entrer dans le monde des EMS pour arriver à un poste de direction.

Le thème du travail étant la conceptualisation de l'accompagnement à Béthanie et la principale force de travail étant représentée par des soignants, j'ai développé ensuite un point sur les soins infirmiers.

Frédéric RISSE

Le choix du sujet a été clairement motivé par l'envie de faire un travail de recherches qui soit utile et proche de ma réalité et de pouvoir développer un axe essentiel donnant du sens à mon quotidien de directeur.

La réflexion ou plutôt la phase de recherches destinée à trouver un concept d'accompagnement pouvant intégrer nos valeurs fondatrices, notre vision et collant ainsi à notre mission avait déjà débuté bien avant le travail.

Effectivement, l'un des principaux déclencheurs de cette réflexion a probablement été la visite de la CIVESS en 2014.

Leur restitution fût un électrochoc, car un grand travail d'accompagnement des équipes avait été fait et lors de cette visite, nous avons eu l'impression que ce n'était pas suffisamment visible, ou plutôt perceptible, cela essentiellement parce que nous n'avions pas de véritable concept. Le rapport final n'était certes pas catastrophique, toutefois il fallait y remédier.

Je pense que la professionnalisation des EMS n'est pas étrangère à la demande exprimée de conceptualiser les soins et l'accompagnement.

Il est important de se dégager de l'image parfois négative associant les EMS à des asiles de vieillards, voire pire, à des mouroirs !

Au cours du travail de recherches, plusieurs visites d'établissements et observations de différents concepts existant ailleurs, ont été menées. Je ne me suis pas limité uniquement au monde de l'EMS, puisque j'ai investigué également dans le monde du handicap et dans des lieux de soins palliatifs et même une garderie.

Parmi les endroits visités, un EMS formé à la méthode Montessori depuis des années nous a présenté son fonctionnement, ce qui a permis de voir la réelle plus-value dans l'accompagnement et nous avons rapidement été séduit par cette approche.

J'ai ensuite contacté la direction du centre de formation à la méthode Montessori, se trouvant à Paris et sa directrice est venue sur site, pour une présentation détaillée du concept. Nous avons alors pu constater, qu'en choisissant cette méthode, il serait possible de maintenir nos valeurs, tout en y apportant un complément.

Débuté alors une phase d'organisation et vu son importance pour un bon démarrage du projet, je pense important de développer quelque peu ici, son déroulement.

En premier lieu, j'ai mis sur pied un GT. C'était fin 2015, j'étais alors infirmier chef et directeur adjoint. Mon prédécesseur, directeur en poste à cette époque, n'est volontairement pas entré dans le projet, me laissant déjà « le lead » du groupe, ce qui était une très belle opportunité de construction de la future équipe de direction. J'ai choisi d'intégrer tous les responsables de secteurs comme membres de ce GT.

Afin d'assurer la mise en œuvre du projet, plusieurs séances ont été planifiées, à raison d'une par mois, ceci notamment afin de pouvoir déployer la mise en application de cette méthode.

En parallèle au GT, des séances de formation pour le personnel ont été planifiées selon un plan précis. La formation s'étalant sur 3 jours continus, il fallait planifier des groupes de 14 personnes maximum, composés de membres de plusieurs secteurs afin de soutenir l'interdisciplinarité.

Le 1er groupe formé en décembre 2015, était composé des responsables de secteurs. Il était essentiel qu'ils adhèrent à la méthode afin de pouvoir ensuite accompagner leurs équipes au quotidien. Il est important de relever que la dynamique de ce groupe a été exceptionnelle et a permis de fédérer l'équipe de direction autour de ce projet.

Il aurait été utopique d'arriver, au vu des plannings, à former l'entier des collaborateurs, mais j'avais à cœur d'en former un maximum sur une année.

Vu l'étalonnage de la formation, il était important de pouvoir effectuer des adaptations dans nos activités au fur et à mesure qu'augmentait le nombre de personnes formées. Il s'agissait d'éviter aussi une perte des acquis par une mise en application différée des notions apprises.

Les équipes de formation ont été constituées en tenant compte de cela et nous avons décidé d'intégrer dans chaque session, 3 personnes d'une même équipe. A titre d'exemple, pour les soins il y avait une responsable de jour et deux aides-infirmières par étage qui ont été planifiées ; cela a permis de procéder, de suite après la formation, à de petites adaptations au quotidien sur le terrain.

Ont suivi plusieurs sessions de formation de 3 jours pour arriver à un total de 96 personnes formées sur les 150 collaborateurs que compte l'institution.

Revenons à présent à la description du contexte, qui est nécessaire, car elle permet une compréhension de l'évolution et des enjeux de manière globale et sur tous les plans ; à savoir les instances publiques, le personnel et les Résidents. Au final, ce sont ces derniers les principaux intéressés.

Une fois l'hypothèse posée, il était essentiel d'appuyer mes réflexions, en décrivant la théorie de soins existante au sein de la maison, mais également en expliquant la méthode Montessori adaptée à la personne âgée.

A suivi une période d'enquête, dirigée sur différents prismes, soit celui du Résident, du collaborateur et celui d'établissements externes formés ou non à la méthode Montessori. Ces enquêtes ont été réalisées sous forme d'entretiens.

Tout ceci m'a permis de développer une analyse complète et de conclure avec une conceptualisation d'un lieu de vie où chacun se sentirait vraiment chez lui.

Ces réflexions ont également été enrichies par l'expérience et les observations réalisées lors de mon voyage d'étude aux Pays Bas. J'y ai découvert un autre mode d'accompagnement, basé sur une structure architecturale innovante.

Au final, il faut se demander si le concept de l'EMS d'aujourd'hui sera toujours adapté aux besoins et envies de la population de demain. Partant de là, il est essentiel de travailler sur le développement d'un concept d'EMS novateur.

2. Description du contexte

2.1 L'institution

L'institution de Béthanie, association de droit privé, reconnue d'intérêt général, est une maison fondée par les diaconesses en 1890.

Elle se compose de 4 étages de gériatrie, d'un étage spécialisé en psychogériatrie et d'un étage de courts-séjours.

La présence spirituelle a toujours été très importante et y demeure ancrée. L'envie de garder ces valeurs fondatrices est essentielle pour le Comité de direction de l'Association. D'ailleurs, lors des entretiens précédents le changement de direction, ces éléments ont été abordés et je me suis engagé à respecter ces valeurs, qui sont tout à fait en accord avec les miennes.

D'ailleurs, la réputation de la maison dans le canton est claire, bon nombre de Résidents choisissent de venir à Béthanie pour les valeurs qui y sont véhiculées.

Frédéric RISSE

Souvent, par manque de temps, une personne met de côté les valeurs spirituelles durant sa période d'activité ; ces valeurs reprennent tout leur sens à l'automne de la vie. Il est donc important de continuer dans cette ligne d'accompagnement global.

L'Institution a vécu plusieurs virages

2.1.1. En termes de personnel

Au début, il n'y avait que du personnel totalement engagé dans la foi. Est arrivée ensuite l'ère de la mixité, avec en plus, des diaconesses, du personnel engagé et laïc. Aujourd'hui, reflet de la société, se côtoient dans l'institution diverses religions et croyances.

Cette évolution est également visible au niveau directionnel, avec la présence durant 34 ans, d'un directeur investi dans l'église, puis avec ensuite la reprise des rennes par une personne aux valeurs spirituelles différentes, mais très présentes.

2.1.2 En termes d'exigences

Il existe aujourd'hui et depuis plusieurs années, une forte volonté des instances politiques de professionnaliser davantage les structures de soins, ce qui a eu des conséquences en termes de formation. Ces lieux de vie étaient plutôt associés à des asiles de vieillards ; une présence d'accompagnants « formés sur le tas » était suffisante. Il y avait peu d'exigences techniques, un accompagnement engagé de qualité pouvait convenir ; le côté social primait.

Aujourd'hui, nous parlons d'EMS avec des professionnels de la santé et des exigences en formation toujours plus élevées. Je citerai en exemple, une décision relativement récente, tous les aides-soignants doivent être au bénéfice de la formation de la Croix-Rouge, ce qui n'était pas encore une exigence avant septembre 2011.

Les exigences en personnel HES (Hautes Ecoles Spécialisées) et CFC (Certificat Fédéral de Capacités) sont largement imposées et souhaitées par les instances politiques. La volonté est même de continuer à augmenter la part de personnel formé au niveau CFC.

Les directives de dotations en 2016 exigeaient : 15% du personnel avec un niveau HES, 10% du personnel avec un niveau CFC et 75% du personnel avec un niveau Croix-Rouge.

Pour 2018, les exigences sont : 15% niveau HES, 25% niveau CFC et 60% niveau Croix-Rouge.

Autre nouveauté depuis 2016, le mode de financement a été revu.

L'animation et l'aumônerie, qui étaient financés par le SOHO (Tarifs Socio-Hôtelier) le sont aujourd'hui par le même outil que les soins, soit PLAISIR (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) et nous parlons de financement global de l'accompagnement.

2.1.3 En termes de sécurité et contrôles

Il existe aujourd'hui une surveillance accrue, de plus en plus pointue et développée, des établissements médico-sociaux.

La CIVESS effectue régulièrement des immersions « surprises » afin de vérifier que l'institution respecte un certain nombre de critères, en lien avec la prise en soin elle-même, mais également avec la protection du personnel, le respect des dotations et ce pour tous les secteurs de la maison. Les éléments observés sont répertoriés dans une grille d'évaluation, amenant à une conformité ou à une non-conformité.

Des contrôles qualitatifs sont également effectués vis-à-vis des normes ISO (Organisation Internationale de Normalisation) ; une surveillance existe aussi au niveau administratif et comptable, avec le reporting annuel (Procédure de contrôles et des normes des comptes des institutions médico-sociales reconnues d'intérêt public), des contrôles AVS (Assurance vieillesse et survivants), des statistiques SOMED (Statistique fédérale des établissements médico-sociaux), etc.

Nous sommes dans une ère de justification, de traçabilité et de performance. Tout ce qui est fait doit être écrit et tracé. Un soin, un accompagnement fait, mais qui n'est pas transcrit, équivaut, pour les organes de surveillance, à « rien » ; c'est comme s'il n'avait jamais été réalisé.

Chaque geste du soignant doit être conforme à une procédure, chaque soin est décrit, détaillé. Chaque poste répond à un descriptif de tâches ; tout doit pouvoir être prouvé, justifié. Il y a donc également une énorme évolution en termes de gestion documentaire.

Tout cela démontre clairement que le monde de l'EMS a grandement évolué au cours de ces dernières décennies.

Durant toutes ces années d'évolution, un cloisonnement s'est installé entre les différents professionnels intervenant autour des Résidents. J'ai régulièrement travaillé dans le but de décloisonner toutes les professions présentes à l'EMS, avec un rapprochement de tous, autour des Résidents.

Ce fût une sacrée aventure et aujourd'hui, le but est atteint dans l'Institution. Pas sans mal, car il a été nécessaire de travailler sur des visions différentes. Effectivement, dans les prémices de l'interdisciplinarité, chaque secteur voyait ce qu'il allait perdre et non ce que ce fonctionnement allait apporter.

Raisonnement assez logique puisque, dans bien des établissements, l'interdisciplinarité a été vue comme une manière de lutter contre la diminution des effectifs. Par exemple, si une animatrice peut aussi faire une douche ou accompagner une personne aux toilettes, elle peut remplacer un soignant... et inversement.

2.2 Valeurs institutionnelles

L'AVDEMS (Association Vaudoise des Etablissements Médico-Sociaux) a défini, au tout début des années 2000, un « guide de gouvernance d'EMS, guide de bonne pratique »¹ qui décrit de manière précise l'intention de direction. Partant de ce guide, il a été demandé à chaque EMS de décrire son fonctionnement et celui de son Comité. C'est à partir de ce moment-là que notre mission, nos énoncés fondamentaux et notre charte éthique ont été élaborés.

Pour l'Institution de Béthanie, EMS de 119 lits, le comité a décrit les valeurs institutionnelles suivantes :

- La mission (je cite) :

La mission de l'Institution est gériatrique et psycho gériatrique. L'action globale vise à maintenir l'indépendance de la personne âgée en respectant au mieux son autonomie. L'accompagnement, l'aide, le soutien, l'animation et les soins proposés dans les domaines physique, psychique, social et spirituel permettent un cheminement serein à l'autonomie de la vie. Le but des actions déployées par les collaborateurs de l'Institution de Béthanie est l'accompagnement de la personne âgée en tenant compte de son vécu, de sa santé, de ses désirs et de ses attentes, tout en respectant le concept d'accompagnement.

¹ Guide de bonne pratique ; gouvernance d'EMS, AVDEMS, 2007, Lausanne

- Les énoncés fondamentaux, au nombre de 9 :

Les Enoncés Fondamentaux posent la dimension morale, spirituelle et éthique de l'activité de l'Institution sans caractère juridique. Personne ne saurait en déduire des droits ou des obligations juridiques. Ces énoncés ont été définis par le Comité et la direction, en 2002, puis validés par les membres de l'Assemblée Générale de l'Association. Ils concernent les aspects suivants :

1. Fondement biblique
 2. Le Résident
 3. Le personnel à l'Institution de Béthanie
 4. Le rôle de l'Evangile
 5. L'accompagnement des personnes en fin de vie
 6. Relation avec les autorités publiques
 7. Aspect économique
 8. Origine historique
 9. Développement futur
- La charte éthique, qui comprend :
les engagements que la direction de Béthanie a pris ou offre à ses Résidents, son personnel, ainsi qu'à son voisinage, sa ville et ses autorités.
 - Le slogan « Vivre en relation ».
 - La politique Qualité, qui décrit les orientations et les objectifs généraux exprimés par la Direction.

Tous ces points sont décrits de manière complète dans l'annexe².

2.3 Les Résidents

Les Résidents et familles d'aujourd'hui n'ont plus les mêmes exigences que ceux et celles d'hier et l'accès à l'information est différent.

Il est facile et cela est devenu courant, de comparer les différentes prestations d'une maison à l'autre, y compris ce qui touche à l'accompagnement.

Il fut un temps où il était courant de trouver 4 personnes dans une même chambre, aujourd'hui, les chambres à 2 lits ne trouvent plus preneur. Chacun(e) souhaite une chambre individuelle, avec si possible également une salle de bain/WC, ce qui n'était pas une exigence il y a encore quelques années.

Les attentes vis-à-vis de l'hôtellerie ont également évolué, ne serait-ce que par la literie, avec toutes sortes de matelas, d'oreillers, de duvets, en lien avec des problèmes d'allergies diverses.

Concernant l'alimentation, les attentes sont plus grandes également. Il faut pouvoir répondre à de plus en plus de demandes en lien avec les allergies, les intolérances, sans compter les divers types d'alimentation, sans porc, végétarien, végétalien etc... il faut être capable de

² Annexe 4 : brochure des valeurs et directives institutionnelles

s'adapter aujourd'hui et cela sera encore plus prononcé demain, avec notamment l'émergence de courants, tels que « Vegans ».

Evidemment, les attentes vis-à-vis des soins prodigués sont également différentes, il y a une plus grande exigence, les soins devraient être, si possible, à la carte et modulables en fonction du programme journalier de chacun.

L'évolution de la technologie, tellement rapide, laisse présager de nombreux changements et adaptations en termes de prothèses par exemple, de matériel de soins et de communication (multimédia).

Le lieu d'accueil doit répondre à des besoins nombreux et variés, il faut continuellement s'adapter aux besoins de la population vieillissante.

2.4 Les Autorités

Les politiques ont passablement poussé au développement des structures de soins à domicile ; cela a eu pour effet que les personnes devant finalement entrer en Institution, le font à un moment où elles ne sont plus capables de se débrouiller seules, elles ont besoin de soins, d'accompagnement, d'aide.

Il arrive que l'isolement social soit important ; la personne est restée seule à domicile longtemps, parfois coupée de toute vie sociale. Ce qui induit de grandes demandes en présence et écoute.

D'autres personnes peuvent encore très bien se débrouiller seules, elles demeurent autonomes dans la vie quotidienne, mais ont besoin de la proximité de personnel soignant, pouvant intervenir si besoin.

En tant que structure d'accueil, nous devons pouvoir répondre, respectivement faire face, à tous ces cas de figure si nous voulons pérenniser l'Institution.

Notre vision doit être à court, moyen et long terme, nous devons observer la population d'aujourd'hui, être à son écoute et lui offrir le lieu de vie adapté à ses besoins,...tout en anticipant ses besoins pour demain, autant dire qu'il faut adapter l'offre à la demande, de manière permanente.

Face à cela, les enjeux financiers sont énormes, il faut être visionnaire, trésorier, entrepreneur, oser prendre des risques tout en protégeant le capital et les acquis.

Sous l'aspect de la moyenne PLAISIR, nous devons accueillir souvent des personnes très dépendantes (= cas « lourds ») afin de maintenir nos dotations.

Certains enjeux financiers sont « vicieux », effectivement, les assureurs mettent un frein à la prise en charge des coûts d'un maintien à domicile, ce qui entraîne parfois l'accueil de situations trop « légères » pour les EMS.

Cela a également un impact sur la vie de l'EMS. Sur les 6555 lits longs séjours que compte le canton de Vaud (source PLAISIR mai 2017), notre établissement se situe parmi ceux dont la moyenne PLAISIR est la plus élevée.

L'effet principal est une adaptation des activités proposées aux Résidents.

A titre d'exemple, nous proposons encore récemment des vacances au bord de mer ou à la montagne, une fois dans l'année, ce qui n'est plus envisageable aujourd'hui, les besoins en structures étant trop conséquents.

Nous avons encore à Béthanie, un autre paramètre financier de taille. Nous possédons un grand nombre de chambres doubles et avons de plus en plus de peine à les louer. Non seulement passablement de familles les refusent, mais surtout nous ne pourrions y faire entrer une personne très dépendante (donc moyenne PLAISIR élevée) puisque l'utilisation de

Frédéric RISSE

moyens auxiliaires, tels que cigognes, verticalisateurs y est difficile, voire impossible. Nous devons donc réfléchir aux adaptations à faire.

La vie d'une Institution telle que la nôtre est perpétuellement en mouvement, il n'est pas possible de se reposer sur ses lauriers.

Il s'agit d'un sacré paradoxe, il est question de trouver le juste équilibre entre des enjeux financiers, donc relativement terre à terre et des enjeux humains, qui touchent à la recherche du sens.... La quête du sens, qui est l'essence même de toutes les personnes qui s'engagent professionnellement dans un travail auprès de l'être humain.

Que dire du management, là-aussi une sacrée évolution des modèles de management, du Fordisme au participatif. Les générations sont différentes, on ne dirige plus aujourd'hui comme nos grands-parents le faisaient.

Par le passé, un travailleur choisissait un métier et, en général, il le pratiquait jusqu'au moment de sa retraite et bien souvent, dans le même lieu de travail.

Aujourd'hui il est devenu fréquent d'avoir plusieurs employeurs, voire plusieurs métiers, dans une vie.

La notion de respect de la hiérarchie a également bien changé. Les collaborateurs d'aujourd'hui sont plus revendicateurs et plus attachés à « leurs droits », qu'à « leurs devoirs ».

Le turn-over à Béthanie était une notion quasi inexistante jusque dans les années 90, alors qu'aujourd'hui, il s'agit de l'une de nos principales préoccupations.

3. Questionnement & Hypothèse

Comme développé précédemment, dès le démarrage de mon Master, je me suis dit que la conception de soins était probablement l'une de clés du changement à opérer ou du moins qu'elle était le point central de la réflexion.

Dès lors, un certain nombre de questions se sont posées :

Pour quelles raisons revoir la conception de soins actuelle ?

Pourquoi passer d'une conception de soins à un concept d'accompagnement en interdisciplinarité ?

Qu'est-ce que ce concept va apporter ? → regard stratégique, positionnement de la maison ?

Est-ce que cela va apporter une réelle plus-value dans l'accompagnement des Résidents ?

Est-ce que cela va apporter aussi une plus-value pour la Direction ? → en termes de turn-over, d'absentéisme.

Est-ce que la satisfaction des Résidents et des familles sera améliorée ?

Si ce changement s'opère, est-ce que nous arriverons à garder les valeurs de base de la maison ?

Quel modèle conceptuel serait le plus adapté ? La méthode Montessori est-elle le bon choix ?

Est-ce que la méthode Montessori va permettre une diminution de la médication chez les Résidents ?

Est-ce que ce concept peut être la réponse à l'avant dernière visite de la CIVESS, dont le rapport n'avait pas été très positif ?

Hypothèse

Fort de ces questionnements, l'hypothèse suivante a été posée :

La mise en œuvre d'un concept d'accompagnement en interdisciplinarité basé sur la méthode Montessori s'inscrit dans une démarche managériale répondant aux besoins des bénéficiaires et du personnel.

4. Références théoriques

A ce stade du travail, il était important de comprendre les préceptes de Virginia Henderson, puisque c'est le fondement de notre actuelle conception de soins.

Il a fallu également connaître et comprendre Maria Montessori et sa méthode pédagogique, puis qu'il s'agit de la couleur que nous souhaitons donner à notre concept d'accompagnement en interdisciplinarité.

Dès lors, un travail de recherche a débuté au sujet de Virginia Henderson, de la méthode pédagogique de Maria Montessori et de l'adaptation de cet accompagnement à la personne âgée par le professeur Cameron J. Camp :

4.1 Conception de soins selon Virginia Henderson

Virginia Henderson a défini 14 besoins fondamentaux comme modèle conceptuel des soins infirmiers, ces courants de pensée sont enseignés depuis 1947 dans les études de soins infirmiers.

Cette conception est fortement empreinte par le comportementalisme, qui place l'histoire des interactions de l'individu avec son milieu, en tenant compte des besoins physiques, psychologiques, sociaux et même spirituels.

Selon le modèle de Virginia Henderson, « *la base des soins infirmiers est d'assister l'individu, malade ou bien-portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir* ». ³

Le modèle conceptuel met en évidence 3 notions importantes, qui sont :

- la notion de besoin fondamental
- la notion de dépendance/indépendance
- la notion de « source de difficulté ».

C'est une vision que l'on peut qualifier de schématique du fonctionnement et des besoins humains.

La grille des 14 besoins sert notamment à l'anamnèse et au recueil de données pour la prise en soins infirmière.

Chacun des besoins est décrit, puis évalué de manière à établir un diagnostic infirmier. De ce diagnostic, découlent une ou plusieurs actions, qui vont amener l'équilibre et assurer le bien-être du patient.

³ Récupéré de <http://www.prendsaplace.com/virginia-henderson/>

Il semble utile, dès lors, de décrire plus précisément chacun de ces besoins ⁴:

- Le besoin de respirer est la nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger est la nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer est la nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position est la nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysologiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer est la nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir est la nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal est la nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysologiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments est la nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses, des phanères, d'éliminer les germes et les souillures et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être.
- Le besoin d'éviter les dangers est la nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer est la nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances est la nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.

⁴ Récupéré de <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

- Le besoin de s'occuper et de se réaliser est la nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se récréer est la nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre est la nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

4.2 Présentation de la Méthode Montessori

Maria Montessori a été l'une des premières femmes médecin italienne, elle a développé une méthode pédagogique afin d'aider les enfants en difficulté. Elle parlait de l'enfant comme d'une personne non seulement digne d'intérêt, mais comme l'avenir de la société.

Sa méthode, basée sur l'observation de l'individu, parle de l'éducation, non pas comme une transmission de savoir, mais comme l'accompagnement du développement naturel de l'enfant ; elle mettait l'accent sur les capacités sensorielles, physiques et intellectuelles pour permettre à l'enfant de développer ses potentiels. Sa devise est : « *Aide-moi à faire seul* ».

4.3 Méthode Montessori adaptée à la personne âgée

Le concept de Maria Montessori a été enrichi au fil du temps et notamment aux Etats-Unis. L'apport des neurosciences a permis de mieux comprendre le fonctionnement cérébral et a mis en évidence que certaines zones du cerveau pouvaient rester actives tardivement dans le cas de maladies de type Alzheimer. Selon le Professeur Camp⁵, « *si le cerveau rationnel est altéré, le cerveau émotionnel fonctionne ; si la mémoire déclarative est altérée, la mémoire procédurale fonctionne.* »

Le Professeur Cameron J. Camp est un neuro-psychologue américain travaillant au « Center for Applied Research In Dementia ». Il est marié à une enseignante formée à la méthode Montessori pour les enfants et père d'un enfant handicapé. Cet univers familial, ces observations et constatations l'ont amené à penser que si cette pédagogie était valable pour des enfants en difficulté, elle devrait fonctionner pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Selon le professeur Cameron J. Camp « les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées ont besoin d'un accompagnement riche en stimulations cognitives régulières, d'échanges et de participation sociale ainsi que d'un entraînement fréquent pour réduire leurs difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne. Le manque d'activité engendre souvent chez la personne, de l'apathie comme de l'anxiété ou de l'agitation. L'objectif principal de l'approche Montessori est de permettre aux personnes accompagnées de recouvrer une certaine autonomie dans les gestes du quotidien pour associer dignité et plaisir ».

Cette philosophie d'accompagnement promeut des notions telles que le développement et l'estime de soi, la liberté de choix, l'autonomie et le maintien des ressources.

⁵ Récupéré de <https://www.ag-d.fr/concepts/concept-la-methode-montessori-adaptee/>

La notion qui consiste à laisser du choix à la personne âgée et à lui re-proposer systématiquement des activités, est essentielle. Ce Choix est parfois réduit à une ou deux possibilités afin d'éviter une mise en échec, mais il est toutefois maintenu, dans l'optique de donner le pouvoir de décision à la personne.

Il est essentiel de ne pas tenir pour acquis un choix exprimé, mais de réitérer la demande.

Lors de nos 3 jours de formation, des notions essentielles, ont été enseignées et je pense important de les citer ici⁶. Il faut contourner les déficits et utiliser les capacités préservées afin d'offrir des activités adaptées.

L'activité doit être préparée et l'environnement, ainsi que le matériel, doivent être adaptés. Il faut permettre à la personne d'utiliser ses compétences dans des activités ayant du sens pour elle, offrir des activités variées.

La méthode Montessori adaptée à la personne âgée comporte 12 principes :

1. L'activité devrait être porteuse de sens et capter l'intérêt de la personne.
2. Pensez toujours à demander à la personne et à l'inviter à participer.
3. Offrez du choix à chaque fois que c'est possible.
4. Parlez moins, montrez plus.
5. Les capacités physiques restent généralement assez bonnes, concentrez-vous dessus. Si la personne souffre de limitations physiques, concentrez-vous sur ce qu'elle sait encore faire.
6. Adaptez votre vitesse à celle de la personne dont vous vous occupez. Ralentissez!
7. Utilisez des modèles, des indices visuels, des gabarits pour guider la personne.
8. Donnez à la personne quelque chose à tenir.
9. Allez des tâches les plus simples aux plus complexes.
10. Divisez une tâche ou une activité en étapes; elle sera beaucoup plus simple à suivre.
11. A la fin, demandez : "Avez-vous aimé faire cela ?" et "Voudriez-vous refaire ça une autre fois ?"
12. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire une activité. Pensez à l'engagement.

De plus, ces principes sont axés sur :

La personne : son histoire de vie, ses goûts ou dégoûts, ses préférences, ses habiletés restantes ou altérées. Quel est l'objectif de l'activité pour la personne.

L'environnement : toujours important de choisir le lieu où va se dérouler l'activité, de manière à diminuer les distracteurs.

Le matériel : doit être préparé avant l'activité avec des objets rappelant le quotidien, avec des principes de présentation ; soit toujours de gauche à droite et de haut en bas. Concernant la police d'écriture, favoriser Arial en taille 40/48.

Le facilitateur : inviter la personne en demandant de l'aide, lui offrir un choix, parler lentement et le moins possible, mais être plus dans l'action. Penser à séquencer l'activité et la répéter si nécessaire, ajuster au besoin, soit en étant plus complexe ou plus simple. Toujours préparer le même rituel de fin pour donner un repaire.

⁶ Récupéré de la clé USB reçue du formateur agréé AG&D, mais également disponible sur http://www.anim.ch/pxo305/pxo_content/medias/checklist_activites.pdf

4.4 Accompagnement des équipes au changement

Il n'est pas question ici d'approfondir toute la théorie sur le changement car cela ferait l'objet d'un travail en soi. Toutefois, dans les différents cours de la formation et notamment dans celui de Mme Myriam Malherbe intitulé « *Accompagner le changement avec les équipes* »⁷, j'ai trouvé des notions essentielles, qui mises en application, vont permettre une meilleure implémentation du changement.

Le choix de développer quelques notions sur le sujet est en lien avec le service de l'animation, qui se sent menacé. Certaines personnes, pas preneuses pourraient être un frein, il faudra donc bien accompagner ce secteur.

Cette équipe est l'une des plaques tournantes dans le projet et probablement la plus touchée par les modifications à venir, d'où l'importance de développer ces bases théoriques et arriver ainsi à les faire participer et à devenir partie prenante.

Il va sans dire que la manière d'amener un changement a un très grand impact sur son déroulement.

Avant de commencer un changement, il faut le préparer et selon Marcel Alain, les principales phases de préparation sont les quatre « P »⁸ :

1. Expliquer le Pourquoi
2. Présenter une Photo
3. Présenter un Plan
4. Favoriser la Participation

Ces étapes vont permettre aux collaborateurs d'adhérer au changement et d'en comprendre le sens.

L'objectif doit être clairement expliqué et le changement doit être réalisé en différentes étapes, énoncées et développées, ce qui aidera à ne pas voir cela comme une montagne infranchissable.

Ensuite, il n'est pas possible de parler de changement sans parler de résistance négative, voire carrément de deuil à faire.

D'ailleurs, dans son livre « Prendre en mains le changement : stratégies personnelles et organisationnelles », Marcel Alain⁹ s'inspire des étapes de deuil selon E. Kubler Ross :

Le choc : il déstabilise, engendre de la fatigue.

La dénégation : donne envie de se protéger, de se replier sur soi, parfois avec de l'agressivité.

L'angoisse et l'anxiété : nous fragilisent, amplifient nos réactions, notre niveau de tolérance s'affaiblit.

La négation : augmente la difficulté à faire face, notamment afin de gagner du temps.

La dépression : impression d'échec, difficile de se projeter.

La résignation : favorise le lâcher-prise avec une reprise progressive du contrôle.

L'acceptation : permet de gérer les pertes.

Une fois le changement effectué, il est important de ne pas échouer sur la phase de transition, cette dernière est l'une des clés de la réussite pour une nouvelle implémentation.

Nous pouvons faire un changement tout en échouant dans la transition.

La transition nécessite plus de temps pour l'intégrer que le changement lui-même. C'est bien souvent dans cette phase qu'il faut être vigilant afin de bien accompagner les équipes.

⁷ Cours Accompagner le changement avec les équipes, Myriam Malherbe, mars 2017, HEIG-VD

⁸ Marcel Alain, Prendre en main le changement, 1996, Editions nouvelles, Montréal, page 38

⁹ Marcel Alain, Prendre en main le changement, 1996, Editions nouvelles, Montréal, pages 165 à 168

Les termes utilisés pour expliquer un changement sont également importants. Selon les mots choisis, de fausses interprétations sont possibles et du coup cela peut donner une orientation différente au projet, dès son démarrage.

Selon Pierre Colletterte¹⁰, l'attitude que doit adopter un responsable en période de transition, doit différer de la routine habituelle.

Il faut de la volonté et de la persévérance par rapport aux résultats visés et renforcer l'écoute au niveau des collaborateurs. Il faut être ferme quant à l'envie d'avancer tout en maintenant une certaine souplesse face aux adaptations à faire. Enfin il est essentiel de motiver continuellement les équipes, tout en reconnaissant les efforts déjà fournis ; il est important qu'elles puissent exprimer leurs frustrations et leurs pertes.

Toujours selon Pierre Colletterte, il est utile de faire un « tableau de bord » et mettre en place le système suivant afin de contrôler en permanence la mise en application du changement :

- « Recueillir périodiquement les réactions des clients, des destinataires (personnes touchées), des paires et des partenaires » ; se tenir informé de l'évolution et maintenir le lien permettant d'identifier les solutions à apporter aux problèmes.
- « Faire des évaluations périodiques ».
- « Déceler les dysfonctionnements et les corriger ».
- « Diffuser régulièrement les rapports d'étapes ».
- « Rappeler continuellement les objectifs de changement aux destinataires, clients et partenaires ».
- « Ajuster le rythme d'introduction aux circonstances ».

Les conséquences physiques et psychiques d'une période de transition ne sont pas à négliger, il y a un niveau de fatigue plus élevé, un état de confusion, un sentiment d'incompétence et une baisse de l'efficacité. Tout ceci engendre une perte d'efficacité dans l'entreprise durant toute la période de changement.

5. Enquêtes

5.1 Méthode d'enquête

J'ai choisi de mener mes enquêtes au travers d'entretiens basés sur une trame contenant un certain nombre de questions. Il s'agissait de vérifier si la méthode Montessori était connue et ce qu'elle avait pu modifier, respectivement apporter dans le quotidien de la Maison.

Il était important d'avoir aussi bien le regard des Résidents et des collaborateurs, mais également celui d'autres établissements, formés ou non à la méthode Montessori.

La méthode d'enquête choisie a permis l'obtention d'un taux de réponses maximum et a permis aussi, en cas de mauvaise compréhension, de préciser les questions.

Concernant les 119 Résidents, seuls les 104 Résidents de long séjour ont été visés et 35 entretiens ont été réalisés.

Concernant les collaborateurs, j'ai rencontré les responsables des secteurs de l'accompagnement, soit l'infirmier chef, les infirmières cheffes adjointes, la responsable de l'animation et son équipe.

¹⁰ Pierre Colletterte et Robert Schneider, Le pilotage du changement, 1997, Presses de l'Université du Québec, 2008, Québec, pages 207-209

Pour les établissements extérieurs, je me suis adressé à deux établissements en Suisse, l'un formé à la méthode depuis plusieurs années et l'autre pas du tout, puis à un établissement situé en Hollande, visité lors de mon voyage d'étude.

S'agissant de prismes différents, j'ai élaboré plusieurs trames¹¹, à savoir une pour les Résidents et une pour chacun des autres interlocuteurs.

5.2 Résidents

Etant donné que l'une des questions centrales de mon travail est de mesurer la plus-value, pour le Résident de la méthode Montessori. Il était important que mes entretiens soient réalisés autant auprès de personnes récemment arrivées, que de personnes installées dans la Maison depuis longtemps.

Une sélection a été faite afin d'avoir un panel de Résidents représentatif.

Le fait de procéder à des entretiens préparés avait tout son sens avec les Résidents.

Effectivement, au vu des troubles cognitifs de la plus grande partie d'entre-eux, il était important de pouvoir expliquer les questions abordées, expliquer les raisons du « sondage » et préciser verbalement certains points si besoin.

Les questions choisies devaient être facilement compréhensibles, ouvertes, ne mettant pas les Résidents en échec.

Le fait d'avoir préparé la structure des entretiens a également permis une maîtrise du temps, soit entre 15 à 20 minutes maximum avec chaque personne.

J'ai identifié des éléments pouvant biaiser les réponses lors des entretiens, à savoir :

- Le Résident se sent obligé de répondre favorablement à une demande d'entretien émanant du directeur. C'est une génération encore respectueuse de la hiérarchie ;
- le Résident n'ose pas exprimer au directeur ce qui ne va pas;
- le choix du moment est difficile pour moi. Je ne connais pas les habitudes de vie et les moments propices aux échanges pour chaque Résident.

Fort de ces constatations, j'ai demandé, pour les entretiens, l'appui des deux infirmières cheffes adjointes, qui se sont montrées intéressées. Je leur ai donc présenté mon travail, expliqué ce qui était recherché à travers les questions posées et nous avons défini en commun, la manière de procéder :

- limiter le nombre de personnes réalisant les entretiens. S'il y a trop de personnalités différentes, il y a autant d'interprétations possibles ;
- ne pas guider le Résident dans ses réponses, le laisser répondre même si la réponse donnée est « à côté » ou hors sujet;
- choisir le moment opportun pour le Résident. Les infirmières cheffes adjointes, proches du terrain, ont cette connaissance.

Synthèse des réponses

35 entretiens ont été réalisés sur 104 Résidents long-séjour. Toutes les réponses ont été regroupées dans un document récapitulatif anonymisé.

Il était important de ne pas interpréter les réponses reçues, ce qui aurait été une dérive facile face à des réponses parfois déformées par de l'incompréhension en lien avec des troubles cognitifs.

¹¹ Annexe 1 : trames pour les différents entretiens

Certaines réponses sont faussées, car fournies par des Résidents avec un cadre thérapeutique. En exemple : une Résidente a exprimé ne jamais avoir le choix de ses vêtements... et ce fonctionnement fait partie d'un cadre fixé entre l'équipe et le médecin psychogériatre !

Les réponses ne sont pas à prendre mot à mot, mais donnent une idée générale. Chaque point exprimé est intéressant et même s'il ne s'agit que d'un échantillon, cela a donné une image générale de la satisfaction et des attentes des Résidents.

Ces entretiens ont permis de mettre en évidence des axes principaux, qui permettront de mener à bien le changement, à savoir :

- la communication, soit information aux Résidents et aux proches ;
- les attentes des Résidents, qui sont probablement moindres que celles imaginées ;
- le travail à faire sur l'accompagnement au quotidien.

5.3 Collaborateurs

En 2016, suite à la formation de la majorité des collaborateurs (96 personnes sur 150), nous avons fixé un objectif institutionnel permettant de savoir si chacun connaissait la méthode. L'idée de base était que les personnes « formées » transmettent leur savoir aux autres collègues.

L'objectif institutionnel 2016 était le suivant :

« Chaque collaborateur connaît et participe à la mise en application des fondements de la méthode Montessori ».

Objectif évalué et atteint, cela indiquait donc que la méthode était connue de l'ensemble des collaborateurs.

L'objectif institutionnel 2017 était lui, axé sur la mise en application de la méthode. Il sera évalué à la fin de l'année.

Au vu de cet élément, il était donc prématuré de demander l'avis du personnel.

Je me suis donc adressé aux responsables de secteurs de l'accompagnement, soit l'infirmier chef, les deux infirmières cheffes adjointes, la responsable de l'animation et son équipe.

A relever qu'il existe une traçabilité de toutes les réponses obtenues au cours des divers entretiens ; toutefois, ces documents ne sont pas annexés au présent travail afin d'assurer la protection des données. Il s'agit d'informations ayant donné de la matière à l'analyse.

Les entretiens suivants ont donc eu lieu :

5.3.1. L'infirmier chef (INC)

L'organisation de la maison¹² démontre que le directeur et l'infirmier chef sont les piliers de l'interdisciplinarité. Effectivement, l'infirmier chef est responsable de tout le secteur de l'accompagnement et moi-même de tous les autres secteurs ; d'où l'importance d'avoir un entretien préparé.

Au cours de la rencontre avec l'infirmier chef, j'ai volontairement occulté les questions sur la connaissance de la conception de soins. Effectivement, nous en avions longuement parlé lors

¹² Annexe 5 : organigramme de Béthanie

de la remise du poste d'infirmier chef, ainsi que lors du GT au démarrage du projet. Il était évident qu'il en connaissait le contenu.

Cet entretien a duré finalement 2 heures, puisque nous avons également abordé les points stratégiques de la mise en application du concept d'accompagnement en interdisciplinarité.

5.3.2. Les infirmières cheffes adjointes (ICA)

Les 2 ICA sont arrivées dans l'institution une fois le projet démarré, je devais donc leur expliquer mon travail, ainsi que toute la démarche de préparation à l'implémentation.

La séance de travail commune avec ces 2 personnes, d'une durée de 2 h a été réalisée selon la trame préparée.

5.3.3 La responsable du service de l'animation

L'idée première avait été d'intégrer la responsable de l'animation à la séance de travail avec les 2 infirmières cheffes adjointes ; mais je l'ai rencontrée finalement de manière individuelle pour les raisons suivantes :

- il existe une barrière dans le mode de fonctionnement entre l'animation et les soins, les réponses auraient été faussées;
- la responsable de l'animation semble être partie prenante du projet en théorie, mais sur le terrain, je ressens des craintes et des réticences. A ce stade du projet, elle et son équipe se sentent dépouillés de leur rôle et ont l'impression qu'ils ne peuvent plus exercer leur profession comme appris. Il y a donc un travail de fond à mener avec eux.

La rencontre a duré environ 1h.

5.3.4 L'équipe de l'animation

Initialement, je n'avais pas imaginé rencontré l'équipe elle-même, mais uniquement la responsable ; puis au fur et à mesure de l'implémentation, j'ai ressenti leurs craintes et entendu certains discours qu'il était important de clarifier avec eux.

C'est donc au cours de l'un de leurs colloques, que j'ai présenté mon travail et abordé les points préparés dans une trame d'entretien. Le colloque a duré environ 1h30 et 6 personnes du secteur étaient présentes.

5.4 Autres établissements

5.4.1 Etablissement formé à la méthode Montessori

Mon choix s'est porté sur un Etablissement Médico-Social de 56 lits, situé dans la région lausannoise et employant environs 80 personnes. Ils sont formés à Montessori depuis 2014, c'est d'ailleurs l'infirmière cheffe de cette structure qui nous avait présenté la première fois la méthode.

Pour mon enquête, je lui ai adressé un questionnaire et j'ai eu l'occasion par la suite, d'avoir plusieurs discussions et échanges avec le directeur de l'établissement.

5.4.2 Etablissement non formé à la méthode Montessori

Concernant l'établissement non formé à la méthode, il s'agit également d'une structure implantée à Lausanne, avec une capacité d'hébergement de 120 lits, donc similaire à notre

maison. L'entretien s'est déroulé avec la directrice, qui est initialement infirmière de formation. L'entretien était plus informel et portait principalement sur leur concept d'accompagnement. Effectivement, je l'ai contactée suite à la lecture d'une annonce recherchant un/e responsable d'équipes d'accompagnement. L'intitulé du poste m'a interpellé et j'ai eu besoin de comprendre l'organisation mise en place ou souhaitée.

Lors de cet entretien, il a vraiment été question de comprendre les différences d'organisation, avec les avantages et inconvénients ; nous sommes restés sur des aspects structurels. Nous n'avons volontairement pas parlé des apports de la méthode Montessori dans l'accompagnement, mais cela sera abordé dans le cadre d'une présentation future de mon travail.

5.4.3 Etablissement aux Pays-Bas

Au cours du voyage d'étude obligatoire durant la formation, je me suis rendu aux Pays-Bas, où j'ai pu découvrir une structure innovante. Il s'agissait d'un EMS existant sous forme de plusieurs pavillons, incluant des commerces, des lieux de loisirs (salle de théâtre, opéra), le tout dans une structure sécurisée s'apparentant à un petit village.

Ce concept architectural permet une déambulation libre des personnes, visant à maintenir l'autonomie de chacun et surtout à permettre le maintien des habitudes antérieures.

J'avais choisi d'aborder la méthode Montessori, mais aussi plusieurs autres aspects pratiques et organisationnels afin de tirer un comparatif entre la Suisse et la Hollande.

6. Analyse et synthèse

Je dirais que ce projet est un projet de direction, toutefois il s'inscrit aussi dans une continuité. Effectivement, il a été pensé, imaginé dans mon poste précédent d'infirmier chef & directeur adjoint et son implémentation se réalise aujourd'hui, dans ma nouvelle fonction de directeur.

Cette continuité, qui a toujours été au centre des changements vécus au sein de l'institution, m'a permis de tenir compte du passé, car il est important de ne pas tout révolutionner à la prise d'un nouveau poste, de m'investir dans le présent, tout en ayant une vision du futur.

L'un des principaux challenges était de « *ménager la chèvre et le chou* ». Je m'explique :

Vu la transition de postes clé, j'ai composé au départ avec le directeur sortant, qui était dans sa dernière année d'activité, l'infirmier chef adjoint, qui reprenait le poste d'infirmier chef et moi-même, qui endossais doucement le rôle de directeur. L'enjeu était donc que chacun adhère et trouve, respectivement garde, sa place.

J'ai eu la chance que le directeur « sortant » ait été non seulement un soutien dans la phase de transition, mais également preneur du projet ; cela était essentiel car c'est lui qui était aux commandes. Sans son aval, je n'aurais certainement pas pu initier le projet ou, dans tous les cas, j'aurais dû en différer le démarrage.

Concernant l'infirmier chef, nous avions déjà l'habitude de travailler ensemble, mais il fallait aussi qu'il adhère au projet vu qu'il allait devenir un élément important de soutien à l'implémentation.

Avec le recul, je dirais que le projet a joué un rôle fédérateur de cette nouvelle équipe et a aussi permis, ensuite, une organisation participative et fluide avec tous les responsables de secteurs.

Après la période de recherches et une fois le choix effectué, a démarré la phase d'organisation, qui est cruciale. Il est important, pour la bonne réussite de l'implémentation, de bien la préparer, d'en définir la temporalité, de penser à toutes les personnes touchées et de n'omettre aucune étape.

En prenant le lead du projet, rôle clé devant être annoncé clairement, c'était pour moi l'occasion de mettre ma première touche personnelle sur le mode de management que je visais.

Une première réunion a eu lieu avec tous les responsables de secteur, afin de leur expliquer la méthode, les raisons de ce choix, leur présenter les objectifs et leur parler de la formation que nous allions suivre ensemble avant d'y impliquer les équipes interdisciplinaires.

Concernant le choix de la méthode, chacun devait comprendre pourquoi changer les choses tout en gardant l'héritage de Béthanie, en intégrant une vision du futur. Il fallait composer avec la conception de soins, le slogan « Vivre en relation », la charte éthique et les énoncés fondamentaux. Le souhait était de compléter et élargir toutes ces notions, afin d'arriver à un concept d'accompagnement en interdisciplinarité. Chaque participant à cette première réunion a alors pu constater la complexité de l'existant et comprendre que la méthode Montessori serait compatible et complémentaire à nos valeurs. Leur ressenti et leur adhésion au choix fait, était donc une première étape franchie avec succès.

Cette première réunion, qui s'est déroulée d'abord sous forme d'un Groupe de Travail, a été reconduite ensuite mensuellement sur toute l'année 2016 et aujourd'hui, elle existe toujours sous forme du colloque mensuel interdisciplinaire. Cette évolution a donc répondu à une demande existante déjà à l'époque et visant à réunir tous les responsables de secteurs de la maison. Première pierre posée à mon propre style de management !

La session de formation Montessori pour les responsables a donc eu lieu et l'ambiance, respectivement la dynamique du groupe, a été très positive. J'ai eu la satisfaction de ressentir une envie de chacun(e) de se mobiliser ensemble autour du projet, mais également un courant porteur motivant, annonciateur de belles perspectives à venir.

En parallèle, il a été demandé aux responsables de planifier un bref entretien avec chaque membre de son équipe afin de :

- présenter globalement la méthode Montessori ;
- présenter l'objectif institutionnel de l'année 2016 qui était : « Chaque collaborateur connaît et participe à la mise en application des fondements Montessori » ;
- expliquer le plan de formation à venir.

La formation à l'ensemble de la maison a démarré. 6 sessions de 3 jours, avec toujours la même formatrice, a permis à 96 collaborateurs sur 150 de recevoir l'enseignement. Au vu de la complexité des plannings et de la réalité du terrain, il était clair que nous ne pourrions inscrire l'intégralité du personnel. Nous avons donc imaginé qu'en formant déjà 2 à 3 personnes par équipe, celles-ci pourraient transmettre ensuite à leurs collègues les enseignements reçus. Ce fonctionnement allait permettre un démarrage rapide, avec la mise en place de petites actions/activités au quotidien sur le terrain. Cela s'est confirmé et a été mesuré lors des rencontres mensuelles interdisciplinaires qui ont suivi.

A relever que, lors de chaque session de formation, une soirée a été prévue, destinée aux Résidents et aux familles, afin de présenter le concept et d'ouvrir un dialogue autour des changements. Ces moments avaient également pour but d'expliquer clairement l'approche du rôle social à redonner au Résident en fonction de ses capacités préservées.

Par exemple, une personne venant visiter un proche et le trouvant en train de réaliser une tâche telle que mettre la table ou trier le courrier, pourrait imaginer que la maison « utilise » les Résidents à des tâches afin de diminuer son personnel.

Ces échanges ont aussi permis, pour passablement de parents de personnes touchées notamment par la maladie de type Alzheimer, de mieux comprendre les divers troubles cognitifs, de saisir que même si une personne oublie avoir reçu une visite, elle apprécie le côté émotionnel de l'instant partagé. Ainsi ces familles ont pu remettre du sens à leurs visites, retrouver du plaisir à venir et ont exprimé ne plus ressentir de mal-être.

Entre 2 sessions de formation, un bilan a été réalisé avec la formatrice, afin d'évaluer les difficultés rencontrées, de mettre en lumière ce qui avait déjà pu démarrer et de parler d'éventuelles actions correctives à mettre en place.

Effectivement, cette intervenante étant en poste dans un établissement similaire au nôtre en France, nous souhaitions bénéficier de son expérience pratique, en parallèle à son enseignement théorique.

Résultats des enquêtes auprès des Résidents

Comme expliqué dans la méthode d'enquête, j'ai réalisé, avec l'aide des 2 infirmières cheffes adjointes, une sélection des profils de Résidents à interroger, ce sont donc 35 personnes sur 104 qui ont été entendues au cours d'un entretien.

Au terme de ces rencontres, j'ai procédé à un regroupement de toutes les réponses reçues dans un document en annexe¹³.

La 1^{ère} question était destinée à avoir une idée de la satisfaction globale des Résidents concernant leur vie à Béthanie. Elle était donc volontairement formulée de manière ouverte, sans possibilité d'influencer la réponse et l'éventail des réponses possibles était donc très vaste.

Je peux dire qu'au vu des éléments mentionnés par les Résidents, ils sont globalement satisfaits de leur vie ici. Les éléments les plus souvent cités sont en lien avec le personnel (tant sur la manière d'être, que sur les compétences professionnelles) et l'ambiance régnant dans l'institution ; viennent ensuite des éléments de satisfaction en lien avec l'environnement, (les chambres, les jardins, la cafétéria, etc...), puis des points concernant l'organisation sont cités (repas, occupations).

Un point intéressant à mes yeux a été cité à 5 reprises, il s'agit de la liberté. Cet élément est positif puisqu'il va à l'encontre des stigmatisations disant qu'en arrivant en EMS, la personne devient rapidement dépendante.

Il peut aussi être interprété sous l'angle de la plus-value de la formation Montessori, car il indique que le choix est laissé ou redonné aux Résidents.

La 2^{ème} question portait sur ce qui manque aux Résidents ; là également, l'éventail des réponses possibles était grand.

Il est intéressant de relever que 10 personnes interrogées disent ne manquer de rien, ce qui confirme un certain taux de satisfaction.

Les autres manques cités font principalement référence à la vie passée des pensionnaires, soit leur logement, leur lieu de vie et la famille.

Les réponses portant sur des insatisfactions ont été relayées au responsable du secteur concerné afin d'y remédier.

¹³ Annexe 2 : Synthèse des réponses Résidents.

Des pistes d'amélioration ont pu être déclenchées. A titre d'exemple, je citerai une personne ayant fourni des réponses relativement abruptes démontrant une réelle insatisfaction face à la direction et au personnel. Cela a donné lieu à une rencontre avec l'infirmier chef, de manière à ne pas laisser cette personne dans ce ressenti.

La 3^{ème} question était plus ciblée, puisqu'elle demandait à la personne de dire si elle estimait avoir suffisamment de choix dans ce qui la concerne ?

22 personnes disent avoir suffisamment de choix. 7 ont clairement exprimé ne pas avoir de choix, à préciser que l'une d'entre elles a un cadre thérapeutique fixé par le médecin psychogériatrie, ce qui pourrait expliquer son ressenti et quelques Résidents n'ont pas pu, ou su répondre clairement.

Il y a des éléments sur lesquels il est possible d'agir, ce que nous avons fait ; pour d'autres points, il s'agit d'éléments en lien avec la structure même de la maison (les chambres doubles) et il est difficile d'y répondre de suite.

La 4^{ème} question visait à savoir dans quels domaines les Résidents aimeraient être davantage consultés.

La majorité des réponses a été « aucun » ou « je ne sais pas ».

La 5^{ème} question était destinée principalement aux personnes présentes depuis plusieurs années, soit 17 Résidents et leur demandait s'ils avaient constaté un changement dans l'accompagnement au quotidien.

Sur les 17 personnes concernées, seules 6 ont exprimé avoir ressenti des changements, sans toutefois pouvoir définir la nature de ces changements avec précision.

Ces réponses sont un peu décevantes, car elles démontrent un manque de visibilité sur ce qui fonctionne déjà et sur les petites choses déjà mises en place.

La dernière question portait précisément sur la méthode Montessori ; est-ce que les Résidents en ont déjà entendu parler ; si oui, sont-ils capables de l'expliquer dans les grandes lignes.

Seules 8 personnes sur 35 ont déjà entendu parler de la méthode Montessori ; toutefois la majorité l'assimile à un système scolaire destiné aux enfants.

Cela laisse penser que ce n'est pas à Béthanie qu'ils en ont eu connaissance, mais davantage dans leur vie extérieure.

Globalement, tout ceci montre que :

- la méthode n'a que très peu, voire pas du tout, été expliquée aux Résidents ; ce qui n'est pas grave car en proposant une activité, il n'est pas indispensable d'ajouter que cela se fait en lien avec la méthode Montessori.
Par contre, cela peut démontrer que l'information en amont a manqué ou qu'elle a été vite oubliée.
- dans le grand public, c'est probablement la méthode Montessori pour les enfants qui est la plus connue ; l'adaptation à la personne âgée est moins répandue et a été moins médiatisée.

Pour les 8 personnes connaissant la méthode ; il a été demandé si une tâche ou un rôle leur avait été proposé. 5 Résidents ont été capables de décrire une activité ou un rôle proposé et seules 2 d'entre elles ont apprécié cela ; une personne a exprimé avoir refusé le rôle proposé. Les autres n'ont pas précisé ce qui leur avait été suggéré.

Pour les personnes ayant répondu négativement à la question sur la connaissance de la méthode Montessori, soit 27 personnes, seules 4, après explication du concept, seraient prêtes à se voir confier une tâche. Ceux ne souhaitant pas avoir de rôle social le justifient par le fait d'avoir suffisamment travaillé dans leur vie et aspirent à se reposer.

Le travail d'enquête auprès des Résidents a été conséquent ; les réponses obtenues ont permis de mettre en place quelques actions correctives concernant l'accompagnement au quotidien, mais ce que j'en tire au final est un peu décevant, car en-dessous de ce que j'espérais.

Effectivement, malgré la simplification des questions, je constate que les réponses étaient parfois un peu hors sujet, que les troubles cognitifs importants des Résidents ont faussé des discussions.

Au final, j'obtiens une image globale intéressante concernant la satisfaction des Résidents, ce qui est positif, car indique que l'accompagnement proposé est sur la bonne voie et semble répondre aux attentes des pensionnaires.

Ma demi-déception vient peut-être du fait que je pensais à tort avoir plus d'informations sur le type de tâches ou de rôles que les Résidents souhaitaient avoir, j'imaginai que la méthode Montessori était davantage connue et répandue dans la maison.

D'un autre côté, ces enquêtes auprès des Résidents me permettent de dresser déjà les constats suivants :

Il est important de renforcer le travail au niveau du recueil de données sur les habitudes antérieures et les histoires de vie, ceci vu les troubles cognitifs importants des Résidents.

Ce qui ne devrait pas aller en s'améliorant, notamment en raison de l'entrée en EMS toujours plus tardive des personnes âgées et également en raison de l'évolution des Résidents de demain.

Il faut demeurer toujours à l'écoute du Résident afin d'éviter d'interpréter les choses.

Exemple : une dame ayant été cuisinière n'aura pas forcément envie de faire des ateliers cuisine puisqu'elle a fait cela toute sa vie... c'est pourtant ce que l'on aurait tendance à lui proposer à la lecture de son histoire de vie.

Du choix était déjà donné aux Résidents dans le travail au quotidien et ce n'est pas l'implémentation de la méthode Montessori qui a induit cela.

Partant de là, il faut aussi accepter que les Résidents n'aient pas forcément besoin ou envie d'être trop occupés. Il ne faut pas s'inquiéter si rien n'est mis en place pour une personne; cela n'indique pas une mise en échec de la méthode Montessori, mais simplement que l'envie de chacun est respectée.

Il est nécessaire de former correctement le personnel, afin qu'il soit capable d'anticiper les besoins des Résidents, d'être imaginaire et d'arriver à mettre du sens dans ce qui est proposé au quotidien dans les étages.

Résultats des enquêtes auprès des collaborateurs

Comme décrit dans la méthode d'enquête, j'ai ciblé l'infirmier chef, les 2 infirmières cheffes adjointes, la responsable de l'animation et son équipe. Concernant les autres collaborateurs, je savais, au vu de ce qui précède, que tous connaissent les préceptes de la méthode Montessori, même ceux n'ayant pas reçu la formation.

Frédéric RISSE

Avec l'infirmier chef

Par rapport au nombre de collaborateurs formés, l'idée est de ne pas réorganiser d'autres sessions, mais que le projet vive et se transmette par impulsion de personne à personne. Il est évident que cela demande un travail de coaching de la part des responsables.

Il y a un réel travail à faire au niveau de l'accompagnement des équipes au changement, principalement concernant la manière de les y amener.

Tout changement doit être annoncé à l'avance, les raisons doivent en être expliquées. Il faut préparer un plan d'action et de mise en œuvre, avec des objectifs à atteindre et enfin il faut procéder à une évaluation régulière en vue d'éventuels ajustements. Eviter aussi de procéder à de multiples changements en même temps ; ce qui est un défi, car l'effet domino est important.

Il ne s'agit pas non plus d'être trop « idéaliste » et de faire passer une information ou de créer une nouvelle instruction de travail pour penser ensuite que les choses vont se mettre en place et fonctionner toutes seules.

Il faut améliorer le plan de communication envers le personnel, les Résidents, les proches et les familles ainsi que toute personne intervenant dans l'institution.

Bien que chacun ait été informé de ce qu'est la méthode Montessori, il ne faut pas négliger de les tenir au courant de ce qui change au fur et à mesure, mais aussi leur montrer les résultats découlant de ce nouvel accompagnement. La visibilité du projet est donc importante et ce, tant à l'interne qu'à l'externe.

Lors de la mise en place de petits changements sur le terrain, il a été constaté que souvent, les équipes cherchent trop loin. Il faut leur rappeler que de simples adaptations au quotidien sont possibles et sont suffisantes. Les soignants ont tendance à oublier que souvent, ils appliquent déjà la méthode, par exemple lors du choix proposé au Résident concernant sa tenue, ses activités ou ses repas.

Rappeler cela aux équipes permet de démystifier le changement et enlève une sorte de pression que le personnel se met face aux adaptations en cours.

Durant la discussion, nous avons eu la satisfaction de pouvoir lister quelques activités concrètes, qui ont été mises en place au cours de cette période d'implémentation. Je citerai l'exemple d'une Résidente, qui va à la réception pour trier, puis distribuer le courrier. Un Résident réalise des films sur la vie dans la Maison et organise ensuite, en collaboration avec le service de l'animation, des séances de projection. Des pensionnaires ont préparé, avec l'aide de l'équipe, des repas ou apéritifs sur l'étage pour des occasions spéciales. Certains s'occupent de l'entretien des fleurs sur les balcons.

Un comité de Résidents a vu le jour et est consulté pour le choix d'activités ou manifestations. Les petits déjeuners ont été revisités et sont aujourd'hui présentés sous forme d'un buffet ; les Résidents ont ainsi le choix du moment et de ce qu'ils mangent ; une présence est tout de même assurée pour le service. Quelques dames tricotent avec un but précis ; par exemple création d'une couverture ou d'une layette pour une collaboratrice qui va accoucher. Un Résident donne des cours de français à une collègue d'origine étrangère.

Tout cela est un outil de mesure important, qui vient répondre à l'une de nos craintes de départ qui était de se demander de quelle manière nous pourrions mesurer la réussite de l'implémentation, ainsi que la plus-value pour les Résidents.

Lors de la mise en place du changement, nous avons imaginé que les projets de vie et les PIA (Projet Individuel d'Accompagnement) des Résidents seraient des outils de mesure permettant de vérifier l'implémentation de la méthode et sa plus-value au niveau des Résidents.

Vu le recueil des données nécessaire en à l'établissement de la liste des capacités préservées, nous pensions trouver des histoires de vie beaucoup plus fournies et complètes. Ce n'est pas encore le cas aujourd'hui, même si une légère amélioration a été constatée.

Ce point a d'ailleurs été confirmé par la dernière visite de la CIVESS (juin 2017), dont l'évaluation globale a été positive, avec toutefois un point à renforcer concernant les histoires de vie et les PLA.

Pour le reste, les évaluateurs CIVESS ont mis en lumière que l'accompagnement avait évolué et que l'empreinte Montessori était fortement perceptible.

Concernant les collaborateurs, nous avons constaté un changement dans l'accompagnement. Ils ont ressenti le droit et la liberté de prendre des petits moments pour simplement être auprès d'un Résident sans forcément réaliser une action.

Il serait difficilement modulable, comme envisagé, de toucher à l'organisation du matin.

Exemple : pourquoi ne pas effectuer des toilettes l'après-midi et éviter le stress du matin ; essayer d'avoir plus de flexibilité dans les soins de base. Cela semble impossible au vu des habitudes ancrées chez les Résidents, qui, toute leur vie se sont levés, fait leur toilette avant de démarrer la journée.

De plus la santé et la sécurité doivent être assurées et ce n'est donc pas possible d'envisager attendre l'après-midi pour agir.

Bien que la méthode de Virginia Henderson et celle de Maria Montessori soient complémentaires, pourquoi ne pas laisser totalement tomber les 14 besoins fondamentaux de V. Henderson, ce d'autant plus que seuls 3 sont complétés de manière régulière.

Recueillir les données sur les 14 besoins demande un gros travail à l'entrée du Résident et au final, les 3 thèmes principalement utilisés sont : « boire et manger » - « éliminer » - « éviter les dangers ».

Cet outil est donc clairement axé soins et moins interdisciplinaire, ce qui va à l'encontre de notre vision puisqu'il n'est maîtrisé que par les soignants.

Avec l'arrivée de nouvelles personnes à la direction des soins, notamment les 2 nouvelles infirmières cheffes adjointes, d'autres visions sont apparues, avec de nouvelles conceptions de soins vécues ailleurs. Cela remet aussi en question le maintien des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson.

Constat que l'animation est un secteur très impliqué dans ces changements et que, contre toute attente, c'est le secteur le plus réfractaire aux changements.

Il est évident que c'est effectivement le secteur qui doit le plus adapter ses activités et modifier son fonctionnement ; ce qui crée de la peur face à la manière dont ils ont appris leur travail.

Une implication différente leur est demandée dans leurs tâches quotidiennes ; de ce fait, la manière de les accompagner dans le changement est essentielle. Ils doivent pouvoir y mettre du sens, comprendre la plus-value pour les Résidents et ne pas rester bloqués sur le changement de leur rôle.

Il est nécessaire de maintenir l'identité professionnelle de chaque corps de métier. Chacun a un rôle à jouer, je citerai en exemple l'approche différente, respectivement la relation différente qu'il y aura entre le Résident et le soignant, entre le Résident et l'animateur et entre le Résident et la dame de l'intendance. Le contenu des échanges diffère, il apporte une richesse à maintenir.

Le fonctionnement idéal est donc plus d'ouverture et de cohésion entre les secteurs de l'animation, les soins et l'aumônerie.

Frédéric RISSE

Aujourd'hui dans la maison, les efforts sont à concentrer sur un décloisonnement de chaque service, avec toutefois 2 axes :

- l'entourage proche du Résident, qui est le secteur de l'accompagnement dépendant de l'infirmier chef et qui comprend les soins, l'animation et l'aumônerie ;
- l'entourage plus éloigné du Résident, qui est le secteur de soutien dépendant du directeur et qui comprend tous les autres services de la maison.

Un autre point abordé est la tenue vestimentaire : aujourd'hui, les animateurs travaillent en civil alors que les dames de l'intendance portent la même tenue que les soignants.

Il est important pour les Résidents de pouvoir identifier clairement les différents membres des équipes intervenant dans leur entourage. La tenue est pour eux un repère visuel important. Dans la vie, il y a des couleurs et des différences, l'institution étant leur lieu de vie, il faut maintenir cela.

Un travail est à faire au niveau de la délégation et des instructions de travail à donner.

Dans le secteur de l'accompagnement, il est difficile pour les intervenants de recevoir des instructions de la part de responsables d'autres secteurs. Je m'explique, les animateurs interviennent sur les étages de soins où une responsable de jour est présente, mais elle n'est pas leur responsable directe. A qui doivent-ils se référer ?

A contrario de cette théorie, cela est possible puisqu'aujourd'hui, l'équipe de l'intendance fonctionne en parfaite collaboration avec les soignants concernant le travail à faire sur les étages et ce, bien qu'elle dépende de sa propre responsable pour son fonctionnement global.

L'implémentation de la méthode a déjà donné naissance à une nouvelle ère de direction. A titre d'exemple, je citerai la refonte du concept de la Fête de Noël. Cette fête était organisée uniquement par le service de l'Aumônerie et n'y participaient que les Résidents. En 2016, nous avons imaginé une nouvelle formule, en y invitant les résidents et leurs familles, avec une participation de tous les secteurs pour l'organisation et le déroulement même de la fête.

Je citerai également la reviste du concept du forum des familles, qui s'est transformé en une fête de l'été, avec là aussi une implication des Résidents, de leurs proches et du personnel de la maison, tous secteurs confondus.

Avec les deux infirmières cheffes adjointes

Conformément à la trame d'entretien en annexe, nous avons d'abord parlé de la conception de soins. Il était difficile pour elles de l'identifier de manière claire, elles pouvaient en ressortir les grandes lignes, mais ont confirmé l'importance de travailler sur un nouveau concept d'accompagnement, qui soit un fil rouge pour toute la maison. Il était intéressant de constater, que même pour deux infirmières chevronnées, comprendre toutes les notions existantes dans l'institution était compliqué, voire impossible.

Au sujet de leurs équipes, les ICA ont déjà pu constater des changements : les soignants se sentent moins dans l'obligation de toujours « faire » quelque chose, mais s'autorisent à prendre un peu de temps avec les Résidents, à s'asseoir avec eux et à ne pas se « mettre au garde-à-vous » lorsqu'une responsable arrive.

Elles sont convaincues qu'une graine a été semée, que le personnel est « en route », mais qu'il faudra du temps, car cet accompagnement change et avant de pouvoir redémarrer, il faut désapprendre. Constatation que le chemin déjà parcouru est considérable.

Nous avons abordé le point relatif aux besoins des équipes afin de les aider à avancer. Les ICA ont évoqué l'organisation globale à éventuellement repenser, avec une meilleure intégration de chaque secteur autour du Résident. L'idéal serait d'avoir une équipe d'accompagnement interdisciplinaire, comprenant les soins, l'animation et l'intendance.

Elles relèvent aussi l'importance de ne pas travailler sur plusieurs projets en même temps.

Au sujet de la documentation, il est primordial, lorsqu'un nouveau formulaire est mis en circulation, de l'expliquer, d'en démontrer la plus-value, de préciser ce qu'il va apporter et quelles sont les raisons de sa mise en circulation. Ceci va permettre aux équipes de mettre du sens et de comprendre ce qui leur est demandé.

Aujourd'hui, les ICA ont une rencontre hebdomadaire avec l'infirmier chef et elles souhaiteraient y inclure la participation des autres secteurs. Ceci dans le but de soutenir et favoriser l'interdisciplinarité et la mise en route de projets.

Dans l'organisation même des équipes, les ICA ont parlé d'avoir une personne ressource Montessori sur chaque étage, de choisir pour ce rôle une personne moteur, qui saurait donner l'impulsion pour la mise en place de petites activités au quotidien.

Etant donné que dans chaque équipe il y a toujours des personnes preneuses et d'autres moins, il faut être capable de les identifier, afin de leur apporter le soutien nécessaire.

Face à ces personnes, rester aussi vigilant afin d'éviter qu'elles ne fassent les choses à la place du Résident, mais qu'elles demeurent bien dans l'accompagnement.

Les ICA proposent aussi la mise en place d'ateliers destinés aux équipes, afin de mobiliser toutes les connaissances autour de l'utilisation des outils existant dans la maison. Exemple : chariot sensoriel, lit de flottaison.

Afin d'aller dans le sens d'une équipe interdisciplinaire, elles trouvent que le terme d'infirmier chef est à revoir et qu'il serait préférable de parler d'un responsable de l'accompagnement.

Au niveau des collaborateurs, elles expriment même que si une personne n'arrive pas à s'identifier au concept d'accompagnement Montessori, elle devrait partir.

Du côté des Résidents, les ICA constatent que les pensionnaires d'aujourd'hui sont peut-être plus réfractaires à l'implémentation de la méthode, car moins habitués à participer, mais que la génération « Baby-boom » sera plus participative.

Concernant la formation des équipes, certains collaborateurs n'ayant pas été formés s'en plaignent ; les ICA pensent qu'il n'est pas forcément utile de refaire la formation globale de trois jours pour ces personnes, mais que la mise en place d'ateliers Montessori à l'interne serait plus adapté. Elles relèvent l'importance que les personnes formées donnent les impulsions, montrent les choses, tout en assurant un coaching.

Les ICA sont conscientes des difficultés rencontrées par le secteur de l'animation dans ces changements. C'est bien le secteur le plus touché, car cela modifie leur travail au quotidien ; ils étaient dans des activités à proposer, alors qu'aujourd'hui, ils doivent être dans l'accompagnement. L'idéal serait d'avoir un animateur sur chaque étage, afin qu'il puisse « sentir » les choses sur le moment et pouvoir adapter son programme à ce ressenti.

Elles pensent aussi que l'équipe a trop peu de liberté aujourd'hui, la responsable étant trop structurée et pas suffisamment présente sur le terrain pour donner l'impulsion.

Les ICA proposent de diminuer le nombre d'activités de groupes par jour au profit d'une présence renforcée sur les étages, pour des activités en plus petits groupes ou en individuel.

Au final les ICA se disent convaincues et acquises à la méthode Montessori, elles reconnaissent qu'il y a encore du travail à effectuer, principalement dans l'interdisciplinarité. Elles ont relevé un manque de reconnaissance vis-à-vis des autres secteurs que les soins ; notamment lors de l'Assemblée Générale, seuls ces derniers ont été mis à l'honneur.

Avec la responsable de l'Animation

En lien avec la trame d'entretien en annexe, j'ai pu à nouveau constater la grande difficulté à décrire la conception de soins existante.

La responsable de l'animation a exprimé qu'un cloisonnement existait entre les différents secteurs de la maison et que chacun ne tient pas suffisamment compte de la réalité de l'autre. Elle pense que les Résidents ont également une part de responsabilité dans ce clivage puisque, afin de les aider à identifier leurs interlocuteurs, nous avons des tenues différentes selon le secteur ; pour information, l'équipe de l'animation travaille en civil.

Selon elle, l'implémentation de la méthode Montessori perturbe l'équipe, car elle touche à leur fonctionnement et cela leur fait perdre pied.

Dans le cadre des activités de groupe, il y a encore passablement de craintes face à une mise en échec du Résident ; de ce fait, les animateurs ont tendance à faire à la place de la personne. Par exemple, lors de la lecture du journal, l'animateur lit lui-même au lieu de laisser ce rôle à un Résident.

La formation reçue leur a permis de mettre plus de sens derrière leurs activités et de prendre conscience de l'importance d'organiser davantage d'activités individuelles.

Il y a aujourd'hui, selon la responsable, plus de prises d'initiatives de la part des collaborateurs formés.

Afin d'aider son équipe à avancer dans l'implémentation, l'un des points abordés est celui des dotations ; la responsable souhaiterait avoir un animateur formé par étage.

Elle souligne que les demandes faites au service de l'animation sont toujours plus conséquentes et s'apparentent trop, selon elle, à des tâches de soignants. Face à cela, toute l'équipe exprime une crainte de perdre son identité professionnelle. Il est important, à ce moment, de les rassurer et que la direction intervienne aussi dans ce sens.

Il est également difficile de répondre à toutes les sollicitations, car elles proviennent, non seulement des Résidents, mais de tous les secteurs de la maison.

Au niveau structurel, la responsable pense que son secteur ne devrait pas dépendre des soins, mais de du directeur.

Au niveau de la méthode Montessori, elle estime que les points importants sont :

- la liberté d'expression laissée au Résident, qui reste ainsi maître de sa vie ;
- une autonomie de la personne favorisée et ainsi le lieu d'accueil peut rester un lieu de vie et non un lieu apparenté à un hôpital ;
- une implication importante des Résidents, ce qui est valorisant ;
- la manière de communiquer lorsqu'une activité est proposée. Elle cite en exemple qu'il est important de valoriser la présence de la personne pour la faire adhérer à une activité.

La responsable de l'animation se dit totalement acquise et convaincue par la méthode ; elle précise que beaucoup de préceptes étaient déjà appliqués dans la maison ; pourtant elle exprime aussi une perte de sens constatée face au métier d'animateur socioculturel.

Avec l'équipe de l'animation

Il a d'abord été nécessaire, avec cette équipe, de préciser le cadre de mon travail, puis de clarifier certains points structurels en lien avec l'organigramme et les dotations, qu'ils avaient peur de voir diminuer.

Cela fait, j'ai pu aborder le cœur du sujet, avec une équipe rassurée.

Concernant la conception de soins existante, l'équipe n'a pas été en mesure de la décrire, toutefois ils ont pu en citer quelques axes principaux, mais n'ont pas connaissance du modèle de Virginia Henderson, qui est un axe typiquement soins.

Selon eux, les points importants de la méthode Montessori sont :

Le maintien des acquis de chaque Résident, en utilisant leurs ressources dans un but de valorisation et ne pas créer un besoin chez la personne en proposant une activité, mais laisser émerger une envie.

L'équipe se dit convaincue par la méthode... une fois qu'elle sera bien en place.

Ils n'arrivent pas à exprimer les pertes potentielles concernant leur métier étant probablement trop dans la crainte pour l'instant ; seul le manque de temps est relevé.

Afin de faciliter la compréhension de ces résultats, il me semble utile de faire ci-dessous, une synthèse de tout ce qui est ressorti des entretiens avec les collaborateurs.

Je constate que, malgré des éclairages différents et une grande quantité de remarques faites, il y a des axes de réponses similaires chez plusieurs interlocuteurs, à savoir :

- que la conception de soins actuelle est trop complexe et qu'il n'est pas possible de s'y identifier ;
- que passablement de petits projets ont déjà pu être mis sur pied ;
- que la communication est un point essentiel à ne pas négliger ;
- que l'interdisciplinarité doit être renforcée, puis soutenue sur le terrain. Que c'est un élément essentiel, devant être visible sur l'extérieur ;
- que la composition des équipes pourrait être repensée, de même que l'appellation à donner au responsable de l'accompagnement (aujourd'hui elle est totalement teintée soins puisque sa dénomination est : infirmier chef) ;
- que le fonctionnement, respectivement l'implication du secteur de l'animation doit être améliorée. Ce dernier point met clairement à jour une différence de fonctionnement et de pensée entre l'animation et le reste de la maison ;
- que tout le monde est convaincu par la méthode, qui redonne du sens au travail et pourrait permettre une fidélisation du personnel ;
- qu'il existe un raccourci inévitable consistant à penser que tout ce qui gravite autour du Résident, est du domaine des soins.

Résultats des enquêtes auprès des autres établissements

Etablissement formé à la méthode Montessori

Du point de vue de la conception de soins, ils ont intégré la méthode Montessori aux 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson en développant également une « philosophie » d'accompagnement.

Cet EMS, d'une taille inférieure à la nôtre, a formé seulement 14 personnes sur environ 80 collaborateurs, ensuite des formations internes ont été données pour former le reste des équipes.

Ce choix a été motivé par le fait qu'il y avait passablement de personnes de langue maternelle étrangère, pour qui la formation de base aurait été trop complexe.

Au niveau des plus-values, avec le recul, ils ont constaté :

- une augmentation de la satisfaction du personnel. La méthode a changé leur regard sur les Résidents et la maladie, ce qui a permis de redonner du sens à l'accompagnement et replacer le Résident au centre des préoccupations (redonner du choix et du pouvoir). Tout le personnel se sent concerné, chacun avec son niveau de compétences.
- une fidélisation du personnel ;
- des projets d'accompagnement centrés sur le Résident en interdisciplinarité ;
- une intégration des proches à la méthode ;
- une diminution significative des hospitalisations à l'hôpital psychogériatrique de Cery ;
- une diminution significative des traitements médicamenteux (neuroleptiques, somnifères et antidépresseurs).

Quant aux difficultés rencontrées lors de l'implémentation :

- une crainte face au changement ;
- une résistance au changement de la part des soins principalement ;
- la peur de mettre le Résident en échec ;
- rester dans des petits projets réalistes au départ.

D'une manière globale, ils sont totalement satisfaits du changement opéré et ont pu objectiver les bienfaits de la méthode avec aujourd'hui, 3 ans de recul.

Il faut relever, qu'au vu de la taille de cette structure, les cadres, moins nombreux, sont beaucoup plus proches du terrain et cela facilite le coaching des équipes.

Etablissement non formé à la méthode Montessori

Etant donné la motivation m'ayant amené à cet entretien, à savoir une annonce recherchant « un responsable d'équipes d'accompagnement », je n'ai volontairement pas abordé le thème de la méthode Montessori en elle-même, mais plutôt la structure de leur organisation afin de mieux la comprendre.

Il en est ressorti que, dans leur structure, les responsables d'équipes d'accompagnement ne doivent pas être uniquement des soignants, dans l'idée de soutenir l'interdisciplinarité et d'éviter que les soins dominent le tout.

A relever qu'une telle organisation implique que chacun, peu importe sa spécificité professionnelle, œuvre dans les soins le matin et demeure davantage dans l'accompagnement l'après-midi.

Ce modèle conceptuel est intéressant, mais ne répond pas aux objectifs que nous nous sommes fixés, à savoir un maintien des compétences métier dans chaque secteur.

Etablissement aux Pays-Bas

Il était important de commencer par comprendre leur organisation, les exigences politiques et structurelles, ainsi que les aspects de formation de manière à tirer un comparatif entre la Suisse et la Hollande.

Toutefois, dans cette analyse, je ne choisis de développer que l'aspect de l'accompagnement, puisque c'est le sujet de mon travail.

L'entretien s'est déroulé au cours d'une visite de plus de 3 heures à travers les 23 pavillons d'habitation et les structures annexes. Au total, ce sont environ 160 personnes qui résident dans ce petit village ; toutes sont atteintes de démence type Alzheimer.

Cet établissement étant pionnier, ils ont l'habitude de recevoir des groupes venant observer leur fonctionnement et ils ont une collaboratrice destinée à mener ces visites.

J'avais choisi d'aborder avec eux le sujet de la méthode Montessori ; je me suis trouvé face à un avis tranché, disant que la méthode était effectivement connue mais qu'ils n'en voyaient pas l'utilité. Il est intéressant toutefois de constater que, bien qu'ils n'aient pas conceptualisé leur accompagnement, ce qui a été observé s'apparente passablement aux préceptes de la méthode Montessori.

La conception architecturale de cet EMS a été pensée de manière à adapter l'environnement aux habitants et non l'inverse.

Le fonctionnement de ces pavillons est indépendant, à savoir que chacun d'eux est managé par une petite équipe d'accompagnement, qui prend en charge 6 à 7 Résidents et s'occupe de tout avec les pensionnaires (cuisine, lessive, courses à faire, activités et soins).

J'ai ressenti toutefois une forme de stigmatisation, puisqu'avant toute entrée, un questionnaire relativement pointu doit être complété par le futur Résident ou ses proches. Cette manière de faire permet de réunir entre eux les Résidents selon, soit leur niveau social, leur secteur d'activité passé, leur ethnie, leurs croyances. Cela permet ensuite, dans la vie courante d'orienter les activités, la décoration et même le type de nourriture selon les habitudes de vie des habitants du pavillon.

Cette structure rencontre un grand succès auprès de la population psychogériatrique et une liste d'attente importante a été constituée. Ils ont d'ailleurs un projet d'extension en réflexion.

Synthèse

Au terme du travail et au vu des réponses obtenues dans toutes les enquêtes, j'ai eu confirmation qu'il est nécessaire de revoir la conception de soins existante et que l'idée de partir sur un concept d'accompagnement en interdisciplinarité est le bon chemin à suivre.

Effectivement, personne n'a été en mesure de décrire la conception actuelle. Il faut que le nouveau concept soit simplifié, compréhensible par tous et être un fil rouge auquel chacun est capable de s'identifier, afin notamment de fidéliser le personnel et diminuer le turn-over.

Je suis également convaincu que cela pourrait avoir un impact positif sur l'absentéisme pour plusieurs raisons :

Avec une ligne de conduite claire et comprise par tous, les collaborateurs auront plus de facilité à mettre du sens à leur travail et retrouveront du plaisir à la tâche.

Si les Résidents, particulièrement ceux de psychogériatrie, sont plus apaisés grâce à la méthode, l'ambiance sur l'étage sera moins pesante et moins lourde psychologiquement pour les équipes.

J'ai pu constater que construire le nouveau concept en interdisciplinarité est positif. Tant à l'interne qu'après des autres établissements, c'est une notion facilement acceptée par tous et qui redonne du sens à chaque professionnel intervenant auprès du Résident.

Il est intéressant de relever que nous ne sommes pas les seuls à nous poser la question de la constitution des équipes, voire carrément de l'organisation générale. Effectivement, les établissements approchés ont repensé leur organisation. L'un a imaginé une seule et même équipe, menée par un « responsable d'équipes d'accompagnement » et comprenant des collaborateurs de professions différentes. Ce fonctionnement a le mérite de décloisonner et de fédérer tous les acteurs autour du Résident ; par contre il y a, à mon sens, une perte de l'identité professionnelle. Le modèle de l'établissement observé aux Pays-Bas entre dans ce même type d'organisation.

L'autre établissement observé en Suisse, plus proche de notre fonctionnement, a maintenu un responsable par secteur. Cette organisation permet le maintien de l'identité professionnelle et nous tenons à cela à Béthanie. De pouvoir l'observer dans une autre institution, nous démontre qu'elle n'empêche pas une cohésion des équipes autour du Résident, même s'il y a plusieurs responsables de services.

Je suis convaincu et j'ai pu comprendre au travers des entretiens que mes collègues l'étaient également, que la relation est plus riche et diversifiée avec un panel de professionnels différents encadrant les Résidents.

Je m'explique, la communication ne sera pas la même avec un soignant qui intervient dans la sphère intime de la personne, qu'avec un animateur ou un collègue de l'intendance par exemple. Le mode de communication, à plusieurs niveaux, enrichit les relations et redonne un sens comme au domicile. Dans la vie active, nous choisissons ce que nous disons et à qui nous le disons, alors pourquoi ne pas continuer une fois en EMS.

Par rapport à mon positionnement de directeur, travailler en interdisciplinarité a permis de fédérer les équipes autour d'un projet commun, de maintenir un management participatif, qui permet à chacun de faire des propositions et de se sentir acteur du changement.

La nouvelle ère de direction, dont j'ai fait mention auparavant, a permis une valorisation de l'image de l'EMS, notamment au travers des nouvelles manifestations organisées, telles que la fête de Noël, puis la fête de l'été. Il est important de préciser que chacune de ces manifestations a attiré de 250 à 300 personnes.

L'image extérieure que les gens ont de l'EMS nécessite d'être améliorée, voire carrément revue et la méthode Montessori nous a permis un bond en avant. Effectivement, au travers des diverses informations données, des fêtes précitées, de l'exposition explicative sur Montessori, nous avons pu montrer un autre visage de la personne institutionnalisée.

Les familles et les proches ont exprimé un ressenti très positif et les nombreux témoignages reçus nous confortent et nous encouragent à poursuivre dans cette voie.

Concernant le modèle conceptuel, différents éléments sont venus conforter le choix fait :

La méthode Montessori adaptée à la personne âgée permet une grande liberté dans l'application de ces préceptes. Ce n'est pas un modèle d'accompagnement figé ; il n'oblige pas à assurer la traçabilité des activités d'une manière imposée ; il ne demande pas que l'appellation Montessori soit visible de l'extérieur.

La seule exigence pour exploiter le concept est qu'au minimum, une session de formation Montessori soit organisée dans la structure par les formateurs agréés.

Une fois la formation reçue, des échanges sont évidemment possibles avec les formateurs, mais aucun contrôle de l'application n'est assuré.

Tout cela permet une grande liberté dans l'application des notions enseignées, permet de compléter ce qui existe sans tout révolutionner et enfin permet d'y intégrer nos valeurs. Fort de ces éléments, je peux affirmer que le choix de la méthode Montessori est le bon.

Pour terminer cette analyse, je reviens encore sur une question soulevée au démarrage, à savoir est-ce que la méthode aurait un impact sur la médication des Résidents.

A ce stade, une diminution de la médication est clairement constatée ; toutefois je choisis de relativiser ce résultat. Effectivement, parallèlement à l'implémentation, l'institution est entrée dans le Cercle de Qualité des EMS vaudois, qui a pour but de trouver des consensus avec les médecins, pharmaciens et infirmiers en vue de limiter le nombre et le genre de prescriptions. La préparation des rencontres de ces Cercles exige une analyse de toutes les prescriptions chez tous les Résidents. Il est donc peut-être un peu prématuré d'imputer la diminution des traitements uniquement à l'implémentation de la méthode Montessori.

7. Conclusion

Au terme de ce travail de recherche, je peux dire que j'ai obtenu les réponses aux questions que je me posais. Cela me permet donc de valider l'hypothèse posée au départ qui était : « La mise en œuvre d'un concept d'accompagnement en interdisciplinarité basé sur la méthode Montessori s'inscrit dans une démarche managériale répondant aux besoins des bénéficiaires et du personnel ».

Le travail m'a permis aussi de me légitimer en tant que directeur, de fédérer une équipe de cadres solide, motivée et surtout acquise au nouveau concept et d'asseoir mon positionnement suite à la longue période de transition entre mon ancien poste au sein de Béthanie et le nouveau.

Afin de maintenir la belle cohésion qui a démarré avec le projet, j'ai mis en place, avec chaque responsable de secteur dépendant de mon poste, des rencontres hebdomadaires appelées « bilatérales ». Ces entretiens permettent une communication ouverte de qualité, un renforcement des liens et des discussions sur tous les projets en cours.

Au début de cette mise en route, le sentiment était plutôt mitigé quant à la réelle nécessité de ces moments (crainte de perdre du temps); aujourd'hui, chaque responsable en est totalement preneur, à telle point que si je dois annuler une rencontre, il me demande à la replanifier au plus vite !

En tant que responsable de l'interdisciplinarité, j'associe l'infirmier chef à toutes mes réflexions sur le sujet, puisqu'il en est aussi l'un des acteurs principaux. Pour cette raison, j'ai mis en place avec lui, une journée mensuelle de discussions autour de la stratégie de la maison.

Aujourd'hui, grâce au travail réalisé, nous avons défini que l'Institution de Béthanie aura un concept d'accompagnement et non plus une conception de soins.

Et bien qu'il ne soit pas encore totalement abouti, nous en avons clairement défini la couleur : il sera interdisciplinaire et basé sur la méthode Montessori adaptée à la personne âgée.

Le maintien, respectivement le renforcement du lien interdisciplinaire va principalement se faire autour des projets de vie et des Projets Individuels d'Accompagnement.

Conformément aux exigences de la CIVESS, un projet de vie doit être défini pour chaque Résident et afin de mettre en place les PIA qui vont permettre de réaliser ledit projet de vie, une rencontre hebdomadaire par service est organisée. Y participent systématiquement l'animation, l'aumônerie et les soins ; les autres secteurs y prennent part en fonction du projet à organiser.

C'est donc au travers de ces rencontres qu'il sera possible de renforcer l'interdisciplinarité et que la méthode Montessori prendra tout son sens, car elle replace le Résident au centre des réflexions.

Nous avons acquis un nouvel outil, qui va lui-aussi dans le sens d'un renforcement de l'interdisciplinarité. Il s'agit d'un programme informatique appelé « Wedo », planificateur de tâches et séances. Nous l'utilisons pour la prise de procès-verbaux et la gestion en direct de diverses rencontres, notamment les bilatérales avec les responsables de secteurs.

Pour certains événements à mettre en place, qui comprennent des tâches incombant à plusieurs personnes de secteurs différents, par exemple l'organisation de l'arrivée d'un nouveau Résident, cet outil permet de suivre en direct l'avancée des tâches des autres collègues.

Toutes les réflexions menées afin de valider l'hypothèse de base ont déjà eu un effet positif dans l'institution et passablement de nouveautés ont déjà été mises en place ; il est impressionnant de constater l'effet domino qui s'en est suivi :

- L'identification de chaque collaborateur a été uniformisée ; décision a été prise d'établir des badges indiquant le prénom de chacun en gros caractères. Nous avons associé ce changement à une réflexion déjà existante dans la maison consistant à revoir les accès et tenter de diminuer le nombre de clés en circulation à Béthanie. Résultat, les nouveaux badges créés ont été programmés, toutes les serrures de la maison changées et aujourd'hui, les nouveaux badges sont nominatifs et permettent à chacun d'être identifiable, mais aussi d'avoir accès aux divers locaux de la maison.
- Un travail a été entrepris au niveau de l'identification des chambres des Résidents. Un nouveau support a été installé sur chaque porte, avec la possibilité de le personnaliser en fonction de la vie ou de l'envie du Résident. Ceci ayant pour but de lui offrir un repaire et de lui faciliter l'orientation sur l'étage.
- L'identification de Béthanie a été revue, le logo a été repensé et un nouveau design a été créé en collaboration avec une équipe de graphistes. Le logo en place datait de 130 ans et, comme pour le concept d'accompagnement, il fallait maintenir les valeurs de base, à savoir l'amour, la foi et l'espérance. Nous y avons associé l'ouverture, le vivre en relation et les couleurs ont été redéfinies en fonction des teintes des 6 pierres précieuses correspondant aux noms des 6 étages.
La nouvelle identification a été présentée au Comité en mai 2017 et a été validée.
Le lancement de cette nouvelle identité visuelle a été réalisé lors de la fête de l'été, en août 2017. C'est également lors de cette fête que l'exposition Montessori a été présentée aux invités. Nous avons réalisé des photos d'activités faites avec les Résidents et celles-ci ont été affichées, accompagnées de petits panneaux décrivant les préceptes de la méthode Montessori.

S'en est suivi le changement de tous les documents internes et externes avec cette nouvelle identification.

Notre site internet a aussi été revu et au final totalement transformé. Aujourd'hui, il est davantage dans l'air du temps et l'image qu'il véhicule a clairement pris un coup de jeune. Sa mise en service est prévue pour la mi-octobre 2017.

Nous constatons que, parmi les personnes entrant aujourd'hui en EMS, il y en toujours plus qui sont des utilisateurs internet. Partant de là, nous sommes en réflexion afin d'y intégrer aussi un blog permettant des échanges.

Le choix de repenser le site a aussi été motivé par la réflexion suivante : comme décrit dans le contexte, les exigences de toute personne en recherche d'une place pour elle-même ou pour un proche, ont évolué. Il ne suffit pas d'avoir de beaux locaux, avec une vue imprenable et de grands jardins, il faut pouvoir mettre en avant la manière dont les Résidents vont être pris en charge et accompagnés au quotidien. Partant de là, notre nouveau concept d'accompagnement en interdisciplinarité se doit d'être visible sur le site.

- L'affichage et les diverses indications existantes dans la maison ont dû être adaptés avec le nouveau logo ; du coup le choix a été fait de modifier l'appellation des 2 principaux bâtiments de la maison. Effectivement AB pour Ancien Bâtiment et NB pour Nouveau bâtiment n'avaient plus vraiment de sens vu que le bâtiment appelé « nouveau » datait de 1974 !

Les collaborateurs ont été associés au choix. Chacun a pu faire des propositions, un tri a ensuite été réalisé et un panel des meilleures propositions a été soumis au vote du public fréquentant le restaurant de l'institution.

- Au niveau du service de l'Animation, tout le programme d'activités a été repensé. Nous avons maintenu une activité par jour pour l'ensemble de la maison et de ce fait, nous avons pu renforcer la présence d'animateurs sur les étages dans le but de créer une dynamique en privilégiant des activités en plus petits groupes ou en individuel. Ce changement a nécessité un gros travail de préparation pour l'équipe de l'animation puisqu'ils ont dû revoir totalement leur plan d'activités. A cela s'est ajoutée la préparation d'un plan de communication détaillé. Cette étape est essentielle, il fallait d'abord informer le personnel, afin qu'ils soient en mesure de répondre aux questions à venir, ensuite informer les Résidents et les proches. Pour ces derniers, il était important de comprendre qu'une réduction du nombre d'activités de groupe ne signifiait pas une baisse des dotations ou pire une envie de limiter les activités pour les Résidents. La manière d'annoncer le changement devait donc insister sur les plus-values.

Suite aux réflexions issues de mon travail, aux idées émises lors des différents entretiens, il semble évident que d'autres modifications vont encore être mises en place ; de même que certains projets imaginés pourraient ne pas voir le jour.

Maintenant que le fond et la forme du concept d'accompagnement ont été posés, il sera nécessaire de travailler plus précisément sur son contenu.

L'idée abordée lors de l'entretien d'enquête avec l'infirmier chef, soit d'abandonner les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, doit être creusée.

Bien que nous ayons envisagé un changement d'appellation pour l'infirmier chef, nous n'allons pas modifier ce terme. Après réflexion, l'appellation d'infirmier chef est parlante pour tout le monde sur l'extérieur, alors que le terme de responsable de l'accompagnement n'est pas encore très usuel. De plus, je pense prioritaire de mettre des forces dans la clarification de ce rôle d'infirmier chef ainsi que de préciser le sens de l'organigramme auprès de tous les collaborateurs.

Ces précisions vont permettre d'anticiper, respectivement de répondre aux craintes qui pourraient subvenir face à une forme de refonte des équipes.

Comme déjà expliqué, nous avons à cœur de maintenir l'identité professionnelle de chacun, de ce fait nous n'allons pas créer une seule équipe d'accompagnement, mais plusieurs équipes distinctes œuvrant en interdisciplinarité autour du Résident.

Il sera toutefois nécessaire de procéder à des ajustements, principalement au niveau de la collaboration dans l'organisation de la journée.

Nous avons déjà abordé l'importance de coacher et soutenir les équipes en place mais un autre regard devra aussi être apporté dans le recrutement. Il sera nécessaire, lors des entretiens d'expliquer notre concept d'accompagnement et de ressentir l'adhésion ou non du candidat à notre nouvelle philosophie ; nous ne pourrions consciemment engager une personne émettant déjà des réticences ou des doutes face à cela.

Lors des entretiens d'enquête, le point concernant la tenue vestimentaire des collaborateurs a été plusieurs fois abordé. Bien que ce ne soit pas une priorité dans mes préoccupations, j'ai conscience que c'est un sujet qu'il sera peut-être nécessaire de reprendre.

Si l'on tient compte de l'un des principes de base de la méthode Montessori concernant l'identification facilitée pour le Résident, les tenues de l'intendance seraient à repenser, car elles sont identiques aujourd'hui, à celles de soignants.

Frédéric RISSE

Ce travail s'inscrit aussi dans la pérennisation de l'institution, puisque nous sommes dans un projet d'extension et le nouveau concept d'accompagnement en interdisciplinarité va teinter les réflexions visant à définir quel type de structures et de services nous allons offrir.

Les observations faites lors de la visite aux Pays-Bas démontrent l'importance de bien penser à la manière d'habiter.

La tendance est actuellement axée sur un développement psychogériatrique ; effectivement il y a toujours davantage de personnes en attente de placement en psychogériatrie ; il est donc indispensable d'augmenter le nombre de lits pouvant les accueillir. Nous pouvons le constater à l'interne, puisque nous n'avons qu'un seul étage sécurisé destiné à la psychogériatrie et vu la demande, nous « grignotons » gentiment sur les autres étages.

Partant de là, il est important d'intégrer, dans notre projet d'extension, une architecture permettant aux Résidents atteints de la maladie de type Alzheimer de pouvoir déambuler sur le site en toute sécurité.

L'architecture doit donc être associée au concept d'accompagnement, car ils sont complémentaires ; ceci afin de développer un établissement au concept novateur et répondant aux besoins de la population de demain.

Aujourd'hui, je peux affirmer que l'institution de Béthanie est acquise à la méthode Montessori, elle en imprègne même la politique Qualité, puisque cela est ressorti lors de l'audit de rectification en mars 2017. Il en est de même pour d'autres structures intervenant autour de nous. Notre partenaire au niveau des prestations de restauration m'a demandé, après un échange, les coordonnées de l'association agréée à donner la formation Montessori.

Tout ceci démontre que l'esprit Montessori teinte l'entier de l'organisation et de la structure de la maison, à moi maintenant, en tant que directeur et initiateur du changement, de veiller à ce que les couleurs ne passent pas avec le temps.

FIN

LEXIQUE

LEXIQUE

HES	Haute Ecole Spécialisée
DAS	Diploma of Advanced Studies
AVDEMS	Association Vaudoise des Etablissements Médico-sociaux
MAS	MASTER
EMS	Etablissement Médico-Social
ASSC	Assistant en Soins et Santé Communautaire
CIVESS	Coordination Interservices des Visites en Etablissements Sanitaires et Sociaux
GT	Groupe de Travail
RDj	Responsable de jour
SOHO	Tarifs Socio-hôtelier
PLAISIR	PLAnification Informatisées des Soins Infirmiers Requis
ISO	Organisation Internationale de Normalisation
Reporting	Procédure de contrôles et des normes des comptes des institutions Médico-sociales reconnues d'intérêt public
SOMED	Statistique fédérale des établissements Médico-sociaux
Interdisciplinarité	Concept alliant l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de plusieurs disciplines différentes, dans un but commun
ICA	Infirmière-cheffe adjointe
Projet de vie	l'expression des attentes du Résidents durant son séjour à Béthanie
PIA	Projet Individualisé d'Accompagnement
CFC	Certificat Fédéral de Capacités
DIR	Dossier Informatisé du Résident

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Nadine Delchambre, Marie-Rose Lefevre, Anne Ligot, Nicole Mainiot, Marie-France Marlière, Micheline Mathieu, 2008, Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain, de Boeck, Paris

Boittin I, Lagoutte M, Lanta MC : « Virginia Henderson : 1897 – 1996 : biographie et analyse de son œuvre » Recherche en Soins Infirmiers – N0 68 – mars 2002

La base des soins infirmiers selon Virginia Henderson, Récupéré de <http://www.prendsaplace.com/virginia-henderson/>

Cours étudiants en Soins Infirmiers ; Virginia Henderson, Récupéré de <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

La méthode Montessori adaptée, AG&D, récupéré de, <https://www.ag-d.fr/concepts/concept-la-methode-montessori-adaptee/>

Les 12 principes de la méthode Montessori adaptée, Récupéré de http://www.anim.ch/pxo305/pxo_content/medias/checklist_activites.pdf

Stéphane Beaud, Florence Weber, Guide de l'enquête de terrain, Produire et analyser des données ethnographiques, 2003, Éditions La Découverte, Paris

Cour « Accompanyer le changement avec les équipes », Mme Myriam Malherbe, HEIG-VD, mars 2017, Lausanne

Marcel Alain, prendre en main le changement, 1996, Éditions nouvelles, Montréal

Pierre Colletette et Robert Schneider, le pilotage du changement, 1997, Presses de l'Université du Québec, 2008, Québec

Guide de bonne pratique ; Gouvernance d'EMS, AVDEMS ; 2007, Lausanne

ANNEXES

ANNEXES

1. Trames pour les entretiens :
 - a. pour les Résidents
 - b. pour l'infirmier chef
 - c. pour les infirmières-chefes adjointes
 - d. pour la responsable du service de l'animation
 - e. pour l'équipe de l'animation
 - f. questionnaire : établissement formé à la méthode
 - g. questionnaire : établissement en Hollande (voyage d'étude)
2. Synthèse des réponses Résidents
3. Déclaration
4. Brochure des valeurs et directives institutionnelles
5. Organigramme de Béthanie

ANNEXE I

a. Questionnaire destiné aux Résidents

M./Mme.....

Etage à Béthanie depuis.....

1. Pouvez-vous dire ce qui vous convient à Béthanie ?
2. Qu'est-ce qui vous manque ?
3. Trouvez-vous que l'on vous donne suffisamment le choix dans tout ce qui vous concerne au quotidien ?
4. Dans quel domaine aimeriez-vous être davantage consulté ?
5. Pour des Résidents présents depuis plusieurs années :
Avez-vous constaté un changement dans l'accompagnement ces derniers mois ?
Si oui, quel(s) changement(s) ?
6. Avez-vous déjà entendu parler de la méthode Montessori ?
 - OUI
 - Que pouvez-vous m'en dire ?
 - Vous a-t-on déjà proposé une tâche ou un rôle ?
 - Si oui, lequel ou laquelle ?
 - Avez-vous apprécié cela ?
 - NON -) expliquer *brèvement la méthode*
 - Seriez-vous prêt à avoir une tâche ou un rôle social ? (ex. Mme W à Réception)
 - Pensez-vous que cela vous amènerait un plus ?

b. Trame d'entretien avec l'infirmier chef

Combien de personnes sont formées à la méthode dans votre secteur ?

Quelles ont été les principales difficultés rencontrées lors du travail d'implémentation de la méthode Montessori ?

Y-a-t-il eu des réticences ? Si oui, quel secteur a eu le plus de peine à adhérer ?

Citez quelques exemples de ce que la méthode a apporté à l'institution (quelle plus-value constatée aujourd'hui) ?

Pour les Résidents

Pour les collaborateurs

Si vous deviez conseiller un établissement sur l'implémentation de la méthode Montessori, le feriez-vous de manière positive ?

Discussion stratégique autour du concept

c. Trame d'entretien avec les deux infirmières cheffes adjointes

Pouvez-vous me décrire la conception de soins en vigueur actuellement au sein de l'institution ?

Pouvez-vous me donner quelques informations sur les changements constatés depuis que les équipes ont reçu la formation ?

Selon vous, de quoi est-ce que les équipes ont besoin pour avancer dans l'implémentation de la méthode Montessori ?

Pour vous, qu'est-ce qui est important dans la méthode Montessori ?

Quel est votre degré de conviction par rapport à la méthode ?

d. Trame d'entretien avec la responsable de l'animation

Pouvez-vous me décrire la conception de soins en vigueur actuellement au sein de l'institution ?

Pouvez-vous me donner quelques informations sur les changements constatés depuis que votre équipe a reçu la formation ?

Selon vous, de quoi est-ce que votre équipe a besoin pour avancer dans l'implémentation de la méthode Montessori ?

Pour vous, qu'est-ce qui est important dans la méthode Montessori ?

Quel est votre degré de conviction par rapport à la méthode ?

Pour vous, quelles sont les pertes constatées par rapport à votre métier ?

e. Trame d'entretien avec l'équipe de l'animation

Présentation du projet de travail de MASTER

Pointage et explications sur les dotations (effectifs) et l'organigramme

Pouvez-vous me décrire la conception de soins en vigueur actuellement au sein de l'institution ?

Selon vous, de quoi est-ce que votre équipe a besoin pour avancer dans l'implémentation de la méthode Montessori ?

Pour vous, qu'est-ce qui est important dans la méthode Montessori ?

Quel est votre degré de conviction par rapport à la méthode Montessori ?

Pour vous, quelles sont les pertes constatées par rapport à votre métier ?

f. Questionnaire : Etablissement formé à la méthode Montessori

Depuis combien d'années la méthode Montessori est-elle intégrée au sein de votre Fondation ?

Avez-vous un concept d'accompagnement ou une conception de soins ?

Pouvez-vous me donner les dotations CIVESS, soit le niveau de qualification : niveau expertise HES/ES ; niveau assistance CFC ; niveau soutien auxiliaires ?

Combien de personnes avez-vous formées à la méthode Montessori? (formation de 3 jours donnée par AG&D)

Pouvez-vous citer quelques exemples de ce que la méthode a apporté à votre institution (quelle plus-value constatée aujourd'hui) ?

Quelles ont été les principales difficultés rencontrées lors du travail d'implémentation ? (réticences ? si oui, quel secteur a eu le plus de peine à adhérer).

Si vous deviez conseiller un établissement sur l'implémentation de la méthode Montessori, restez-vous toujours aussi convaincue que lors de votre présentation en nos murs ?

g. Questionnaire : Etablissement en Hollande (voyage d'étude)

Pouvez-vous nous décrire votre organisation structurelle, nous présenter votre organigramme ?

Avez-vous des exigences du département de la santé sur les dotations ?

Pouvez-vous nous donner des informations concernant les dotations exigées ?

Quel impact a le Politique sur votre activité ?

Quelles exigences avez-vous pour la formation du personnel ?

Avez-vous des difficultés à trouver du personnel formé ?

Comment fonctionne le financement pour les Résidents ?

Avez-vous un concept d'accompagnement ou une conception de soins ?

Si oui, lequel, pouvez-vous nous le décrire ?

ANNEXE II

SYNTHÈSE DES RÉPONSES RÉSIDENTS

35 entretiens réalisés.

Citation de toutes les réponses reçues.

Lorsque la même réponse a été fournie par plusieurs personnes, le nombre est indiqué entre parenthèses.

Parfois plus de réponses que de personnes interrogées, car certains Résidents ont fourni plusieurs réponses à une seule question, ou alors pas de réponses

Question 1) Pouvez-vous dire ce qui vous convient à Béthanie ?

- Tout (2)
- Rien
- Liberté (5)
- Sommeil de qualité
- Repos de l'après-midi
- Les soins (2)
- Les traitements médicaux
- Les lits
- L'écoute
- Les chambres (4)
- La cafétéria
- L'infirmière Rdj
- Les repas (2)
- L'heure du thé
- L'esprit de famille (2)
- La propreté
- Le personnel (8)
- La TV
- L'ambiance
- Les occupations
- Les ballades dans le jardin
- Les fleurs (2)
- La tranquillité (2)
- La gentillesse

Question 2) Qu'est-ce qui vous manque ?

- Rien (10)
- Tout
- Beaucoup de choses
- Mon logement (9)
- Du temps pour accepter le changement
- Du temps pour faire les choses
- D'autres Résidents masculins
- Ma cigarette de 22h à la fenêtre de ma chambre
- Que le personnel ait plus de temps
- Que le salon de l'étage soit plus grand (2AB)
- De bons repas
- De pouvoir sortir à l'extérieur (2)
- D'aller faire des tours en voiture
- Que le médecin m'écoute
- Ma famille (2)
- Choisir mes achats au magasin

- De l'affection (2)
- De la rapidité dans les réponses aux sonnettes
- Une Direction, de l'unité dans le travail, du personnel au courant de ce qu'il faut faire, moins de rotation dans le personnel

Question 3) Trouvez-vous que l'on vous donne suffisamment le choix dans tout ce qui vous concerne au quotidien ?

- OUI (22)
- NON (7)
- 1 réponse NON, mais concerne une personne avec un cadre thérapeutique
- + des réponses vagues, ni oui, ni non....

Remarques accompagnants la réponse OUI

- ✓ J'ai droit de dire oui ou non (2)
- ✓ On ne m'impose rien (2)
- ✓ Je fais ce que je veux
- ✓ J'ai appris à vivre en communauté, pas le choix
- ✓ Trop de choix

Remarques accompagnants la réponse NON

- ✓ Je dois faire mon lit
- ✓ C'est militaire
- ✓ A répondu non car entend mal
- ✓ Manque de choix dans l'ouverture ou non de la fenêtre (chambre à 2)
- ✓ Toilettes trop rapide
- ✓ Choix monotone dans les repas
- ✓ On subit plus qu'on ne décide

Question 4) Dans quel domaine aimeriez-vous être davantage consulté ?

- Aucun (22)
- Ne sait pas (3)
- Repas (4)
- L'heure du lever
- Les vêtements (2)
- Les sorties (2)
- Le médical

Question 5) Pour Résidents présents depuis plusieurs années : Avez-vous constaté un changement dans l'accompagnement ces derniers mois ?, si oui, lequel ?

OUI (6) au niveau :

- Changement de Direction
- Du manque de collaborateurs
- Un bon accompagnement
- Dans le personnel
- On nous donne le choix
- Il y a des façons de faire différentes (parle de personnes qui sont intelligentes)

Question 6) Avez-vous déjà entendu parler de la méthode Montessori ?

- OUI (8)
- NON (27)

Lors de la réponse OUI : que pouvez-vous m'en dire ?

- ✓ C'est un système scolaire (4)
- ✓ Concerne les enfants
- ✓ Concerne l'autonomie
- ✓ C'est une femme italienne qui l'a créée
- ✓ C'est une femme qui dit aux patientes quoi faire
- ✓ Pas capable de l'expliquer

Lors de la réponse OUI : Vous a-t-on déjà proposé une tâche ou un rôle ?

- ✓ OUI (5)

Quel rôle ?

- ✓ Cours d'anglais
- ✓ Tri du courrier à la réception
- ✓ Me présenter
- ✓ M'occuper des fleurs sur la terrasse
- ✓ Un rôle que j'ai refusé

Avez-vous apprécié cela ?

OUI (2)

Lors de la réponse NON : Seriez-vous prêt à avoir une tâche ou un rôle social ?

- ✓ OUI (4)
- ✓ NON (23)

Remarques accompagnants la réponse OUI

- ✓ Oui, mais pas toujours la même tâche
- ✓ Oui, de la décoration
- ✓ Oui, nettoyer les fleurs du balcon

Remarques accompagnants la réponse NON

- ✓ J'ai assez fait dans ma vie
- ✓ Non, mais suis disponible selon le projet
- ✓ Non, je préfère aller aux animations
- ✓ Non, je ne suis pas capable
- ✓ J'ai toujours été un peu sauvage, mais si quelqu'un vient me trouver, c'est volontiers
- ✓ Je subis la vie... puis a ajouté s'être rendu compte avec une collaboratrice (...) qu'il pouvait encore servir à quelqu'un



INSTITUTION DE BÉTHANIE
Établissement médico-social
pour personnes âgées

Av. de la Vallombreuse 34
1004 Lausanne
tél.: 021 641 71 50
fax: 021 641 72 72
www.bethanie.ch
info@bethanie.ch

Annex 3

Déclaration :

Je, Dominique, thérapié Tenc, affirme avoir mené seul la présente étude autour de mon projet de MASTER ;

« Une conception de soins à un concept d'accompagnement
en interdisciplinarité ; de Virginia Henderson à Maria Montessori »

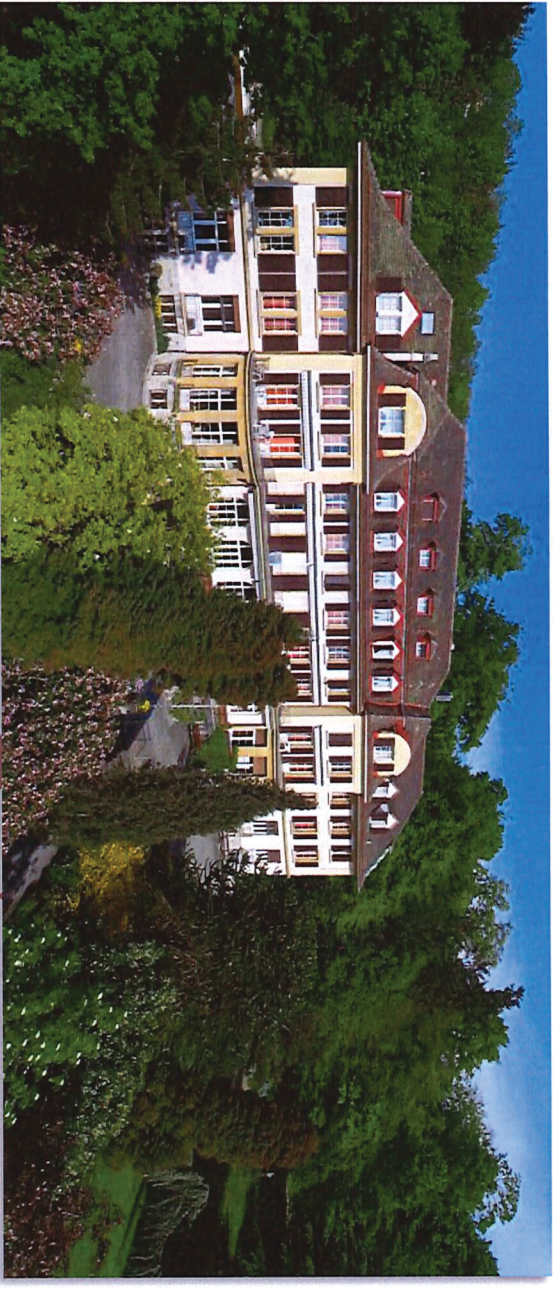
Toutes les sources auxquelles j'ai eu recours sont mentionnées.

Dominique Tenc

Fait à Lausanne, le 30 septembre 2017



Valeurs et Directives institutionnelles



Notre slogan : Vivre en relation

Sommaire	Pages
1. Enoncés Fondamentaux	1
2. Charte Ethique	3
3. Politique Qualité	5
4. Secret professionnel	6
5. Organigramme	7



INSTITUTION DE BETHANIE
Avenue de la Vallombreuse 34
1004 Lausanne
Tel : 021. 641. 71. 50/Fax : 021. 641. 72. 72
E-Mail : info@bethanie.ch
Internet : www.bethanie.ch

Membre AVDEMS





INSTITUTION DE BETHANIE

1. Enoncés Fondamentaux

1. Fondement biblique

Nous croyons au Dieu Eternel et Unique, Créateur, Seigneur de l'univers, Père, Fils, Saint-Esprit, tel qu'Il est révélé dans la bible.

Nous croyons que chaque être humain est une œuvre de Dieu, créé à son image, esprit, âme, corps. L'amour de Dieu invite la personne dans son unicité et sa globalité complexe à vivre en communion avec Lui ; Dieu conférant à chacun une liberté d'action magnifique mais responsable.

Nous croyons en Jésus-Christ, image visible du Dieu invisible, Seul médiateur entre Dieu et les hommes par le sacrifice accompli sur la Croix.

2. Le Résident

L'Institution de Béthanie offre un nouveau «chez soi » aux personnes âgées qui ne peuvent plus vivre à la maison. Elle essaie d'être un lieu où l'amour de Dieu se réalise dans leur vie quotidienne. L'Institution prend, dans la mesure du possible, en considération les besoins personnels du Résident. L'activité propre des Résidents et la promotion d'une bonne entente sont importantes. Toute personne est admise comme Résident quelle que soit sa confession.

3. Le personnel à l'Institution de Béthanie

L'Institution engage le personnel et met à disposition les moyens nécessaires pour la réalisation de ses buts. La formation initiale et continue du personnel revêt une grande importance. L'Institution veille à promouvoir l'instruction, la supervision, l'encouragement et l'évaluation de son personnel de manière à offrir aux Résidents la meilleure qualité de soins et de prise en charge possible, tout en favorisant une bonne atmosphère de travail permettant une collaboration coopérative entre les différents secteurs.

4. Le rôle de l'Evangile

L'accompagnement des Résidents comprend l'annonce de l'Evangile, l'offre de la relation d'aide et spirituelle et de la prière.

L'Institution de Béthanie est l'endroit où le Résident vit la dernière étape de sa vie. Béthanie aimerait témoigner de l'Evangile du Christ, source d'espérance dans et au-delà de cette vie. Le Christ nous donne l'exemple pratique du don de soi, de l'empathie, nous invitant à une attitude, un engagement similaire.

Nous sommes appelés à voir le Christ en ceux dont nous prenons soin.

Nous sommes appelés à être le Christ pour ceux dont nous prenons soin.

5. L'accompagnement des personnes en fin de vie

Nous appliquons les principes de l'article 4 des statuts de la société suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP).



INSTITUTION DE BETHANIE

« La pratique de la médecine et des soins palliatifs implique :

- Le soulagement des symptômes majeurs.
- La recherche des moyens les plus appropriés pour aider le malade et ses proches, et leur constante réévaluation.
- L'intégration des aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins aux malades.
- Le soutien de l'entourage pendant la maladie du patient et après la mort.
- La prise en considération des aspects éthiques liés à la particularité de chaque situation.
- Le respect de la vie et de son terme naturel.
- La mise en commun des compétences et des objectifs dans un esprit respectant l'interdisciplinarité.
- Une attention particulière portée au soutien, à la formation continue des soignants et à la prévention de l'épuisement professionnel. »

La vie humaine est un chef-d'œuvre de Dieu. Chacun étant porteur de l'image divine et membre d'une famille universelle, le respect de la vie devient ce ciment qui nous lie, nous unis l'un à l'autre, par des obligations de soins, de responsabilités, de compassion.

Le Résident sera accompagné en toute circonstance, dans les limites de la mission de l'EMS.

6. Relation avec les autorités publiques

L'Institution collabore avec d'autres institutions du même genre et avec les autorités compétentes, particulièrement avec l'Etat de Vaud dans le cadre des conventions avec les établissements médico-sociaux. Elle est membre de l'AVDEMS.

7. Aspect économique

L'Institution veille à gérer l'exploitation et les investissements dans une perspective à long terme. Elle n'a aucun but lucratif.

8. Origine historique

En 1890, l'Institution de Béthanie a été fondée, à Lausanne, par les diaconesses de Béthanie dont la maison mère s'est installée à Zurich. Les "Soeurs de Béthanie" d'antan sont devenues la « Communauté diaconale de Béthanie », qui est une œuvre de l'Eglise évangélique méthodiste. Juridiquement, l'œuvre, à Lausanne, est devenue une association indépendante en 1922.

9. Développement futur

L'Institution de Béthanie travaille dans le cadre de sa vocation d'œuvre chrétienne à caractère social. Elle est ouverte à un développement futur en matière d'hébergement et de soins.

Les Enoncés Fondamentaux posent la dimension morale, spirituelle et éthique de l'activité de l'Institution sans caractère juridique. Personne ne saurait en déduire des droits ou des obligations juridiques.



INSTITUTION DE BETHANIE

2. Charte Ethique

La Direction de l'Institution de Béthanie offre à ses Résidents :

Une atmosphère chaleureuse, paisible et favorable à l'épanouissement de la personne dans son entité (corps, âme et esprit)

Une prise en charge individuellement adaptée aux besoins exprimés ou pressentis, et offerte dans tout le respect de la personne et de ce qui fait sa personnalité ;

Une **qualité de présence**, une **qualité des prestations et des soins**, une **qualité d'information**, une **qualité de gestion des demandes et des problèmes** propres à leur offrir la plus grande satisfaction possible et à leur permettre d'accomplir leurs désirs et/ou leurs rêves dans cette période de leur vie.

La Direction de l'Institution de Béthanie demande à ses Résidents :

De **se sentir véritablement « presque comme à la maison »** à Béthanie et d'utiliser de leurs droits et de leur liberté pour exprimer leurs besoins, leurs souhaits, leurs doléances, leurs conseils et suggestions d'amélioration, leurs encouragements, leurs joies et leurs peines, de manière à pouvoir trouver ensemble les meilleures solutions.

D'accorder **leur confiance** à tous les intervenants de l'Institution qui ont à cœur d'apporter une contribution à leur bien-être et à leur bonheur.

D'apporter **leur précieuse collaboration** à la vie communautaire que nous avons le plaisir de partager, dans l'assurance que leurs dons, leurs ressources personnelles, leurs richesses si variées sont d'une valeur inestimable.

La Direction de l'Institution de Béthanie offre à son personnel :

Un **poste de travail pour lequel il peut se passionner et s'engager entièrement**, avec des responsabilités clairement définies. Une ambiance de travail chaleureuse et propice à la satisfaction professionnel.

Une **période de formation** au poste et à la documentation s'y rapportant ainsi qu'une bonne **information** de ce qui est attendu du collaborateur dès l'entretien d'engagement, ainsi que lors de tout changement de fonction ou de service.

Une **formation continue** sous forme de suivi personnel au moyen de l'évaluation périodique et de cours concernant la pratique quotidienne,

Des **conditions de travail agréables**, conformes à la CCT (Convention Collective de Travail), aux recommandations de l'AVDEMS (Association Vaudoise Des Etablissements Médico-sociaux) et à la situation politique et économique du canton.

La Direction de l'Institution de Béthanie demande à son personnel :

Un **engagement professionnel** et une attention toute particulière aux besoins et au vécu des Résidents de manière à ne jamais perdre de vue la finalité de tout travail fourni dans l'Institution, à savoir : **la satisfaction et le bien-être du Résident !**

Une **identification à la mission et à l'esprit** de l'Institution se traduisant par une volonté de collaboration, de maintien de la Qualité, de progression et d'acceptation de l'autre dans sa personnalité ;



INSTITUTION DE BETHANIE

Une **participation active et constructive** au développement de l'Institution, par une collaboration loyale, une adhésion de cœur aux principes de l'Institution, un partage franc et personnel lorsque des réactions et questions surgissent, des suggestions motivées, des critiques objectives et constructives accompagnées de propositions d'amélioration, le respect de la voie hiérarchique avec discernement et confiance.

La Direction de l'Institution de Béthanie offre à son voisinage, à sa ville et à ses autorités :

L'**exemple** d'un établissement médico-social chaleureux, confortable, vivant, mais aussi paisible, **propice lieu de vie** où chaque Résident se trouve totalement respecté, accepté, valorisé, engagé par l'utilisation de toutes ses ressources et accompagné dignement dans l'autonomie de sa vie ;

La **bienvenue** en qualité de visiteur, d'hôte pour un repas ou pour un moment de contact autour d'une tasse de café ;

Sa **reconnaissance** pour le bon accueil qui lui est réservé, pour la confiance qui lui est accordée et pour le soutien que tant d'amis et de gens bienveillants lui offrent depuis longtemps !



3. Politique Qualité

1. Généralités

Définition

- On appelle « **Politique Qualité** » les orientations et objectifs généraux exprimés par la Direction et formalisés dans un document écrit. La Politique Qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des bénéficiaires.
- Contenu : La Politique qualité traduit les attentes et besoins des clients (Résidents, proches, collaborateurs, intervenants externes, fournisseurs) que l'Institution désire satisfaire et améliorer d'une manière continue. Elle résulte de l'écoute clients, de la stratégie de l'Institution, des ressources et moyens qu'elle peut et souhaite y consacrer.
- But : Bien définie, bien formulée, bien diffusée et bien comprise en interne, la Politique Qualité permet d'orienter les actions et les réflexions de chaque collaborateur de l'Institution.

Les **objectifs** traduisent d'une manière opérationnelle et concrète les attentes et besoins des clients. Ils concrétisent la Politique qualité. Chaque orientation générale figurant dans la **Politique Qualité** est ainsi reprise par un objectif qui lui-même doit être déployé dans l'Institution.

2. Politique Qualité

L'Institution de Béthanie est un établissement médico-social reconnu d'intérêt public.

L'action globale vise à maintenir l'indépendance de la personne âgée en respectant au mieux son autonomie.

Le but des actions déployées par les collaborateurs de l'Institution de Béthanie est l'accompagnement de la personne âgée en tenant compte de son vécu, de sa santé, de ses désirs et de ses attentes.

Tenant pour acquis que l'efficacité des soins est le principal critère caractérisant sa mission, l'Institution de Béthanie a pour but la réalisation de soins adaptés, individualisés et dispensés dans le respect du Résident.

Partagé par l'ensemble des collaborateurs, ce but est à la fois une philosophie et un objectif permanent de travail. Il correspond à une dynamique basée sur la reconnaissance des compétences par une action participative et vise une qualité optimale pour l'ensemble des prestations fournies par l'Institution.

Ce choix de Qualité optimale correspond à un processus permanent d'amélioration continue de la Qualité des prestations conforme aux exigences légales et normatives.

3. Objectif institutionnel 2017

Chaque collaborateur donne les moyens aux Résidents d'utiliser leurs capacités préservées afin qu'ils se sentent à la maison



4. Secret professionnel

Définition

Le secret professionnel est l'obligation morale de garder pour soi toute information liée à sa profession, aux autres professions de l'établissement, aux Résidents, à leurs familles, aux collègues, à la politique pratiquée dans l'Institution et aux décisions prises.

Tous les collaborateurs travaillant à l'Institution de Béthanie sont soumis au secret professionnel.

C'est une protection nécessaire et juste qui profite à tous les intervenants de l'Institution.

Par sa fonction, le collaborateur a accès aux dossiers des Résidents, aux divers documents internes, il peut entendre des conversations téléphoniques, des discussions et/ou recevoir des confidences, **et c'est là qu'intervient le secret professionnel** : ces renseignements lui servent à mieux comprendre, mieux agir et mieux réagir, mais il doit les conserver pour lui et n'en divulguer aucune partie à qui que ce soit, sauf à son supérieur hiérarchique si le collaborateur considère que ces informations sont de nature à influencer la prise en charge des Résidents ou le bon fonctionnement du service.

Cela nous conduit à une **discipline de travail et de pensée constructive** : tout ce qui peut sembler inadéquat ou à améliorer, doit faire l'objet de proposition d'amélioration et être transmis aux Agents Qualité, au moyen du **FOR 008 Requête Qualité**, pour avancer sur le chemin de l'amélioration continue.

Le devoir de garder le secret professionnel existe déjà pendant le temps d'essai et subsiste après la fin des rapports de travail, de même qu'après le départ du Résident.

Cette obligation n'est donc pas limitée dans le temps.

Pour terminer, il faut ajouter que l'expression « *nous quitte libre de tout engagement hormis celui lié au secret professionnel* », qui figure souvent dans les certificats de travail, doit être considérée comme un rappel de l'obligation de discrétion telle qu'elle résulte de la loi (CO art. 321 a, alinéas 1 et 4).

Organigramme

