



**Déployer l'éthique de l'hospitalité au sein d'un EHPAD afin de garantir la qualité de vie des résidents**

**Sylvie LAROCHE ORAND**

**2013**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Ce mémoire est un partage d'une expérience professionnelle, qui, chaque jour contribue à mon enrichissement. Je remercie les résidents et les professionnels de l'EHPAD pour le sens qu'ils donnent à mon travail. J'ai également une pensée sincère pour tous les partenaires qui soutiennent ce projet.

Je remercie ma directrice de mémoire avec qui, au-delà de l'accompagnement mémoire, nous avons partagé des moments d'échanges pointés de valeurs et de professionnalisme. Ces réflexions, concernant des domaines d'interventions différents, rappellent sans cesse la nécessité de répondre aux besoins des personnes accueillies, quelque soit le contexte institutionnel et économique. Notre travail repose sur notre attachement aux fondements humanistes, et réside à ne jamais se résigner mais d'œuvrer pour offrir aux usagers une qualité de vie optimum.

Mes remerciements s'adressent également aux théoriciens, qui m'ont éclairée et ont alimenté ma réflexion. La formation présente l'intérêt de faire des recherches théoriques, de s'y consacrer pleinement. Je vais essayer de préserver ce temps de lecture, car il m'a facilité la prise de recul et a enrichi l'analyse de la situation.

Merci enfin à ma collègue, directrice des établissements du Trait d'Union du Cailly qui, par sa proposition d'embauche, m'a permis d'exercer auprès des personnes âgées. Son expérience et son accompagnement ont été bénéfiques pour une adaptation rapide à ma prise de poste.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 LE CONTEXTE DE REPRISE DE L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Le vieillissement de la population</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 L'allongement de la durée de vie .....	3
1.1.2 La génération du « baby boom » .....	4
1.1.3 Le contexte sociologique .....	4
1.1.4 La notion de personne âgée dépendante .....	5
<b>1.2 Une évolution des politiques publiques</b> .....	<b>7</b>
1.2.1 Les politiques gérontologiques du XIXe siècle à nos jours .....	7
1.2.2 De la loi du 30 juin 1975 à la loi du 2 janvier 2002.....	8
1.2.3 Le schéma régional de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en Seine-Maritime (2013.2017) .....	10
<b>1.3 Les résidents des Myosotis</b> .....	<b>11</b>
1.3.1 Le profil des personnes accueillies .....	11
1.3.2 Des besoins humains .....	12
1.3.3 Des besoins de fin de vie .....	14
<b>1.4 Les Myosotis</b> .....	<b>17</b>
1.4.1 Une histoire atypique.....	17
1.4.2 Une rupture aux conséquences fâcheuses.....	19
1.4.3 Un manque de moyens .....	20
<b>Conclusion de la première partie</b> .....	<b>25</b>
<b>2 LA QUALITÉ DE VIE AUX MYOSOTIS</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 Une référence primordiale : la qualité de vie</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 L'évaluation interne</b> .....	<b>28</b>
<b>2.3 La qualité des prestations</b> .....	<b>29</b>
2.3.1 La qualité des soins.....	29
2.3.2 La qualité relationnelle.....	31
2.3.3 La qualité d'hébergement .....	32
2.3.4 L'évolution des besoins .....	33
<b>2.4 Le respect des droits et libertés</b> .....	<b>34</b>
<b>2.5 L'éthique de l'hospitalité</b> .....	<b>35</b>

<b>2.6</b>	<b>Les enjeux d'un changement des pratiques pour garantir la qualité de vie des résidents accueillis en EHPAD.....</b>	<b>37</b>
2.6.1	Les enjeux relatifs au résident.....	37
2.6.2	Les enjeux managériaux .....	40
2.6.3	Les enjeux relatifs à l'environnement institutionnel .....	44
	<b>Conclusion de la deuxième partie .....</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>UN CHANGEMENT NÉCESSAIRE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE EN EHPAD.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1</b>	<b>L'éthique de l'hospitalité au service de la qualité de vie.....</b>	<b>51</b>
3.1.1	L'organisation d'un COPIL et de groupes de travail autour de la qualité de vie. .	51
3.1.2	L'appropriation des lieux.....	54
3.1.3	Le projet individualisé .....	55
3.1.4	Une vie sociale .....	56
<b>3.2</b>	<b>La médiation culturelle : un changement de regard. ....</b>	<b>59</b>
<b>3.3</b>	<b>Mener une politique de Ressources Humaines valorisante et attractive. ....</b>	<b>60</b>
3.3.1	Les recrutements.....	61
3.3.2	Le tutorat.....	62
3.3.3	La détermination des orientations de formations. ....	63
3.3.4	Le bien-être au travail.....	66
<b>3.4</b>	<b>L'échéancier .....</b>	<b>68</b>
<b>3.5</b>	<b>L'évaluation de l'amélioration de la qualité de vie .....</b>	<b>69</b>
	Conclusion de la troisième partie .....	70
	<b>Conclusion.....</b>	<b>71</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>73</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources  
AMP : Aide Médico-Psychologique  
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignante  
ASG : Assistant Soins Gérontologiques  
ASH : Agent de Service Hospitalier  
CA : Conseil d'Administration  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CDI : Contrat à Durée Indéterminée  
CE : Comité d'Entreprise  
CG : Conseil Général  
COFIL : Comité de Pilotage  
CTE : Comité Technique d'Etablissement  
CV : Curriculum Vitae  
CVS : Conseil de Vie Sociale  
DP : Délégués du Personnel  
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux  
EVA : Evaluation Angélique  
GIR : Groupe Iso-Ressources  
GMP : Gir Moyen Pondéré  
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences  
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire  
IDE : Infirmier Diplômée d'Etat  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
RH : Ressources Humaines

## Introduction

Lors de ma récente arrivée au poste de direction sur l'EHPAD les Myosotis, un établissement de 48 places en milieu rural, l'ARS et le CG nous demandaient de pérenniser la structure, en la faisant évoluer vers un lieu de vie conforme à la Loi 2002-2. Le Président du CA, Maire de Montville et Conseiller Régional, m'affirmait également sa volonté de répondre au cadre législatif, et insistait pour que l'EHPAD reprenne sa place au sein de la commune (cf annexe I), et qu'il conserve son aspect familial et convivial. Il nous assurait de son soutien.

Il m'a fallu, alors, définir les priorités d'actions. La première, et la plus urgente, fut la mise en conformité de l'établissement aux normes de sécurité et aux règles d'hygiène. Puis, j'ai rétabli les liens avec les instances de tarification afin de renouveler la convention tripartite, et engager des négociations budgétaires et salariales. Ensuite, est venue la phase de réflexion pour déterminer les organisations internes et les actions à mener, pour répondre aux besoins des résidents et à l'amélioration de la qualité de vie.

Conformément à la législation, l'EHPAD les Myosotis a pour mission l'hébergement et l'accueil des personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile amène une admission de plus en plus tardive en institution, ce qui a pour conséquence une dépendance de plus en plus importante des personnes accueillies. Le grand âge nous renvoie à une réalité brutale de la dégradation, de la douleur, du handicap, et parfois de la démence. Le regard social est peu indulgent sur la vieillesse. Travailler auprès des personnes âgées renvoie systématiquement à cette image négative, plus ou moins accentuée en fonction de la perception de son propre vieillissement. Accompagner la personne âgée ce n'est pas simplement vouloir bien faire dans les actes de la vie quotidienne, mais, c'est surtout l'appréhender en tant que personne ayant eu un passé, une histoire, une famille, des amis, des voisins, un travail, un existant et des projets.

Amener les professionnels à changer de regard sur la personne âgée nécessite l'apport de connaissances et un accompagnement quotidien autour des bonnes pratiques, telle que le définit l'ANESM. Actuellement, le personnel a des pratiques qui n'ont pas suivi ni l'évolution du public de plus en plus dépendant, ni la législation en vigueur. Je vais donc m'attacher à développer les bonnes pratiques face à une équipe ayant évolué dans un contexte particulier. Quelle stratégie vais-je mettre en place ? Comment préserver la citoyenneté des personnes accueillies ? Comment positiver les actions menées ? Comment faciliter une adhésion sincère, et non sous la contrainte, des équipes ?

Conduire le changement dans les pratiques, pour une qualité de vie des personnes accueillies, vouloir améliorer la vie en institution nécessite de comprendre le processus de vieillissement. Donner du sens à ce changement c'est avant tout reposer sur l'éthique. Il me semble fondamental de s'attacher aux valeurs essentielles pour tout individu : le

respect et la dignité. Pour cela, il est important de s'ouvrir à autrui et de l'accueillir tout au long de son séjour, ce qui nécessite des savoirs faire et surtout des savoirs être. Cette association de savoirs fait toute la richesse de l'éthique de l'hospitalité.

Dans un premier temps, je vais aborder, par une approche sociologique, le vieillissement de la population. Je vais m'intéresser aussi à l'évolution du politique concernant la gérontologie. Le schéma départemental donnera des orientations précises du territoire seinomarin. Puis, je vais vous présenter le contexte des Myosotis, en m'attachant plus particulièrement aux personnes qui y sont accueillies. Les caractéristiques et les besoins des personnes âgées y seront largement décrites. Notre action prend son sens et son origine dans la connaissance des publics afin d'apporter des réponses adaptées.

Dans un deuxième temps, je vais donc m'attacher à définir l'amélioration de la qualité de vie, à travers des éclairages théoriques. Ceux-ci me permettront une réflexion plus fine concernant la qualité des prestations offertes au sein de l'établissement. Je vais également m'interroger sur le respect des droits et libertés des résidents. L'inadéquation des pratiques actuelles et les cadres réglementaires va m'amener à envisager un projet de changement. Compte tenu de l'histoire et du climat des Myosotis, je vais utiliser l'éthique de l'hospitalité comme levier d'actions. Je vous présenterai en fin de deuxième partie l'intérêt d'une telle approche, et surtout les impacts attendus pour les usagers, les professionnels et l'institution.

En dernier lieu, je vais m'attacher à mettre en place une dynamique de changement pour l'amélioration de la qualité de vie en EHPAD. Ce projet s'inscrit autour d'une réflexion éthique, plus spécifiquement l'éthique de l'hospitalité, afin d'établir un socle commun à tous les acteurs institutionnels. L'éthique de l'hospitalité insiste notamment sur la professionnalisation, ce qui va m'amener à penser et à élaborer une politique de ressources humaines. En parallèle, des actions seront menées pour développer la vie sociale, préserver l'individuation, mobiliser les personnes accueillies et faire évoluer les regards portés sur le grand âge.

Ce projet demeure une étape d'un long processus, qui va se développer par des évaluations régulières, avant l'évaluation externe de 2014. Il s'agit également de s'inscrire dans une démarche pérenne, concernant aussi bien l'amélioration de la qualité du service rendu, que l'avenir de la structure.

# 1 LE CONTEXTE DE REPRISE DE L'ÉTABLISSEMENT

## 1.1 Le vieillissement de la population

Au cours du XVII<sup>e</sup> siècle, la vieillesse se définissait en deux temps : la vieillesse « *verte* » et « *l'âge décrépit* »<sup>1</sup>. La première phase de la vieillesse se rapportait au vieillard en bonne santé, bien intégré socialement et qui avait la réputation des sages par son vécu et son expérience. La deuxième phase correspondait à la déchéance, la vieillesse invalide, le cap avant la mort.

Les représentations actuelles de la vieillesse s'organisent toujours autour de ces deux temps : le premier représente la personne âgée active (sénior) intégrée socialement et qui profite du temps présent, le second répond aux personnes plus âgées et plus dépendantes.

Si le modèle reste le même, par contre les limites de ces phases ont été repoussées, par le vieillissement de la population.

*« Le vieillissement de la population est une notion récente, qui désigne une modification progressive de la pyramide des âges, se caractérisant par une augmentation de la proportion des âges élevés et une diminution concomitante de poids relatifs des âges jeunes. »*<sup>2</sup>

Dès la fin du XX<sup>e</sup> siècle, la pyramide des âges a vu s'accroître la tranche des plus de 60 ans. Ce phénomène, constaté dans tous les pays européens, s'explique par la diminution très importante de la natalité, et par la baisse plus importante encore de la mortalité grâce au progrès médical et à l'amélioration des conditions de vie. Par conséquent, nos aînés vivent de plus en plus longtemps donc de plus en plus vieux.

### 1.1.1 L'allongement de la durée de vie

La progression de l'allongement de la vie est marquante à travers les statistiques : en 1950, l'espérance de vie était de 63,4 ans pour les hommes et de 69,2 pour les femmes.

En 1998, elle était de 74,6 ans pour les hommes et de 82,2 pour les femmes. A ce jour, l'évolution se caractérise par 1,8 année en plus pour les hommes et de 2,6 années en plus pour les femmes.

Selon les projections démographiques du vieillissement de la population française, les personnes de plus de 60 ans, en 2030, seront deux fois plus nombreuses et celles de 75 ans et plus le seront trois fois plus, avec également un pic important des 85 ans et plus.

---

<sup>1</sup> LOUX F., 1982, *Vieux et jeunes dans la société rurale française à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle*, 1<sup>e</sup> édition, Lyon : Presses universitaires p.63

<sup>2</sup> CAUDERON J.M, CHARLOT V. GUFFENS C., 2007, *La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Territorial Editions, p 19.



Les personnes de 85 ans et plus représentaient 4,5% de la population en 2005 et atteindront les 7,2% en 2030.

Une récente enquête européenne avance que la France affiche l'espérance de vie la plus longue pour les femmes en 2010. Elle se différencie également des autres pays européens par une augmentation importante de la perte d'autonomie concernant le grand âge (85 ans et plus).

### **1.1.2 La génération du « baby boom »**

Toujours plus nombreux, les Français de plus de 60 ans représentent 23% de la population, soit 15 millions de personnes en 2011. Historiquement, la France a vu une explosion de la natalité sur la période d'après guerre (1942-1945) et sur les années suivantes jusqu'en 1964 : période du « baby boom ». Cette génération arrivant à l'âge de la retraite, se transforme en « papy boom ».

Ces jeunes retraités ont permis de redéfinir plus précisément les différentes strates du vieillissement. Le terme de troisième âge est alors apparu et s'est traduit par une valorisation de l'autonomie : vision d'une retraite active (développement des universités du troisième âge, club du troisième âge...). Les recommandations du rapport Laroque sur « l'insertion des personnes âgées dans la société » de 1962, a permis de légitimer cette conception nouvelle de la vieillesse.

Cette génération a également contribué au changement des rapports intergénérationnels : les parents vieillissants refusent désormais d'être une charge pour leurs enfants. Les prises en charge de la vieillesse par les institutions sont, ainsi, plutôt plébiscitées.

### **1.1.3 Le contexte sociologique**

Au-delà de l'aspect démographique, il est intéressant de mesurer les évolutions culturelles et sociologiques concernant le vieillissement.

Les enfants du « baby boom » ont largement contribué à une mutation idéologique très différente des générations précédentes, déterminant ainsi les valeurs et la place des seniors dans notre société actuelle.

Cette génération a connu de grands bouleversements sociologiques : le travail des femmes, des familles moins nombreuses, des naissances contrôlées, désertification rurale, divorce, célibat assumé... Tous ces changements ont modifié le schéma classique de la cellule familiale, dans laquelle les aînés étaient, pour la plupart, accompagnés en fin de vie par leurs proches. Les années 60 et 70 sont également les époques de l'émancipation et de la liberté individuelle, conceptualisés par les sociologues comme individuation. L'individuation reconnaît l'autre comme acteur de son projet de vie.

Avec cette évolution de société, difficile pour nos aînés de trouver leur place et d'être toujours reconnus garants de valeurs, de traditions et d'histoire au sein du clan familial.

Parallèlement, les personnes vieillissantes souhaitent également être maitresses de leur projet de vie et désirent être indépendantes de la cellule familiale.

Selon Pierre Henri Tavoillot <sup>3</sup>, philosophe, le « *brouillage des âges* » a bouleversé les rapports entre générations. Avant, l'âge adulte et la vieillesse étaient parfaitement définis et régissaient l'existence. Aujourd'hui, la jeunesse s'élargit, l'âge adulte est vague et la vieillesse se détermine en trois phases : « *les âgés sans être vieux* » (les retraités), la « *vraie vieillesse* » et « *la vieillesse dépendante* ».

#### **1.1.4 La notion de personne âgée dépendante**

Dans les années 1970, les médecins gériatres ont commencé à définir les déficiences physiques de la personne âgée comme dépendance, et non plus comme invalidité ou handicap. Les décrets successifs entre 1980 et 1990, puis les lois sur la dépendance de 1997 à 2001 ont légitimé cette catégorie de personnes âgées dépendantes. La dépendance est désormais une notion juridique propre à la personne âgée. Le grand âge est désormais associé à la dépendance, qui véhicule inévitablement une image déficitaire de cet âge de la vie : besoin d'aide, perte d'autonomie, institutionnalisation.

L'OMS a, même, élaboré des indicateurs pour définir la dépendance caractérisée par une perte d'autonomie nécessitant une aide totale ou partielle pour les actes de la vie quotidienne. Aujourd'hui 800 000 personnes âgées de plus de 60 ans sont dépendantes, selon les critères de la grille AGGIR<sup>4</sup>. Selon l'INSEE, elles pourraient être 1,2 million en 2040. Parmi elles, 330 000 personnes soit 39% sont dépendantes physiquement, 35% sont dépendantes physiquement et psychiquement, et 26% présentent des problèmes de désorientation ou / et de comportement.

La dépendance augmente avec l'âge : entre 60 et 69 ans, 2,1% des personnes sont dépendantes et 30,2% pour celles âgées de 90 ans et plus.

D.Reguer<sup>5</sup>, sociologue, propose une définition des personnes âgées qui, selon moi, répond à la grande dépendance rencontrée dans les EHPAD, et qui de fait, délimite le champ d'intervention de l'action médico-sociale à destination des personnes accueillies dans ces établissements : « *Personnes qui ont une espérance de vie inférieure à dix ans* ».

Selon l'INSEE, la situation de grande dépendance, répondant au profil défini par D.Reguer, ne représente que 6,53% des plus de 60 ans (soit 628 000 en 2000). La grande dépendance nécessite un accompagnement spécifique, définit dans les politiques publiques actuelles et dans les recommandations de l'ANESM.

---

<sup>3</sup> CARADEC V., 2010, *sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Armand Colin, p. 28.

<sup>4</sup> La grille nationale Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources, permet d'évaluer le degré de dépendance physique et psychique de la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne.

<sup>5</sup> REGUER D., *Les risques du vieillissement* in CLIC Repérage, Elboeuf, novembre 2011.

Historiquement, la prise en charge des personnes dépendantes s'effectuait soit dans le cadre familial, soit à l'hôpital ou à l'hospice. La disparition de ces derniers par la loi du 30 juin 1975 a permis la création des EHPAD, structure d'hébergement pour personnes âgées délivrant des soins de nursing et des soins médicaux pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes. Actuellement, 498 471 personnes âgées sont hébergées en EHPAD, dont 1,3% de 60 à 65 ans, 9,7% de 65 à 70 ans, 11,6% de 70 à 75 ans, 12,8% de 75 à 80 ans, 25,7% ayant entre 80 et 85 ans, 12,8% de 85 à 90 ans et 26,1% de 90 ans et plus.

Loin est le temps des institutions d'hébergement pour personnes âgées décrites par Goffman dans *Asiles*, (1961), « *refuge pour la vieillesse populaire indigente et isolée, lieu d'enfermement où se pratiquent l'uniformisation et l'infantilisation des pensionnaires, privés de leurs objets personnels et soumis aux rythmes de l'institution* ». Les structures, à ce jour, tendent à évoluer : souci d'humanisation, maintien de l'autonomie, respect des droits de la personne, chambre individuelle, confort de vie... Il s'agit de comprendre comment les résidents donnent sens à leur fin de vie, de quelle manière ils composent avec l'institution. Mais aussi, comment considérer les diverses réactions à l'admission, qui varient selon les trajectoires antérieures : l'admission peut être vécue comme une contrainte suite à une hospitalisation, aux pressions familiales, à la perte du conjoint aidant...soit elle est vécue positivement : la collectivité rassure, évite l'isolement, soulage les enfants...Pour réorganiser son existence et trouver des pôles d'intérêt, le résident doit pouvoir s'appuyer sur les ressources de l'institution, qui elle, fait face à des tensions structurelles paradoxales : les cadences de travail sont soutenues et sont à concilier avec le souci d'humanisation, la volonté de préserver l'autonomie se heurte aux normes de sécurité, la nécessité de lutter contre l'isolement et de faciliter le lien social s'oppose parfois au choix du résident...

Pour éviter que l'admission en EHPAD soit perçue comme un processus de dépersonnalisation aux effets dévastateurs pour l'identité, une attention toute particulière doit être portée pour que la personne accueillie puisse recréer son propre univers, et conserver son identité, ceci dès la demande de pré-admission.

Pour pouvoir parler des personnes âgées, et nous occuper de leur bien-être, il nous faut cerner la vieillesse, éternel sujet, abordé régulièrement comme un problème. Pourtant la vieillesse est évolutive et contextuelle. La perception du début du siècle est bien lointaine : on naissait, on devenait un enfant, puis un jeune pouvant acquérir une certaine maturité, pour s'inscrire dans une vie d'adulte productif et travailleur, puis on finissait par être un vieux qui se flétrit et meurt. Un processus plutôt simple et prévisible. Aujourd'hui, le progrès a largement contribué à l'allongement de l'espérance de vie et modifié l'ordre social de la vieillesse avec l'émergence du Grand âge. Ces mutations démographiques,

sociologiques et idéologiques ont amené les politiques à réfléchir et à répondre à de nouveaux besoins (médicalisation plus importante, aide à la mobilité, approche spécifique aux personnes désorientées...).

## **1.2 Une évolution des politiques publiques**

Le secteur médico-social offre, par des prestations éducatives, sociales, thérapeutiques et professionnelles, un accompagnement aux personnes vulnérables. Les EHPAD dépendent de l'action sociale et médico-sociale, et répondent ainsi à deux lois fondamentales de ce secteur : la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, et la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ces lois ont progressivement déterminé les missions, l'organisation, le fonctionnement et les droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales.

### **1.2.1 Les politiques gérontologiques du XIXe siècle à nos jours**

Jusqu'au XIXe siècle, les besoins d'assistance des personnes vulnérables étaient essentiellement comblés par les œuvres charitables et par la bienfaisance privée, contrôlées et parfois soutenues par les autorités publiques. Historiquement, ces mêmes organisations, privées à but non lucratif, ont mis en place les premières réponses spécifiques aux besoins de populations différentes dont les personnes vieillissantes. Ces organisations étaient en grande partie financées par des ressources privées (dons, legs, mécénat...), puis progressivement, et plus récemment par des financements publics.

Le champ de l'aide sociale était, alors, très marginal et réservé aux personnes les plus pauvres, l'intervention de l'Etat était limitée et peu volontariste. La période de l'après guerre a permis le développement des établissements, grâce aux financements de l'aide sociale et de l'assurance maladie, récemment créée. C'est l'émergence du secteur social et médico-social. Ce secteur a connu un essor important pour accueillir et accompagner les personnes vulnérables qui n'avaient pas ou peu de solutions adaptées pour répondre à leurs besoins. Ces établissements sociaux et médico-sociaux accueillent à ce jour 2,5 millions d'usagers contre 930 000 en 1984. Le nombre de places en EHPAD est passé, selon l'INSEE, de 65 000 en 1986 à 420 000 en 2007, pour répondre à des besoins croissants de la population et grâce au financement de l'assurance maladie dès 1978. La médicalisation de l'accompagnement s'explique par l'évolution des besoins des personnes accueillies : dans les années 50-70, les critères d'admission étaient essentiellement l'isolement social et la précarité. Aujourd'hui, les personnes accueillies sont de plus en plus âgées, et présentent souvent une perte d'autonomie importante, ce qui nécessite une médicalisation plus conséquente. Une personne peut être accompagnée sur plusieurs années de sa vie par des institutions sociales et médico-sociales. C'est à partir de ce postulat que, toujours dans les années 70, les politiques

affirment leur volonté de différencier le secteur social et médico-social du secteur sanitaire. Il s'agit alors de prendre en compte la personne dans sa globalité, en fonction de son histoire en non plus à travers une pathologie ou une déficience. Ce sont les prémices de la loi 2002.2.

### **1.2.2 De la loi du 30 juin 1975 à la loi du 2 janvier 2002**

Les textes sont venus structurer le secteur médico-social, notamment par son article premier qui définit les missions des structures médico-sociales. Concernant les EHPAD, les professionnels et les équipes pluridisciplinaires mènent des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien et de maintien à domicile auprès des personnes vulnérables, et accueillent, hébergent et placent les adultes qui nécessitent une protection particulière.

Après la loi du 30 décembre 1970 qui a recentré les hôpitaux sur leur vocation purement sanitaire, la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 a posé les fondements mêmes de l'action sociale et médico-sociale. Elle permet la médicalisation des établissements pour les personnes âgées.

Dans le cadre d'une étude commandée en 1995 par Simone Veil, alors ministre des affaires sociales, un rapport de l'Inspection générale des Affaires Sociales met en avant certains manquements de cette loi, telles que l'absence des droits des usagers et l'institutionnalisation au mépris du libre choix du lieu et du mode de vie des personnes accueillies.

C'est ainsi qu'en 2002, la réforme du Code de l'action sociale et des familles précise : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* »<sup>6</sup>. L'utilisateur, conformément au rapport Blanc du 23 octobre 2001 « *est replacé au cœur du processus* ». La loi 2002 repose alors les droits fondamentaux des personnes accueillies, en conformité avec la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne :

- le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne accueillie
- l'accompagnement individualisé de qualité, adapté aux besoins de la personne et au maintien de son autonomie
- le libre choix des prestations proposées
- la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement la concernant

---

<sup>6</sup> PRIOU J. DEMOUSTIER S. 2011, Institutions et organisation sociale et médico-sociale, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Dunod, p.14

- la confidentialité des données concernant la personne accueillie
- l'accès à l'information sur les droits fondamentaux et sur la protection légale dont la personne bénéficie, avec les outils de la loi 2002 (règlement intérieur, charte de la personne accueillie, livret d'accueil, contrat de séjour, la liste des personnes qualifiées).

La loi 2002 est, aussi, la première à aborder la professionnalisation du personnel. La question des recrutements et des qualifications, fixés par décret, a fait l'objet d'un plan Métiers initié par l'Etat, qui a pour vocation, dans le secteur des personnes âgées, à anticiper les besoins en personnel qualifié : les savoir-faire, savoir-être, et les savoirs doivent se combiner pour répondre aux problématiques des personnes accueillies. Aussi, les ESMS doivent développer les opportunités, l'autonomie et la participation sociale des personnes accueillies. La loi renforce la protection des publics vulnérables, plaçant la personne au cœur du dispositif et vise à améliorer la qualité d'accompagnement par une évaluation régulière. A cet effet, a été créée l'ANESM qui développe des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, à partir d'une concertation de divers acteurs. Les recommandations de l'ANESM, concernant les EHPAD, portent sur la qualité de l'accueil et de l'accompagnement de la personne âgée dès la pré-admission afin de faciliter son adaptation au sein de l'établissement. Les conditions d'accueil sont en effet déterminantes pour la suite de son séjour. Afin d'optimiser l'accompagnement de la personne accueillie, il nous appartient de rechercher le consentement de la personne tout au long de son séjour.

Ces quatre recommandations, la qualité de l'accueil et de l'accompagnement, la qualité du cadre de vie et de la vie quotidienne, la vie sociale des résidents et la dynamique continue par l'évaluation interne, différentes mais complémentaires favorisent un accompagnement global de la personne, tout en reposant sur son histoire de vie, ses choix, ses envies et en préservant ses droits.

La loi 2002.2 cherche à prendre en considération les attentes des personnes accueillies, à travers les projets de vie. Dès la première visite, il est nécessaire de recueillir le consentement et les attentes de la personne. La phase d'adaptation doit être suivie attentivement par l'équipe pluridisciplinaire, afin de discerner et répondre aux difficultés rencontrées. Les retours des proches sont également précieux pour évaluer cette phase capitale, qui souvent, mal vécue, engendre un risque de syndrome de glissement ou d'agressivité. Ainsi, l'accompagnement de la personne peut être réajusté et le projet individualisé mis en place.

Depuis la loi 2002, de nouvelles réformes ou de nouveaux plans contribuent aussi au respect et à la dignité des personnes âgées : loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité

pour l'autonomie des personnes âgées (solidarité par la suppression d'un jour férié qui sera attribué au financement d'actions pour les personnes handicapées ou âgées), plan solidarité grand âge, plan de lutte contre la maltraitance... Une de ces lois, la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Léonetti », renforce le droit des usagers sur le choix concernant leur fin de vie. En effet, la personne peut établir ses volontés concernant l'arrêt ou la limitation du traitement en cas d'affection grave et incurable. Après une information complète des conséquences possibles, elle exprime ses volontés, qui seront consignées dans son dossier médical. Le médecin s'engage à sauvegarder la dignité de la personne et à lui dispenser les soins en lien avec son choix. De plus, la personne peut rédiger des directives anticipées si, au moment venu, elle était dans l'incapacité de se prononcer. L'article 1111-6 de la loi Léonetti prévoit que la personne concernée peut nommer par écrit une personne de confiance, afin que ses volontés soient respectées.

Cette loi prévoit également les liens à établir avec les équipes de soins palliatifs et la nomination au sein des établissements de référents formés aux soins palliatifs et à la fin de vie.

### **1.2.3 Le schéma régional de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en Seine-Maritime (2013.2017)**

L'action sociale et médico-sociale est, depuis la décentralisation des années 80, une des compétences des départements. L'action sociale est le principal secteur d'intervention du département, et représente depuis plusieurs années plus de la moitié des dépenses de fonctionnements des conseils généraux. La loi 2002 pose la planification sociale et médico-sociale à travers des schémas d'organisation territoriale de l'action sociale et médico-sociale. Ses schémas, principalement départementaux, sont établis pour 5 ans et sont révisables. Ils unifient et renforcent, conformément à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, la cohérence du pilotage du territoire. Dans un contexte de réorganisation des services de l'Etat, cette loi mise en place le 1er avril 2010, crée les ARS, qui ont compétence sur le secteur sanitaire mais aussi sur certaines dimensions du secteur médico-social, dont les EHPAD.

Dans le département de Seine-Maritime, on dénombre, en 2009, 272 966 personnes de 60 ans et plus, soit 21,8% de la population seinomarine, et 107 058 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 8,6% de la population. Ces proportions sont identiques à celles observées au niveau national. Par contre, le taux de bénéficiaires de l'APA a énormément augmenté surtout chez les personnes de 75 ans et plus (251,4%), et est très supérieur à la moyenne nationale (208,1%).

Les précédents schémas départementaux seinomarins en faveur des personnes âgées ont permis notamment la création de places en établissements et services médico-sociaux. Le département de Seine-Maritime a été, également, particulièrement attentif, lors du précédent schéma gérontologique, à lutter contre l'isolement et à développer des relations intergénérationnelles. L'effort du département s'est également porté sur la qualité des prestations en institution par le renouvellement de conventions tripartites en fixant des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge en EHPAD, par la promotion de la participation à la vie sociale des résidents, et avec la mise en place d'un protocole de signalement des effets indésirables, ce qui reste un des axes majeurs du schéma 2013-2017, en cours de rédaction puis validé en automne 2013.

### **1.3 Les résidents des Myosotis**

#### **1.3.1 Le profil des personnes accueillies.**

Conformément aux données nationales, le public de l'établissement est composé de 78,72% de femmes et 21,28% d'hommes ; 93,83% de ces personnes ont plus de 65 ans. En 2011, le rapport d'activité fait apparaître 3 personnes, dont un couple, ayant moins de 65 ans. Leur situation sociale de l'époque a justifié l'admission en EHPAD. Néanmoins, leur degré d'autonomie et d'indépendance est largement supérieur aux autres résidents et ils expriment des besoins très différents, axés essentiellement autour de la vie sociale et des loisirs.

L'âge moyen est de 80 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes, avec une moyenne de 84 ans. Le plus jeune résident a 63 ans et la doyenne a 104 ans à ce jour.

La répartition en tranche d'âge met en avant quatre catégories prédominantes au sein des Myosotis : 9 personnes âgées de 75/79 ans, 20 pour les 80/84 ans, 6 pour les 85/89 ans et 7 pour les 90/94 ans.

La durée de séjour moyenne s'élève à 4,6 années (moyenne nationale : 3,2 ans). Les mouvements des résidents justifient les « sorties » de l'établissement : décès (8/10 en 2011), et depuis peu, pour des retours en famille ou orientation vers une autre structure (2/10 en 2011, et 4/10 en 2012).

Les EHPAD relèvent de l'article L.312-1 du CASF. Ils proposent un hébergement collectif à des personnes dépendantes, offrant un ensemble de prestations et services spécifiques liés à l'accompagnement de la perte d'autonomie, ainsi que des prestations de soins. Cette activité est relativement stable sur les Myosotis : taux d'occupation de 98,33% avec une moyenne de 8 sorties annuelles. L'entrée en institution, en cohérence avec les données nationales, est de plus en plus tardive grâce aux prises en charge à domicile. Ceci engendre l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes. Actuellement, 28



personnes répondent à la classification du GIR<sup>7</sup> 1 et 2 (perte quasi-totale d'autonomie), et 5 résidents au GIR 5 et 6 (pas ou très peu dépendants). Le GMP (Gir Moyen Pondéré) est de 706,46 , évalué et validé en mars 2011. La prise en charge de nursing et de soins médicaux varie donc en fonction du degré de dépendance. Le Pathos, outil permettant une analyse comparative des soins dispensés entre les EHPAD, est évalué à 139, ce qui demeure très faible par rapport à la moyenne nationale (Pathos national : 168).<sup>8</sup>

### 1.3.2 Des besoins humains

*« A ceux qui disent « tu as été », le vieillard jusqu'à son dernier souffle, s'obstine à répondre « je suis ».* Bernadette Puijalon<sup>9</sup>.

La vieillesse s'accompagne très souvent d'une fragilité psychologique se caractérisant parfois par des comportements désagréables ou/et irrespectueux. Le manque d'attention, de politesse, de reconnaissance, d'empathie de la part des professionnels engendre des conséquences sur la santé du résident, sur sa perception identitaire, sur sa motivation à prendre soin de lui-même, sur son désir de vivre. Répondre aux besoins existentiels du grand âge, est primordial pour minimiser les phases d'agressivité ou les syndrômes de glissement. Pour cela, les professionnels doivent connaître les processus de cheminement de la personne âgée et plus particulièrement des personnes âgées désorientées et / ou en perte de communication verbale ou cohérente parfois agressives. Souvent, la vieillesse se définit par la diminution, l'incapacité physique, et la souffrance. Pourtant, les personnes très âgées ont des besoins et des désirs identiques à tout individu.

La pyramide de Maslow hiérarchise les besoins de tout individu ne terme de besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance et de réalisation.

Concernant les besoins physiologiques (alimentation, hébergement, stimulations sensorielles), ils sont largement couverts en EHPAD. Répondre aux besoins primaires se complexifie selon les capacités ou incapacités physiques du résident. Leurs sens (le goût, le toucher, l'odorat, la vision) sont souvent altérés, ce qui induit, pour certains, une

---

<sup>7</sup> La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources) est une grille qui permet d'évaluer le degré de dépendance de la personne âgée. Ces degrés sont répartis en six groupes, appelés GIR (Groupe Iso-Ressources). Différents paramètres sont pris en considération afin de déterminer le GIR, tels que l'orientation dans le temps, l'espace, la toilette, l'habillement ou les repas. Le GIR 1 correspond à une perte d'autonomie quasi-totale, le GIR 6 à l'absence de dépendance. Le GIR codifie la charge de travail pour les soignants. Moyenne nationale du GIR en EHPAD : 727.

<sup>8</sup> Le Pathos est un outil d'évaluation des besoins techniques pour les personnes âgées. L'évaluation Pathos repose sur des critères pathologiques (symptôme, diagnostic, syndrome) sur différentes spécialités médicales (neurologie, cardiologie, pneumologie...) Le Pathos établit la charge de travail partenariale.

Le GIR et le Pathos déterminent la tarification des établissements.

<sup>9</sup> CHOTARD VERNE M., 2011, *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Publibook, p 47.

perception bien différente. C'est un élément important de compréhension, car souvent les professionnels réfèrent à leurs propres perceptions. Les ressentis de la personne ne peuvent être mesurés à leur juste valeur. Et souvent les résidents reçoivent comme réponse un grognement ou des propos inadaptés.

De plus, les besoins de sécurité s'accroissent chez la personne du grand âge. La perte des capacités physiques et/ ou mentales rend ce besoin d'autant plus important. Les besoins de sécurité physique sont couverts par la réglementation. La sécurité affective est plus délicate. Offrir à la personne la protection affective c'est la protéger sans la mater. Très souvent, il y a une réelle confusion entre maternage et protection affective pour les professionnels. Emportés par leurs propres émotions, les soignants n'ont plus la distanciation, l'analyse et l'écoute nécessaires pour développer un accompagnement basé sur le respect et la dignité de chaque résident. D'où l'importance de connaître les réels besoins et de cerner certaines attitudes (cris, déambulation, frustrations, colère, dépression, repli sur soi) qui découlent, en partie, d'un accompagnement inadapté.

Concernant, le besoin d'appartenance, la plupart des personnes âgées ont perdu le sentiment d'appartenance affective ( perte du conjoint ou/et d'enfant, perte d'amis, de relations. L'appartenance au groupe social, professionnel, de voisinage, s'est peu à peu effritée, et s'est minimisée. La reconnaissance et l'estime de soi se fortifient à travers les relations personnelles et communautaires. Même si la personne âgée a derrière elle une vie d'expérience et de richesse, son besoin de reconnaissance et de respect reste inchangé. Pour développer ce sentiment d'appartenance, la personne a besoin de repères dans son environnement présent : les lieux, les valeurs, comprendre les relations et les rôles de chacun. Elle peut, ainsi, se sentir à l'aise et commencer le travail d'appartenance en tissant ses propres relations. Cette dimension est d'autant plus importante pour les personnes les plus désorientées, car elle perçoit son environnement selon sa propre réalité. Elles ont d'autant plus besoin de connaître les lieux, et les personnes qui l'entourent pour trouver leurs propres repères. Les recommandations de l'ANESM insistent sur le fait de préparer la phase d'admission et l'accueil pour répondre à ce besoin d'intégrer puis d'appartenir à la vie de l'institution.

Selon Mishari<sup>10</sup>, une « *conversion de l'esprit* » permettrait d'intégrer que vieillir c'est « *un véritable recommencement* », même si les rythmes de vie ont changé. La vieillesse ne doit plus être vécue et conçue comme déchéance, isolement et fin, mais comme une période existentielle de sérénité, dans laquelle désir et plaisir sont prédominants. La notion de plaisir, d'envie et de choix sont rarement énoncés et se justifient aussi par l'attitude des résidents qui en effet expriment peu leurs envies et encore moins quand elles sont désorientées ou grabataires.

---

<sup>10</sup> DE HENNEZEL M., 2008, *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Robert Laffont, p 144.

C'est avant tout oublier que la relation individualisée, tissée dans le temps sur la base de la confiance et de l'échange, nous amène à cerner les éléments de plaisir, inévitablement en lien avec leur propre histoire. L'absence de projets individualisés engendre une perte d'informations sur l'histoire des personnes, accentuée par le manque de relation avec les familles. Comment alors positiver les expériences de chacun, et faciliter les transmissions de l'Histoire et de leur savoir faire et savoir être ? La vieillesse présente l'avantage d'une certaine forme de sagesse, par une prise de recul et l'analyse des situations. Les anciens, avec souvent beaucoup d'humour, relativisent les événements : *« il s'agit d'aller chercher la vie dans les plus petits interstices de la personnalité de chacun là où elle est blottie et là où elle peut encore exister ou subsister »* C Badey Rodriguez<sup>11</sup>. Cette notion est d'autant plus importante que la durée de vie est souvent comptée. Envisager des impacts sur du long terme est complètement utopique ; une des particularités de ce secteur professionnel est la temporalité, le temps de vie nous échappe. Il s'agit donc de s'inscrire dans une démarche immédiate, procurons le bonheur dans la vie de tous les jours (parler, choisir, manger, chanter, rire, sortir, fumer, lire...)

Considérant la réalisation de soi comme objectif ultime de tendre vers la performance, se dépasser, s'épanouir physiquement, moralement et spirituellement, l'envie de devenir une personne meilleure, ce besoin décline avec l'âge. La personne âgée s'accommode facilement des situations qu'elle rencontre, avec un certain fatalisme et beaucoup d'humour. Plus la personne avance en âge, moins les besoins se tournent vers l'avenir mais au contraire la personne se ressource de son passé. Il s'agit, selon Naomi Feil<sup>12</sup> du *« développement personnel »*, afin d'être en osmose avec soi même et se préparer pour un départ en toute sérénité.

### 1.3.3 Des besoins de fin de vie

Les personnes du grand âge, selon Naomi Feil<sup>13</sup>, se préparent à mourir en faisant leur bilan de vie. Certaines réussissent à donner du sens à leur vie passée et atteignent l'étape de l'Intégrité et de la Sagesse, pour partir sereinement. D'autres, et surtout les personnes désorientées, ne passent pas cette étape et doivent se confronter à, ce que N. Feil nomme la *« résolution »*. Lors de sa conférence, *« apprenons à mourir »*<sup>14</sup>, Marie de

---

<sup>11</sup> BADEY RODRIGUEZ C., 2011, *La vie ne maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Albin Michel, p 125.

<sup>12</sup> Naomi Feil, psychologue sociale américaine, a structuré en 1932, la validation. La validation est une méthode pour communiquer (verbalement ou non) avec les personnes très âgées et/ou désorientées. La validation repose sur une relation bienveillante et empathique pour soulager la souffrance et l'angoisse. Elle permet aussi aux professionnels de mieux comprendre certains comportements étranges et de mieux partager et gérer leurs émotions.

<sup>13</sup> KLERK RUBIN V., 2010, *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles*, 1<sup>e</sup> édition, Rueil Malmaison : Lamarre, p 39.

<sup>14</sup> DE HENNEZEL M., conférence *« apprenons à mourir »*, novembre 2012, La toile aux halles Rouen (76).

Hennezel met aussi en avant ce travail de réparation. Toutes deux s'accordent à dire que la personne âgée règle « *ses affaires non terminées* » ou « *son histoire inachevée* ». Ainsi, elle revit ses expériences agréables, et fuit la douleur, la réalité. « *Il s'agit de se libérer des entraves d'un passé douloureux, de se pardonner ses échecs, c'est un vrai travail intérieur* »<sup>15</sup> Tout au long de notre vie, nous refoulons par des stratégies de fuite, de déni, de sous-estimation, l'expression de nos émotions.

La vulnérabilité de la vieillesse fait ressurgir ces émotions refoulées, incontrôlables, qui peuvent se caractériser, si elles ne sont pas « travaillées », par une somatisation, des plaintes incessantes, jusqu'à parfois se réfugier dans la démence. Le temps des regrets, de la culpabilité, de la dévalorisation de soi et une perte d'estime de soi apparaît. Cette étape de résolution est, selon N. Feil, une réaction instinctive, liée au vieillissement, caractérisée par les particularités physiques et émotionnelles de chaque individu. La personne âgée n'est concentrée que sur son propre objectif de réparation, ancré dans son propre passé, dans sa propre histoire. Ce désir de sérénité est le fil conducteur des personnes âgées surtout quand elles sont désorientées. Toutes tendent vers la Sagesse, et le simple fait que certaines soient « obligées » de passer par une tentative de résolution est déjà en soi une Sagesse. L'accompagnement des personnes démentes ou incohérentes est difficile pour les soignants qui le décrivent souvent comme un échec et ne comprennent pas toujours le comportement de la personne dans une situation donnée. Les professionnels sont souvent démunis face aux attitudes infantiles, agressives, de déambulation, de repli sur soi, de grabatisation.

Selon N. Feil, la personne âgée désorientée enclenche un mécanisme de survie, indispensable pour régler son histoire et s'apaiser. Pour cela, quatre phases de résolution sont identifiées :

- la phase de « mal-orientation » : la personne âgée est consciente de son vieillissement mais refuse de l'admettre. Chaque changement naturel de l'âge est pour elle une agression faite à son identité et à son estime de soi. Il se caractérise par l'opposition et l'agressivité verbale. Le professionnel est alors perçu comme responsable de cette situation.

- la phase de « confusion temporelle » : la personne a perdu ses repères spaciaux et temporels et ne reconnaît pas les gens qui l'entourent. Même si elle est encore capable de s'exprimer verbalement, elle ne s'embarrasse plus des règles sociales. Donc, elle peut parfois avoir une attitude déconcertante (égarement, violence physique sur un proche ou sur un professionnel, allusions sexuelles, vulgarité...)

- la phase de « mouvements répétitifs » : la perte de communication verbale se rencontre dans cette phase. Leur besoin de s'exprimer étant toujours présent, les personnes âgées verbalisent par des sons, des cris et des mouvements. Elles

---

<sup>15</sup> op cité Conférence Marie de Hennezel

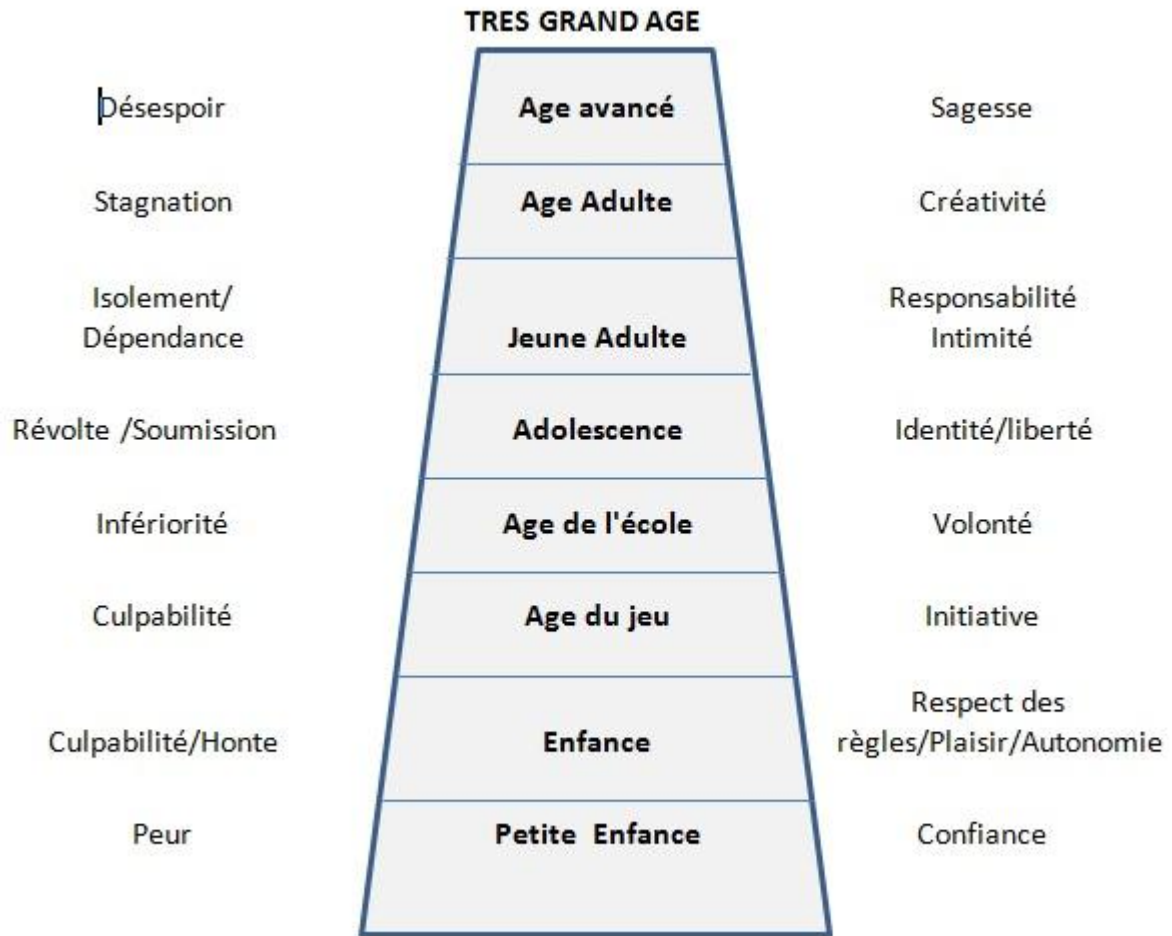
expriment leurs besoins par des mouvements répétitifs souvent en lien avec les besoins établis par la pyramide de Maslow. Les professionnels, par méconnaissance des mécanismes du vieillissement, n'ont pas pu analyser le comportement de Madame M. Celle-ci, fredonne et ronronne toute la journée, elle déambule constamment, sauf quand elle trouve des serviettes, des nappes. Alors, elle s'assoie et plie les tissus, elle adopte alors un ton d'une mère rassurante et semble être en présence d'une fratrie. En discutant avec sa famille, on apprend que Madame M. a toujours exprimé sa fierté et sa joie d'avoir pu élever ses enfants. Chaque moment en leur présence était vécu comme un réel bonheur et fut source d'épanouissement, ce qu'elle reproduit par son comportement actuel.

- la phase d' « état végétatif » est le retrait total des réalités. La personne est dans un état proche de la mort. Elle décline et se replie sur elle-même. La communication s'inscrit alors dans le non verbal. Prendre son temps, donner de la douceur, rassurer, parler, toucher, regarder demeure essentiel pour le bien-être de la personne.

Le processus de vieillissement, pour Marie de Hennezel, s'assimile au cheminement de l'enfant et y est relativement lié. Chaque étape de vie nous amène à nous construire de manière plus ou moins consciente. Au même titre que N. Feil, elle repose sur les travaux d'Erik Erikson, père fondateur de la théorie du développement psycho-social, qui s'intéressa aux mécanismes de la construction identitaire.

A chaque stade du développement psycho-social survient une crise qui doit se résoudre, à partir des ressources propres à chacun. Sinon la construction du Moi risque d'être compromis. Il ne s'agit pas de résoudre positivement chaque crise mais bien d'intégrer pour chaque stade un aspect positif et négatif. C'est l'équilibre de ces deux aspects qui est vecteur du développement de l'identité ( confiance-méfiance, plaisir-culpabilité)

Selon Erik Erickson, le vieillissement est relié « aux tâches de vie ». En fonction de leur histoire de vie, les personnes âgées s'attachent à « réparer », de manière inconsciente, certains stades de vie inachevés. Ils ne se situent pas tous au même niveau et se déterminent en fonction de l'histoire de vie et des capacités, dans chaque étape de vie, à intégrer les aspects de chaque phase. Une personne qui aurait besoin de « réparer » son étape adolescence adoptera une attitude similaire à celle de l'adolescent : opposition, provocation, recherche de limites... Donc, en fonction de l'étape concernée, nous pouvons être confrontés à des comportements variables, plus ou moins infantiles. Il n'est pas rare en EHPAD de constater que certains résidents parlent et répondent à leurs parents, dans le contexte temporel, spatial, et affectif qu'ils ont vécu. Ils renvoient, à ce moment précis, leur propre réalité, alors bien différente de la notre.



Dans le cadre de la bientraitance, l'ANESM définit la culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité. La connaissance de ce processus du vieillissement est essentielle pour les professionnels afin de permettre une réflexion pour préserver l'individualisation du parcours de vie et réajuster les pratiques actuelles.

Toujours selon l'ANESM, ces dimensions sont également fondées sur l'égalité de dignité de tout individu, inscrite dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, et préservée dans tous les textes fondant le secteur social et médico-social.

## 1.4 Les Myosotis

### 1.4.1 Une histoire atypique

Comme beaucoup d'ESMS, l'EHPAD les Myosotis trouve son origine dans les œuvres caritatives. A l'origine, l'hospice de Montville abritait les personnes âgées démunies pour leurs vieux jours. Pour succéder à l'hospice, qui datait de plus d'un siècle, et qui était tenu par une congrégation religieuse, une maison de retraite a été construite en plein centre de la commune. Les premiers résidents prennent possession des nouveaux locaux

en avril 1986. La maison de retraite est devenue EHPAD en 2004 après la signature de la première convention tripartite.

De sa création à 2009, la structure évolue sur un mode de management paternaliste, tel le définit H.Fayol. L'ancien directeur habitait au sein même de la maison de retraite, ce qui lui permettait d'être omniprésent. Il mangeait le midi, le soir et certains week-end, en compagnie de sa femme et de sa fille, avec les résidents.

Ceux qui l'ont connu regrettent ce temps où le directeur était très proche d'eux. Un très grand respect était porté aux résidents et aux professionnels, même si tous sont unanimes à reconnaître sa rigidité et une discipline « de fer ». Malgré tout, les qualificatifs ne manquent pas : *« il savait rassurer, et puis il était toujours là, les résidents s'étaient un peu sa famille, il nous a bien aidé, toujours prêt à rendre service, heureusement qu'il était là pour embaucher Me P..., on pouvait lui demander tout, il faisait son maximum pour y répondre »*. La cartographie du personnel témoigne encore à ce jour de cette approche paternaliste. Au-delà de l'appartenance géographique, les professionnels ont des liens familiaux ou amicaux, les plus anciens salariés ont tous été embauchés par connaissance (14 agents titulaires appartiennent à 3 familles montvillaises). Encore aujourd'hui, le respect et l'admiration face à cet ancien directeur est palpable.

Cependant, un certain malaise est, aussi, perceptible : l'ancien directeur est démis de ses fonctions en 2009 suite à une inculpation judiciaire. Cet événement est décrit comme « un traumatisme psychologique » pour les équipes, mêlé à une forte incompréhension, d'autant plus que l'ancien directeur avait, quelques mois plus tôt, œuvré pour une démarche de prévention de la maltraitance. Pour sensibiliser les professionnels à la maltraitance, il avait planifié une intervention de la gendarmerie locale pour informer sur les diverses formes de maltraitance et des sanctions légales encourues. Aborder la notion de maltraitance ou de bientraitance ravive ces sentiments d'incompréhension. Certains parlent même de trahison, et de malaise. La maltraitance a, de fait, une connotation négative, qui de surcroît s'assimile aux sanctions judiciaires. Seul l'aspect répressif et condamnable fût retenu par les professionnels. Depuis, ils n'osent plus échanger sur des situations propices aux actes de maltraitance.

En 2009, un nouveau directeur est nommé par les ARS, pour assurer une direction partagée avec un autre EHPAD, qui sera en liquidation en 2011. Le mode de gestion et de management est diamétralement opposé. Peu présent, il a des liens limités avec le personnel et les familles. Pour assurer la gestion courante, le management repose sur des délégations verbales, et mal identifiées, ce qui a engendré une confusion des rôles et des interventions. Les enjeux de pouvoir et les conflits entre salariés se développent. Les professionnels établissent une approche de travail, non plus à partir des besoins du résident, mais en fonction de leur confort de travail : temps de pause important, amplitude

du travail non respectée, libre gestion des plannings, aucune traçabilité pour les récupérations d'heures supplémentaires....

#### **1.4.2 Une rupture aux conséquences fâcheuses.**

L'EHPAD les Myosotis est un établissement d'intérêt général de la fonction publique hospitalière, ayant une mission de service public. La structure a en charge l'hébergement et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Ce service doit permettre un accès à tous et contribue à la solidarité et à la cohésion sociale, culturelle et économique de la société. Les trois principes du service public sont la mutabilité (capacité de s'adapter aux conditions et aux besoins), l'égalité (dans l'accès et dans les tarifs) et la continuité.<sup>16</sup> Le statut de la fonction publique précise les principes de neutralité, d'obligation à obéir aux hiérarchies, de discrétion professionnelle, de devoir de signalement, d'interdiction du double emploi, et d'obligation de moralité, relevant de la politique sociale et soumis au CASF. En effet, l'ouverture et l'exploitation d'un ESMS répond à des règles identiques, régies par le régime de police administrative (art. L313-1 CASF).

En fonction des catégories de publics différents et des origines des fonds servant aux prestations délivrées, les ESMS relèvent de l'autorité soit des ARS, soit du Président du CG, soit du Préfet de région, soit de plusieurs d'entre eux<sup>17</sup>.

Les ESMS sont donc des acteurs de la politique de santé publique. C'est pour cette raison que la Loi HPST du 21 juillet 2009 a unifié, par les ARS, la gouvernance publique des établissements de santé et des ESMS. L'EHPAD les Myosotis dépend des ARS et du Département, et est financé par l'Etat, le Département, la sécurité sociale ou/et par les personnes accueillies.

Sous l'ancienne direction, les relations avec les instances de tarification se sont complexifiées au fur et à mesure. Le dialogue entre la direction et les instances s'est effrité, avec pour conséquence majeure la non reconduction de la convention tripartite depuis 2009. La convention tripartite est un engagement pour 5 ans entre l'établissement, le conseil général et l'ARS dans le cadre des nouvelles réformes de rénovation et d'amélioration du secteur médico-social. Cette convention contient deux volets, un volet qualité dans lequel la structure s'engage sur un certain nombre d'objectifs de qualité et un volet financier dans lequel les pouvoirs publics s'engagent envers l'établissement sur le financement de la dépendance et des soins à travers la fixation des prix.

La non reconduction de la convention tripartite a eu pour effet un manque de planification d'objectifs de qualité, un manque de moyens, un manque d'anticipation (une convention tripartite avec option globale du tarif soins était encore possible en 2009 ainsi que l'obtention de subventions non reconductibles).

---

<sup>16</sup> [http://www.toupie.org/service\\_public.htm](http://www.toupie.org/service_public.htm)

<sup>17</sup> <http://www.vie-publique.fr/découverte-institutions/administrations>.



Parallèlement, par son statut public, l'établissement présente un CA présidé par le Maire de la commune. Le CA est constitué de Monsieur le Maire, de deux conseillers généraux et de deux conseillers municipaux, de représentants des résidents, des familles, des salariés, du trésorier public et de l'adjoint des cadres. La présence des conseillers généraux, malgré de nombreuses sollicitations, est rarement honorée. Le CA a un rôle prédominant dans les orientations définies, dans la validité des délibérations et affirme la crédibilité de la direction. Sous l'ancienne direction, les réunions de CA se faisaient sans atteindre le quorum, ce qui invalide les contenus de la séance. De plus, le Président du CA n'était pas actif et pouvait ne pas mesurer la situation. Au moment du départ de l'ancien directeur, il y a eu des rencontres régulières avec les instances de tarification pour aborder la situation et la pérennisation du site. Lors de mon recrutement dans le cadre d'une direction commune à trois établissements (sur le même territoire : la Vallée du Cailly), les attentes ont clairement été posées. Le maintien de la structure est essentiel pour répondre aux besoins locaux et contribuer à la dynamique territoriale, car l'EHPAD est le deuxième employeur direct et indirect de la commune. La volonté de développer une démarche de qualité est clairement exprimée. Conformément aux statuts de la fonction publique, la direction est validée en intérim. Ce statut est relativement déstabilisant car il ne préserve pas la continuité. C'est un facteur anxiogène pour les résidents, les familles, et les professionnels. La reconnaissance de la direction en est affectée et modère l'implication de tous dans ce projet important. L'appui du Président du CA et de l'ARS nous amène, à ce jour, à demander d'officialiser cette direction, non plus en intérim, mais dans le cadre de la direction commune déjà existante.

### **1.4.3 Un manque de moyens**

La qualité de vie nécessite une adéquation entre les besoins et les moyens dont dispose la structure (moyens financiers, humains, matériels...) pour y répondre.

Le bilan financier, établi en 2011, à partir des comptes de gestion des trois années précédentes, démontre la difficulté financière de l'établissement (très faible capacité d'emprunt, un fond de roulement d'exploitation négatif incluant l'absence d'une réserve de trésorerie).

Dans ce contexte, la structure est confrontée à de sérieuses tensions de trésorerie avec l'absence d'une marge de manœuvre pour faire face aux dettes d'exploitation. L'ouverture d'une ligne de trésorerie ne permettrait pas de stabiliser la situation, et générerait une augmentation des charges de fonctionnement.

La reprise des déficits et l'augmentation du prix de journée, gelé depuis 2009, par les autorités de tarification améliorerait durablement la situation. Les difficultés financières, croissantes depuis 5 ans, ne permettent pas de répondre ni aux règles de sécurité et de

confort pour le résident, ni à l'augmentation de la masse salariale, insuffisante actuellement.

❖ l'architecture

Le bâtiment présente un visuel extérieur en harmonie avec l'environnement, bien situé dans la commune, à proximité de la Résidence de Personne Agées et des écoles. Localisé au cœur de la ville, il permet facilement l'accès aux commerces, aux services (associations locales, bibliothèque, mairie...), ce qui demeure un atout maître pour les résidents encore autonomes pour se déplacer. 87% d'entre eux sont de Montville. Cette implantation en plein bourg leur permet de conserver certaines de leurs habitudes et une vie sociale et communale. Actuellement, 7 résidents font partie d'un club de loisir.

La structure est implantée sur 2000 m<sup>2</sup> de terrain, présentant ainsi un potentiel foncier et des possibilités d'agrandissement. Mais, l'établissement ne répond plus au cahier des charges des EHPAD. La structure permet d'accueillir 48 personnes âgées, dont certaines en chambre double (7 chambres doubles). Malgré des travaux de mise en conformité et d'extension du restaurant, les prestations d'hébergement sont discutables : réfections des chambres et des espaces collectifs pratiquement inexistantes depuis la date de création, pas de douches dans les chambres, une salle de bain et une salle de douche sur les 2 étages, des douches ayant existées mais condamnées depuis plusieurs années sur les chambres du rez-de-chaussée, pas d'espaces de rangement, pas d'espaces famille pour faciliter l'intimité et les échanges avec les proches.

Les conditions de travail ne sont pas aisées : une seule salle de 25m<sup>2</sup> pour les réunions, les activités des résidents et la prise des repas salariés, des bureaux insuffisants, pas d'espaces de rangement, un manque de luminosité et d'éclairage, une décoration ternie et passée par le temps, un manque de matériels adéquats (chaise douche, 1 chariot de ménage pour 3 personnels et 3 étages, absence de matériel pédicure, pas de sèche cheveux, manque de sorties de bain et serviettes éponges...)

Au-delà de l'inconfort lié en grande partie à l'architecture, la structure doit faire face à de multiples non-conformités. Un avis favorable de la commission de sécurité a été enregistré en 2011 avec de nombreuses préconisations à lever (réseau électrique en mauvais état nécessitant de nombreuses interventions, présentation des documents de traçabilité par la mise place du registre de sécurité, essais évacuation à programmer, sensibilisation du personnel aux risques incendie à envisager, et remplacement du système de sécurité incendie complètement obsolète). La non-conformité des deux ascenseurs est également soulignée ce qui constitue un manquement à la réglementation sur l'accessibilité (un ascenseur est immobilisé depuis plus de 6 mois, et l'autre présente des pannes à répétition entraînant angoisse et insécurité pour les résidents, les familles et les professionnels).

L'établissement fait face à un manque d'entretien et de suivi, qui s'est accumulé au fil des ans, de sa création à ce jour.

❖ Un personnel en sous effectif et peu formé

Le tableau des emplois permanents des agents titulaires (les fonctionnaires ne sont pas liés par un contrat de travail mais par un statut) fait apparaître un effectif global de 29,04 équivalents temps plein, avec un ratio global de 0,54, dont 0,04 pour les IDE, 0,01 pour le médecin coordinateur, et 0,38 pour les soignants, il n'y a pas de psychologue ni d'ergothérapeute.

Le personnel est majoritairement féminin (26 femmes et 3 hommes) et se répartit essentiellement sur 2 tranches d'âge : moins de 30 ans (8 ASH) et plus de 51 ans (12 agents dont certains qualifiés : 2 IDE et 5 AS). Malgré ce constat, il y a peu d'arrêt maladie ou d'accident du travail : moins de 400 jours par an, ce qui représente une diminution majeure depuis 2010 (1764 jours). 3 agents sont en longue maladie depuis plus de 3 ans, avec des droits ouverts encore pour 2 ans. Pour couvrir ces absences, la structure a recruté trois emplois aidés.

Les mouvements de personnel sont très faibles : le départ de l'ancienne direction en 2011, 2 stagiairisations, 1 mutation et le départ à la retraite du médecin coordinateur. Le poste de médecin gériatre est à nouveau pourvu à hauteur de 0,25 ETP. Le poste de direction actuelle n'apparaît pas car il est rattaché et financé par un autre établissement, durant la période d'intérim.

Le manque d'effectif et de qualification est un fait marquant au sein de cette structure : 2 IDE, 1 animatrice non qualifiée, 1 agent comptable qualifié de niveau V, 1 adjoint des cadres, 1 cuisinier, 5 ASH de nuit, 6 AS de jour et 2 AMP dont 1 seule diplômée, et 10 ASH en entretien, lingerie, cuisine et en soins.

La formation du personnel est infime depuis près de trois ans : une formation qualifiante de maîtresse de maison suite à un reclassement professionnel, deux formations d'assistants en soins gériatrie pour trois AS, et deux modules de formation continue pour l'encadrement d'équipes (IDE et adjoint des cadres). Les professionnels sont peu sensibilisés au cheminement de la personne âgée ou plus particulièrement aux troubles liés aux démences. Les professionnels ne sont pas opposés aux formations internes. Par contre, envisager une formation qualifiante est à ce jour très difficile. Aborder l'évolution de carrière avec une équipe pour une partie plutôt jeune, pour l'autre plutôt vieillissante n'est pas simple.

En sous-effectif constant (4 soignants le matin et 2 le soir), les équipes ne se plaignent que très rarement et sollicitent d'ailleurs un accompagnement pour mieux faire. Ce sont des équipes volontaires qui souhaitent évoluer, conscientes de leurs faiblesses. Délaisées sur ces dernières années, elles se sont organisées pour faire au mieux, mais

sans partager leurs réflexions et leurs pratiques, donc chacune fait « comme elle le sent » et est certaine de bien faire. Ce manque de concertation et de coordination sur les pratiques a des conséquences négatives pour les résidents. L'organisation des bains-douches l'illustre parfaitement : en effet, les douches sont effectuées en fonction du soignant présent, ce qui engendre des disparités et un manque de régularité. Certains résidents ne bénéficient du bain-douche que toutes les 4 à 6 semaines. Les dysfonctionnements sont multiples : irrégularité des pesées, distribution des médicaments non sécurisée, pratiques non uniformisées, plans de soins incomplets, problèmes de commandes, prise de rendez vous oubliée, présence soignante minimale notamment les soirs et week end, défaut de surveillance lors des temps de pause et de repas, protocoles écrits, validés mais non appliqués par les équipes, difficultés relationnelles avec les familles, absence de protocoles contention et prescription médicale, pas d'aide soignante la nuit, peu de traçabilité écrite et fiable, pas d'intervention d'équipes mobiles, peu d'ouverture aux stagiaires.

Sous couvert de rassurer la personne, celle-ci est tutoyée dès son arrivée, les familiarités fusent. L'identité même de la personne est régulièrement ignorée et les soignants en arrivent à la dépersonnaliser. Souvent, pour s'adresser au résident, les soignants emploient l'adjectif ON « *on va faire sa toilette, on va en animation...* ». Ces propos se confirment par des pratiques fortement contestables : pesées dans le hall, familiarité, manque d'intimité, peu de relations de proximité destinées à repérer les envies et les plaisirs. En voulant bien faire, les professionnels ne répondent pas aux bonnes pratiques. Au même titre, la notion de personne actrice de sa trajectoire et de l'institution est inexistante au quotidien : pas de commission menu, pas de sollicitation dans le cadre du CVS, pas d'implication des résidents sur des sujets qui les concernent. Les professionnels ne mesurent pas les impacts positifs de la participation des résidents, ils expriment une réelle méfiance et ont peur d'être jugés Ils se retranchent sous « *ils ne savent pas ce qu'ils veulent, déjà qu'ils sont exigeants, alors si on leur laisse la parole, où va-t-on ?* »

Au-delà du manque d'effectif et de qualification, l'organisation actuelle est génératrice de dysfonctionnements. L'organigramme n'est pas en conformité avec la réalité de terrain : l'adjoint des cadres intervient et est reconnue comme directrice (situation engendrée par l'ancienne direction qui a induit une délégation de pouvoir non formalisée), le responsable des services généraux n'a jamais assumé ses fonctions, l'infirmière coordinatrice n'a pas choisi cette fonction et n'y répond que partiellement (cf annexe II).

Les relations hiérarchiques se sont établies implicitement et alimentent les enjeux de pouvoirs. La confusion des rôles et fonctions est permanente (lingère au ménage, hotelière sur des tâches soignantes...) Sans demander l'avis du résident, l'hôtelière, par exemple, quitte ses fonctions pour faire un shampoing, ce qui provoque hurlements et

agressivité. ...Il est courant d'entendre « *faites-le pour me faire plaisir* », « *j'aime bien m'occuper de Me L, par contre Me S...* » Ces attitudes reposent sur la sympathie, par une proximité affective avec la personne âgée qui devient alors objet. L'organisation actuelle est à revoir car les fiches de postes ne sont pas toutes établies, l'étude d'une journée type n'est pas élaborée, les tâches de chacun mal définies, le document unique inexistant. Cependant, les salariés font preuve de bonne volonté et d'entraide. Dès qu'un arrêt est annoncé, les équipes s'organisent et pallient l'absence. Certaines, même, passent le matin, après avoir emmené leurs enfants à l'école, voir si les équipes sont en effectif suffisant. Dans le cas contraire, elles se proposent de rester quelques heures pour aider les professionnels présents. L'ambiance au sein de l'établissement est rassurante et apaisante. Toujours de bonne humeur, disponibles, souriants, agréables, les professionnels contribuent à l'ambiance familiale de la structure. Il n'est pas rare d'entendre des rires, de voir s'improviser un goûter ou un café du soir avec les résidents, de les voir travailler en chantant, de se mettre à portée des personnes accueillies, de faire le choix de porter des tenues civiles favorisant la proximité...Il y a de la vie et de la chaleur humaine dans cet établissement.

## Conclusion de la première partie

Le vieillissement, phénomène de tous les temps, est devenu, un sujet sensible dans notre société actuelle, qui court après l'éternelle jeunesse et qui prône la suractivité. Il est loin le temps du vieillard, qui représentait la sagesse et la sérénité.

La vieillesse, un mot qui nous renvoie dans nos propres retranchements. Nous y sommes tous confrontés soit pour nous-mêmes dans un avenir plus ou moins lointain, soit pour nos proches. La vieillesse devient très stigmatisée quand elle s'associe à l'institutionnalisation.

Ce grand âge, caractérisé en effet par la perte d'autonomie, nous renvoie une crainte, une peur, l'image d'une dégradation qui nous est plus ou moins violente psychologiquement. L'émergence des maladies neuro-dégénératives accentue ces sentiments et ces craintes. De plus, la perception des français face aux institutions est très négative (74% refusent d'envisager une fin de vie en institution).

La Loi du 30 juin 1975, socle de l'action sociale et médico-sociale, a permis aux EHPAD de s'inscrire dans le secteur, non plus sanitaire, mais médico-social. La loi définit l'hébergement des personnes âgées, en permettant aussi une médicalisation de ces établissements. Et c'est surtout la Loi 2002.2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui affirme les droits fondamentaux des personnes accueillies. La notion de libre choix, bien que relative à ce jour, y apparaît clairement. La personne devient actrice de son projet de vie. L'accompagnement devient alors individualisé et en cohérence avec l'histoire même de la personne. Cette loi présente l'avantage de considérer la personne qui vieillit comme « *un vivant jusqu'au bout de l'âge* »<sup>18</sup>.

Car la vieillesse n'est pas une maladie, « *c'est des vieux, déjà vieux et parfois très vieux qu'il nous faut comprendre. Ces très âgés qui vont plus ou moins bien, qui souffrent, que l'on soigne et accompagne. Mais pour cela, nous devons refuser de les réduire à une maladie ou à un corps déshumanisé* »<sup>19</sup>. Le regard porté sur nos aînés doit évoluer pour et par l'amélioration de la qualité de vie dans nos établissements.

Le législateur, avec une volonté humaniste, a œuvré pour que les EHPAD deviennent des lieux de vie, en prônant une mise en place d'une démarche qualité évaluée et réajustée. Selon Emmanuel Hirsch<sup>20</sup> « *si certaines instances ont pour mission de conseiller, d'encadrer et d'évaluer les pratiques, il semble qu'une réflexion passe par une prise de conscience de la responsabilité des professionnels* ».

Il me semble donc pertinent de reposer sur une réflexion éthique pour l'évolution vers des pratiques appropriées. L'éthique renvoie aux fondamentaux de la morale, à une réflexion

---

<sup>18</sup> BILLE M., GALLOPIN C., POLARD J., 2012, *Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Erès, p 33.

<sup>19</sup> CHOTARD VERNE M., 2011, *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Publibook, p 97.

<sup>20</sup> HIRSCH E., 2012, *Fins de vie, éthique et société*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Erès, p 124.

philosophique et à des règles de bonnes pratiques. L'éthique s'attache aux valeurs en fonction du public accueilli, de l'environnement et de la temporalité.

Je me suis intéressée plus particulièrement à l'éthique de l'hospitalité, car elle concerne la relation au quotidien, les rapports interindividuels et les choix institutionnels. Elle prend en considération le respect et la dignité des personnes et elle tient compte de l'accueil, de l'accompagnement et des soins au quotidien, ceci dans une démarche qualité répondant aux politiques publiques et aux recommandations de l'ANESM concernant la prévention de la maltraitance.

Ces dimensions ne semblent pas être intégrées par les professionnels des Myosotis. Traumatisés par des événements précédents, confrontés à une réalité managériale et financière difficile, isolés dans leurs pratiques, ils demeurent, néanmoins, très demandeurs d'accompagnement pour évoluer, et être reconnus. Dans ce contexte particulier, les professionnels se sont organisés au mieux et ont compensé les manques par des solidarités impressionnantes, et ont su donner à cet établissement une vie. L'ambiance qui y règne est chaleureuse, saine, familiale. L'attente de changement est fortement exprimée et il existe peu de résistance.

Mais la volonté de bien faire ne suffit pas. Elle peut même parfois nuire à l'identité même de la personne accueillie en la dépersonnalisant et en faisant des choix pour elle.

Sans encadrement, dans une organisation peu propice au développement des bonnes pratiques, les professionnels ont peu à peu dérivé, pour aujourd'hui, être dans le cadre de pratiques inappropriées, au détriment de la qualité de vie des personnes accueillies.

## 2 LA QUALITÉ DE VIE AUX MYOSOTIS

### 2.1 Une référence primordiale : la qualité de vie

La qualité de vie se traduit par « *la perception qu'à un individu de sa place, dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS 1993)<sup>21</sup>. La perception de la qualité de vie renvoie à une appréciation subjective en fonction des valeurs, de l'histoire, de l'environnement et des attentes de chacun. Il s'agit donc de considérer les interactions de la personne âgée avec son environnement physique et psychologique.

Ces interactions sont de différents ordres<sup>22</sup> :

- un individu est perçu en fonction de ses caractéristiques et ses capacités, mais aussi en fonction de son environnement et de nos préjugés
- la perception qu'a d'elle-même la personne âgée en fonction du regard porté
- la façon dont la personne est traitée
- l'influence de la perception et de l'interprétation de l'entourage
- de l'adéquation entre les réponses apportées et les besoins, et souhaits, de la personne âgée

L'amélioration de la qualité de vie repose donc sur la connaissance, non pas de la nature mais de la qualité des relations établies entre les acteurs - résidents, famille, professionnels, partenaires -. La démarche qualité s'appuie sur les fondamentaux de la bientraitance par :

- une culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité
- une manière d'être des professionnels
- une valorisation de l'expression des usagers
- un aller-retour permanent entre libre et agir
- une démarche continue d'amélioration<sup>23</sup>

Un travail sur la qualité des prestations a été mené avec les professionnels des Myosotis, en 2008, juste avant l'élaboration du projet d'établissement. La démarche qualité y est définie comme une nécessité institutionnelle pour maintenir et développer les ressources financières et humaines de l'établissement, dans « une période où les pouvoirs publics conditionnent les moyens attribués en fonction des démarches de qualité »<sup>24</sup>, et afin de

---

<sup>21</sup> ANESM, 2012, *Qualité de vie en EHPAD volet 3 la vie sociale des résidents*, recommandations de bonnes pratiques, p 4.

<sup>22</sup> EVA FHF, 2002, Manuel d'évaluation de la qualité des EHPAD, p.53.

<sup>23</sup> AMYOT J.J, 2013, Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Dunot.

<sup>24</sup> Projet d'établissement des Myosotis, 2009-2014.



renouveler la convention tripartite. La notion de qualité ne peut se réduire aux obligations réglementaires. Elle doit s'inscrire dans une perspective d'évolution constructive et positive. La notion de qualité de vie semble obscure pour les professionnels, et recueillir le degré de satisfaction des résidents et/ou des familles est impensable. Ils expriment une réelle méfiance, une peur du jugement, et la crainte des sanctions disciplinaires.

Pourtant, définir l'accompagnement (outils, procédure, groupes de réflexion, analyse des pratiques...) permet au personnel d'être concerné dans la conception, la réalisation et l'évolution de l'amélioration de la qualité de vie, de prendre toute sa place dans la vie institutionnelle et de se réaliser professionnellement en développant les pratiques appropriées aux besoins et attentes des résidents, et, enfin, aux partenaires de se positionner en collaborateurs des équipes de l'institution.

En tant que directrice, je vais m'interroger sur la qualité de vie aux Myosotis : L'organisation actuelle concernant la vie quotidienne est-elle propice à l'épanouissement des personnes accueillies ? La vie sociale est-elle existante au sein de la structure ? est-elle en concordance avec la législation actuelle ? Repose-t-elle sur les préconisations de l'ANESM ? S'appuie-t-elle sur les orientations du schéma départemental ?

## **2.2 L'évaluation interne**

Effectuée en mars 2011, et répondant aux obligations de la Loi 2002.2, l'évaluation interne menée, en concertation avec tous les salariés de l'établissement (participation des résidents, familles, bénévoles, partenaires, représentants du CA inexistante), n'a pas eu les effets escomptés. Cette démarche d'auto-évaluation aurait dû contribuer à l'élaboration d'objectifs permettant améliorer la qualité des prestations et des pratiques, à travers la convention tripartite.

L'analyse de l'évaluation interne est restée, également, sans suite. Les professionnels, se rappellent avoir été sollicités pour y répondre, mais ne se sont pas appropriés les enjeux d'une telle démarche.

Les points forts de l'institution sont essentiellement sur l'utilisation des outils de la Loi 2002, sur le suivi des GIR et Pathos, sur l'élaboration de certains protocoles hygiène et de prévention (escarres, chutes...), sur la prestation restauration.

Cependant, la situation de l'établissement amène la préconisation de 148 critères (sur 200 évalués) d'amélioration sur tous les champs d'actions. Concernant, la qualité de vie des résidents, des objectifs définis et de leur évaluation, les questions posées aux professionnels sont restées sans réponses. La réponse aux attentes des résidents et des familles est faiblement considérée : 29% pensent y répondre favorablement. L'amélioration de la qualité est encore plus faible, seulement 11% estiment œuvrer vers une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'absence de recueil du degré de

satisfaction des résidents et des familles est unanimement reconnue. Seulement 16% du personnel reconnaissent préserver les droits et libertés des résidents, la notion de respect de la personne âgée est un peu plus reconnue (25%). Tous mettent en avant l'absence d'organisation de la gestion des risques de la maltraitance. L'accompagnement aux soins et le maintien de l'autonomie sont très faiblement évalués (18%).

La qualité de vie et d'accompagnement au sein de la structure est donc faiblement perçue par les professionnels, ce qui se confirme par les retours des familles. Des facteurs déterminants apparaissent à travers l'évaluation interne : projet d'établissement peu approprié (2%), la cohérence de l'organisation interne (11%), le positionnement de la direction clair et défini (7%), engagement de la direction (3%), la gestion des ressources humaines (6%), les moyens formalisés (2%), les responsabilités définies et écrites (0%), objectifs institutionnels fixés et mesurables (0%), recherche du consentement du résident (0%), une politique interne de promotion de la bientraitance (0%), élaboration des projets de vie (0%).

L'analyse de l'évaluation interne met en avant :

- le manque de structuration de l'organisation institutionnelle
- la connaissance restreinte des besoins spécifiques de la personne âgée
- l'absence de liens avec les familles et les partenaires
- la faiblesse du programme d'animation

Ces éléments déterminants sont à considérer dans une perspective de changement. Conformément à la législation, en accord avec la philosophie de l'établissement prônée dans le projet d'établissement, l'accompagnement global de la personne doit nous interroger et évoluer. Afin de considérer la personne, même très vieillissante ou très dépendante, les professionnels doivent être sensibilisés au cheminement de la personne âgée, et accepter qu'elle demeure une personne citoyenne jusqu'à la mort. Il est parfois difficile de recueillir et de préserver le choix et les décisions des personnes âgées, surtout dans les situations de démences ou par l'absence de communication verbale. Pour cela, le positionnement institutionnel doit être clairement établi et la direction doit œuvrer en ce sens.

## **2.3 La qualité des prestations**

### **2.3.1 La qualité des soins**

L'aspect médical imprègne très fortement ce secteur médico-social. Le manque de travail pluridisciplinaire accentue la toute puissance médicale. Les soignants s'investissent et s'attachent à répondre aux soins quotidiens, du repas au suivi de traitement. La traçabilité par le biais du Plan de Soins Individualisé est fiable et permet la continuité d'actions. Les temps de transmissions facilitent le partage des données et des actions menées. Pour répondre aux besoins physiques, les professionnels sont vigilants sur les risques et la

prévention d'escarres, sur la dénutrition et la déshydratation, sur les chutes, sur l'incontinence. Des protocoles et suivis sont existants. Par manque d'accompagnement médical, certains protocoles sont néanmoins obsolètes et demandent à être retravaillés, et surtout appropriés par l'ensemble du personnel, notamment les procédures d'urgence. Concernant le choix des résidents autour de son parcours de soins, il est peu formalisé. Souvent, c'est la famille qui prend les décisions, bien avant le résident lui-même. Depuis mars 2013, et conformément à la législation, à l'accueil, les professionnels informent et recueillent la désignation de la personne référente, qui sera alors le lien privilégié avec le médecin coordinateur et l'équipe soignante. Le droit à la décision et le respect du choix de la personne sont clairement établis dans la démarche de soins. Les soignants sont très attachés à la qualité d'accompagnement de fin de vie, et en accord avec le médecin, privilégient le maintien en structure pour les derniers moments de vie.

Pourtant, une prise en charge globale de la personne va bien au-delà du soin, qui doit s'inscrire dans le projet d'accompagnement personnalisé. Une « bonne santé » contribue à l'épanouissement et à la vie sociale de la personne. Ces soins doivent également être de qualité, en réponse aux besoins médicaux du résident, et évalués constamment. Le manque de formation spécifique (psychiatrie, accompagnement palliatifs et non à la mort, le soin bucco-dentaire...) des soignants entrave la qualité des soins. De fait, l'ouverture partenariale avec les équipes mobiles départementales de psychiatrie, de gériatrie et des soins palliatifs s'avère pertinente au vu des certaines situations de plus en plus complexes et qui laissent, souvent aux soignants, un sentiment d'échec.

Le soin est souvent travaillé et défini à travers la technicité. Une autre dimension est pourtant capitale pour soigner : la relation à l'autre. La communication, la relation et les échanges font de nous des humains, même dans les phases d' « état végétatif » définis par N. Feil. La relation est d'autant plus existentielle pour les personnes qui se manifestent par les regrets d'une vie passée, par la peur d'affronter la vieillesse, par l'envie de mourir. Les échanges, socle de la reconnaissance d'autrui, rassurent et développent une relation de confiance, dans laquelle parfois, le professionnel recueille les désirs et les envies de la personne.

Il n'est pas rare d'entendre que les institutions n'ont ni les moyens ni la possibilité par les contraintes réglementaires, de répondre aux besoins et aux habitudes de chaque résident, ce qui est fort compréhensible. Néanmoins, malgré ces limites, les organisations peuvent se centrer sur l'accompagnement individualisé et sur la relation de proximité afin d'œuvrer vers une amélioration de la qualité de vie.

### 2.3.2 La qualité relationnelle

Les professionnels maîtrisent les besoins primaires et essaient d'y répondre au quotidien. Par contre, concernant, les besoins relationnels et psychologiques de la personne âgée, il existe une forte méconnaissance.

Le temps relationnel avec les personnes grabataires et alitées est très insuffisant (estimé par IDE à 45 mn par jour essentiellement au moment des temps de nursing et de repas). Les conditions actuelles et le manque de réseau partenarial ne permettent pas actuellement d'y répondre. Etant dans leur lieu de vie, les résidents bénéficient des rencontres familiales et amicales. Les horaires de visites sont supprimés depuis 2009.

Les familles, comme les résidents, sont essentiellement de Montville ou des alentours. Cependant, peu de liens sont établis avec les familles. Faute de réunions et de rencontres avec la direction précédente et face aux réponses évasives du personnel, certaines ont constitué un cahier dans lequel sont notées depuis près de 2 ans les incohérences et les questions, sans réponses, que la prise en charge suscite. Les constats énumérés par ces familles sont éloquentes : aucun outil n'est à disposition pour recueillir les propos des familles, aucun lieu n'a été aménagé pour privilégier les visites familles, aucun moment d'intimité favorisant les échanges et le partage n'est possible, aucun moment convivial ou festif n'est organisé (pas de repas de fin d'année, de fête des mères ou pères...)

Les familles sont reçues lors de l'admission, et le temps d'effectuer les démarches administratives. Puis les liens s'effritent. Les horaires du service administratifs sont peu accessibles aux familles (9H 16H), ce qui nécessite qu'elles se rendent disponibles. Plus de la moitié des proches sont encore en activité professionnelle. Les visites et les rencontres avec le personnel se font essentiellement en soirée ou sur le week-end.

Un manque de recueil sur le degré de satisfaction, même si le résident reste bien sûr le premier concerné, évince la famille de la place qu'elle occupe auprès de son parent. Les attentes de la famille ne sont pas considérées ni soutenues quand cela est nécessaire (accompagnement à la mort, donner le repas...). Le personnel est peu sensibilisé à la souffrance et aux questionnements des familles, entraînant une méfiance à leur égard et se caractérisant par une fuite face aux demandes. L'absence de projet individualisé accentue d'autant plus ce manque de lien participatif avec les familles. Ces dernières ont un rôle essentiel dans l'élaboration des projets individuels, car elles détiennent avec le résident, l'histoire même de celui-ci.

Néanmoins, les familles sont représentées depuis 1986 au CVS et au CA, un seul représentant famille à ce jour. Les demandes exprimées sont claires et confirmées lors d'échanges informels : les familles souhaitent établir des liens avec les professionnels et s'impliquer dans la vie de la structure (accompagner lors de sorties, animer un atelier, aider à préparer les moments festifs...). Les familles sont très présentes, et très demandeuses de coopération.

### 2.3.3 La qualité d'hébergement

L'amélioration de la qualité de vie se conjugue avec les contraintes collectives et institutionnelles. Néanmoins, l'objectif est de reconnaître l'hébergement en EHPAD comme lieu de vie, en garantissant aux personnes qui y demeurent les mêmes droits qu'au domicile. C'est avant tout lui reconnaître le droit au logement, ce qui sous entend de respecter son intimité, de considérer son espace personnel, de lui laisser le choix d'en limiter l'accès, de préserver ses affaires personnelles, de lui laisser le choix de l'aménager et le personnaliser. Un travail est amorcé en ce sens au sein même de l'établissement pour solliciter la personne avant son arrivée sur le choix de l'aménagement de son habitat (choix des peintures ou tapisseries, meubles personnels ou non..) et respecter lors de son séjour son intimité. La difficulté réside pour les chambres doubles, que nous proposons pour l'accueil-couples. Néanmoins, pour les personnes isolées, la cohabitation peut s'avérer difficile. Il m'est impossible actuellement d'y répondre. Seul un projet de réhabilitation permettrait d'y remédier. Des négociations sont actuellement en cours et une étude de faisabilité de réalisation d'un préprogramme architectural est prévue pour 2014.

Même si les Myosotis ne présentent pas l'avantage d'être attractif par son architecture et son aménagement, j'ai choisi, depuis mon arrivée, d'œuvrer pour la sécurité et le bien être des résidents, en agrémentant le quotidien.

La sécurité :

- Renégociation des contrats de maintenance et de contrôle.
- Le registre de sécurité est désormais conforme aux attentes de la législation. Diverses interventions ont été rapidement planifiées.
- Le changement du Système de Sécurité Incendie, le changement des prises électriques défectueuses et dangereuses sont effectués.
- L'amélioration des conditions d'éclairage est existante.
- Le dégagement a rendu possible l'accessibilité aux issues de secours.
- Une formation incendie a été programmée pour l'ensemble du personnel, y compris et surtout pour le personnel de nuit, afin de les sensibiliser aux risques et à la sécurité, et pour acquérir les gestes adéquats en cas de besoin d'intervention ou d'évacuation.
- Pour la sécurité des résidents, j'ai couvert, en réajustant l'organisation des services de soins et animations, les défauts de surveillance et le circuit de distribution des médicaments. La présence d'une AMP auprès des résidents lors des temps de pause du personnel est dorénavant prévue. Il en est de même pour la distribution des médicaments avec la présence d'une IDE qui les remet en mains propres aux personnes concernées.

Le confort et bien être des résidents :

- aménagement de la salle réfectoire en restaurant
- aménagement de salon famille
- peinture des lieux collectifs
- remise en conformité et sécurité les installations électriques
- remise en état de la terrasse et achat tonnelle et salon de jardin
- changement des literies, et achat ou location du matériel médical adapté.
- Des évaluations par les soignants sont actuellement en cours pour la qualité des changes et du traitement du linge.

#### **2.3.4 L'évolution des besoins**

L'institution doit pouvoir offrir des réponses variées et évolutives aux besoins et attentes des personnes âgées, afin de maintenir leur autonomie. La personne peut disposer de ces prestations selon son libre choix.

Pour cela, il est essentiel de déterminer avec elle ses attentes, ses envies, ses besoins, ses choix, c'est une approche individualisée. Afin que la personne puisse donner un consentement éclairé, elle doit être en possession d'une information claire et précise sur les conséquences de ses choix. Une évaluation régulière (synthèse) permettra de mesurer l'adéquation entre la qualité de services proposés et les réponses mises en œuvre en fonction de ses choix. La traçabilité sur les choix de la personne et sur les actions menées est incontournable pour cette évaluation.

De plus, l'émergence de nouveaux publics (accueil de la génération du « papy boom », personnes âgées handicapées, ou sortant d'une situation de précarité), et le degré de dépendance de plus en plus élevé des personnes accueillies nous amène à revisiter régulièrement les prestations proposées et de s'adapter ainsi aux nouveaux besoins de ces publics (matériel spécialisé, consommation alcool, assouplissement règles d'hygiène, adaptation des locaux...)

L'insuffisance d'activités, et l'absence d'un réseau bénévole ne permettent pas d'offrir des animations pour agrémenter la vie sociale des personnes âgées, et au détriment d'une valorisation et de l'estime de soi. L'ouverture partenariale pourrait contribuer au bien être de la personne (surtout pour les plus dépendantes), et répondre à l'estime de soi par des activités esthétiques, relaxation, gymnastique douce, atelier onglerie, bain détente...

## 2.4 Le respect des droits et libertés.

*« Les personnes âgées dépendantes, parce qu'elles sont particulièrement vulnérables, constituent une population à haut risque, non seulement d'un point de vue de la santé, mais aussi d'un point de vue de leurs droits et de leurs libertés essentielles »<sup>25</sup>*

La notion de respect des droits et libertés des personnes âgées a fait l'objet de réflexions nationales et européennes, qui se sont finalisées par la charte de la personne accueillie. La charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution, adoptée à Maastricht le 24 septembre 1993, confirme le maintien des droits et libertés pour la personne dès son entrée en institution. Ils doivent être respectés, maintenus et reconnus quelle que soit l'état de santé et de dépendance du résident. Les droits fondamentaux inscrits dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme concernent tout citoyen quelle que soit sa situation sociale, son niveau de revenus, son état de santé physique ou mental, son âge.

La charte nationale des droits et libertés de la personne accueillie, dans l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles, stipule le principe de non-discrimination, et précise les droits fondamentaux des résidents : droit à un accompagnement adapté, droit à l'information, principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, droit à la renonciation, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, principe de prévention et de soutien, respect des droits civiques, droit à la pratique religieuse, droit à la dignité et à l'intimité. La loi du 2 janvier 2002 a renforcé la question des droits des usagers en demandant la diffusion et l'application de cette charte.

Cependant, l'appropriation de cette charte par les professionnels est quasiment inexistante, certains n'en connaissent même pas la teneur. Sous couvert de la charge de travail, il paraît impensable pour eux de respecter correctement les droits des personnes. Bien au-delà des conditions de travail, il s'agit d'œuvrer sur des habitudes de travail. Au quotidien, les droits des personnes âgées ne sont pas respectés dans la forme. Malgré une volonté de bien faire pour les résidents, le manque de formation des professionnels, une mauvaise connaissance des textes réglementaires, une non appropriation institutionnelle contribuent à ne pas respecter ces droits.

Un manque de régulation accentue cette situation : absence d'analyse de pratiques et de psychologue, pas de recueil sur les attendues. Par ailleurs, cette situation est accentuée par des personnes âgées pour la plupart dans l'incapacité de revendiquer le respect de leurs droits, des liens avec les familles effrités, pas de représentation participative dans

---

<sup>25</sup> VELLAS P., juillet 1992, *Principes éthiques, législation sanitaire et personnes âgées*, in *Gérontologie et société*, N° 53, p.19.

les instances, des familles parfois axées sur la dégradation de leur proche bien avant le respect de leurs droits, un manque d'information et de communication.

Il est important de souligner que chaque établissement doit se positionner sur les droits et libertés des personnes accueillies. Selon le rapport de M.Debout, la majorité des structures se définissent en tant qu' « *établissement où la bonne volonté des soignants est réelle, mais où le personnel n'a pas pris conscience de la condition d' « objet » dans laquelle est tenu le résident ni des risques subséquents de maltraitance* »<sup>26</sup>. Il est nécessaire de tendre vers une réelle culture gériatrique et de s'inscrire dans une démarche de qualité et de bientraitance. Pour cela, je vais reposer sur les grands principes de l'éthique de l'hospitalité.

## 2.5 L'éthique de l'hospitalité

L'évolution de la société actuelle nous amène surtout à repenser l'éthique à travers la notion d'équité « *le cadre législatif impose à sa société des règles, ses normes qui touchent au droit individuel* »<sup>27</sup>.

A.Montandon<sup>28</sup> pose et renforce l'idée que l'éthique de l'hospitalité est « *une manière de vivre ensemble, régit par des règles, des rites et des lois* ». Elle se caractérise par l'action de considérer l'hôte comme égal à soi-même. « *l'hospitalité est une mise en égalité entre l'hôte accueilli l'hospitus et l'hôte accueillant l'hospes. L'hôte accueillant devra abolir ses propres espaces et accepte que l'hospitus pénètre dans son territoire* »<sup>29</sup>. Cette éthique trouve son origine à travers l'immigration et l'errance, lorsque les personnes sont en recherche de lieux d'accueil.

L'hospitalité repose, alors, sur l'accueil de l'étranger à travers la notion de territoire, de lieu, mais surtout sur une capacité de s'ouvrir et de s'adapter à sa culture, son identité, ses blessures, son histoire, ses besoins : rythmes, éducation, langage, religion.

Depuis 2010, ce concept s'est élargi aux maisons de retraite, partant du postulat que la personne âgée est également en errance dans l'institution : perte de repères, entrée peu préparée, famille en attente, non respect des rythmes et habitudes de vie, perte de liberté. L'EHPAD ne fournit pas seulement le gîte et le couvert, mais a pour objectif d'accueillir la personne dans sa globalité, avec ses particularités et sa singularité.

L'éthique de l'hospitalité contribue ainsi au respect et à la dignité de la personne âgée, en réponse à la démarche qualité définie par les politiques publiques. Elle présente l'intérêt

---

<sup>26</sup> DEBOUT M., 2003, *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, Editions ENSP, p 19

<sup>27</sup> CHOTARD VERNE M., 2011, *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Publibook, p 50

<sup>28</sup> MONTANDON A., 2004, *Le livre de l'hospitalité : accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Bayard, p.6.

<sup>29</sup> CHOTARD VERNE M., 2011, *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Publibook, p 62.



de s'inscrire dans tous les actes de la vie quotidienne : l'accueil, les soins, l'accompagnement, et la vie sociale. Le projet d'accompagnement personnalisé, outil réglementaire, contribue à l'intégration de l'hôte et permet à l'accueillant de respecter les rythmes et les attentes de l'hôte. La relation devient alors individualisée, la liberté et l'intégrité de l'autre sont alors préservées.

La législation œuvre pour que les EHPAD, lieux d'hébergement, deviennent des lieux de vie. L'hospitalité demeure alors ambiguë : qui est l'hôte de qui ? Considérant que l'institution offre un logement à la personne accueillie, le professionnel devrait être, dans une certaine logique, son hôte. Au-delà même de cette nécessaire réflexion, certaines limites se posent : une vie collective, une réglementation sécuritaire de plus en plus présente, des difficultés d'expression et de consentement pour les personnes très dépendantes. Vouloir analyser les pratiques nécessite de s'interroger sur les rôles de chacun face à cette hospitalité. Ce qui suppose une remise en cause de la toute puissance des professionnels et de développer des conditions favorables pour que le résident soit en capacité d'accueillir l'hôte-professionnel. Car il s'agit avant tout d'une relation réciproque, chacun est l'hôte de l'hôte. Mon travail consiste alors à mettre en relation réciproque les résidents et les professionnels. L'hospitalité demande, ainsi, de s'ouvrir à l'humanité, à l'acceptation, à l'altérité, à la tolérance et au recueil des différences.

Des actions spécifiques (CVS, commission, groupes de travail...) contribuent à la démarche participative, socle de la démarche qualité. L'absence partielle de ces instances et le manque de participation des personnes accueillies favorise la toute puissance des professionnels. L'éthique de l'hospitalité prend aussi en considération cette dimension d'épanouissement en préservant le droit d'expression, dans une relation sans domination, sans jugement, sans manipulation.

Le travail mené autour de l'éthique de l'hospitalité s'inscrit inévitablement dans le cadre de la prévention de la maltraitance. Difficile d'aborder les pratiques constatées aux Myosotis à travers la notion de bientraitance ou de maltraitance. Le risque majeur est de se confronter à des résistances importantes des professionnels. Pour eux, la maltraitance s'associe à une connotation négative (juridique et disciplinaire). Il me semble pertinent de ne pas raviver les restes d'un passé douloureux, mais surtout de reconnaître et positiver le travail difficile des professionnels, en les accompagnant vers les bonnes pratiques. Considérant l'état d'esprit, les bonnes volontés, la convivialité et l'ambiance familiale qui règnent au sein de la structure, l'éthique de l'hospitalité me semble être un concept fédérateur et parlant pour les professionnels. Savoir accueillir l'autre, c'est avant tout le connaître, savoir ce qu'il aime ou n'aime pas, lui parler et l'entendre, respecter ses envies, lui faire plaisir. Recevoir, c'est se mettre à portée et faire le maximum pour contenter son

hôte. Pour cela, l'éthique de l'hospitalité insiste sur le professionnalisme et la distanciation nécessaire aux professionnels. « *La prise de conscience des réalités sollicite bien souvent une qualité de discernement et d'argumentation qui relève de la concertation entre les équipes. Les établissements doivent œuvrer pour une concertation éthique adaptée à leurs spécificités* ». <sup>30</sup>. Selon M. CHOTARD VERNE, une réflexion sur l'éthique de l'hospitalité nécessite de prendre du recul, et de remettre sa pratique en question en partageant les différents regards pluridisciplinaires.

La richesse du dialogue permet d'établir un savoir, un savoir faire et un savoir être et d'accepter de renoncer à certaines pratiques et idées reçues pour répondre au bénéfice attendu pour et par l'utilisateur.

Garante, en tant que directrice, du cadre réglementaire et des recommandations professionnelles (L'ANESM prônant également la réflexion éthique des professionnels dans la mise en œuvre de la bientraitance), et des valeurs humanistes définies dans le projet d'établissement, je vais m'attacher à déployer cette éthique au quotidien, par une réflexion régulière sur le respect des choix de la personne, en positionnant le résident ou/et sa famille comme sujet pour l'élaboration de son projet de vie, en permettant aux soignants de s'inscrire dans une dynamique de changement, afin d'intégrer une démarche autour de la bientraitance.

C'est ainsi faciliter l'intégration et l'adaptation des résidents, en développant des pratiques adaptées pour répondre aux besoins des personnes et surtout leur permettre de bénéficier d'un réel chez soi.

## **2.6 Les enjeux d'un changement des pratiques pour garantir la qualité de vie des résidents accueillis en EHPAD.**

### **2.6.1 Les enjeux relatifs au résident**

#### **A). Vers un accueil de qualité**

L'entrée en maison de retraite est toujours une étape difficile et éprouvante. Passer d'une vie à domicile chargée de souvenirs, avec ses propres rythmes, ses propres repères à une vie semi-collective est très souvent désarçonnant pour la personne, d'autant plus qu'elle s'adapte, par l'âge, moins bien au changement. Les résidents déplorent sur un temps relativement long de ne plus être chez eux. Comment favoriser son adaptation et l'appropriation de son nouveau domicile ? L'éthique de l'hospitalité met en avant cette dimension d'être un invité attendu, avec une prise en considération de ses habitudes, ses repères habituels, ses attentes, ses envies, ses rythmes de vie.

Comme stipulé dans la charte des droits et des libertés de la personne âgée, quelque soit son état de santé, la personne doit être préparée et donner son consentement dans la

---

<sup>30</sup> CHOTARD VERNE M., 2011, *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Publibook, p 97.

mesure du possible pour une entrée en EHPAD. La majorité des résidents accueillis aux Myosotis n'ont pas fait un réel choix mais ont fait une demande suite à une perte d'autonomie souvent sous pression familiale. Le choix de la structure est essentiellement lié, non pas aux prestations offertes souvent méconnues au moment de l'admission, mais à des raisons géographiques.

Aucune procédure n'est établie sur l'accueil des personnes, comme si cela se faisait naturellement, sans un besoin de réflexion et de formalisation des étapes à respecter. Jusqu'alors la famille est très souvent détentrice de la décision, elle est présente et se prononce lors de l'entretien avec le médecin coordinateur. Pour moi, la future entrée en institution doit être abordée en présence de la personne âgée concernée, même si selon ses proches, elle ne comprend ou ne se souvient pas de tout. Il s'agit alors de respecter et préserver la dignité de la personne, de la maintenir en tant que sujet quelque soit son état physique et/ou mental.

L'entrée en institution est également la phase de culpabilité la plus importante pour les familles, qui souvent se reprochent de ne pas pouvoir faire plus et ont la sensation d'abandonner leur parent.

#### B).Vers l'accompagnement des familles

La loi du 2 janvier 2002 prône le maintien du lien familial et la représentation des familles au sein des instances institutionnelles. Pour y répondre, il est important de tisser les relations avec la famille dès son arrivée.

Pour la plupart des professionnels des Myosotis, la relation avec les familles est source de méfiance et d'exigences. Selon moi, le concept de l'éthique de l'hospitalité gagnerait à élargir son champ vers la relation aux familles, à la place de chacun. L'approche conceptuelle face aux liens familiaux demeure également relativement négative : absence des familles, infantilisation du parent par une présence excessive, exigences démesurées, présence lors de soins intimes<sup>31</sup>. Cette vision me semble bien simpliste et restrictive. C'est avant tout occulter ou minimiser un droit fondamental, celui de la vie familiale. L'appartenance familiale ne s'arrête pas à l'entrée en EHPAD, la personne doit préserver son rôle social dans cette sphère privée et favoriser la cohésion familiale. L'entrée en institution est parfois l'occasion de fortifier ou de rétablir ces liens familiaux. La relation institutionnelle s'établit entre résident, la famille et l'institution. Chacun a un

rôle précis dans la vie du résident. En aucun cas les professionnels ne peuvent suppléer et remplacer la famille. Celle-ci est détentrice de l'histoire de son parent et peut être une richesse absolue dans l'élaboration du projet de vie. Parfois, par la difficulté du résident à

---

<sup>31</sup> CHOTARD VERNE M., 2011, *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Publibook, p 202.

y répondre, la famille est la seule à pouvoir nous informer des habitudes, des envies, des activités, des traumatismes de vie de son parent. Il va me falloir composer avec une ambiguïté : d'un côté des professionnels méfiants, peu coopératifs, fuyants face aux questions des proches, et de l'autre, des familles, en attente d'un changement d'attitude des professionnels, qui sont mécontentes sur l'accompagnement et qui surtout ont l'impression de ne pas être entendues et considérées. Le « blocage » est perceptible et ne peut perdurer, car il impacte sur le bien-être du résident.

### C) Vers un projet individualisé.

L'éthique de l'hospitalité insiste sur la dimension individuelle de l'accompagnement par les projets individualisés. Les EHPAD, de culture sanitaire, se sont surtout inscrits dans l'élaboration et l'évaluation du projet de soin. Celui-ci, sous la responsabilité du médecin coordinateur et confirmé par le directeur, mobilise toute l'équipe soignante pour répondre à une souffrance, à une maladie. C'est une démarche institutionnelle, fortement tracée (Plan de Soins Individualisés, dossier médical, les grilles GIR) et largement intégrée par les professionnels, qui demande, cependant, à s'élargir.

En effet, cette dimension prédominante : le soin, doit s'inscrire dans un champ global (dimension sociale, culturelle, affective, familiale...) afin de préserver la notion de personne sujet, actrice de sa trajectoire et de l'institution.

Le projet individualisé en EHPAD, conformément aux missions qui lui sont imparties, contribue à en faire un lieu de vie, un lieu où la personne vit, qui ne peut se résumer qu'aux soins (même s'ils sont une composante d'un bien être, d'un mieux être et parfois prédominants pour alléger les souffrances d'une fin de vie) . Le projet individualisé, établi pour la personne, doit se construire avec elle (si cela est impossible, en sa présence, avec son représentant) pour établir ses attentes et ses désirs, en considérant ses capacités physiques, mentales, et sociales, et le degré de faisabilité institutionnelle. Ce projet, formalisé, écrit, évaluable et réajustable est donc unique pour chaque résident. Selon l'ANESM « *le projet permet de poser clairement les termes de la négociation dans l'accompagnement entre le respect de la liberté de choix des personnes accueillies, et la mission de protection des personnes par l'institution.* »<sup>32</sup>.

Selon G Brami <sup>33</sup>, le projet individualisé repose sur le respect du désir des personnes

accueillies, en agréant son cadre de vie et en respectant ses habitudes, sur la mobilisation et le respect des décisions concernant la personne elle-même, sur le développement des capacités individuelles (sociales, le maintien de l'autonomie,

---

<sup>32</sup> ANESM, 2010, *de l'accueil de la personne à son accompagnement*, p.46.

<sup>33</sup> BRAMI G., 2004, *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Berger Levrault, p.99.

physiques, intellectuelles...) et sur l'intégration du résident à la vie sociale de l'établissement, en encourageant les activités culturelles et civiques.

Cette démarche permet ainsi à la personne de s'adapter et de s'organiser au sein de la structure plus facilement, d'être considérée dès son arrivée, et de se projeter dans l'avenir.

L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet de vie sont une action pluridisciplinaire, qui nécessite que chacun prenne conscience de la richesse des regards croisés, aussi bien pour le recueil de données, que pour l'observation, l'analyse et les réflexions. Il s'agit de reconnaître en l'autre sa spécificité et sa complémentarité. Cette valeur rajoutée sera d'autant plus importante que chaque personne accueillie aura des besoins, des envies, des capacités différentes de l'une à l'autre. Cela suppose une dynamique des responsables de pôle et un accompagnement pour ne pas mettre en difficulté les professionnels et, ainsi, évoluer vers une démarche commune et constructive autour et à partir du résident. C'est aussi lutter contre la toute puissance des professionnels, qui, très souvent, décident de ce qui est bien pour la personne âgée sans la concerter. Tel qu'il est défini dans la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet individualisé contribue à la qualité de vie et d'accompagnement, à la personnalisation des actions et au respect des droits et libertés des personnes accueillies.

Cette démarche va également permettre une évolution progressive d'une culture sanitaire prédominante à une culture médico-sociale, avec pour objectif principal de se questionner et de réfléchir au sens même de notre action.

### **2.6.2 Les enjeux managériaux**

Accompagner les personnes âgées devient de plus en plus difficile : une charge de travail en constante augmentation liée à la dépendance croissante des résidents, un manque de reconnaissance de certains résidents, de certaines familles, une dévalorisation sociale, et, aux Myosotis plus particulièrement, un manque d'effectif et de moyens « *Si nous nous préoccupons de la maltraitance des personnes âgées, nous devons conjointement, nous préoccuper de la souffrance des soignants en gérontologie. Des soignants mal traités ont davantage de risques de devenir des soignants mal traitants* »<sup>34</sup>. La conceptualisation de l'éthique de l'hospitalité renforce cette dimension en abordant la nécessité de développer des savoirs faire, savoirs être et savoir agir, afin d'être en capacité de s'ouvrir à l'autre.

---

<sup>34</sup> BADEY RODRIGUEZ C., 2011, *La vie ne maison de retraite*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Albin Michel, p 87  
- 40 - Sylvie LAROCHE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

#### A). La communication

Encourager la verbalisation des professionnels demande des pré-requis en terme de management. Selon A. Casagrande<sup>35</sup>, « *il est important de montrer d'abord aux professionnels que la parole engage et que la parole construit* », ce qui nécessite une écoute et une réactivité de l'encadrement, et surtout toujours donner le sens des décisions. Il s'agit également de s'orienter non plus vers une politique d'information mais bien vers une politique de communication, dans laquelle chaque avis est considéré et respecté. Actuellement, les professionnels des Myosotis s'inscrivent dans une communication d'information, qui se résume essentiellement aux besoins primaires définis par la pyramide de Maslow, sans pour autant en faire le lien avec un changement de comportement ou d'attitude de la part du résident. Il s'agit d'une approche morcelée qui contribue à faire de la personne un objet de soins. L'absence de réunion synthèse ou de bilan entrave la réflexion plus globale sur les autres aspects de la vie quotidienne.

Difficile dans ce contexte de réajuster aussitôt les dérapages (familiarités, non respect de l'intimité, décider et faire à la place de la personne...), qui s'amplifient dans le temps et qui amènent le résident à être déconsidéré.

L'absence de concertation et de décision collective est cruciale. Les réunions de synthèse devraient recentrer les soignants sur les besoins et les attentes de la personne accueillie, en facilitant l'analyse des situations rencontrées. Il est important de leur rappeler leurs missions. L'observation, le recueil de données et le partage sont des éléments incontournables pour l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

#### B). La distanciation

Peu développée en EHPAD, l'analyse de pratiques serait un atout maître pour permettre de verbaliser et gérer les émotions, intégrer la nécessité de distanciation, tout en réfléchissant et oeuvrant pour l'évolution des pratiques.

Travailler en gérontologie, même avec la distanciation nécessaire au professionnalisme, amènent les personnels à partager l'histoire de vie des résidents, à les accompagner sur un temps donné, à tisser des liens, à partager souffrance et fous rires. Ils sont face à une demande très forte des personnes qui se sentent souvent seules. Les professionnels ont un attachement profond aux résidents présents dans l'institution mais aussi pour ceux qui y ont séjournés et qui sont « partis ». Il est indéniable qu'un investissement affectif existe dans les structures, on ne peut pas ignorer leurs émotions. L'accompagnement suscite chez les professionnels des réactions et des ressentis qui demandent à être entendus, pour ne pas les mettre en difficultés. Ceci est d'autant plus important sur des situations ponctuelles les affectant particulièrement (décès, violence physique, agression verbale, injures...). L'équipe encadrante doit également permettre la verbalisation des émotions,

---

<sup>35</sup> CASAGRANDE A., 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, p 33  
Sylvie LAROCHE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

en les respectant et en ne les censurant pas. Parfois, l'intervention d'un tiers (psychologue) peut s'avérer positive.

De plus, une des difficultés d'accompagnement réside dans la subjectivité des pratiques professionnelles, qui sert souvent d'argument pour légitimer des pratiques inappropriées. Parfois, les professionnels, avec une forte conviction, sont persuadés que leurs pratiques sont pertinentes, adaptées et l'imposent au résident. De fait, chaque jour, en fonction du soignant présent, le résident doit s'adapter à une diversité d'actions, avec un risque majeur de dépersonnalisation et d'insécurité. Son attitude va en découler, soit par une sur exigence soit par un retrait relationnel.

Actuellement, aux Myosotis, malgré une forte volonté de mieux faire, les professionnels ne mesurent pas ce que les résidents attendent d'eux, et quels sont les impacts de leur positionnement professionnel sur eux. Les soignants se sentent souvent blessés et incompris quand un résident exprime son insatisfaction, refuse les soins, ou tout simplement refuse d'établir une relation avec eux. Ils le perçoivent comme une atteinte personnelle, sans pour autant se remettre en question. Ils se retranchent alors derrière un sentiment de colère, ou de culpabilité. Il est important que les professionnels fassent face et sachent comprendre ces situations. N. Feil décrit bien ce type d'interactions entre soignant et résident « *Je reçois ce que je transmets* », ce qui laisse supposer que notre propre positionnement induit inévitablement l'attitude de la personne accueillie. Ce qui sous entend de comprendre et de travailler sa propre conduite, sans renvoyer la responsabilité au résident cette difficulté d'accompagnement. Pour éviter ces sentiments de culpabilité, d'impuissance, de déception, l'institution doit amener les professionnels à travailler et à maintenir la juste distance. Actuellement certains soignants se retrouvent en grande difficulté dans cette mouvance professionnelle, qui s'écarte des logiques d'aide et d'assistance, pour considérer les droits des résidents, l'autonomie, la liberté de choix et de décision des personnes, mêmes des plus fragiles. L'enjeu managérial consiste à sécuriser les interventions des personnes les plus agressives et/ou très démentes, mais aussi d'amener les professionnels à se positionner, ce qui nécessite qu'ils aient une capacité de distanciation et d'estime d'eux-mêmes suffisante pour éviter les réactions défensives ou qu'ils se placent en victimisation.

### C) La mobilisation autour de pratiques bientraitantes

Au-delà de la complexité des situations énumérées ci-dessus, il est intéressant de mesurer le rôle majeur de l'encadrement dans cette démarche.

Le positionnement de la direction est un élément primordial, qui se situe sur trois registres :

- savoir poser les règles : la permissivité et les défaillances de l'encadrement sont les facteurs les plus récurrents de maltraitance dans les établissements. La direction doit veiller au positionnement des cadres, garants des bonnes pratiques face aux équipes, et qui, souvent, excusent et font preuve de tolérance sur certaines pratiques. La direction doit faire valoir aux cadres la nécessité d'un rappel plus ferme et régulier dès que les droits des résidents ne sont plus respectés. La situation est d'autant plus complexe aux Myosotis car l'infirmière coordinatrice n'a pas choisi cette fonction, qui lui a été imposée, elle ne s'est donc pas complètement appropriée son rôle et ne souhaite pas être en « porte à faux » avec les soignants. L'adjoint des cadres, faisant fonction précédemment de directrice a plus de crédibilité pour rappeler le cadre réglementaire (signalement, sanctions) mais ne présente pas de crédibilité sur le travail soignant. Dans cette configuration, les professionnels, livrés à eux-mêmes n'ont pas la capacité, à ce jour, de s'autoréguler et d'évoluer dans leurs pratiques.

- mobiliser les équipes autour des valeurs et des projets : les pratiques inappropriées devraient faire l'objet d'une réflexion collective pour les résoudre. Aujourd'hui, je suis plutôt confrontée à un refus d'en parler. Les professionnels s'appuient à nouveau sur l'histoire et font part d'une crainte de représailles. L'histoire, à elle seule, ne peut justifier cette résistance. Les relations entre salariés, les personnalités dominantes, l'intérêt majeur à leur confort de travail, la perception de la vieillesse, la peur d'une perte de pouvoir sont également des éléments à considérer.

Dans une telle situation, je vais devoir conjuguer avec le rappel des règles et tenter de libérer la parole. Cette approche va contribuer à donner du sens au travail, à valoriser les actions positives, à mener une étude plus pointue de l'organisation, des pratiques et des attitudes professionnelles. Les mesures qui en découleront devront être suivies, évaluées et réajustées en fonction du contexte, qui est en perpétuel mouvement.

- favoriser un environnement adéquat : en tant que directrice, j'assume une fonction de veille, de régulation et de gestion des conflits aussi bien auprès des professionnels, des familles que des résidents. Mais savoir observer, entendre et repérer va, aussi, m'amener à faire des choix indispensables pour la qualité de vie au sein de l'établissement, aussi bien pour le confort et le bien-être des résidents que pour améliorer les conditions de travail.

Au-delà du sous effectif important, les professionnels des Myosotis sont confrontés à une organisation non formalisée, qui amène à se demander qui fait quoi. Ce qui complexifie inévitablement la lisibilité du travail, la visibilité des responsabilités et l'identification des autres dysfonctionnements. De plus, les problèmes organisationnels contribuent à des



difficultés de communication entre professionnels et ont facilité les enjeux de pouvoir : une adjoint des cadres s'appropriant la place de direction ( qui s'explique en partie par l'absence de l'ancienne direction) et s'accaparant la gestion budgétaire et managériale de l'institution (planning de tous les salariés, étude et choix des marchés publics et des contrats, évaluation de fin d'année, choix des formations...), une AS ayant refusé une formation d'IDE mais qui s'autorise à occuper partiellement cette fonction (prise de décisions sans concertation avec l'IDE, informations médicales aux familles...), une hôtelière qui intervient sur des actions soignantes (shampooing, installation des appareillages...). Les familles elles-mêmes ne savent pas déterminer à qui s'adresser pour avoir des informations précises. Au-delà du travail de la répartition et de la définition des rôles, je vais sûrement être confrontée à des situations complexes : le positionnement de chacun dans ce flou organisationnel laisse supposer que des enjeux personnels, de pouvoir, de statut, et de capacité à se repositionner ou non vont apparaître.

Les ressources internes, le choix des recrutements, les apports de formation, le développement de compétences sont autant d'atouts pour travailler une organisation adaptée et faciliter ainsi les conditions favorables pour un accompagnement de qualité aux résidents et un bien-être au travail des professionnels. Ce qui m'amène à réfléchir à l'adéquation entre la charge de travail et la faible masse salariale. Une négociation avec les instances de tarification s'avère urgente pour assurer le fonctionnement quotidien et développer l'amélioration de la qualité de vie. En parallèle, les conditions actuelles sont porteuses d'un risque majeur d'épuisement professionnel et d'aggravation du climat social. Impliquer les professionnels dans une démarche d'amélioration de leurs conditions de travail, à travers la mise en place du DUERP, et l'élaboration du plan de formation, va contribuer à faire des choix pertinents, à développer un sentiment d'appartenance et de reconnaissance, indispensables en préalable d'une démarche autour de l'éthique de l'hospitalité. Là, aussi, il s'agit de mobiliser les professionnels dans un engagement constructif face à leurs conditions de travail.

### **2.6.3 Les enjeux relatifs à l'environnement institutionnel**

#### **A). Rétablir les liens avec les instances**

Lors de mon recrutement, les instances de tarification et le conseil d'administration ont formulé sans ambiguïté leurs attentes : maintenir l'ouverture de cet établissement, répondant aux besoins de la population locale et deuxième richesse d'emplois directs ou indirects de la commune. Ce maintien relève inévitablement, comme tout EHPAD, de la signature de la convention tripartite, orientant les institutions à répondre à une amélioration continue de la qualité. La non reconduction de la convention tripartite aux Myosotis, et la rupture avec les instances de tarification ont fortement contribué aux

difficultés budgétaires, managériales et partenariales actuelles. Le financement des EHPAD est associé à l'activité et non à la prestation, c'est pourquoi il bénéficie d'une triple tarification correspondant aux trois activités : hébergement, soin, et aide à la dépendance. Ces tarifs sont arrêtés, dans le cadre de la convention tripartite d'une durée renouvelable de 5 ans, par les autorités de tarification.

Les tarifs hébergement et dépendance sont arrêtés par le Département dans le cadre de la négociation budgétaire engagée à la suite de la présentation du budget prévisionnel. Aussi, la négociation se limite de plus en plus à un taux d'augmentation arrêté annuellement par le Département et l'intégration des mesures prévues dans la convention tripartite. Le prix de journée de la structure n'a pas augmenté depuis trois ans et est un des plus faibles de la région.

Le tarif soins, étudié et validé par les ARS, est destiné à couvrir les charges médicales. En théorie, le directeur peut choisir un tarif de soins partiel ou total. Or depuis 2 ans, la loi de finance de la sécurité sociale, pour des raisons budgétaires, préconise de geler de nouvelles conventions avec tarif global. La signature actuelle d'engagement ne va donc pas permettre un financement au tarif global, pourtant, il aurait permis de détacher quelques marges bénéficiaires par des dépenses contrôlées et maîtrisées.

Les relations avec les ARS et le Département vont permettre de déterminer en commun accord les orientations et objectifs à mener sur les cinq à venir, et les financements à attribuer pour cette sortie de crise. La qualité de vie des résidents et l'évolution des pratiques sont au cœur de ces négociations. Ainsi, j'ai alerté les autorités de tarification sur le manque de moyens financiers, matériels et humains portant préjudice à la sécurité et à la considération des résidents.

Les négociations actuelles pour le renouvellement de la convention tripartite laissent présager :

- Une évolution de la masse salariale soignante avec le recrutement de 3 ASH supplémentaires
- Le recrutement d'un psychologue à 0,5 ETP pour 2014
- L'embauche d'un ergothérapeute pour cette année.
- La qualification par le biais de la formation d'AS de 2 ASH

Les professionnels soulignent leurs difficultés à s'accorder un temps relationnel avec les résidents. Le sous-effectif constant de l'équipe soignante, combiné à une charge de travail de plus en plus lourde, les amène à privilégier l'aspect technique du soin, au détriment de la dimension relationnelle. L'augmentation des effectifs va leur permettre de répondre à ce besoin fondamental et de prendre le temps d'accompagnement relationnel. La volonté et le soutien politique sont incontestables, et ont permis une nette amélioration des moyens mis à disposition. Mais, l'évolution des pratiques, des mentalités ne peut se résumer, selon moi, aux moyens existants (même si un minimum est pré requis). Outre un

management de proximité et une connaissance du terrain, en tant que directrice, je vais m'attacher à communiquer, mobiliser et accompagner les professionnels autour d'un changement vers les bonnes pratiques, conformément au cadre légal et attentes des instances de tarification.

Un autre pôle ressource est incontournable dans une démarche de changement. Conformément au droit du travail, les représentants des salariés et syndicaux font partie intégrante des négociations dans des perspectives de changement. Dans les établissements publics, ces représentants sont présents dans le Comité Technique d'Etablissement, l'équivalent des DP/ CE dans le privé. Cette instance, aux Myosotis, est officiellement existante (2 titulaires et 1 suppléant élus), mais complètement inactive. Après le gel de leurs notations et pour avoir subis multiples réflexions, les représentants se sont affirmés par une contestation permanente face à la direction et par un retrait de leur fonction de représentation. Le bureau de cette instance est fermé depuis plus de trois, et le personnel élu « inerte » : pas de permanence, les heures syndicales non utilisées, rencontres régionales évincées, absence d'affichage, pas de concertation avec la direction, réunion trimestrielle du CTE sans réelle participation.... Les références réglementaires seront souvent évoquées pour expliquer les nouvelles mesures (droit du travail, droit des usagers, loi 2002.2, loi de finances...). Il est nécessaire que les représentants comprennent et intègrent ces lois, afin de les confirmer et de les porter au terrain. Ce sera aussi une aide précieuse quand il faudra mener des mesures impopulaires (récupération heures supplémentaires, couvrir les défauts de surveillance, rôles et fonction...). Ce travail de coopération garantit la protection des salariés, et permet d'envisager une organisation adaptée aux besoins et attentes des résidents. Pour cela, les représentants doivent être identifiés et reconnus dans leurs fonctions par les autres professionnels. La reconnaissance des représentants au sein même de la structure est induit par ma posture : accompagner les représentants, les valoriser, leur orienter les demandes des salariés sur leur champ de compétences (droit du travail, planning, explication du compte d'heures annualisées...), considérer leurs demandes, de positiver leurs actions et interventions, de sensibiliser l'équipe encadrante à cette coopération avec une infirmière coordinatrice sur la défensive et une adjoint des cadres réfractaire (perte de pouvoir ? sensation d'être contrôlée ? ). Après avoir défini avec elles mon intérêt de travailler avec le CTE et rappeler le cadre légal, je vais envisager des axes de travail conjoints entre le CTE et l'équipe encadrante : étude des besoins en personnel, DUERP, enquête de satisfaction des salariés....

Je vais également solliciter le responsable syndical régional pour expliquer, lors d'une réunion d'information et d'échanges, le rôle précis du CTE.

## B). Une ouverture partenariale

S'inscrire dans une dynamique territoriale, telle est la volonté des instances, car les Myosotis fonctionnent plutôt en autarcie. Pourtant son implantation géographique présente de sérieux atouts dont une proximité avec les commerces, les écoles et une association de protection de l'enfance, ainsi qu'un réseau important sur les communes voisines de structures médico-sociales (handicap, précarité, équipes mobiles de gérontologie, de psychiatrie, de soins palliatifs) et des familles montvillaises disponibles et participatives, si une place leur est laissée.

Les ressources ne manquent pas, mais c'est le sens même de l'ouverture partenariale qui est incomprise. Pour les professionnels, le partenariat est source de méfiance, de rejet, de craintes. Dans la situation actuelle d'isolement, de difficultés d'accompagnement de plus en plus spécifique (psychiatrie, soins palliatif, troubles du comportement ...), ils leur est difficile d'envisager les bienfaits d'un partenariat qui permet de partager, d'échanger, d'être guidés, et d'offrir une qualité de services plus appropriées pour les résidents.

Souvent, les salariés se retranchent derrière leur savoir faire et expriment la charge de travail supplémentaire par les changements de pratiques. Bien au-delà des motifs invoqués, les professionnels s'affirment dans une continuité et dans la certitude de leurs pratiques, et ont, par le partenariat, peur de perdre leur savoir et/ou leur pouvoir. Néanmoins, je conçois que *« L'ouverture à des richesses extérieures apporte un potentiel de rencontres, de savoirs et d'inscription dans la vie citoyenne dont il est intéressant de faire bénéficier les usagers. Il est recommandé que les structures recherchent activement les contributions les plus à même de compléter leur propre compétence et savoir-faire »*.<sup>36</sup>

L'accueil de nouveaux publics fait apparaître de nouveaux besoins plus ciblés actuellement sur la psychiatrie et le handicap. N'étant pas formés à de telles spécificités, les professionnels doivent être accompagnés pour savoir appréhender la personne, dédramatiser les situations, pour éviter de générer de l'angoisse, tout simplement pour comprendre et accompagner avec des troubles que nous connaissons peu en EHPAD.

En parallèle, le service médical devra élargir ses conventions d'accueil de stage, jusqu'alors établies avec un lycée professionnel pour la découverte des métiers. Evoluer vers plus de professionnalisme et créer un vivier de recrutements par la signature de conventions de stage IDE, AS et AMP me semble plus pertinent. C'est donner un réel tournant en accueillant des futurs professionnels de statut identique à soi-même et préserver la place de stagiaire par un accompagnement (et non un remplacement de personnel) et surtout par un échange sur les pratiques, avec des approches certainement très différentes.

---

<sup>36</sup> ANESM, 2010, *de l'accueil de la personne à son accompagnement*, p.54

Au-delà du soin, le partenariat est indispensable pour le service d'animation. Une seule animatrice, qui s'attache essentiellement aux tâches administratives, et qui de fait ne peut répondre aux besoins de vie sociale des résidents. Le développement d'une prestation de qualité ne peut s'engager que par l'intervention de personnes extérieures, car, à elle seule, elle ne pourra pas répondre aux différentes demandes. Elle devra plutôt évoluer vers une fonction de coordination du réseau : famille, bénévoles, associations, écoles afin de faciliter les liens intergénérationnels, de croiser des regards différents, et de favoriser les échanges sur les capacités et l'épanouissement des participants.

L'intervention de ces ressources extérieures nécessite une articulation constante entre les observations et l'accompagnement de tous les intervenants. Par conséquent, le rôle et les limites de chacun doivent être clairement définis, et des réunions de bilan doivent être instaurées.

Pour cela, j'ai établi les conventions partenariales en y fixant les modalités, objectifs, et coûts des interventions.

En parallèle, une fiche synthétique des rôles, interventions, complémentarité et attendus de chacun est élaborée conjointement avec l'IDE référente et transmise aux équipes lors des transmissions, ce qui permettra à l'IDE de reprendre si besoin les incompréhensions. Un planning des dates d'intervention et de dates de bilan est également distribué. L'affichage de ces documents se fait en salle de transmissions sur 15 jours avant d'être archivé en salle de soins.

## **Conclusion de la deuxième partie**

Le concept de qualité de vie doit susciter, guider valablement et enrichir les projets institutionnels, induisant ainsi un sentiment d'appartenance, car le professionnel doit

pouvoir s'identifier à l'équipe, mais aussi à l'institution et aux missions qui lui sont imparties.

Aussi, je vais reposer sur la théorie de Francisco Varela, « *l'énaction* », qui définit le changement comme « *un même mouvement : analyse, conception et déploiement* » et qui s'appuie « *sur la créativité des acteurs plutôt que sur la soumission* »<sup>37</sup>. Selon cette théorie, construire ensemble est possible par l'élaboration collective d'actions dont le sens est perçu par le plus grand nombre, par l'adaptabilité des professionnels au contexte mouvant de nos institutions et par la mise en responsabilité des professionnels, en les encourageant dans la réflexion et l'action. Le travail mené autour des valeurs et de nos missions s'avère nécessaire à toute démarche d'évolution. Il est important de repenser l'organisation actuelle et de donner du sens au travail. Même si le constat peut nous amener à parler de maltraitance passive, je vais œuvrer avec une stratégie de contournement. Au vu de l'histoire, et de la volonté des professionnels de faire le maximum dans un contexte difficile, il m'est impossible d'aborder la maltraitance sans prendre le risque de provoquer des réactions vives : méfiance, résistances, opposition, démotivation.... Les événements successifs des trois dernières années ont fortement marqué les salariés, qui se sont soudés dans les épreuves. Je ne souhaite pas perturber davantage cet équilibre institutionnel, qui présente par la convivialité et les solidarités une ressource essentielle au projet. Préserver cet esprit familial dans cette perspective de changement sera déterminant pour garantir une qualité de vie aux résidents. L'ambiance conviviale et familiale de la structure est, selon l'éthique de l'hospitalité, un facteur indispensable à l'hospitalité, pour permettre à la personne accueillie de mieux s'adapter, de s'appropriier les lieux et de s'inscrire dans une démarche citoyenne.

C'est en ce sens que j'ai choisi d'aborder l'évolution des pratiques à travers l'éthique de l'hospitalité, sans occulter la nécessité d'une démarche progressive pour réellement y mettre le sens de la bienveillance.

De plus, conformément à la loi 2002.2, et aux recommandations de l'ANESM, l'usager doit trouver sa place au cœur du processus. C'est bien à partir de la personne, de ses souhaits, de son histoire, de ses envies et de ses besoins que nous évoluerons dans la construction des projets de soins et de vie. Resituer la personne en tant que sujet va permettre aux professionnels de s'intéresser à ses droits, à sa vie, à ses choix, à lui laisser la possibilité de choisir, de s'investir et de respecter ses décisions.

Pour cela, je dois amener les professionnels à changer de regard sur le grand âge. Ils en ont une perception très négative freinant l'accompagnement de qualité, qui demande considération et reconnaissance de la personne accueillie. Cette stigmatisation de ce grand âge est souvent confortée par les propos des partenaires et des familles. Afin de

---

<sup>37</sup> TONNELE A., 2012, *Le changement individuel et collectif*, 3<sup>e</sup> édition, Paris : Eyrolles, p 368

redonner une place sociale aux plus âgés, il est important de mener des actions valorisantes et gratifiantes. La médiation culturelle est un des leviers qui me semble pertinent et constructif. Il y a, à mon avis, un acteur incontournable dans ce processus d'évolution : les familles. Elles doivent occuper pleinement leur rôle auprès de leur proche, par une demande clairement exprimée par les professionnels, par un accompagnement adapté. Il me faut développer la dynamique qui leurs permettra de s'investir.

De plus, l'accès à d'autres pratiques par le biais d'échanges de savoirs et d'expériences, par les apports de formations, par un partenariat établi, favorisera l'évolution vers la professionnalisation, sera vecteur de motivation et d'implication, et assurera les évolutions de carrières. Je vais tout particulièrement m'intéresser, pour l'attractivité institutionnelle, le bien être et la stabilité des professionnels, à mener une politique des ressources humaines

### **3 UN CHANGEMENT NÉCESSAIRE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE EN EHPAD**

#### **3.1 L'éthique de l'hospitalité au service de la qualité de vie.**

Je pense, en effet, que l'éthique de l'hospitalité, avec sa particularité d'accueillir et d'être accueilli, doit nous amener à se poser un certain nombre de questions et d'y trouver du sens : comment nommer la personne à son arrivée, comment lui faire savoir qu'elle est attendue, quelle place donner à sa parole, comment faire avec une personne désorientée ? comment concilier la notion d'être accueilli quand la personne est très dépendante, quelle image nous renvoie la nouvelle personne, comment préserver son intimité, peut-elle personnaliser sa chambre, dit-on chambre, logement ou domicile, qui suis-je face à elle... ? Il s'agit de prévoir des espaces, dans lesquels les regards pluridisciplinaires peuvent se croiser, et dans lesquels il sera possible pour tous de réfléchir, d'analyser et d'intégrer cette dimension éthique. Même si les valeurs institutionnelles sont établies et énumérées dans le projet d'établissement, elles ne sont pas du tout appropriées par les acteurs de terrain. La mise en place de groupes de travail autour de l'accueil de l'autre devra inévitablement inclure un sens commun des valeurs institutionnelles.

##### **3.1.1 L'organisation d'un COPIL et de groupes de travail autour de la qualité de vie.**

Pour cela, il me faut mobiliser l'équipe encadrante, car les responsables de pôle doivent s'approprier le sens de la démarche, avoir intégré les objectifs et être sensibilisés à la démarche afin d'adapter leur posture en conséquence. Ils sont garants des décisions prises et de la bienveillance au sein de l'institution. Ce travail de sensibilisation et de mobilisation s'effectuera par des moments formalisés d'échanges autour de l'éthique de l'hospitalité.

Puis, je vais instaurer un COPIL pour un travail sur la qualité de vie à travers, dans un premier temps, la notion d'accueil, en présence de tous les chefs de pôle, le médecin coordinateur, l'infirmière référente, l'adjoint des cadres, le responsable cuisine, et les représentants du personnel. Ce COPIL doit être fédérateur et mobilisateur pour l'équipe encadrante, en permettant la rencontre des différents corps de métiers et les réflexions communes.

Une des difficultés rencontrées demeure le positionnement de l'infirmière référente, qui n'exerce pas pleinement sa fonction, et jusqu'ici n'en avait pas les moyens, au détriment d'une qualité managériale (planning, plan de formation, accompagnement autour des bonnes pratiques...) et d'une ouverture partenariale (équipes mobiles, centre de



formation...). Je vais prendre le temps de l'écouter, de lui expliquer son rôle, de cerner sa volonté ou pas de s'inscrire dans sa fonction, de rédiger ensemble la définition de sa fonction, de lui proposer un accompagnement et une formation pour l'aider à progresser sur une fonction d'interface. Je vais lui proposer de rencontrer le cadre de santé qui intervient sur l'autre structure que je dirige, afin d'échanger, de se rassurer et d'être guidée dans ses tâches. Son implication, dans ce projet, est d'autant plus décisive qu'il s'agit de modifications substantielles des pratiques soignantes. Lors des COPIL, je vais observer ses réactions, sa participation, et son adhésion.

Les rencontres mensuelles du COPIL permettront de faire le bilan des avancées et des difficultés ou résistances rencontrées, d'échanger sur les actions à venir et vont m'amener à prendre des décisions partagées. Un plan d'actions sera réalisé. Chaque rencontre COPIL fera l'objet d'un compte-rendu, ensuite diffusé aux membres du COPIL mais aussi à tous les participants des groupes de travail qui en découleront. Une réunion sera programmée tous les trimestres avec les salariés afin de faire le point sur les avancées et mesurer le climat ambiant au sein des équipes.. Par la suite, le COPIL se réunira une fois par semestre pour veiller au bon déroulement de la mise œuvre de la démarche qualité et en évaluant ses résultats à partir d'indicateurs élaborés ensemble.

J'envisage d'inclure tous les membres de l'équipe dans ce travail de réflexion sur la qualité de vie en reposant sur l'étape essentielle de l'éthique de l'hospitalité : l'accueil, de sa conception à sa mise en place. Des groupes de travail thématiques permettront à chacun de participer, réfléchir, échanger, et de s'impliquer dans la démarche. Au moment de la réalisation, la mise en œuvre en sera ainsi facilitée. Il me semble intéressant de composer avec les différentes expériences et personnalités des professionnels, et je souhaite m'appuyer sur les propositions qui émergeront des groupes de travail, si celles-ci demeurent en cohérence avec l'évolution des pratiques, et qu'elles soient réalisables et concrétisables.

L'équipe encadrante aura un rôle essentiel dans la mobilisation des professionnels pour s'inscrire dans les différents groupes de travail. Il devra également être vigilant à une répartition équitable des inscriptions. Les groupes de travail seront constitués d'un salarié de chaque service, d'un responsable de pôle, et d'un représentant du personnel. Pour faciliter l'expression des salariés, compte tenu du clivage avec les familles, j'ai fait le choix de ne pas les inclure dans les groupes de travail. Par contre, je vais les recevoir lors d'une rencontre mensuelle afin de cibler leurs attentes et de relier celles-ci au COPIL. De même, elles seront régulièrement informées des avancées des groupes de travail par les rencontres mensuelles et par un compte rendu écrit transmis aux représentants du CVS. Les thématiques définies par le COPIL, à partir des souhaits exprimés par les résidents et leurs familles, seront abordées dans ces espaces (accueil du résident, la pré-admission,

l'entretien d'admission, laisser le choix, la personnalisation du domicile, accueil couple dans les chambres double, la personne de confiance, la loi Léonetti...). Dans un premier temps, j'opte pour la mise en place de groupes de réflexions autour de l'accueil du résident en sachant que l'accueil du stagiaire et du nouveau salarié sera aussi à revoir (cf annexes IV, V, VI, VII et VIII).

L'équipe encadrante me transmettra le plan d'actions envisagé pour mener ces groupes de travail (date, lieu, thème abordé, personnel présent...)

Chaque rencontre fera l'objet d'un compte-rendu qui sera étudié au COPIL et réajusté si besoin. Une charte sur l'accueil du résident sera ainsi élaborée et définira l'engagement des professionnels sur son application. Il est important de mesurer que les impacts positifs doivent revenir à la personne accueillie.

Afin de faciliter l'expression et la verbalisation des ressentis et d'en mesurer la portée pour la personne accueillie, je souhaite mettre les professionnels en situation pour une meilleure perception et qu'ils mesurent par eux-mêmes les conséquences de leurs pratiques. Aussi, je vais faire appel exceptionnellement au psychologue de l'autre structure pour mettre en place des jeux de rôles à partir de situations précises : temps d'accueil trop long pour le futur arrivant, manque d'informations, manque d'accompagnement sur le temps d'entrée, sur le temps des premiers repas, place au restaurant imposée, première toilette, lever et coucher sans considérer les rythmes et l'intimité de la personne.

Pour garantir la mise en œuvre des actions définies, chaque participant du groupe s'engage à être garant des décisions prises et de leur application, en sachant que je repose essentiellement sur l'équipe encadrante, les professionnels volontaires, les nouveaux salariés et le CTE. Le principe d'autorégulation peut ainsi prendre forme. En parallèle, je vais également veiller à faire respecter les décisions d'amélioration, et à reposer le sens de la démarche, en remplaçant les apports pour le résident, à travers les échanges informels, lors des entretiens d'évaluation annuelle, lors des réunions d'information avec les résidents et les familles. En cas de forte résistance, des entretiens individuels seront envisagés.

La communication : La charte sur l'accueil du résident sera, lors de réunion, soumise à l'approbation des représentants des résidents, des familles au CVS, au CTE, puis validée par le conseil d'administration. L'information sur les nouvelles modalités d'accueil doit être connue de tous. Un affichage sera mis dans le hall, et une synthèse de ces documents sera fournie à l'admission.

Dès la charte sur l'accueil du résident validée, une réunion d'information aux résidents, familles et partenaires (tutelles) pour l'expliquer sera programmée et les mesures seront

alors applicables pour les admissions à venir. Pour cela, il est important d'en définir la temporalité, le suivi et l'évaluation.

En parallèle, je vais évaluer l'implication des professionnels à partir de critères quantitatifs (nombre de participants aux groupes de travail, nombre de réunions, temps accordé à l'accueil), qualitatif (degré de participation et de satisfaction, degré d'expression, appropriation du projet, respect des procédures), comparatif (les différences de pratiques pour la phase d'accueil avant et pendant le projet, les retours des résidents, analyse de la phase d'adaptation et du comportement des nouveaux résidents).

Le degré de satisfaction des résidents sera évalué à partir des enquêtes de satisfaction, des échanges informels, lors des réunions famille.

### **3.1.2 L'appropriation des lieux**

L'éthique de l'hospitalité insiste sur la nécessité de bien préparer la phase de pré-admission, l'admission, et d'informer sur les lieux, le fonctionnement, les prestations proposées afin de les rassurer. L'hospitalité, régie par les règles de vie en collectivité, se définit au sein des structures sous la forme du contrat de séjour, du règlement intérieur et du livret d'accueil. Elle pose ainsi les préceptes des conditions d'admission, des conditions de vie et des prestations proposées, tout en protégeant au maximum la liberté et l'intégrité de l'hôte accueilli afin de faciliter son intégration.

Le moment des repas génère également des angoisses : la personne se sent parachutée dans un espace inconnu, dans lequel les résidents ont leurs habitudes et leurs repères. Bien souvent, sa place au restaurant va être déterminée par les professionnels, en fonction de l'espace et de l'organisation. Afin d'être accompagné et rassuré, le nouvel arrivant pourrait choisir sa place, avec une possibilité de changement dans les jours à venir en fonction de ses affinités avec d'autres personnes. L'intégration de la nouvelle personne en sera ainsi facilitée.

L'appropriation de son domicile doit être également travaillée en lui permettant d'aménager et de décorer son espace de vie - meubles, bibelots, choix de peinture...-, mais aussi les espaces collectifs. Pour cela, il est nécessaire de recueillir leurs goûts et leurs attentes, ainsi que l'avis des proches et les conseils des professionnels, qui sont eux-mêmes concernés par l'appropriation des lieux. Au même titre que les commissions menus, je vais constituer pour les résidents, familles et professionnels volontaires une commission « aménagement du lieu de vie ». Cette réunion trimestrielle va être source de réflexions et de propositions pour améliorer le cadre de vie, tout en se confrontant aux contraintes collectives. Au-delà de la considération et de la valorisation de la personne

sujet, ce travail va permettre de faire intégrer les contraintes institutionnelles (normes, budget...) et de faciliter l'intégration des personnes au sein de l'EHPAD.

### **3.1.3 Le projet individualisé**

Le décret 2007-975 du 15 mai 2007 relatif au cahier des charges des évaluations internes et externes des ESMS pose comme indicateur majeur de la qualité, la personnalisation des actions menées et le respect des droits et libertés des personnes, quelles soient leurs situations. Cependant, bien au-delà d'un document officiel, le projet individualisé doit être une ressource pour les équipes grâce aux échanges pluridisciplinaires. Les regards croisés optimisent l'analyse et les propositions d'amélioration pour répondre efficacement aux attentes et aux besoins des personnes accueillies.

Lors de négociations pour le renouvellement de la convention tripartite, j'ai obtenu un 0,5ETP de psychologue pour 2014. Au-delà de ses interventions auprès des résidents, des familles et des professionnels, je vais reposer sur ce nouveau salarié aux compétences requises pour, dans le cadre de délégations, s'assurer de l'élaboration et du suivi des projets individuels.

Dès son recrutement, une réunion d'information programmée pour les salariés et la rencontre mensuelle avec les familles seront l'occasion pour moi de présenter sa fiche de poste établie ensemble déterminant ses missions et d'expliquer le projet individualisé.

En effet, pour réaliser et apprécier la cohérence des projets individualisés, il ne suffit pas de juxtaposer une série d'actions. Les professionnels doivent intégrer que ce projet individualisé devienne la référence commune pour tous, et que, pour répondre aux besoins de la personne, chacun par sa fonction contribue à une cohérence de travail. Cela induit que tous se reconnaissent et se respectent dans des fonctions différentes mais complémentaires.

C'est, alors, impliquer la personne accueillie et/ou sa famille et/ou représentant légal, dans la construction même du projet individualisé. Il sera important d'étudier avec le psychologue les modalités d'information, de consultation, de participation et d'évaluation du projet en présence du résident et, avec son accord, de sa famille. C'est l'occasion de sensibiliser certaines familles aux problématiques rencontrées, de réfléchir ensemble aux réponses adaptées, de prendre fortement en considération l'histoire de vie de la personne âgée transmise et partagée avec la famille, de contribuer à une meilleure communication et ainsi amoindrir les insatisfactions voir les conflits avec les familles, qui demeurent aussi des acteurs institutionnels.

Au-delà d'une démarche participative, le projet individualisé nécessite une écoute et une ouverture d'esprit afin de s'enrichir des autres et se décentrer de sa propre conviction.

En tant que directrice, je vais veiller à la mobilisation et l'animation du travail pluridisciplinaire par le psychologue, en lui proposant un appui méthodologique, si besoin, avec un intervenant extérieur (autre psychologue d'une autre structure). Je vais garantir, en validant chaque projet individualisé, les conditions de faisabilité, la pertinence du projet, la cohérence des actions envisagées et le respect des choix (personne de confiance, volontés liées à la loi Léonetti, religion...) et aux décisions des personnes accueillies. A long terme, j'attends des professionnels un suivi et une évaluation des projets individualisés (planning de synthèses). Dans un premier temps, le psychologue aura un rôle d'accompagnement et de suivi aussi bien pour la traçabilité du projet individualisé que pour le partage des informations, des liens aux familles et pour la programmation des synthèses.

Pour avoir exercé dans des secteurs professionnels (handicap et insertion) où les projets individualisés sont menés depuis bien longtemps, je m'interroge sur le partage et la connaissance du projet individualisé par tous.

Pour éviter toute « possession » du résident, un groupe de travail sera mené sur la notion de référence, qui, inévitablement devra aborder le partage des informations. Néanmoins, dans les faits, comment exploiter cette richesse, respecter le choix des résidents, mais aussi, tout simplement, pour utiliser l'histoire de vie comme levier d'échanges et de relations ?

En partageant avec la Directrice Générale des éventuelles difficultés à faire vivre le projet auprès de tous les salariés, elle me fait part d'une expérience qu'elle a vu au Québec. Les faits marquants sur le passé de la personne accueillie (profession, loisirs, famille, sport...) étaient illustrés, avec l'accord du résident ou/et de sa famille, par des pampilles pendues au porte clef du domicile. Ainsi, par ces symboles, les professionnels avaient de suite une connaissance d'une histoire de vie riche et constructive. Le changement de regard est alors frappant : la personne est, alors, reconnue comme personne sujet. Il me semble intéressant de proposer et de réfléchir en ce sens avec le psychologue, qui sera garant de la démarche d'accompagnement des projets individualisés, qui s'amorcera fin 2013 pour se finaliser fin 2014, afin de répondre aux exigences de l'évaluation externe, et surtout contribuer à un réel changement de pratiques.

#### **3.1.4 Une vie sociale**

Dans le projet d'établissement, il est précisé que les Myosotis offre des prestations d'animation et d'activités afin de maintenir une vie sociale pour les personnes accueillies. Des actions sont en cours pour redynamiser la vie sociale. Dorénavant, et conformément au cadre légal, l'instance CVS est consultée avant chaque CTE et CA. Une réunion par

trimestre est planifiée. Des rencontres avec les résidents et les familles ont permis de redéfinir le rôle des représentants.

Des rencontres mensuelles avec les résidents et les familles permettent de répondre à leurs incompréhensions, de développer des liens entre eux et l'institution, et de recueillir leurs suggestions. Pour désamorcer la situation de clivage actuel, il est important de sensibiliser les professionnels au droit fondamental d'appartenance familiale et positiver la coopération des familles, qui souvent peuvent être une ressource pour les professionnels dans des situations difficiles. Après quelques mois, j'ai demandé aux professionnels d'assister aux réunions mensuelles, car très souvent les familles font des retours positifs sur le travail mené compte tenu du contexte, et modèrent leurs demandes en échangeant avec les professionnels. Pour évincer les résistances face aux familles, j'ai également diffusé le compte rendu écrit des enquêtes de satisfaction des résidents et des familles aux équipes. J'utilise également le cahier de réclamation et de satisfaction sur lequel actuellement les retours positifs et les encouragements sont de plus en plus présents.

La communication, respectueuse de la place de chacun, doit s'établir pour le bien-être du résident, et pour une pertinence et une cohésion des actions menées. Cependant, l'avis de la famille ne doit pas primer sur celui de la personne accueillie quand celle-ci est encore en capacités de décider. Il s'agit de s'inscrire dans une démarche complémentaire, dans laquelle chacun fera part de ses observations, de son analyse et enrichira ainsi la qualité d'accompagnement personnalisé.

De plus, je reçois un mois après son admission, le nouveau résident et sa famille pour un premier bilan sur sa phase d'adaptation, ce qui facilite les relations avec la famille.

L'animatrice en poste participe à toutes ces rencontres. Cependant, ne disposant pas de la qualification requise, elle est, jusqu'alors, sollicitée et reconnue pour sa polyvalence institutionnelle. Intervenant aussi bien pour le standard, le secrétariat, le lien aux familles, ses actions sont dispersées et elle n'arrive ni à construire le socle de la vie sociale, ni à être reconnue dans sa fonction d'animatrice. Les résidents et les familles expriment de forts mécontentements et déplorent le manque d'activités et de sorties. Le problème s'accroît pour les personnes très dépendantes, alitées et isolées, qui ne peuvent plus se déplacer, et pour qui rien n'est prévu. Le réseau partenarial est inexistant et la structure fonctionne plutôt en autarcie. Le service de vie sociale est à restructurer complètement. De plus, pour préserver le respect et la dignité des résidents, j'ai demandé qu'il soit désormais interdit de faire participer les résidents aux activités sans leur accord, il s'agit avant tout de les mobiliser et non de les obliger.

Tout d'abord, je vais reprendre avec l'animatrice sa fiche de poste, pour la recentrer sur sa fonction d'animatrice, et en cernant ses attendues et ses capacités. Peu enclin à

l'animation « basique », elle formule le souhait de s'inscrire plutôt sur une coordination. Ce qui me semble pertinent car une seule animatrice pour 48 résidents ne laisse pas présager un élargissement des actions. De plus, depuis mon arrivée, deux AMP interviennent aussi en animation. Une période de mise en situation d'animatrice coordinatrice est prévue sur 3 mois et sera évaluée lors d'un entretien.

Elle sera chargée de la coordination et du programme animation avec les AMP, de construire le réseau bénévole, de construire les relations aux familles, de faire du lien avec les autres services, de participer aux réunions institutionnelles et de faire vivre le CVS.

Des formations seront envisagées pour 2014 et je l'oriente vers les rencontres départementales trimestrielles des animateurs des EHPAD publics, ce qui lui permet de rencontrer ses collègues du territoire, d'échanger, de se positionner, de tisser un réseau gérontologique et de recueillir des idées d'animations et d'activités.

Afin d'envisager l'ouverture de la structure sur l'extérieur, je lui conseille de rencontrer et de mener des actions communes avec nos partenaires locaux avec lesquels nous avons tissé des liens professionnels (commune, association handicap et protection de l'enfance, bibliothèque, autres EHPAD...) Le territoire présente une réelle richesse associative et culturelle, qu'il nous faut mettre à profit.

Je lui formule aussi une attente particulière à mener avec l'infirmière référente : la mise en place d'un partenariat avec une association de personnes bénévoles, formées à l'accompagnement des personnes alitées et isolées, afin de couvrir le besoin relationnel des personnes « en chambre ». Je la sensibilise à la mise en place d'une commission animation afin de construire, à partir des attentes des résidents, un programme d'animation co construit et validé avec des représentants de résidents et des familles.

Ensemble, ils devront réfléchir aux modalités d'information (affichage, lors des réunions familles, rapport activités, la gazette...), au déroulement des activités et à l'évaluation des projets de vie sociale. Il me sera nécessaire de voir avec elle les moyens matériels à mettre en place : moyens financiers, organisationnels, d'aménagement...

L'élaboration de conventions partenariales, de bénévolat et une charte du bénévole seront aussi à étudier pour que je puisse définir le cadre d'intervention de chacun, les compétences attendues, les modalités d'assurance et l'obligation de discrétion professionnelle. Avant de signer les conventions d'engagement, je souhaite recevoir les personnes bénévoles ou les responsables du réseau partenarial.

La mobilisation des bénévoles, des familles, des partenaires est à encourager non seulement dans l'organisation et l'accompagnement en activités, sorties ou animations, mais également en les impliquant dans la vie institutionnelle.

La dynamique institutionnelle repose sur ces forces vives, et là encore avec la richesse des regards croisés. Le meilleur indicateur d'évaluation sera le degré de satisfaction des

résidents et des familles recueilli à travers les enquêtes de satisfaction, le cahier de satisfaction et de réclamations, les échanges informels, les réunions familles, les retours au CVS. L'aspect quantitatif sera un plus, mais ne peut en soi déterminer l'enrichissement de la vie sociale.

### **3.2 La médiation culturelle : un changement de regard.**

Cette dynamique de changement présente un point de vigilance important : rendre pérenne la qualité de vie dans la structure et préserver la convivialité tout en développant le professionnalisme. Il s'agit de s'inscrire dans un changement fondamental, dont celui du regard porté aux personnes âgées. Le vieillissement et la fragilisation des personnes du grand âge est empreint d'une forte stigmatisation d'un regard apeuré à l'encontre du vieillissement, d'une aliénation à des représentations négatives de la vieillesse, avec quelquefois, une pointe de charité. Travailler auprès de ces publics peut s'avérer complexe, c'est pourquoi, il me semble nécessaire d'œuvrer sur le regard porté sur ces personnes fragilisées.

La médiation culturelle est, pour moi, un levier d'évolution, de renouvellement du secteur médico-social actuel. Non seulement, elle permet aux personnes âgées d'accéder à la culture (pour certaines, c'est une première), mais elle contribue également à l'évolution des pratiques et à une dynamique institutionnelle importante. Au delà de sa fonction de régulation sociale (réappropriation des normes, lien social, proximité), la médiation culturelle remet tout le monde en pensée et en émotions, et surtout change le regard des professionnels sur la personne accompagnée, qui peuvent ainsi mieux l'appréhender et mieux la comprendre. Le schéma départemental seinomarin se positionne fortement autour de l'accès à la culture des personnes âgées et encourage, par son dispositif « culture à l'hôpital » les initiatives des hôpitaux et des ESMS. Je vais donc solliciter le département pour une subvention pour le projet culturel.

Cette dimension culturelle peut se développer à l'interne en proposant des interventions culturelles variées et adaptées (écriture, chant, théâtre, spectacle, création de décors, photographies, chorégraphie) afin de valoriser et d'amener du plaisir aux personnes âgées. L'expérience menée sur l'autre maison de retraite dont j'ai également la direction me semble intéressante. Certains résidents ont écrit un livre à partir de leur histoire de vie, accompagnés par un écrivain. J'ai réussi à établir un partenariat avec une maison d'édition pour le faire publier et diffuser chez de grandes enseignes (c'est une première en France). Sur plusieurs mois, ces mêmes résidents ont préparé la mise en scène de leur livre. Ce fut l'occasion de faire un grand spectacle autour de ce projet, qui a permis à 250 personnes, familles, partenaires, élus, invités, de découvrir avec plaisir un autre aspect des personnes âgées.



Le personnel a aussi participé à cette grande manifestation et s'est impliqué avec plaisir auprès des résidents. Pour la plupart, leur regard a évolué en mesurant que le grand âge n'est pas synonyme de « petite mort ». La personne du grand âge a des ressources et apprécie chaque moment de plaisir. Les résidents se sont attachés fièrement à suivre la presse, à visionner les reportages télévisés et en parlent encore à ce jour. C'est ainsi respecter un réel travail de transmission, et les résidents ont bien mesuré qu'ils ont laissé un peu d'eux-mêmes dans ce livre, qui connaît un succès plus important qu'espéré. L'expérience demande, sous une forme un peu différente, à se renouveler aux Myosotis.

Peu porté par le milieu culturel, le thème du vieillissement était jusqu'alors peu abordé. Par contre, l'année 2013 a mis à l'affiche le vieillissement sous différents aspects : « Quelques jours de printemps », film portant sur le suicide assisté, « Amour » abordant l'accompagnement d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer, « La baignoire » sketch portant sur l'utilisation par la personne âgée d'aménagement dit adapté, conférences sur la qualité d'accompagnement des personnes âgées.

C'est un autre moyen de sensibiliser les professionnels aux problématiques du vieillissement et de mesurer que la personne a encore des envies et des capacités, malgré un quotidien pointé de souffrance, de maladie, d'accompagnement. Il s'agit de mettre en éveil la perception du grand âge et de faire émerger les réflexions. Chaque événement local fait l'objet d'une information aux professionnels, qui sont invités à partager l'événement et le café débat qui en découle. La dernière participation à la conférence de Marie De Hennezel a suscité nombreux échanges de la part des douze salariés présents. En parallèle, une diversité d'ouvrages portant sur des problématiques diverses rencontrées au terrain, est à disposition du personnel et des familles au secrétariat.

Ainsi, la médiation culturelle permet de mener des actions en étroite collaboration avec les résidents, les familles et les personnels et contribuent à l'évolution sociétale à travers le changement de regard. Cette démarche s'inscrit dans la constance et dans le temps. Les impacts se mesurent par les propos tenus sur la personne âgée, sur la profondeur des réflexions au café débat, sur la verbalisation de ses propres émotions, et inévitablement sur l'approche et l'accompagnement des personnes âgées.

### **3.3 Mener une politique de Ressources Humaines valorisante et attractive.**

Une des difficultés majeures dans le secteur médico-social est de pourvoir à certains emplois spécifiques (ergothérapeute, psychologue, médecin coordinateur, infirmière..)

Ce contexte m'amène à agir en développant une politique des ressources humaines attractive : renforcer le sentiment d'appartenance, favoriser les parcours professionnels

par la formation et la mobilité, améliorer les conditions de travail, prendre conscience des possibilités d'évolution, verbaliser et exprimer ses émotions et ses désirs. Ces éléments sont d'autant plus importants pour lutter contre l'usure professionnelle, premier facteur de maltraitance.

N'étant pas soumise à l'obligation d'une GPEC, car la structure a moins de 300 salariés, je vais largement y référer pour mener la politique RH. La démarche GPEC me paraît transférable au sein même de la structure, et est pertinente car elle vise à adapter les emplois aux nouveaux besoins des publics, de l'environnement, de l'institution. Elle assure la cohérence des actions, permet à l'institution de s'adapter à son environnement et d'impliquer le salarié dans ce changement et dans son parcours d'évolution professionnelle. Par son approche d'identification de compétences transversales ou complémentaires, la GPEC contribue au décloisonnement des spécificités qui induit une démarche, de fait, pluridisciplinaire.

### **3.3.1 Les recrutements**

Les effectifs sont les premiers éléments à prendre en considération dans une politique RH. La pyramide des âges est le point de départ d'une analyse contribuant à des actions d'ajustement et d'anticipation des plus pertinentes. Confrontée à une pyramide en forme de vase : majorité de salariés âgés et des salariés jeunes, je vais devoir renouveler les effectifs à court et moyen terme, par les départs en retraite, d'un personnel qualifié (2 IDE et 5 AS). Ce qui laisse présager des opportunités de carrière pour les personnels d'âge moyen ou plus jeune. Néanmoins, ce sont ces séniors qui détiennent en grande partie cette culture de convivialité, d'implication et de vouloir faire mieux. Le risque majeur est de perdre progressivement cette richesse, qui à ce jour, nous permet d'œuvrer pour évoluer, sans pour autant avoir un climat social tendu ou de fortes résistances.

En parallèle, je serais tentée de recruter, pour des raisons économiques, de jeunes professionnels, ce qui inverserait la pyramide des âges avec une masse salariale jeune très élevée. Ce qui en soit pourrait être porteur de dynamisme, d'ouverture au changement, de pratiques plus adaptées, mais poserait le même problème d'équilibre des âges pour les années à venir.

Je vais donc envisager le recrutement de personnel d'âge moyen et favoriser la mobilité dans les classes d'âge les plus représentées au sein de la structure.

Les recrutements à venir vont être massifs : 12 départs en retraite sur les 9 ans, dont 7 avant 2018, une embauche suite aux négociations de la convention tripartite d'un psychologue, d'un ergothérapeute et de 3 ASH.

Ces futurs salariés vont contribuer, par des pratiques différentes, par un regard nouveau, par leur personnalité, au développement des bonnes pratiques. Chaque recrutement sera l'occasion de réduire l'insuffisance de compétences et de qualification pour répondre au

mieux au projet d'évolution. Dans cette perspective, je vais être vigilante sur l'analyse du poste à pourvoir et sur la définition du profil professionnel souhaité.

En tant que directrice, je recrute les postes techniques notamment paramédicaux (ergothérapeutes, psychologue). Pour les postes soignants, je vais associer l'IDE référente, et la former car elle n'a jamais fait d'entretien de recrutement. Ensemble, nous allons définir la description du poste à travers l'élaboration d'une fiche d'étude de poste. Afin de peaufiner la description du poste, je lui conseille de confronter les constats effectués au quotidien avec des informations plus précises recueillies auprès des personnels de même fonction.

Dorénavant les fiches de postes précisent le poste de travail, les responsabilités inhérentes au poste, les principales tâches à effectuer, et les conditions de travail (horaires, astreintes...)

La réussite dans un travail donné ne peut reposer que sur les savoirs et savoir faire. Sans pour autant en assurer toute la garantie, il est important de cibler en parallèle le savoir être afin d'optimiser le recrutement. Une fiche de profil du futur salarié sera construite conjointement avec l'IDE référente afin de repérer les savoirs-être, les formations et connaissances particulières, les expériences professionnelles et de bénévolat.

Cette fiche de profil va me permettre d'être pointue lors des phases de recrutement (étude des CV, entretien, observation). Les entretiens de recrutement pour les soignants seront également menés conjointement avec l'infirmière référente, à partir d'un questionnaire d'entretien. Nous échangerons après chaque entretien, à partir de nos prises de note, pour déterminer les points de force et les craintes face à chaque candidat (cf annexe IX).

### **3.3.2 Le tutorat**

Toujours en concertation avec l'infirmière référente, le choix de « mixer » les équipes en binôme jeune-sénior est en cours. Reposant sur le concept du tutorat des séniors en entreprise, ce choix permet la transmission des savoirs, d'apporter une dynamique par les plus jeunes, de modérer les pratiques inappropriées, d'alléger les contraintes physiques pour les salariés les plus âgés, de confronter les générations. Déjà en cours pour l'encadrement des nouveaux salariés, l'avis et le regard des tuteurs séniors est capital lors d'une possibilité de CDI ou de stagiairisation. Cette démarche est appréciée par tous et valorise les séniors dans leur fonction. Je vais constituer un groupe de travail composé de l'IDE référente, de 2 AS « séniors », de l'adjoint des cadres, d'1 personnel remplaçant d'1 soignant « non sénior » et 1 représentant du personnel pour approfondir cette approche et l'élargir sur la mise en place de binôme jeune-sénior.

Cette ouverture vers le tutorat va également me permettre d'envisager une réorganisation des quarts (roulement des équipes soignantes) afin d'équilibrer la présence des

professionnels volontaires et de fracturer le noyau des plus « résistantes » qui se trouvent actuellement toutes sur le même quart.

### **3.3.3 La détermination des orientations de formations.**

La loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie précise la participation des salariés dans un parcours professionnel à travers le bilan professionnel, l'entretien de deuxième partie de carrière et le passeport formation. Le Code du travail renforce la nécessité de développer un dispositif de gestion des compétences par une logique de parcours de formation et de projets.

#### **A). Les formations internes**

Mettre en place un parcours de formation pour les salariés permet un apport des connaissances pour mener convenablement ses missions. C'est également rassurant pour le professionnel, qui mesure alors la possibilité d'augmenter ses compétences. Les formations peuvent traiter, par exemple, des spécificités du public accueilli (N.Feil, formation Assistant Soins Gérontologiques...), des nouvelles technologies (logiciels, Plan Soins Individualisé...), des normes réglementaires (HACCP...) afin de permettre une meilleure opérationnalité du salarié. Le plan de formation, peu utilisé par les salariés en 2012, a permis de programmer pour 16 professionnels la formation Naomi Feil afin de les sensibiliser au processus de vieillissement, à l'accompagnement des personnes désorientées, et à la distanciation nécessaire à l'accompagnement. Une autre session est prévue pour 2013 pour les autres professionnels.

De plus, ces temps de formation sont l'occasion pour les salariés des Myosotis de rencontrer des partenaires, facilitant ainsi l'ouverture de la structure et le partage d'expériences similaires ou différentes. Depuis trois ans, les demandes sont minimales et peu encouragées : une est liée à une obligation de reclassement, deux autres pour la formation ASG car les agents diplômés bénéficient d'une prime, et deux modules de formation pour l'encadrement d'équipe, dont une par l'infirmière référente qui l'a mal vécue et qui ne l'a pas choisie.

Pourtant, lors des entretiens annuels de notation, les professionnels ne s'opposent pas aux formations continues, et certains mêmes en ont fait la demande sur le plan de formation avec des propositions intéressantes : les transmissions ciblées, les écrits professionnels, les soins bucco-dentaires. Par contre, une forte résistance est largement exprimée concernant les formations qualifiantes même chez les salariés les plus jeunes. Positiver la mobilité et l'évolution de carrière n'a pas ou peu d'impacts. Je suis confrontée plutôt à une forme d'immobilisme, les professionnels se retranchent derrière le manque de confiance en leurs propres capacités, ou par les contraintes liées aux formations. Il en est de même pour l'équipe encadrante.

Pour faire évoluer cette dimension, je mets en place des formations internes, formations à court terme en accentuant l'approche pédagogique et le lien au terrain ( la formation bucco-dentaire, les formations sur les transmissions ciblées ou sur les écrits professionnels demandées par les professionnels y répondent). La formation est alors applicable au terrain et valorise la technicité des professionnels. C'est ainsi donner du sens à l'apport des formations, amener une confiance en soi et positiver les parcours de formation, tremplin pour envisager des formations qualifiantes.

#### B). Les formations qualifiantes

Afin de planifier une prévision des emplois et le besoin en compétences à venir, je vais solliciter pour des réunions de travail hebdomadaires l'adjoint des cadres, l'infirmière coordinatrice, le responsable cuisine et les trois représentants du personnel pour aborder ensemble la gestion des emplois, les parcours professionnels, la professionnalisation et la mobilité.

Concernant la gestion des emplois, il nous faudra déterminer en fonction du tableau des effectifs, et des souhaits de chaque professionnel les mouvements à venir (départ à la retraite, mutation...) afin de les anticiper. Ayant au minimum 7 départs en retraite dans les 5 ans, une réflexion sera menée autour de la promotion interne, et sur la pérennisation des contrats aidés, pour qui une formation qualifiante peut s'avérer nécessaire pour répondre aux exigences d'une éventuelle stagiairisation.

Un tableau récapitulatif des mouvements et des postes à pourvoir sera effectué et diffusé à l'ensemble du personnel par intranet et affiché dans la salle du personnel et au bureau des représentants syndicaux.

Concernant le parcours professionnel, le processus et les outils autour des entretiens de notation, de deuxième partie de carrière et les entretiens annuels de progrès seront étudiés afin d'éviter un surplus d'entretiens et de recueillir les éléments pertinents aux conditions de travail et aux perspectives d'évolution. Les modalités seront écrites et distribuées à l'ensemble du personnel.

Concernant la professionnalisation, il est important de sensibiliser chaque salarié à la formation qualifiante pour préserver son emploi. Actuellement, 2 ASH font partie de l'effectif soignant sous la dénomination AS non qualifiée, ce qui freine la stagiairisation et surtout ne permet pas la pérennisation de l'emploi dans les années à venir. Lors de la signature de la convention tripartite, la négociation a porté sur l'accord d'entrée en formation pour ces deux agents. Les autorités de tarification demandent une régularisation de la situation dans les deux années à venir. Je vais recevoir ces deux personnes et leur soumettre la proposition de formation qualifiante, sinon elles s'exposent à une perte d'emploi, car j'aurai alors l'obligation de recruter deux AS diplômées.

Concernant la mobilité, elle semblait difficilement palpable par tous les salariés. Mais, l'avancement de l'adjoint des cadres en responsable RH a questionné et illustré la mobilité interne. En effet, à mon arrivée, j'ai pu constater que l'adjoint des cadres était identifiée comme directrice. Ayant dirigé la structure sur le temps de direction précédente, elle avait en charge le fonctionnement global de l'institution. Elle avait délégation de signature, de prise de décisions. Les délégations écrites sont floues et ne définissent pas les modalités de contrôle et de responsabilités. Sa position était ambiguë. Référent à son contrat de travail et à son statut fonctionnaire, j'ai revu avec elle le cadre de ses missions et, en parallèle, de mes responsabilités. Je lui ai fait part de ma considération pour avoir maintenue la structure dans un contexte aussi problématique et sans formation particulière. J'exprime le souhait de ne pas la mettre en difficulté et surtout de travailler conjointement car elle détient l'histoire de la structure, la connaissance des salariés, des résidents, des familles, des partenaires. Après un échange sincère, et à sa demande, il fut entendu qu'elle s'investirait sur les ressources humaines. J'ai donc validé son avancement sur le poste de DRH, avec une rémunération en conséquence.

L'avancement de l'adjoint des cadres a été officialisé dans l'organigramme et expliqué lors d'une réunion de service en présence exceptionnellement des représentants syndicaux. Chaque responsable de pôle a repris cette dimension de mobilité à partir de cette situation concrète, qui a satisfait l'ensemble du personnel, qui s'inquiétait de son devenir.

Cette politique et ce travail mené autour des formations et de la mobilité demandent à être relayés par les responsables de pôles, les représentants syndicaux, et moi-même lors d'échanges informels, lors des entretiens, lors des demandes de reclassement.

Chaque année, je validerai le plan de formation, y inclurai une formation collective sur des thèmes précis (2012 : formation N.Feil, 2013 : formation sur les projets individualisés). Le plan de formation est soumis pour validation au CTE, au CVS et au CA.

Lors des entretiens de recrutement, je demande aux responsables de pôle d'aborder dès la première rencontre les possibilités et l'encouragement institutionnel à s'inscrire dans une démarche d'apprentissage continu. La difficulté d'accompagnement autour des formations et de la mobilité va nécessiter une communication précise, et constante.

Je suis d'autant plus attachée au développement de la professionnalisation qu'elle va me permettre d'évoluer vers l'amélioration de la qualité. Les contenus de formation abordent très souvent les bonnes pratiques et la bientraitance. Il me sera plus aisé d'en parler, car les nouveaux salariés ou les personnels internes formés seront sensibilisés à ces notions, sans prendre le risque de heurter le personnel.

Pour sensibiliser et informer les professionnels, je vais solliciter la responsable de formation de la Croix Rouge, qui présentera aussi le cursus de la Validation des Acquis de l'Expérience.

### **3.3.4 Le bien-être au travail**

« *La notion de bien-être au travail se définit comme l'ensemble des facteurs concernant les conditions dans lesquelles le travail est effectué. Elle regroupe la sécurité au travail, la protection de la santé du travailleur, la charge psychosociale occasionnée par le travail (stress), l'hygiène du lieu de travail, l'ergonomie et les mesures prises par l'entreprise* »<sup>38</sup>.

Le Code du travail selon l'article D.4121-5. pose l'obligation pour l'employeur de prévenir les risques psychosociaux et d'assurer la sécurité des salariés.

Depuis janvier dernier, la loi des réformes sur les retraites oblige les directions à mettre en place une fiche de suivi individuel sur la pénibilité au travail. C'est l'opportunité de se saisir d'une obligation légale pour développer une dynamique et une politique institutionnelle concernant le bien-être au travail.

S'intéresser au bien être au travail, c'est avant tout en mesurer les effets qu'ils soient qualitatifs (moins d'absences, donc une continuité d'accompagnement, une gestion plus facile, un meilleur fonctionnement de l'institution), de performance (être reconnue comme une structure dans laquelle il fait bon travailler, donc plus attractive), d'économies (moins de remplacements, moins de frais d'assurance car moins d'arrêts ou d'accident du travail, réduction des charges sociales).

#### **A). L'analyse de pratiques**

Afin de prévenir des risques de maltraitance et d'usure professionnelle, de permettre aux professionnels de s'exprimer, d'analyser les situations qui les ont interpellés, de se distancier, et de se réapproprier une posture professionnelle, j'envisage de planifier une fois par mois une séance d'analyse de pratiques pour l'équipe soignante et d'animation.

La participation à ces séances sera posée à titre obligatoire, afin de sensibiliser tous les professionnels au regard posé sur l'usager, à la place qu'il occupe, au sens du travail, à une réflexion sur les pratiques.

Je vais faire appel à un intervenant extérieur et me garantir à travers l'entretien préalable à la signature de convention, d'engagements précis : il s'agit d'un travail de réflexion à partir de situations concrètes, qui doit permettre de resituer ce qui appartient au résident, ce qu'il produit, et surtout ce que les professionnels ne peuvent pas lui déposséder. La réflexion doit permettre de dissocier ce qui relève de la problématique du résident et le différencier de ce qui appartient à la responsabilité des professionnels.

---

<sup>38</sup> Les cahiers de l'actif, aout 2011, *Les nouveaux ressorts de la GRH dans les organisations sociales et médico-sociales*, p 196.

Sans avoir accès au contenu du groupe d'analyse des pratiques, je reste en éveil face aux retours de l'intervenant sur d'éventuels risques ou faits de maltraitance. Les signes avant coureurs (climat social, épuisement professionnel, incompétence..) seront également soumis à surveillance afin que je puisse envisager une démarche préventive.

## B). Le DUERP

Pour un travail plus en profondeur, je crée avec la RH (adjoint des cadres) la grille de questionnaire du DUERP. Pour ce faire, nous avons référé au classement des facteurs de risques définis par la médecine du travail. L'élaboration des documents de recueil de données et de plan d'actions a été soumis au médecin du travail afin d'avoir en amont son avis.

Une rencontre avec lui nous a permis de recueillir son avis sur la situation des Myosotis. Il confirme que certains symptômes, liés au management précédent, sont à considérer : le manque de dialogue social, le gel des notations entre autre pour les représentants syndicaux, les pressions morales précédentes, les plaintes des salariés sur le manque de reconnaissance, une organisation floue et déstabilisante. Il est rassuré depuis mon arrivée et constate des échanges plus positifs avec les salariés. C'est également une personne ressource, nous travaillons souvent ensemble pour les situations de reclassement ou de longue maladie.

Dans un premier temps, je rencontre les représentants syndicaux pour leur présenter l'intérêt et la démarche choisie, à base d'un questionnaire et de recueil de données sur le terrain. Je leur demande de s'entretenir avec les salariés de chaque service pour cibler les risques psychosociaux.

La garantie de mon soutien est posée, évitant ainsi toutes craintes de pressions. C'est difficile pour eux d'habiter pleinement leur fonction de représentants du personnel, et représentants syndicaux car ils ont subi des pressions, ont vu leur note gelée, et se sont vu supprimer leurs heures syndicales. Considérant avoir des personnes ressources, je les sollicite souvent sur les décisions et situations les concernant. Ils doivent se réapproprier un rôle d'information ascendante/ descendante, avoir des réponses, rassurer les salariés, être source de propositions, et partager la culture institutionnelle.

Pour rassurer sur la démarche, une réunion d'information avec l'ensemble du personnel est prévue pour aborder la santé au travail. Une méfiance naturelle s'est à nouveau exprimée. J'ai rassuré et expliqué que les droits des résidents se devaient d'être respectés, mais ceux des salariés aussi, que la législation posait l'obligation d'y répondre, mais surtout qu'il s'agissait d'une reconnaissance salariale. Dans la mesure du possible, nous prendrons les décisions adéquates pour améliorer les conditions de travail.



Chaque questionnaire sera étudié, suivi d'une analyse des informations recueillies. Pour cela, un groupe de travail est constitué des représentants syndicaux, de la RH, du médecin du travail et de la direction.

Une communication importante sera effectuée sur l'analyse effectuée et sur les pistes d'actions qui en découleront auprès des salariés. Une réunion d'information avec la direction y contribuera, mais les chefs de pôles, les représentants syndicaux, le médecin du travail et la RH auront également un rôle essentiel dans le partage et l'information. Il sera important d'établir des pistes d'actions réalisables et perceptibles, afin de ne pas ternir cette démarche participative, qui pourrait rester sans suite. Il s'agit de s'imprégner de la démarche : la santé au travail constitue en soi « le vécu au travail », ce qui amène les professionnels à réfléchir à leur condition de travail, et de fait, cela crée des attentes de changement, notamment dans le secteur gérontologique où le travail est, au quotidien, de plus en plus complexe et difficile. Solliciter la participation des salariés nécessite d'entendre leurs revendications, de considérer leurs propositions d'actions, d'y apporter des réponses positives ou négatives cohérentes. La mise en place du DUERP doit être, à mon sens, l'opportunité pour les professionnels de s'approprier la connaissance de leur environnement et de favoriser ainsi la démarche de changement.

Le DUERP sera transmis au médecin du travail, mis à disposition au service administratif, soumis au CVS et au CA, afin d'approuver les orientations qui en découleront.

Chaque année, le DUERP sera évalué et requestionné. L'amélioration de la qualité du service rendu en dépend.

### **3.4 L'échéancier**

Planifier les actions à mener dans les semaines, mois à venir est relativement délicat car la périodicité des actions dépend de l'avancée des négociations avec les instances de tarification. La signature de la convention tripartite a mis un temps plus conséquent que prévu. Même si certains accords ont été prononcés, elle n'est toujours pas signée à ce jour. Néanmoins, certaines avancées ont eu lieu ou sont en cours, car elles ne nécessitent pas ou peu de moyens supplémentaires : enquête de satisfaction, rencontre famille, convention bénévoles et partenariales, amélioration de l'habitat et de certains lieux collectifs...

La démarche d'amélioration de la qualité de vie demande des évaluations régulières. Pour peaufiner et ajuster l'évaluation interne de 2011, une nouvelle évaluation interne est programmée pour la fin d'année 2013, avant l'évaluation externe de 2014. (cf annexe X).

### 3.5 L'évaluation de l'amélioration de la qualité de vie

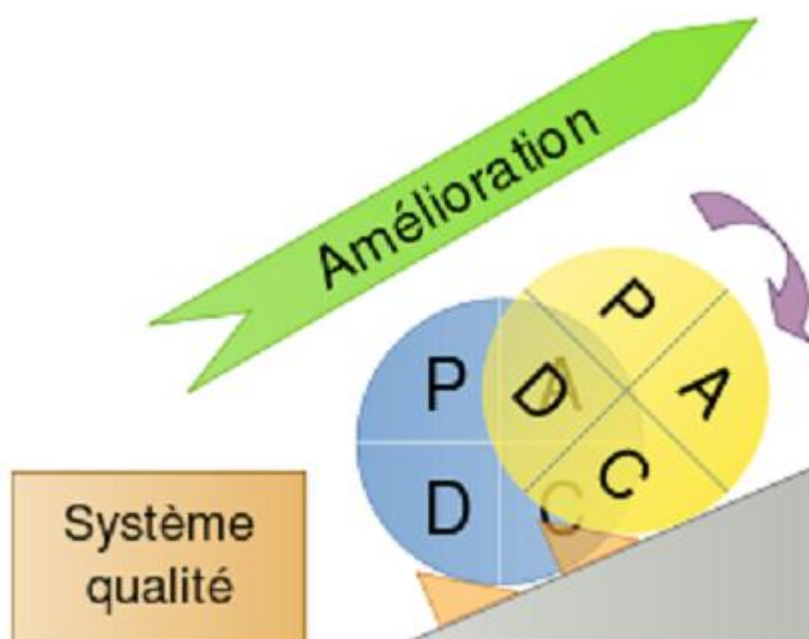
Selon la norme Iso, l'amélioration continue est définie comme l'activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux besoins et attentes formulés. La roue de Deming est la méthode de référence de l'amélioration continue de la qualité.

Elle est composée de quatre étapes :

- Le P (le Plan) qui équivaut à la planification du projet
- Le D (le Do) qui correspond au développement du projet
- Le C (le Check) est la phase de contrôle
- Le A (le Act) est le réajustement de ce que l'on a fait, en fonction des résultats.

La roue de Deming présente une symbolique forte par schématiquement, une cale sous la roue. Ce qui sous-entend que la démarche d'amélioration continue ne peut qu'évoluer.

L'amélioration continue est un cycle sans fin qui interagit tout au long du processus d'amélioration.



En accord avec la roue de Deming, je vais m'attacher à :

- Planifier les actions à mener. Je vais en définir le cahier des charges : actions et coûts, établir un planning et mobiliser les acteurs

- Faire en établissant et mobilisant sur la construction et la mise en œuvre des actions à mener, en consentant à « l'essai-erreur ».
- Vérifier que les ressources mises en œuvre dans les étapes précédentes et les résultats obtenus correspondent bien à ce qui a été prévu dans la planification.
- Agir en réajustant les écarts constatés et en recherchant des pistes d'améliorations. Un nouveau projet verra ainsi le jour, donc une nouvelle planification à établir.

Cette évaluation repose sur un système avec des procédures claires et accessibles, des audits réguliers, une connaissance des besoins.

Pour cela, je vais m'appuyer sur différents indicateurs, énumérés pour chaque action à mener dans cet écrit, pour apprécier une situation donnée dans le contexte institutionnel.

L'évaluation quantitative va me permettre de mesurer l'évolution de la situation d'une année sur l'autre, ou d'un instant T à un autre. Mais cet indicateur, même en étant clair et précis, demeure très restrictif.

L'indicateur qualitatif est celui qui est le plus parlant, celui qui présente le plus de sens, car il est recueilli auprès des bénéficiaires du projet (résidents et personnels). Il ne peut se résumer qu'à un simple constat, ce qui amène, inévitablement, l'institution à réagir. Cet indicateur qualitatif présente l'avantage de mettre en mouvement : réactions-réflexions-actions-évaluation.

### **Conclusion de la troisième partie**

Compte tenu du contexte bien particulier aux Myosotis, il y a un réel besoin de changement afin de garantir une qualité de vie aux résidents.

Pour amorcer cette amélioration de la qualité de vie, j'ai choisi d'œuvrer, dans un premier temps, sur les fondamentaux. Un travail consistant est mené autour des valeurs à partir de l'éthique de l'hospitalité permettant ainsi de s'intéresser à l'accueil des personnes. Reconnaître l'autre avec ses différences, son histoire, ses envies, ses besoins est une des composantes des besoins de tout individu. Cela induit de poser un regard objectif et positif sur la personne. La médiation culturelle m'a semblé être un levier intéressant pour faciliter les changements de regard. De plus, une autre dimension managériale demeure incontournable : développer une politique des ressources humaines attractive et enrichissante pour les professionnels actuels et futurs.

J'ai pleinement conscience qu'il s'agit d'une étape d'un processus, qui s'inscrit sur du plus long terme.

## Conclusion

L'évolution des pratiques, afin de répondre à cadre réglementaire et aux recommandations de l'ANESM demande un travail en profondeur aussi bien auprès des professionnels que des résidents. Dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la maltraitance, l'ANESM précise que la maltraitance, sous toutes ses formes, est l'atteinte la plus grave à la dignité de la personne. Il en est de la responsabilité des directions et des équipes encadrantes. Au-delà d'une grande vigilance, il est important de mesurer et d'agir aussi sur les maltraitements dont certaines sont induites par les logiques institutionnelles, par la négation de la personne, par omission, sans réelle prise de conscience.

La situation aux Myosotis pourrait se définir ainsi : des maltraitements passives, que nous ne pouvons banaliser, liées à un contexte de connaissance restreinte, par manque de formation, par un personnel en sous effectif constant, par une méfiance institutionnelle, par un travail méconnu et difficile qui, en soi, présente déjà un risque de maltraitance. Il est donc important de modifier le rapport à la personne accueillie et à l'institution. Pour cela, il est nécessaire de développer une culture d'appartenance, avec pour appui essentiel, les valeurs institutionnelles. Peu appropriées par les professionnels, elles sont pourtant le socle commun de l'institution et la garantie d'un travail de qualité. Ces valeurs humanistes, travaillées lors du projet d'établissement, doivent être constamment rappelées car il s'agit de fondamentaux. Je vais relier ces valeurs à un travail sur l'éthique de l'hospitalité qui va amener les professionnels à réfléchir et œuvrer pour accueillir la personne, en considérant qu'elle est attendue et qu'elle demeure chez elle. Cette perception renvoie à la place de chacun, et surtout permet de modifier les pratiques actuelles caractérisées par la toute puissance des soignants. La personne âgée doit retrouver sa place et son statut de personne sujet. Le regard posé sur la personne âgée, d'autant plus quand elle est désorientée, ne peut évoluer que par la connaissance du cheminement du vieillissement. Les formations, non seulement vont permettre des apports de connaissance mais vont aussi contribuer à la culture d'appartenance par les réflexions et les actions collectives. S'enrichir pour mieux agir, c'est classiquement les formations, l'implication des salariés dans des groupes de travail. Cela est nécessaire bien sûr, mais peut se compléter par une approche plus atypique : la médiation culturelle. Peu développée dans notre secteur professionnel, elle permet de sensibiliser avec un sentiment d'empathie sur des situations particulières afin de modifier nos représentations. Elle présente l'avantage d'être accessible et attrayante par tous, résidents, familles, professionnels, mais aussi partenaires, élus, bénévoles. Participer et regarder un spectacle semble naturel, et pourtant le regard porté sur le sujet que ce soit l'acteur

(résident, professionnel) ou le sujet (l'amour, la maladie, la mort, le suicide) nous amène à réfléchir sur nos propres conceptions. Car avant tout modifier notre regard demande à positiver nos actions, notre accompagnement et surtout se distancier des situations qui nous affecte particulièrement. L'analyse des pratiques va permettre aux professionnels de s'exprimer et de se repositionner.

La professionnalisation est un atout dans le cadre d'une politique de changement vers les bonnes pratiques. Néanmoins, les freins sont importants et nécessiteront sûrement un travail sur du moyen et long terme. Les départs en retraite dans les années à venir vont contribuer à la dynamique de changement par le recrutement de nouveaux professionnels, qualifiés et à distance de l'histoire institutionnelle.

Un travail de coopération avec les représentants syndicaux devrait avoir des impacts sur la mobilisation des professionnels pour les formations et la mobilité. Ils ont également un rôle capital dans la construction du DUERP, qui est un réel levier au changement, même si la démarche a surpris les salariés.

Ces approches, contribuant à une culture d'appartenance et à l'évolution des pratiques, reposent sur une dimension partenariale, qui facilite ainsi l'ouverture de la structure vers l'extérieur.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages consultés :

- AMYOT JJ, 2013, Prévenir et lutter contre la maltraitance, Paris, Dunod.
- ANESM, 2010, De l'accueil de la personne à son accompagnement.
- ANESM, 2012, La qualité de vie en EHPAD.
- BADEY RODRIGUEZ C., 2011, La vie en maison de retraite, paris, Albin Michel.
- BILLE M. GALLOPIN C. POLARD J., 2012, Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse, Paris, Eres.
- BRAMI G., 2004, Le nouveau projet d'établissement des EHPAD, Paris, Berger Lavrault.
- CARADEC V., 2010, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris, Armand Colin.
- CASAGRANDE A., 2012, Ce que la maltraitance nous enseigne, Paris, Dunod.
- CAUDERON J.M. CHARLOT V. GUFFENS C., 2007, La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables, Paris, Territorial Editions.
- CHOTARD VERNE M., 2011, L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite, Paris, Publibook.
- DEBOUT M., 2003, Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, ENSP.
- DE HENZEZEL M., 2008, La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller, Paris, Robert Laffond.
- EVA FHF, 2002, manuel d'évaluation de la qualité des EHPAD.
- FRANCE ALZHEIMER AFDHA, Ministère de la santé et des Solidarités, 2007, Alzheimer et l'éthique en question, recommandations, Paris, DGS.
- HIRSCH E., 2012, Fins de vie, éthique et société, paris, Eres.
- KLERK RUBIN V., 2010, La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles, Rueil malmaison Lamarre.
- LOUX F., 1982, Vieux et jeunes dans la société rurale française à la fin du XIXème Siècle, Lyon, Presses Universitaires.
- MONTANDON A., 2004, Le livre de l'hospitalité, accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures, Paris, Bayard.
- PRIOU J. DEMOUSTIER S., 2011, Institutions et organisation sociale et médico-sociale, paris, Dunod.
- TONNELE A., 2012, Le changement individuel et collectif, paris, Eyrolles.
- VERCAUTEREN R., 2009, Directeur d'établissement pour personnes âgées, Paris, Doc Edition.

Revue consultées :

Gérontologies et société N° 53 et 55.

Les cahiers de l'actif, août 2011, Les nouveaux ressorts de la GRH dans les organisations sociales et médico-sociales.

Direction, le mensuel des directeurs du secteur social et médico-social, mars / avril 2013,

Un EHPAD soigne la formation de ses agents.

Directeurs mai / juin 2013, colloque AD-PA.

EHPAD magazine, N° 14, Les évaluations internes et externes.

Site Web consultés :

[http://www.toupie.org/service\\_public.htm](http://www.toupie.org/service_public.htm).

<http://www.vie-publique.fr/découverte-institutions/administrations>.

Participation aux conférences :

REGUER D., Les risques du vieillissement, in CLIC Repérage, Elboeuf, novembre 2011.

DE HENZEL M., Apprenons à mourir, in La toile aux Halles, Rouen, novembre 2012.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Situation géographique

Annexe II : Organigramme des Myosotis

Annexe II : Compte - rendu du CVS de novembre 2012 sur l'état de situation des Myosotis.

Annexe III : Analyse des enquêtes de satisfaction de décembre 2012.

Annexe IV : Désignation d'une personne de confiance et des directives anticipées

Annexe V : L'accueil du résident

Annexe VI : L'accueil du nouveau salarié

Annexe VII : L'accueil des stagiaires

Annexe IX : Grille d'évaluation des candidats

Annexe X : Echancier

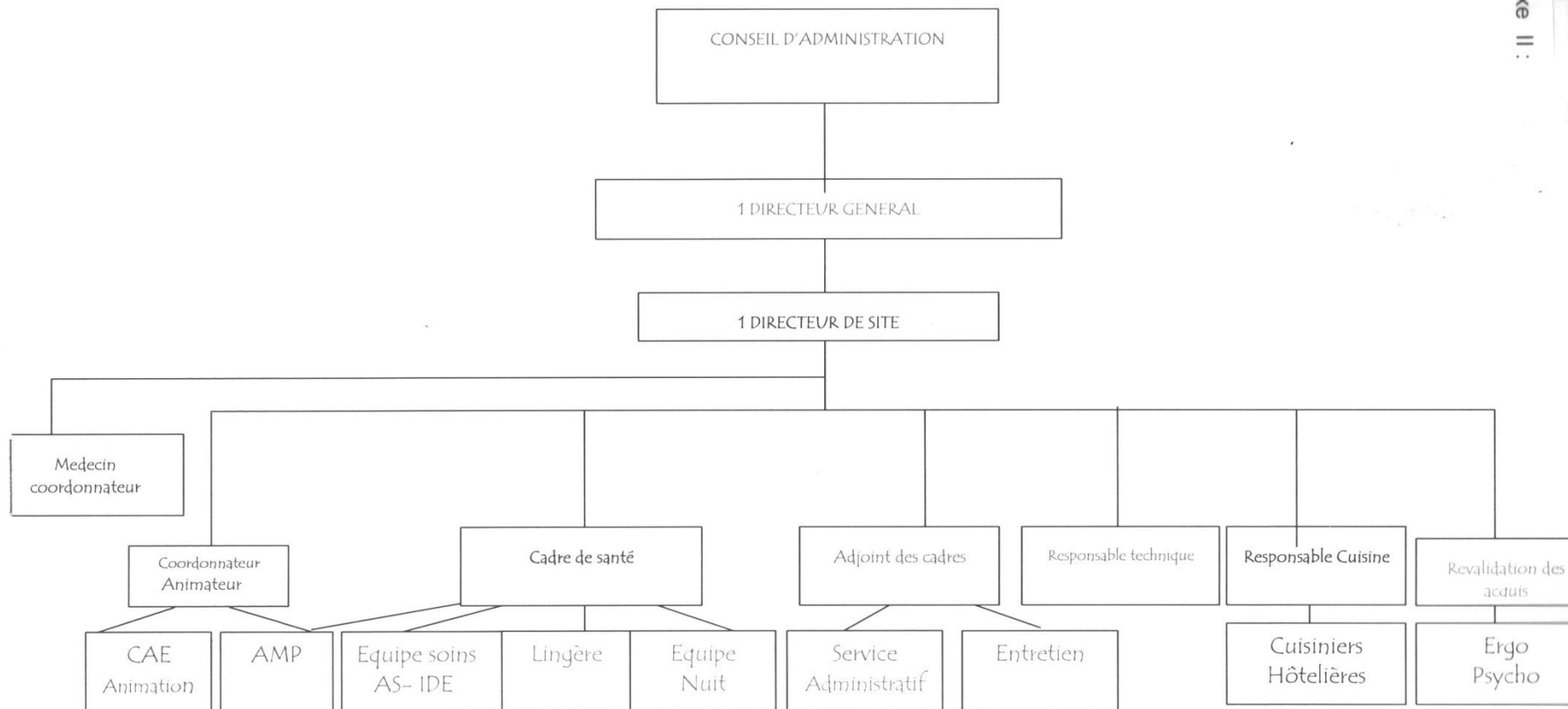


## Annexe I : Situation géographique



## ORGANIGRAMME DES MYOSOTIS

Annexe II :



III

- E C , adjoint finances sur NDB, assure ses fonctions financières sur un poste transversal entre les établissements de Montville et Notre Dame de Bondeville
- H H , adjoint des cadres sur Montville, assure ses fonctions DRH sur un poste transversal entre les établissements de Montville et Notre Dame de Bondeville

## Compte-rendu du Conseil de la Vie Sociale

### Séance du Mardi 06 novembre 2012 à 10 h

Personnes présentes :

- Madame M -M- M -P- Directrice
- Madame Laroche Sylvie Directrice de site
- Madame M Stéphanie Coordonnatrice Vie Sociale

Représentants des résidents :

- Mme L Nicole (Présidente)
- Mr T Jean Louis
- Mr T Charles
- Mme L Jocelyne

Représentants des familles :

- Madame C Famille Mme J

Représentants du personnel :

- Madame Q Elisabeth Infirmière Référente
- Madame M Dominique Aide Soignante

Représentants du CA :

- Monsieur L Michel Membre Conseil d'administration

Personnes excusées :Représentants du CA

- Mme C Marie-Paule Membre Conseil d'administration
- Mr M Gilbert Membre Conseil d'administration

## Approbation du procès-verbal du 25 avril 2012

Madame L Nicole, Présidente du conseil de la vie sociale, demande aux membres s'ils ont des objections, oppositions ou abstentions concernant les différents points du dernier procès verbal. Les membres approuvent à l'unanimité les termes du procès-verbal du 25 avril 2012.

## Election représentant des familles

Suite au départ de Mr C , membre du CVS en tant que représentant des familles, une nouvelle élection devrait avoir lieu. Mme M propose de ne pas refaire d'élection mais de proposer aux familles qui le souhaitent de participer aux réunions du CVS afin d'avoir des représentants des familles suppléantes.

## Restauration

Rupture du contrat avec la société de restauration API à partir du 15 décembre. L'établissement souhaite un retour à l'autonomie dans le choix de ses denrées alimentaires. Cette décision permettra de diminuer les coûts et d'avoir une meilleure qualité dans les repas. Ceci demandera une nouvelle réorganisation de la cuisine lors ces prochaines semaines. Reprise des commissions des menus à partir de janvier 2013. Il est demandé un minimum d'indulgence sur la période de transition, car quelques « ratés » peuvent subvenir.

Départ en retraite du cuisinier, Mr Jean-Jacques V au 31 décembre. Mr H , responsable cuisinier, prendra sa place à mi-temps entre l'établissement de Montville et de Maromme.

## Tisanerie

Arrêt du contrat avec la société LYOVEL qui nous fournit les machines à café des deux étages et de la salle à manger. Cette rupture est liée au coût trop élevé. Un groupe de travail se réunira le 22 novembre avec le personnel, les familles et les résidents afin de discuter du nouveau fonctionnement des tisaneries.

## Rencontres trimestrielles avec les familles

La prochaine réunion avec les familles aura lieu le 19 janvier 2013.

## Registre des plaintes et satisfactions

Pour rappel, un registre des plaintes et satisfactions est à disposition des résidents et des familles dans le bureau d'accueil. Mme M et Mme Laroche sont satisfaites que celui-ci soit régulièrement utilisé, ceci nous permet de répondre aux attentes des familles et résidents plus rapidement.

## Enquête de satisfaction

Une enquête de satisfaction a été remise aux résidents et aux familles dans le but d'améliorer nos prestations. Mme Laroche rappelle que cette enquête est obligatoire et qu'elle sera transmise chaque année. Elle a surtout l'avantage de cerner les besoins et les attentes afin de définir les actions à mener pour y répondre.

Etablissement Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes  
BP 21 Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 – FAX : 02 35 33 54 39 – E. Mail ehpap-les-myosotis@wanadoo.fr

## Convention tripartite et problèmes financiers

Un point financier a été réalisé à fin octobre de cette année qui montre que les crédits budgétaires ne permettent pas de payer les salaires et les primes de décembre prochain.

L'établissement subit plusieurs facteurs très pénalisants ;

- est en grandes difficultés financières
- en renégociation de la convention tripartite depuis 2012
- a une dotation de soins sous évaluée
- cumule des déficits sur plusieurs années que nous devons reprendre à chaque exercice sans qu'on nous accorde une augmentation de prix de journée significative pour y faire face (augmentation de 0.70 centimes par jour et par résident de 2011 à 2012)

Les équipes ont fourni beaucoup d'efforts, certains services ont été restructurés, des contrats ont été renégociés, d'autres supprimés, l'établissement a en moins un demi poste de directeur, un travail d'équipe avec la trésorerie permet un recouvrement rapide des recettes.

En parallèle, les problèmes de sécurité obligent à souscrire des contrats obligatoires qui n'ont pas été contractés.

Monsieur M et Madame M ont rendez-vous lundi 12 novembre avec la vice présidente du Conseil Général chargée des personnes handicapées et personnes âgées, Caroline D., pour exposer la situation de l'Ehpad Les Myosotis.

## Budget prévisionnel 2013

Nous attirons l'attention des personnes âgées et leurs familles, des administrateurs, des personnels et des autorités de contrôle sur le fait que le budget prévisionnel 2013, comme par ailleurs ceux des années précédentes, a été établi en tenant compte des augmentations estimées compatibles avec les choix économiques de notre pays et sous la contrainte des hausses tarifaires jugées acceptables par les autorités de tarification (État et Département).

Il ne permet donc de satisfaire que partiellement aux exigences de la législation et de la réglementation en vigueur dans notre secteur d'activité et notamment sur la prise en charge globale et sécurisée des personnes âgées.

En dépit des efforts de l'ensemble des équipes, nous tenons à insister sur le fait que le niveau de la qualité des prestations offertes doivent être sans cesse rapporté au nombre de personnels présents pour accompagner les personnes âgées.

### **CONTEXTE**

Rappelons que l'EHPAD « Les Myosotis » de Montville accueille 48 résidents et comptabilise à ce jour 29.04 Équivalent Temps Plein (ETP).

L'EHPAD rencontre de nombreuses difficultés qui se majorent au fil des années. Les deux points les plus inquiétants sont d'ordre sécuritaire et financier.

*Sur le plan de la sécurité*, le SSI et les ascenseurs sont régulièrement en panne et la vétusté ne permettra pas toujours de réaliser des réparations. De ce fait nous nous posons la question de remplacer le matériel...

*Sur le plan financier*, l'EHPAD a cumulé depuis plusieurs années des déficits importants (plus de 160 000€) et parallèlement, il rencontre des difficultés de recouvrements sur certains dossiers

Etablissement Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes  
BP 21 Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 – FAX : 02 35 33 54 39 – E. Mail ehpad-les-myosotis@wanadoo.fr

que nous avons commencé à régulariser mais certaines dettes sont mises en non valeur. De plus l'EHPAD rencontre des problèmes de longs arrêts de travail ainsi que le cout des assurances qui a été multiplié par deux (+ 20 000€).

La première convention tripartite est caduque depuis 2009 et n'a fait l'objet d'aucun avenant. Le tarif soins de l'établissement est en partiel sans Pharmacie à Usage Interne (PUI). Depuis le début de la convention tripartite, la population accueillie à beaucoup changé (GMP à 706 à ce jour et PMP à 159) et les normes qualitatives et sécuritaires sont de plus en plus importantes. L'établissement est en cours de négociation de sa deuxième convention tripartite au moment de l'élaboration du budget.

Enfin, le poste à mi-temps de directeur est vacant depuis octobre 2011. Pourvu par un premier directeur en intérim d'octobre à décembre 2011 et une deuxième directrice intérimaire qui occupe le poste depuis janvier 2012.

La gestion d'un établissement en aussi grande difficulté, dans un contexte d'intérim, est difficile. Toutefois, le rapprochement, via cette direction intérimaire, en l'occurrence par la directrice de la communauté établissement « Le Trait d'Union du Cailly », qui regroupe les EHPAD de Maromme et Notre Dame de Bondeville, a permis de « profiter » de l'équipe de direction constituée sur cette communauté.

Le budget prévisionnel est élaboré au regard du diagnostic porté sur la structure à ce jour et ne présage pas des constats futurs dans l'établissement.

Il est réalisé afin de faire fonctionner à minima la structure dans les règles qualitatives requises à ce jour. Il devrait permettre d'assainir la situation financière et de retourner vers un équilibre budgétaire.

Toutefois, il n'intègre pas les amortissements et frais financiers liés à des travaux de mise aux normes et d'extension qui s'imposent à l'heure actuelle, ces travaux nécessitant un plan de financement qui n'est envisageable que dans un contexte financier assaini. Cette situation est portée à la connaissance du Conseil d'Administration et des Autorités de Tarification qui doivent se positionner.

Le passage en tarif global a été sollicité dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite mais n'est pas prévu dans le contexte actuel.

Cette formule aurait permis de dégager des crédits supplémentaires et de moins impacter le prix de journée.

Séance levée à 12h

Présidente de Conseil de Vie Sociale  
Mme L Nicole



Directrice  
Mme Laroche sylvie



Etablissement Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes  
BP 21 Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 – FAX : 02 35 33 54 39 – E. Mail ehpads-les-myosotis@wanadoo.fr

## Annexe IV :

### **ANALYSE ENQUETES DE SATISFACTION MONTVILLE 2012**

Pour la première fois, en décembre 2012, nous avons mené auprès des résidents des enquête de satisfaction, afin de déterminer leur degré de satisfaction sur les prestations qui leurs sont destinées, et pour recueillir d'éventuelles propositions pour améliorer la qualité du service rendu. Plusieurs critères sont évaluables, de l'hébergement aux qualités professionnelles des salariés.

Sur 48 résidents, 27 ont transmis leur évaluation. Certains, ayant une capacité moindre pour évaluer et retransmettre cette enquête, ont sollicité leur proche.

#### **L'hébergement :**

Les locaux sont, selon les résidents, globalement adaptés et agréables. Cependant, le manque de douche dans les chambres est soulevé et porte préjudice au confort des résidents.

L'aménagement des chambres est satisfaisant même si pour 1 résident, le confort, l'aménagement et la disposition sont nettement insuffisante, au même titre que cette personne ne trouve pas sa chambre sécurisante.

L'aménagement du hall d'entrée laisse à désirer pour plus de la moitié des personnes qui ont répondu au questionnaire. Jugé trop petit, mal éclairé et peu agréable, ce lieu demande à repenser l'aménagement, ce qui est déjà en cours avec la peinture et la décoration ; Les travaux à venir consistent à fournir un meilleur éclairage et une sécurité à la porte d'entrée. Le manque d'espace va sûrement freiner les possibilités d'agrandissement et de réaménagement. Peut-être que l'aménagement de « salon-famille » va permettre aux résidents de s'approprier d'autres lieux ?.

L'ambiance au sein des Myosotis est fortement appréciée : possibilité d'aller au centre-ville, très bonnes relations avec les professionnels, sortie en famille possible, disponibilité à l'égard des résidents, relations très appréciées entre résidents.

#### **Le service technique :**

Tous les résidents, sauf 1, reconnaissent le suivi de maintenance et les travaux d'entretien. L'agent d'entretien est selon eux, moyennement réactif, disponible et communique peu sur ses interventions en chambre. **Un système d'information pour les interventions en chambre serait donc à réfléchir.**

#### **Le service d'entretien :**

Tous les résidents, sauf 1, apprécient les qualités techniques humaines de ce service (personnel aimable, à l'écoute, disponible...) Par contre, une dizaine déplorent un manque de régularité dans l'entretien des chambres. Un planning peut-il être mis en place afin de couvrir les besoins d'entretien ? A revoir lors d'une rencontre avec l'équipe d'entretien.

#### **La lingerie :**

27 résidents se disent satisfaits de la prestation, 4 ont subi une perte de linge. Les bonnes qualités relationnelles avec la lingère sont reconnues.

#### **La restauration / hôtellerie :**

L'aménagement de la salle restaurant convient parfaitement aux résidents.

Le personnel est reconnu pour ses qualités relationnelles, sa disponibilité et son amabilité (24/27).

Par contre, il apparaît beaucoup de retours négatifs sur la qualité, la variété et la présentation des repas (22/27). Ces retours confirment la nécessité de reprendre une cuisine traditionnelle, ce qui a été fait en décembre 2012. Les impacts sur l'appréciation des repas se sont déjà faits sentir, et sont exprimés à l'oral.

La commission de menu ne semble pas bien perçue, seuls 2 résidents confirment avoir connaissance de cette commission. **La mise en place de nouvelles commissions menus a mobilisé plusieurs résidents**, ce qui est surprenant car 25 résidents exprimaient lors de l'enquête leur refus de participer. Ils voulaient juste que leurs demandes soient entendues

#### **Le service administratif :**

L'accueil, la disponibilité, l'amabilité et la confidentialité du service administratif est largement mis en avant (26/27). Excellente prestation.

Par contre, le bureau administratif n'est pas, selon eux, accueillant et ne permet pas la confidentialité des informations. La disposition actuelle des lieux ne permet pas de répondre à ce constat.

#### **La direction :**

Complètement identifiée, la direction répond aux attentes des résidents (disponibilité, écoute, réactive, amabilité)

#### **L'équipe de soins :**

En règle générale (22/27) la qualité des soins pour toutes les corporations est avancée. **Néanmoins, le manque de suivi dans les douches est très fréquemment soulevé, ainsi que le manque d'hygiène pour les appareils dentaires et auditifs. L'élaboration d'un planning douche, respecté à ce jour, me semble de fait approprié.**



Le manque d'intimité au moment des soins IDE et de nursing est également renvoyé. Est-ce lié à la configuration des lieux, aux chambres doubles, à la disposition des salles de bain ? Il est important d'analyser ce retour et d'y répondre.

Les équipes soignantes (jour et nuit) sont très largement reconnues pour leurs qualités humaines et leurs envies de bien faire. Tous les résidents apprécient la relation aux soignants, avec leur bonne humeur, même s'ils « n'ont pas des conditions faciles ». Excellente prestation relationnelle.

#### **Le service animation :**

Même s'ils ne se sentent pas impliqués dans l'élaboration du programme d'animation, les résidents se disent contents des animateurs (21/27).

La salle d'animation est peu appréciée car trop petite et peu agréable. Le degré de satisfaction est aussi plutôt faible concernant les activités internes et très élevé sur les propositions de sorties extérieures. Le développement des conventions de bénévolat, l'implication des familles, les activités au sein du restaurant vont sûrement contribuer à répondre à ces mécontentements.

#### **La vie sociale :**

Un paradoxe apparaît dans l'analyse des enquêtes, la moitié des résidents fait part d'un manque de connaissance sur le CVS. Pourtant, ces mêmes personnes ne souhaitent pas y participer.

#### **Bilan :**

Les avis sur une satisfaction générale de l'hébergement et de l'accompagnement se partagent ainsi :

- 4 prononcent « excellent »
- 12 « satisfaisant »
- 11 « moyen »

Le degré de satisfaction se justifie essentiellement par la qualité du travail mené et par la considération portée à la personne.

Cette analyse n'a pas pour objectif d'engendrer une rivalité entre les différents services de la structure, mais doit amener chacun à prendre conscience de ses points de faiblesse, pour y remédier afin de garantir une qualité de vie aux résidents.

## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES

### 1 - DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

#### Références :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (article 11), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Articles L.1110-4 alinéa 6 et L. 1111-6, L. 1122-1 alinéa 7 du Code de la Santé Publique.

Pendant votre séjour, il vous est possible de désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette « personne de confiance » pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

#### ⇒ **Cette désignation peut être très utile :**

- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre séjour, de faire connaître votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour votre santé, aux personnes qui vous soignent.
- Si vous ne pouvez les exprimer, la personne de confiance que vous avez désignée sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur vos souhaits.
- Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans leurs choix thérapeutiques.

#### ⇒ **La désignation d'une personne de confiance**

- n'est pas une obligation ;
- doit être une décision prise après réflexion et sans précipitation ;
- se fait par écrit ;
- peut être révoquée à tout moment (par écrit de préférence) ;
- peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande ;
- est valable pour la durée de votre séjour.

Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical.

Vous serez libre de décider que certaines informations, que vous jugerez confidentielles, ne soient pas communiquées par l'équipe de soins à la personne de confiance ; vous devrez alors nous l'indiquer précisément.

Établissement Hébergement pour Personnes Âgées et Dépendantes  
Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 - FAX : 02 35 33 54 39 - E. Mail ehpap-les-myosotis@wanadoo.fr

## **2 - LES DIRECTIVES ANTICIPÉES**

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

### **À quoi servent les directives anticipées ?**

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation.

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

### **Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?**

#### *a. Condition d'âge*

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si vous êtes majeur(e).

#### *b. Conditions de forme*

Le document doit être écrit et authentifiable. Vous devez écrire vous-même vos directives.

Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

#### *c. Conditions de fond*

L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction.

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au médecin à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées.

# FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(art. L111-6 du Code de la Santé Publique)

**Je, soussigné(e)**, (nom, prénom) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

**DESIGNE** Mr, Mme, Mlle \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone, fax, adresse électronique \_\_\_\_\_

Préciser le lien de parenté (parent, proche, médecin traitant,...) \_\_\_\_\_

**EN QUALITE DE PERSONNE DE CONFIANCE** pour la durée de mon séjour à moins que je n'en dispose autrement.

J'ai bien noté que que Mr, Mme, Mlle \_\_\_\_\_

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- Que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

<b>Visa du résident</b>	Fait à _____
	Le _____
	<b>Signature</b>
<hr/>	
<b>Visa de la personne désignée</b>	Fait à _____
	Le _____
	<b>Signature</b>

*Fait en double exemplaire dont un conservé par le résident.*

*Si le résident souhaite mettre fin à cette désignation, il peut le retourner à l'EHPAD rayé, signé et daté avec la mention « ANNULE ».*

Annexe VI :



## « Résidence les Myosotis » EHPAD

### PROCEDURE DU NOUVEAU SALARIE

Avril / mai 2013.

Présents : Me Laroche, Me M Stéphanie, Me M Dominique, Me D Sandrine, Me  
C V , Me A H .

Cette procédure a pour objectif de faciliter l'intégration et l'adaptation du nouveau salarié, et de renforcer une appartenance institutionnelle.

#### Information sur le nouveau salarié avant son arrivée :

Lors de réunions de direction et de service, l'information est transmise. Le relai s'effectuera par :

- L'équipe encadrante auprès de chaque salarié
- Un affichage au panneau d'information, précisant le nom et prénom du salarié, sa photo, sa fonction et sa date d'arrivée.
- Dans la gazette, petit journal destiné aux résidents et aux familles.

#### Le jour d'arrivée :

- Est fixé en réunion d'équipe afin de permettre à chacun de faire connaissance rapidement, de donner la possibilité au nouveau salarié de se présenter et de développer l'accueil collectif des nouveaux.
- Sur la base du volontariat, un professionnel (sur une fonction identique à celle du nouveau recruté) se chargera de l'accompagner. Au même titre que le tutorat stagiaire, la préférence se situe dans une relation intergénérationnelle entre les plus anciens salariés et les nouveaux. Une période de doublure (2 à 3 jours) sera dans la mesure du possible envisagée.
- L'ensemble des procédures en vigueur dans l'établissement sera transmis ce même jour au nouveau salarié. Le professionnel « tuteur » reprendra le contenu des plus importantes avec lui, et veillera à lui présenter également les documents de travail (outils Loi 2002, fiche de signalement...)

#### A la fin de la période d'essai :

Etablissement Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes  
Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 – FAX : 02 35 33 54 39 – E. Mail ehpad-les-myosotis@wanadoo.fr

- Un questionnaire de satisfaction sur l'accueil et l'intégration lui sera remis pour s'inscrire dans une démarche d'amélioration des conditions d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés. (reste à le construire)
- Un entretien lui sera fixé avec la direction, son responsable de pôle et son tuteur pour évaluer sa période d'essai et positiver ses compétences. Il est important de reposer sur des éléments concrets constatés dans ses pratiques, et non pas sur ses propres ressentis.

Un moment convivial :

- En fin d'année, les Myosotis organiseront un moment convivial (apéro dinatoire, soirée festive...) dans lequel les nouveaux salariés de l'année seront à l'honneur. La présence de la direction et des membres du CA est importante pour faire connaissance et partager ensemble ce moment. Le fonctionnement et les projets de l'établissement seront à nouveau abordés pour une meilleure compréhension .

## Questionnaire de satisfaction sur votre accueil et sur la période d'essai.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Date d'arrivée :

Le jour de votre arrivée, avez-vous eu la sensation d'être attendu(e) :

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

Avez-vous eu l'occasion de vous présenter ou de rencontrer la majorité des professionnels ?

- Oui
- Non

Avez-vous été accompagné(e) par votre tuteur dès la première journée ?

- Oui
- Non

Les documents institutionnels vous ont-ils été remis et expliqués ?

- Oui
- Non

Avez-vous eu des réponses à vos questionnements ?

- Oui
- Non

Grâce à votre tuteur, la compréhension de ces documents vous a-t-elle semblée plus facile ?

- Oui
- Non

La démarche d'accompagnement vous semble-t-elle pertinente ?

- Oui
- Non

La démarche facilite-t-elle la compréhension du fonctionnement institutionnel ?

- Oui
- Non

La démarche contribue-t-elle à une meilleure intégration pour les nouveaux salariés ?

- Oui
- Non

Auriez-vous des propositions à nous soumettre pour ajuster au mieux cette démarche et répondre à notre volonté de mieux accueillir les nouveaux salariés ?

En vous remerciant pour votre collaboration.

La direction et les équipes des Myosotis.



Annexe VII : L'accueil du résident

<b>EHPAD LES MYOSOTIS MONTVILLE</b>		<b><u>PROTOCOLE</u> L'ACCUEIL DU RESIDENT</b>		Version n° 1
				Nombre de pages : 11
Date de création 03/06/2013	Date de validation 03/06/2013	Date dernière réactualisation	Date de diffusion	

**1 - OBJECTIF**

Cette procédure définit la conduite à tenir lors de l'admission d'un résident.

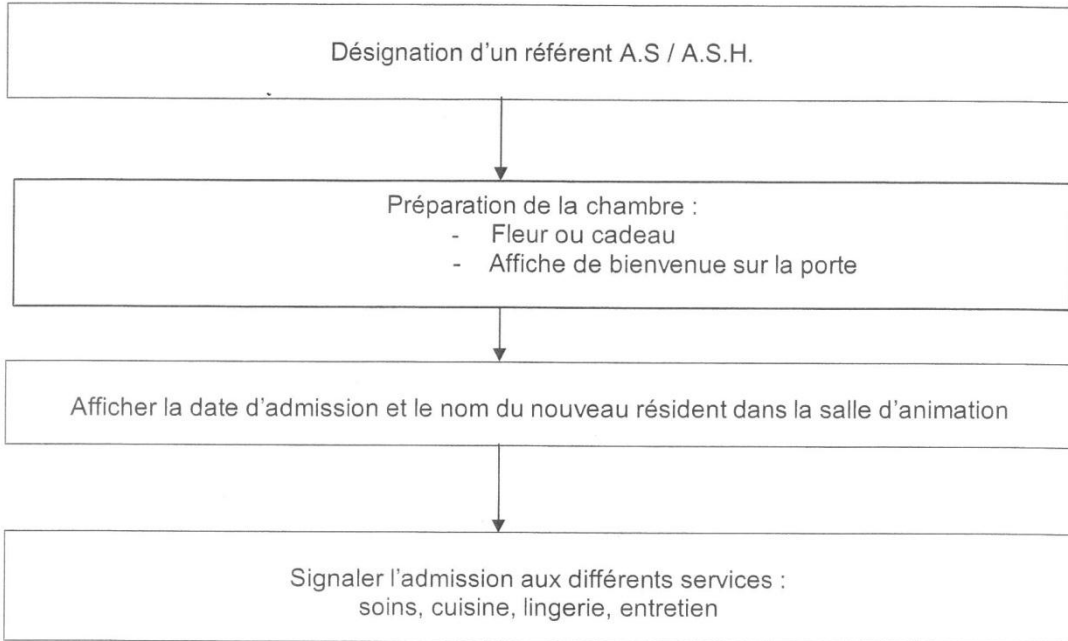
**2 - PERSONNEL CONCERNE**

- **Soins** : I.D.E., aides-soignantes
- **Service entretien des locaux** : A.S.H.
- **Administration**

**3 - PRINCIPES**

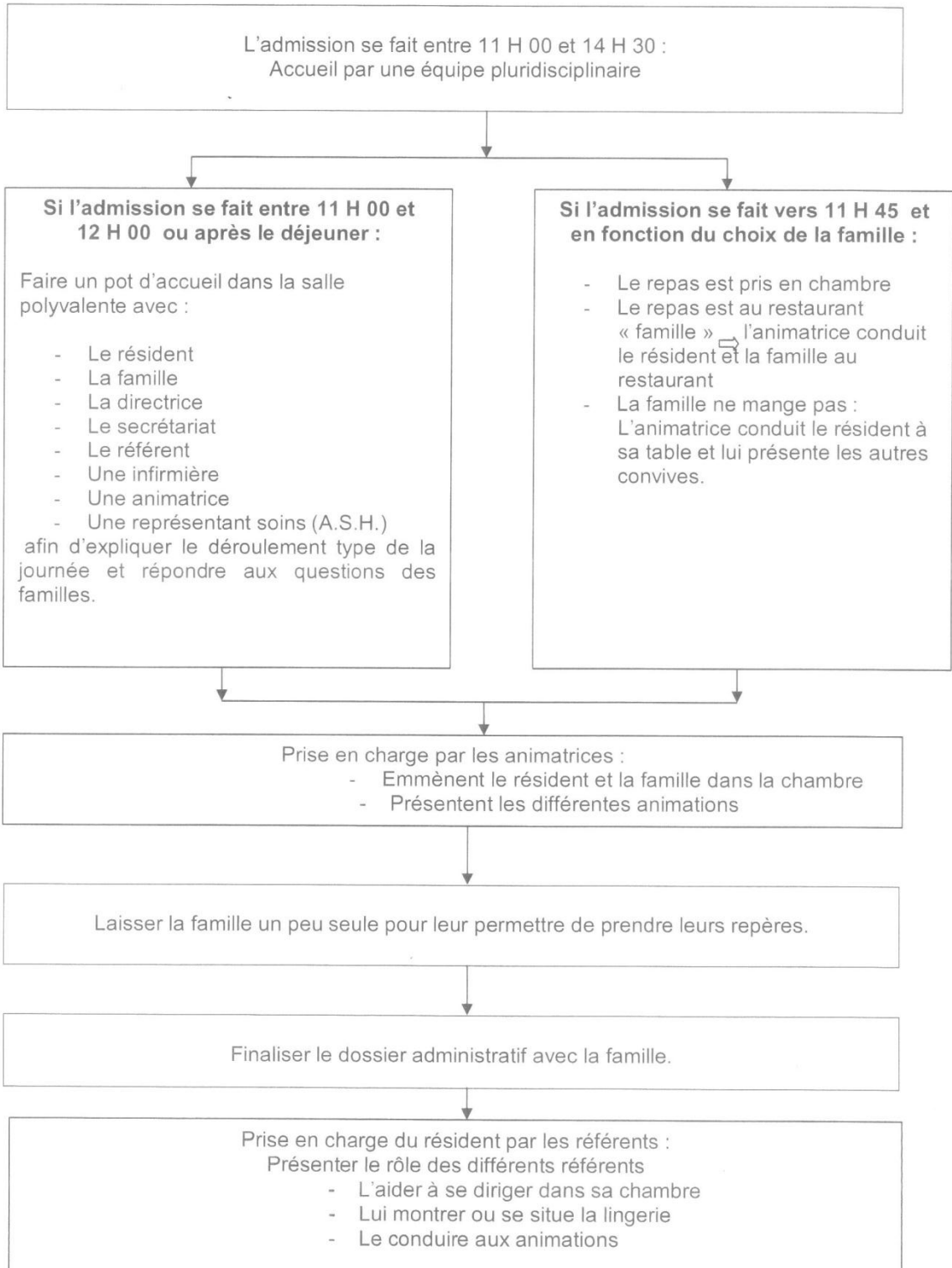
Formaliser l'accueil des nouveaux résidents afin d'assurer une prise en charge efficace et respectueuse afin d'apporter aux résidents, dès leur entrée dans l'établissement, un service hôtelier adapté.

# PRÉPARATION DE L'ADMISSION

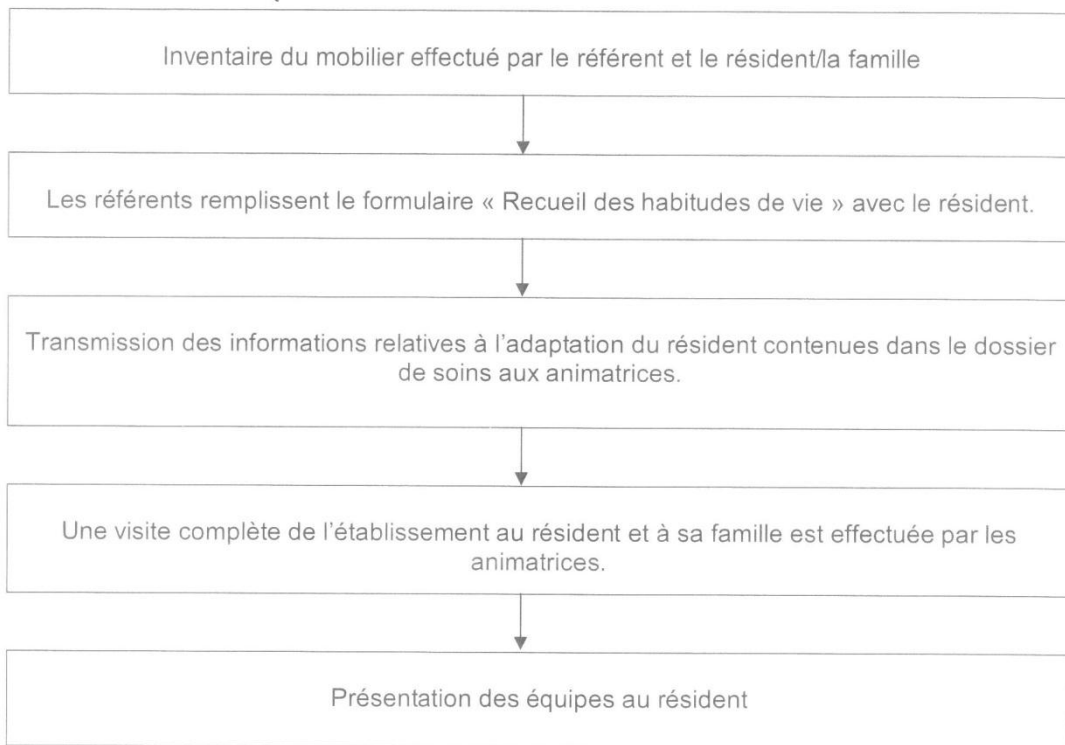


**PHASE II**

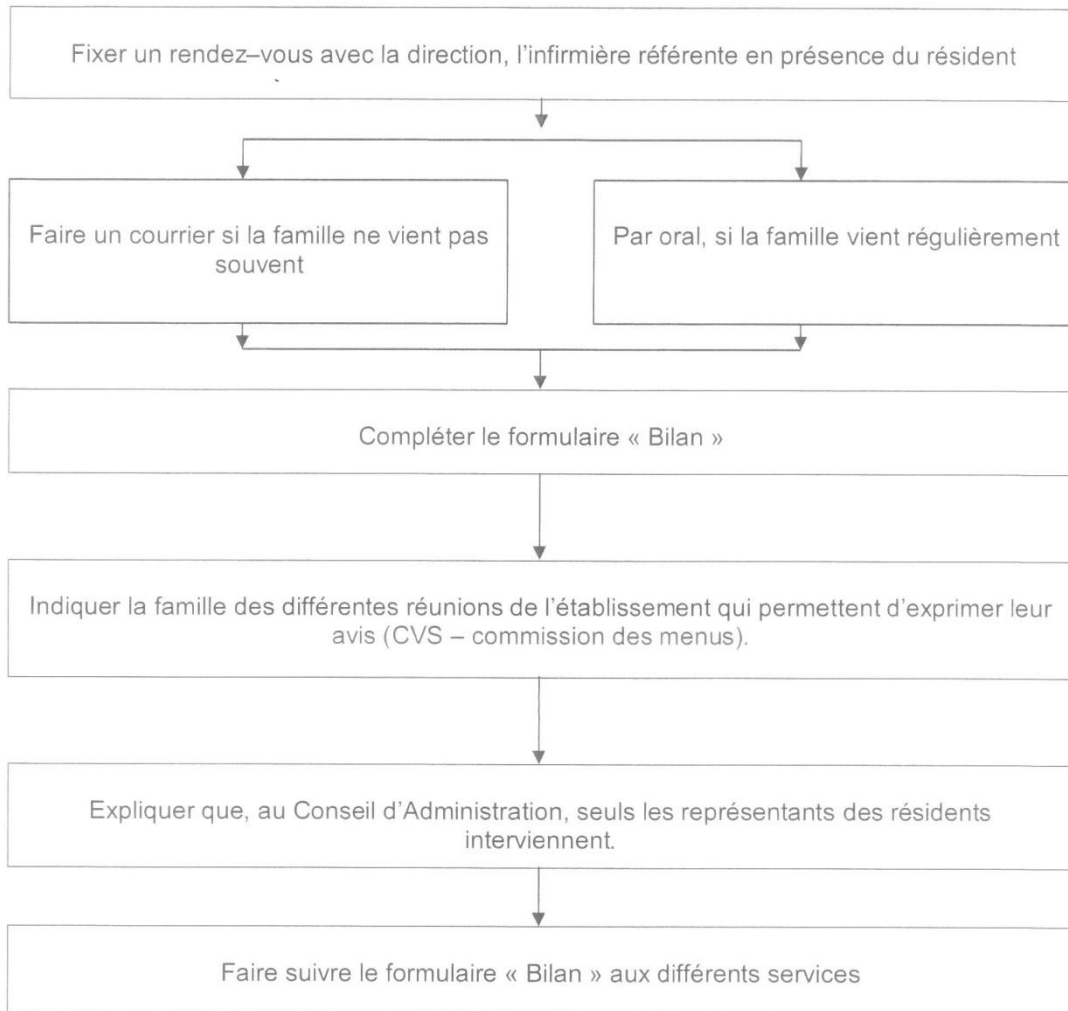
**JOUR J**



**PHASE III**  
**DANS LES 15 JOURS QUI SUIVENT**  
**L'ADMISSION DU RESIDENT**



**PHASE IV**  
**JOUR J + 1 MOIS → BILAN DU SEJOUR**





« Résidence les Myosotis »  
EHPAD

**Procédure d'accueil des stagiaires**

Groupe de travail du 30/11 et 06/12/12

Présents : Mme Laroche - P Murielle - Fabienne R - Stéphanie M.  
Sylvie C - Sabrina F - Marion - Sandrine F

L'accord :

Qui détermine l'accord du stage ? IDE  
Comment ? Par courrier

Prise de rendez-vous :

Qui rencontre le stagiaire avant le stage ? IDE ou AS  
Qui fait la visite de l'établissement ? IDE ou AS

Age minimum des stagiaires :

18 ans

Nombres de stagiaires durant une même période :

2 maximums

Information à transmettre au stagiaire avant le stage :

- Son planning (1 semaine avant)
- Sa tenue
- Condition de repas

Le référent :

Chaque stagiaire doit avoir plusieurs référents pendant le déroulement du stage et un référent tuteur. L'accueil du stagiaire le jour J doit être fait par le référent tuteur.

Etablissement Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes  
Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 – FAX : 02 35 33 54 39 – E. Mail ehpad-les-myosotis@wanadoo.fr

Rôle du Référent :

- Savoir rassurer
- Prévoir un temps d'un café pour l'accueillir et l'informer.

Si problème avec le stagiaire :

En parler avec sa référente, lui demander son ressenti.

Si problème avec l'équipe, qu'est-ce que doit faire la référente ?

Convocation afin d'en discuter.

Positionnement du stagiaire - Savoir être ? Savoir faire ?

Comment anticiper pour pouvoir minimiser les risques ?

- Prendre du recul en amont
- Etablir un questionnaire pour évaluer son savoir-être

Faire un bilan mi-stage :

- Demander leurs objectifs
- Vérifier leur travail si tout va bien

Prévenir les stagiaires en cas de :

Amputation, Ablation du sein...

Questionnement :

Comment aborder avec le stagiaire le vieillissement du corps ? Le corps masculin ?

Comment aborder ce que ressens l'autre ? Ce que ressens le résident ?

Qu'est-ce que l'on met dans le statut de stagiaire ?

Le rôle du stagiaire reste un(e) stagiaire, ce n'est pas un salarié.

Après la phase d'évaluation, d'observation, le stagiaire doit acquérir de l'autonomie et prendre son temps.

L'évaluation :

L'évaluation doit reposer sur la référente. La référente peut l'établir pendant la dernière semaine. La référente doit poser le RDV du bilan.

Comment la référente va chercher les infos ?

Prendre un temps avec l'équipe selon le ressenti personnel et professionnel que l'on a vis-à-vis du stagiaire.

RDV avec le formateur :

Possibilité de faire l'évaluation à plusieurs mais le référent tuteur doit trancher et à le dernier mot.

La note de stage :

La référente doit solliciter le tuteur de formation quand le stage se passe mal.

Comment on évalue ?

Dire les choses, expliquer pourquoi.





Annexe IX :

## « Résidence les Myosotis » EHPAD

### GRILLE D'ÉVALUATION DES CANDIDATS

Nom du candidat : .....

Reçu par : ..... le .....

Poste proposé : .....

Formation initiale : .....

Formations complémentaires : .....

.....

.....

Principales expériences professionnelles :

.....

.....

.....

Évaluation du candidat :

Critères d'évaluation	Appréciation				Commentaires
	1 Très bon	2 Bon	3 Moyen	4 Insatisfaisant	
Présentation générale					
Attitude en début d'entretien					
Attitude en fin d'entretien					
<b>Dynamique intellectuelle :</b>					
Esprit d'analyse					
Esprit de synthèse					

Ouverture d'esprit					
Capacité à prendre du recul					
Réactivité					
Esprit concret, sens des réalités					

Établissement Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes  
Rue Ernest Delaporte 76710 Montville  
TEL : 02 35 33 71 67 – FAX : 02 35 33 54 39 – E. Mail [ehpad-les-myosotis@wanadoo.fr](mailto:ehpad-les-myosotis@wanadoo.fr)

Initiative					
Prise de décision					
Autorité					
<b>Communication / Relationnel :</b>					
Capacité à travailler en groupe					
Autonomie					
Positionnement face à la hiérarchie					
<b>Expérience et compétences :</b>					
Expérience sur le poste					
Maîtrise des compétences essentielles (projet individualisé, accompagnement vie quotidienne, écrits, etc.)					
Appréciation générale					

Suite à donner :

Commentaires

Annexe X : Echancier

Période	Management	Ressources Humaines
De Mars à mai 2013	<p>Mise en place du COPIL et des groupes de travail thématiques</p> <p>Signature tripartite avec les instances de tarification.</p> <p>Discussion et étude d'un plan d'actions, avec les instances de tarification sur l'accompagnement aux bonnes pratiques et la qualité de vie.</p> <p>Appel à projet : accueil des publics en précarité en EHPAD après avis du CA lors du deuxième CA, et discussion avec les résidents et les familles.</p> <p>Mise en place de la médiation culturelle avec l'écriture d'un livre par les résidents, familles et écrivain.</p> <p>Mise en place du recueil de la personne référente et de la Loi Léonetti.</p>	<p>Travail avec le CTE pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aborder mes attendues</li> <li>• définir leurs actions</li> <li>• réaménager le bureau syndical</li> <li>• sensibiliser les équipes à cette instance</li> </ul> <p>Recrutement 3 contrats aidés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• grille recrutement</li> <li>• fiche métiers</li> <li>• mise à jour registre unique du personnel</li> <li>• visite embauche à la médecine du travail</li> <li>• fiches de postes étudiées ensemble</li> </ul> <p>Ouverture de poste psychologue</p> <p>Formation collective N.Feil</p> <p>1 agent en formation ASG</p> <p>Rôle de l'animatrice en coordination et lien famille</p> <p>Signature de conventions partenariales (équipes mobiles, bénévoles...)</p>

<p>De juin à septembre 2013</p>	<p>Tutorat sénior pour les nouveaux salariés avec groupe de travail pour élargir au tutorat binôme</p> <p>Demande auprès des autorités d'officialiser la direction commune</p> <p>Rencontre des partenaires du secteur de l'insertion. Sensibiliser et préparer les équipes et les résidents à l'accueil de publics différents</p> <p>CA en septembre pour valider et délibérer sur les réajustements budgétaires.</p> <p>Mise en place des premiers projets individuels avec la psychologue</p>	<p>Ouverture de poste ergothérapeute</p> <p>Mise en place du DUER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contact médecine du travail</li> <li>• élaboration de l'outil avec la RH</li> <li>• mobilisation du CTE</li> <li>• travail de recueil par le CTE auprès des équipes</li> <li>• études des retours et élaboration du plan d'actions</li> <li>• soumettre au CA, CVS, CTE</li> <li>• Communication du DUERP (affichage, réunion d'information...)</li> <li>• Contrôle de la mise en oeuvre et du suivi du DUERP</li> <li>• Transmission à la médecine du travail</li> </ul>
<p>D'octobre à novembre 2013</p>	<p>Publication du livre. Prévoir les festivités pour les résidents, les familles, les partenaires, le CA et les instances. Prévoir la presse.</p> <p>Charte d'accueil à finaliser, la soumettre au CVS, CTE puis la faire valider par le CA.</p> <p>2 évaluations sur 2014 sur le déroulement et l'évaluation du projet par le COPIL.</p> <p>Reprise de l'évaluation interne avec les résidents, familles,</p>	<p>Plan de formation : voir avec l'animatrice pour une formation qualifiante plus axée sur la coordination</p> <p>Envisager la qualification d'une ASH en AS pour 2014, et une autre pour 2015.</p> <p>Recrutement suite 2 départs en retraite AS et ASH</p> <p>Notation et évaluation en fin d'année</p>

	<p>partenaires et personnels.</p> <p>Bilan avec les instances de tarification sur les avancées du projet, ses forces et ses faiblesses.</p>	
2014	<p>Programme de réhabilitation et extension places.</p> <p>Accueil en mars 2014 de deux personnes en situation de précarité en EHPAD</p> <p>Evaluation externe</p> <p>Réécriture du projet d'établissement</p>	<p>Mise en place des analyses de pratiques, financées par l'appel à projet sur la précarité</p> <p>Recrutement 1 éducateur spécialisé (appel à projet)</p> <p>Prévoir une formation sur la maltraitance</p>
2015	<p>Reprendre les orientations définies par l'évaluation externe</p> <p>Redéfinir les axes d'actions pour l'amélioration continue de la qualité de vie.</p>	<p>Prévoir une formation sur la maltraitance</p> <p>Prévoir les recrutements suite départ en retraite</p>

LAROCHE

SYLVIE

NOVEMBRE  
2013

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IDS CANTELEU**

**DÉPLOYER L'ÉTHIQUE DE L'HOSPITALITÉ AU SEIN D'UN EHPAD AFIN DE GARANTIR LA QUALITÉ DE VIE DES RÉSIDENTS.**

**Résumé :**

Préserver le respect, la dignité et le droit des personnes âgées demeure une interrogation constante des politiques sociales. De sérieuses avancées ont permis de définir l'accompagnement adapté aux personnes vieillissantes.

La question est d'autant plus cruciale quand celles-ci sont amenées à vivre en institution. Souvent assimilée à la perte de liberté et d'autonomie, les EHPAD doivent considérer la personne en tant que citoyenne, actrice de ses choix et de sa trajectoire.

Malgré une forte volonté et une importante convivialité, le personnel de l'EHPAD des Myosotis n'a pas suivi ni l'évolution du public de plus en plus dépendant, ni la législation en vigueur.

Comment alors amorcer, construire et rendre pérenne la démarche d'amélioration de la qualité de vie ?

Une réflexion éthique, plus spécifiquement l'éthique de l'hospitalité, pour améliorer la qualité de vie est menée, conjointement, à des actions managériales, citoyennes et culturelles.

**Mots clés :**

Personnes âgées, Vieillesse, EHPAD, Amélioration, Qualité de vie, Bonnes pratiques, bien être, éthique, hospitalité, accueil, dignité, respect.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*