



**Promouvoir la bientraitance en EHPAD en conjuguant les
espaces sociaux et les espaces de soins**

Thierry SIMONIN

2013

cafedes



Remerciements

A mon directeur de mémoire, Henri LESCA et ma directrice d'atelier mémoire, Marie BUDIA pour leurs éclairages, leurs orientations et leurs encouragements dans la réalisation de ce travail.

A ma famille et mes amis qui ont accepté de relire et relire mon travail et m'ont permis, par leurs regards croisés, de clarifier et d'étoffer mon propos : Jacques et Françoise SIMONIN, Philippe PERET, Monique GAAS, Mathilde HUICI, Corinne CARTIER.

A Clément GRENIER et Jean ROYNEL dont l'éthique professionnelle et la bienveillance ont largement participé au choix et à la concrétisation de mon orientation professionnelle.

Sommaire

Introduction	1
1 La résidence Anna HAMILTON : Un établissement médico-social géré par une institution sanitaire.....	3
1.1 Présentation et historique de l'établissement.....	3
1.1.1 De l'association propriétaire à la fondation gestionnaire	3
1.1.2 Un lien fort entre l'établissement et la fondation gestionnaire, symbolisé par le nom donné à la résidence	4
1.1.3 La maison de santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle ou fondation Bagatelle ..	5
1.1.4 La résidence Anna HAMILTON, son territoire, son bassin de vie	6
1.2 Présentation et description de la population accueillie au sein de l'établissement	8
1.2.1 Des résidents représentatifs de la population du canton.....	9
1.2.2 Les principales pathologies rencontrées et leurs indicateurs	9
1.2.3 Les descriptions du public accueilli.....	10
1.3 Le contexte des politiques publiques.....	13
1.3.1 Les recommandations, chartes,.....	14
1.3.2 Les lois.....	16
1.3.3 Le droit international.....	18
1.4 Conclusion de la première partie	19
2 L'offre de service de la résidence Anna HAMILTON : des prestations à la problématique	21
2.1 L'offre de service.....	21
2.1.1 La procédure d'admission et l'accueil	21
2.1.2 Les prestations au sein de la R.A.H, après l'accueil	24
2.1.3 Synthèse de l'offre de service.....	34
2.2 La problématique	36
3 L'éthique, un levier pour basculer d'une culture sanitaire à une culture médico-sociale	39
3.1 Le choix de l'éthique.....	40
3.1.1 Le cadre et les valeurs choisis.....	41

3.1.2	Les représentations sociales de la personne âgée dépendante et les mécanismes afférents.....	42
3.2	La bientraitance	46
3.2.1	La bientraitance une réponse à une « non-traitance » plus qu'à une maltraitance.....	47
3.2.2	Les concepts de bientraitance et d'humanité	49
3.3	Un changement de culture professionnelle	51
3.3.1	Le concept de compétences : savoir, savoir faire, savoir être et le partage.....	54
3.3.2	Les freins possibles au changement de culture et de développement des compétences	55
3.4	Conclusion de la troisième partie	56
4	Les outils, les changements pour promouvoir la bientraitance	57
4.1	Les changements d'organisation	57
4.1.1	Le comité de pilotage sur la réflexion éthique	58
4.1.2	La réécriture du projet d'établissement	58
4.1.3	La formalisation et le suivi des projets personnalisés.....	65
4.1.4	Les autres réunions	68
4.2	Les ressources humaines	69
4.2.1	Les formations	69
4.2.2	Le recrutement, le financement, des ressources humaines.....	71
4.3	Les partenariats	72
4.4	Les évaluations.....	75
4.5	Les autres projets	78
	Conclusion.....	81
	Bibliographie.....	83
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

A.G.G.I.R : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
A.M.P. : Aide Médico Psychologique
A.N.E.S.M. : Agence National de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux
A.P.A.P.A.B.A. : Association Protestante d'Aide aux Personnes Agées du Bassin d'Arcachon
A.P.L. : Aide personnalisée au logement
A.R.S. : Agence Régionale de Santé
A.S. : Aide Soignant(e)
A.S.G. : Assistant de Soins en Gérontologie
A.S.H. : Agent de Service Hospitalier
C.A. : Conseil d'Administration
C.G : Conseil Général
C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination
C.L.I.N. : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
C.M.P. : Centre Medico Psychologique
C.N.C.D.H. : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
C.R.U.Q.P.C. : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
C.V.S. : Conseil de Vie Sociale
E.H.P.A.D. : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
E.T.P. : Equivalent Temps Plein
F.F.A.S. : Faisant Fonction Aide soignant(e)
G.I.R. : Groupe Iso-Ressources
G.M.P. : Gir Moyen Pondéré
G.P.E.C. : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
H.A.D. : Hospitalisation A Domicile
I.D.E. : Infirmier(e) Diplome d' Etat
I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
M.A.I.A. : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
M.A.P.A.D. : Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes
M.S.P.B. : Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle

O.N.U. : Organisation des Nations Unies
P.E. : Projet d'Etablissement
P.H.V. : Personne Handicapée Vieillissante
P.M.P. : Pathos Moyen Pondéré
P.P. : Projet Personnalisé ou P.A.I : Projet d'Accompagnement Individualisés
P.S.A.G.: Plan Solidarité Grand Age
P.S.D. : Prestation Spécifique Dépendance
R.A.H. : Résidence Anna Hamilton.
R.P.A. : Résidence pour Personnes Agées
S.C.M. : Syndrome Cognito-Mnésique
S.R.O.S.M. : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers à Domicile
U.N.I.O.P.S.S. : Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

Introduction

Dans notre pays, les personnes de plus de 60 ans, représentent aujourd'hui plus de 14,5 millions d'individus, soit 23 % de la population totale. Selon les dernières estimations de l'I.N.S.E.E¹, elles seront plus de 17 millions en 2020 et 23 millions en 2050 (soit 29 % à 35 % de la population totale). Le constat qui suit est partagé par la grande majorité des acteurs privés et publics intervenant au profit des personnes âgées : « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes est et sera au cœur des enjeux sociétaux des prochaines décennies. Dans un contexte économique contraint, les professionnels en charge de ce secteur doivent, aujourd'hui plus que jamais, conjuguer qualité de la prise en charge des résidents et efficacité budgétaire. Les évolutions démographiques profondes, les politiques publiques, l'environnement économique contraint, les aspirations et droits des personnes âgées conduisent les parties prenantes du secteur à anticiper et prendre des dispositions appropriées dans plusieurs domaines dont celui de l'hébergement des personnes âgées dépendantes² ».*

Une des offres possibles pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes sont les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D). Les E.H.P.A.D sont des établissements médico-sociaux conventionnés, dont les finalités sont d'accueillir, de soutenir, d'accompagner la dépendance et de soigner les personnes âgées. Ces établissements doivent dans le contexte déjà cité, adapter leur offre de service, innover, investir pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le cadre de ce mémoire porte sur L'E.H.P.A.D « la résidence Anna HAMILTON » et de l'analyse de ses prestations au vue des attentes des pouvoirs publics et des usagers. Ma mission en tant que directeur au sein de cet l'E.H.P.A.D a débuté en mars 2013. Dans un souci constant d'amélioration de la qualité des prestations afin de répondre au mieux aux besoins, aux demandes, aux attentes des usagers, j'ai choisi dans le cadre d'une politique de bienveillance d'améliorer la qualité de vie des résidents au travers des pratiques des professionnels.

La première partie de ce mémoire sera consacrée à un état des lieux décrivant, l'historique et le présent de la résidence Anna HAMILTON notamment le contexte socio-économique et législatif dans lequel elle évolue.

¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

² <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-des-EPHAD-2012.pdf>

La seconde partie abordera plus spécifiquement l'offre de service et les écarts constatés avec les besoins, les attentes, les demandes des résidents. De ces écarts j'ai construit une problématique qui m'a amené à déduire dans la troisième partie des hypothèses théoriques en lien avec une réflexion éthique sur les pratiques et un changement de culture professionnelle.

Cet adossement théorique s'appuiera sur les concepts et notions, d'éthique, de bientraitance, de changement de culture professionnelle et de compétences.

La quatrième et dernière partie en lien avec les hypothèses théorique concernera le plan action. Ce dernier vise à répondre sur le terrain à la problématique précédemment énoncée. Nous y aborderons différents aspects touchant, aux changements d'organisation, aux ressources humaines, aux partenariats, aux évaluations, dans la cadre notamment de la réécriture du projet d'établissement et de la formalisation des projets personnalisés.

1 La résidence Anna HAMILTON : Un établissement médico-social géré par une institution sanitaire

1.1 Présentation et historique de l'établissement

La Résidence Anna Hamilton (R.A.H) est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) créée en juillet 2000. La résidence est située sur la commune de Targon à 35 kilomètres de la ville de Bordeaux (annexe I). La R.A.H accueille soixante deux résidents dont deux places en accueil temporaire. L'âge des personnes accueillies au sein de l'E.H.P.A.D varie de 57 à 103 ans³. L'établissement a été créé à l'initiative de l'Association Protestante d'Aide aux Personnes Agées du Bassin d'Arcachon (l'A.P.A.P.A.B.A⁴) suite à une commande du Conseil Général. L'objectif du Conseil Général était d'apporter une réponse aux besoins de la population âgée sur le territoire du canton de Targon. Dès l'inauguration de la Résidence en juillet 2000, l'A.P.A.P.A.B.A (association propriétaire) a confié le mandat de gestion à une fondation, la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle (M.S.P.B). L'établissement a d'abord bénéficié d'un statut de Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes (M.A.P.A.D) avant de devenir un E.H.P.A.D au moment de la signature de la convention tripartite 1^{ère} génération en 2002. A ce jour la convention tripartite en cours est une convention de 2^{ème} génération signée en 2007.

1.1.1 De l'association propriétaire à la fondation gestionnaire

Dès la création de l'établissement, l'A.P.A.P.A.B.A s'est donc tournée vers la M.S.P.B. Au cours d'entretiens avec différentes personnes acteurs ou témoins à l'époque de la création il ressort que : « *Le souhait de voir la M.S.P.B gérer la Résidence Hamilton s'explique par le fait que les membres fondateurs de l'association du bassin d'Arcachon sont pour l'essentiel des anciens salariés de la M.S.P.B. Par ailleurs, ils souhaitaient qu'une institution sœur « dans son esprit, ses valeurs et son identité religieuse » soit porteuse de ce nouveau projet. Si les administrateurs de l'A.P.A.P.A.B.A ont été particulièrement impliqués dans la création de la R.A.H, ils l'ont moins été dès son inauguration. Cela s'explique d'une part par la distance géographique entre*

³ Données recueillies fin août 2013

⁴ L'A.P.A.P.A.B.A : L'Association Pour l'Aide aux Personnes Âgées du Bassin d'Arcachon est née en 1986. Son siège social se situe au sein de l'E.H.P.A.D «Résidence GALLEVENT» sise route de Bordeaux (commune du Teich) dont elle est également propriétaire. Cette association a été créée avec pour objet de «mettre en œuvre des solutions aux problèmes des personnes âgées dépendantes ou non ».

l'établissement et le siège de l'association, près de 85 kilomètres séparent les deux structures (annexe I) et d'autre part, l'A.P.A.P.A.B.A consciente du vieillissement de ses administrateurs souhaitait garantir la pérennité de ses actions en confiant à la M.S.P.B le mandat de gestion de la R.A.H. Enfin, le projet de réaliser un établissement sur la commune Targon correspondait davantage à une demande du Conseil Général qu'à une création pour laquelle l'A.P.A.P.A.B.A avait été à l'origine».

Dans le cadre de la gestion de la R.A.H, la M.S.P.B s'acquitte d'une « redevance » annuelle d'environ 18 000 euros à l'A.P.A.P.A.B.A.

L'établissement de Targon est la deuxième structure pour personnes âgées créée et appartenant à l'A.P.A.P.A.B.A. La première, « La Résidence GALLEVENT », créée en 1994 et gérée depuis 2002 par la M.S.P.B, se situe au cœur du Bassin d'Arcachon.

1.1.2 Un lien fort entre l'établissement et la fondation gestionnaire, symbolisé par le nom donné à la résidence

Le nom de Anna HAMILTON a été donné à la résidence pour rendre hommage à une femme médecin à l'origine entre autres de la création d'une des premières écoles d'infirmières de France, « l'école Florence NIGHTINGALE » située au sein de l'hôpital de Bagatelle (structure principale de la M.S.P.B). Dans le but de mieux définir l'inscription de ce nom dans la culture de l'établissement, voici un résumé de la vie professionnelle du docteur Anna HAMILTON.

« Née en 1864 dans une famille protestante franco-anglaise, Anna HAMILTON suit des études de médecine et consacre sa thèse à une réflexion sur le personnel soignant des hôpitaux. Elle devient directrice de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle qu'elle dirige de 1901 à 1934. La M.S.P.B devient un hôpital-école. Par sa détermination, Anna HAMILTON fait connaître et reconnaître la formation d'infirmière proposée au-delà des frontières régionales et nationales. De nombreux visiteurs notamment anglais et américains cherchent à connaître ce travail qu'elle-même divulgue à travers des conférences qu'elle donne au début du 20^{ème} siècle. Elle est à l'origine de la création d'associations ayant pour objet de revendiquer la place des directrices d'hôpitaux, des femmes médecins, et des infirmières. Pour des raisons de santé, Anna Hamilton ne poursuivra pas son activité professionnelle au delà de 1934 et décédera l'année suivante⁵ »

Le nom d'Anna Hamilton, au-delà de son ancrage dans l'histoire de la fondation Bagatelle (gestionnaire), met aussi en lumière la place d'exception des paramédicaux dans les soins portés à l'autre. Les liens existants avec le monde sanitaire au sein de la R.A.H

⁵ Texte issu d'une plaquette de présentation de la M.S.P.B

trouvent leurs origines dans son organisation actuelle mais aussi dans l'historique et le vécu de son gestionnaire (M.S.P.B) et de son propriétaire (A.P.A.P.A.B.A).

1.1.3 La maison de santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle ou fondation Bagatelle

La Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle a été créée en 1863 pour « recevoir gratuitement les malades pauvres des deux sexes appartenant aux diverses églises protestantes de la localité ainsi que les marins étrangers des navires en rade.⁶ » Elle est reconnue d'utilité publique en 1867. En 2013 elle fête donc ses 150 ans d'existence, dans un contexte de crise financière depuis 2007.

C'est un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier. La M.S.P.B a le statut de fondation. La M.S.P.B dont les bâtiments sont situés principalement sur la commune de Talence (annexe I), comprend différents services hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, regroupés par pôles. Parmi ceux-là nous pouvons citer :

- le pôle médico-chirurgical (310 lits),
- le pôle mère-enfant,
- le pôle soins à domicile (1 service d'Hospitalisation à Domicile (H.A.D) de 200 lits et 1 Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D) de 193 places),
- le pôle gériatrique (2 E.H.P.A.D (140 places), hébergement temporaire (3 places)),
- le pôle social (centre socioculturel, crèche, dispensaire),
- Le pôle formations initiales (infirmiers, aides-soignants) et formations continues.

Il existe plusieurs commissions au sein de la M.S.P.B dont un comité d'éthique, un C.L.I.N (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) et une C.R.U.Q.P.C (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) mais aucun comité ou commission de Bagatelle n'intervient spécifiquement au profit de la R.A.H. Du point de vue de sa gouvernance, la M.S.P.B est administrée par un Conseil d'Administration formé de quinze membres bénévoles. C'est l'organe décisionnel de la fondation. Le Directeur Général de la M.S.P.B est nommé par le Conseil d'Administration. Il assure la direction générale et la coordination de la M.S.P.B. Il est également Directeur de l'Hôpital. Il est secondé par des adjoints et responsables des différentes branches ou secteurs d'activité. De nombreux changements de personnes au niveau du C.A et de la direction ont eu lieu suite à la crise financière de 2007. La M.S.P.B compte aujourd'hui 1085 salariés.

⁶ Extrait des statuts initiaux de la M.S.P.B.

1.1.4 La résidence Anna HAMILTON, son territoire, son bassin de vie

Selon le schéma départemental, la Gironde est divisée en neuf secteurs gérontologiques⁷. Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale⁸ (S.R.O.S.M 2012/2016) classe l'offre médico-sociale de la Gironde pour les personnes âgées comme une des plus faibles de la région Aquitaine. La Résidence Anna Hamilton est située dans le Secteur «Sud Gironde». Ce secteur regroupe quinze cantons. Le canton de Targon comporte 19 communes et compte 6 924 habitants. La commune rurale de Targon située au cœur du terroir viticole de l'entre-deux-mers comprend 1905 habitants⁹.

Au niveau de l'offre pour les personnes âgées, un des objectifs du Conseil Général est d'augmenter le taux d'équipement minimum au niveau départemental à 111 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Le taux d'équipement actuel pour la Gironde est de 98,6 et il est de 87.5 dans le secteur « Sud Gironde ». C'est de loin un des plus bas du département. Le pourcentage de personnes de plus de 75 ans dans le secteur « Sud Gironde » est un des plus importants du département mais à l'inverse des autres territoires il ne devrait pas selon les estimations du Conseil Général augmenter significativement dans les prochaines années. Selon l'I.N.S.E.E le canton compte 640 personnes de plus de 75 ans soit 9.25% de la population (moyenne du département à 8.7%).

Aucun Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C), ni M.A.I.A (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), ni S.S.I.AD n'interviennent sur le secteur de Targon à ce jour. La R.A.H est le seul E.H.P.A.D et la seule structure médicalisée sur la commune et le canton de Targon. Il y a aussi sur la commune un foyer logement privé à but lucratif de 40 chambres¹⁰.

Sur l'ensemble du canton au niveau de l'offre de prestations possibles pour les personnes âgées, il y a au total un E.H.P.A.D, un foyer logement, une famille d'accueil (2 places), dix infirmier(e)s libéraux, une association d'aide à domicile. Concernant l'offre de service pour les personnes âgées notamment dépendantes sur le canton de Targon, le contexte décrit crée une demande largement supérieure à l'offre.

La durée moyenne de séjour au sein de la R.A.H est de 3,2 ans. Le taux d'occupation¹¹ en 2012 était de 97 %. Pour le premier semestre 2013, le taux est à 98%. A ce jour, en fonction de la demande et de l'offre sur le territoire dans le domaine de

⁷ Schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale - Volet «Personnes âgées/ personnes handicapées» 2012/2016 - Bilan Personnes Agées

⁸ Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012/2016 – A.R.S. Aquitaine

⁹ Source Mairie de Targon

¹⁰ Résidence pour Personnes Agées « le petit roux »

¹¹ Calcul : Nombre de journées hébergement facturées / Nombre de journées théoriques

l'accueil de la personne âgée dépendante, l'analyse concurrentielle n'est pas un élément prioritaire dans les choix stratégiques de gouvernance de l'E.H.P.A.D sur le court et moyen terme.

Au niveau des E.H.P.A.D, les moyens alloués actuellement par le Conseil Général de Gironde sont d'abord affectés à leurs mises aux normes et/ou leurs réhabilitations avant la création de places supplémentaires. Actuellement aucune création de structure type E.H.P.A.D n'est prévue sur le canton de Targon.

Le fait que la R.A.H est le seul E.H.P.A.D du canton et qu'il est habilité à l'aide sociale sont des éléments expliquant en grande partie la forte demande. Fixé annuellement par le Conseil Général, le prix de journée, à la charge du résident est en mars 2013 de 52.67 € soit 1637.77 par mois. Ce montant fait de la R.A.H un des E.H.P.A.D les moins chers du département. La tarification des E.H.P.A.D est organisée en trois sections tarifaires indépendantes¹² :

- La section tarifaire d'hébergement sous l'autorité du Conseil Général,
- La section tarifaire dépendance sous l'autorité du Conseil Général,
- La section tarifaire soins sous l'autorité de l'A.R.S.

En fonction de la demande sur le territoire et de la liste d'attente, le taux d'occupation pourrait être presque optimal. Le taux de 98% est principalement dû à la volonté de « respecter un temps de deuil » pour les salariés, les familles et les résidents entre le décès d'un résident et l'occupation de sa chambre par un nouveau résident (chambre systématiquement repeinte et nettoyage de fond en comble de tous les éléments). En respect de la loi, la facturation de la chambre est dorénavant arrêtée au lendemain de la libération de la chambre. Il n'est plus fait usage d'un système de réservation pendant « les rafraichissements » pour « augmenter » le taux d'occupation.

Toujours selon les informations de l'I.N.S.E.E¹³ les principales caractéristiques du canton de Targon sont les suivantes :

- La population rurale représente plus de 50% de la population (principalement du monde viticole)
- Le canton de Targon n'est pas un secteur économique florissant (chômage en hausse à plus de 8%). Le nombre d'exploitations agricoles est en baisse constante. Le nombre de foyers fiscaux imposables diminue à l'inverse du nombre de foyers non imposables.
- La population connaît un vieillissement certain. La population des + de 60 ans représente plus de 25% de la population avec en 2009 un taux de natalité à 12% et un taux de mortalité à 9.1%.

¹² Code de l'action sociale et des familles - Article L314-2

¹³ http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/DL/DEP/33/CV/DL_CV3348.pdf

Au niveau des professions relevant du champ médico-social, une particularité du bassin d'emploi du canton de Targon se retrouve dans le recrutement des Aides-soignants (A.S.). Il existe de grandes difficultés pour recruter des A.S diplômés, ce qui impose l'emploi de Faisant Fonction d'Aides-soignantes (F.F.A.S). Les F.F.A.S sont volontaires pour réaliser des actes d'A.S et bénéficient en tant que tel d'une indemnité compensatrice. Mais ils réalisent ces actes sans avoir le diplôme d'A.S, ni de formations paramédicales apparentées. Cette situation est tacitement tolérée par les autorités de contrôle. Dans le S.R.O.S.M, il est précisé : « *En terme de ressources humaines, quels que soient le public et le cadre d'intervention (institution ou domicile), des difficultés sont fréquemment identifiées :*

- *des ratios d'encadrement insuffisants pour assurer une prise en charge de qualité (ce point sera abordé plus loin)*
- *des difficultés de recrutement : ex : Pour les personnes âgées, les manques concernent en priorité les postes d'I.D.E et d'aides-soignants »*

Au sein de la R.A.H les F.F.A.S représentent plus de 40% des effectifs des A.S.

De nombreux personnels de la R.A.H ne résident pas sur le canton de Targon et certains (30%) ont un délai de route (de 45 mn à 1 H) conséquent pour venir travailler (pas de transports en commun adaptés à leurs horaires).

La R.A.H, même si elle est « éloignée » pour des personnes âgées à mobilité réduite, du centre ville de Targon (650 mètres avec un dénivelé important), est plutôt bien intégrée dans le tissu local. Il existe des partenariats avec la mairie et l'école dans le cadre d'animations communes (carnaval scolaire, prêts de matériel par la mairie,...). Ces partenariats mériteraient cependant d'être plus développés.

L'image de marque de la fondation Bagatelle (gestionnaire) est très positive sur l'ensemble du département. Beaucoup de résidents et de personnes, y compris des salariés ne connaissent pas l'A.P.A.P.A.B.A et pensent que la M.S.P.B est également la propriétaire de la R.A.H.

Au niveau sanitaire, l'hôpital de rattachement est l'hôpital de Libourne (urgence, consultations et hospitalisation des résidents). Un conventionnement avec cet hôpital est en « négociation » depuis 2011. Tous les bilans gériatriques des résidents sont faits sur l'hôpital de Bagatelle. Sur les cinq médecins libéraux intervenant au sein de la R.A.H, quatre proviennent du cabinet médical situé sur Targon (90% des résidents en clientèle).

1.2 Présentation et description de la population accueillie au sein de l'établissement

Les paragraphes suivants exposent une présentation et une description des résidents de la R.A.H. Elles prennent appui sur des données, dégagées après quelques mois d'observation et d'entretiens au sein de l'établissement.

1.2.1 Des résidents représentatifs de la population du canton

En se référant aux données de l'I.N.S.E.E, les personnes accueillies au sein de la R.A.H présentent les mêmes caractéristiques que la population du canton. Les résidents sont majoritairement des anciens ouvriers viticoles avec des revenus très modestes. Plus de 25 % des résidents bénéficient de l'aide sociale.

Une singularité concerne les croyances religieuses des résidents qui sont presque tous catholiques pratiquants au sein d'une structure gérée et créée par des institutions protestantes.

Concernant l'expression de leur citoyenneté, excepté l'usage de quelques procurations, la quasi-totalité des résidents ne participent pas aux différents scrutins électoraux.

L'origine géographique est une caractéristique importante. Presque tous les usagers sont originaires du département de la Gironde sauf un usager originaire des Hautes-Pyrénées. La majorité (80%) des résidents proviennent de leur domicile qui lui-même se situe majoritairement sur le canton de Targon. Quatre-vingt-dix pourcent des résidents ont vécu et/ou ont des proches sur le canton. Peu de résidents proviennent de la R.P.A du canton. Les contacts avec cette structure sont pratiquement inexistant à ce jour.

Les usagers accueillis sont des personnes âgées dépendantes, dont « *l'institutionnalisation symbolise généralement le deuil d'une autonomie perdue* ¹⁴ ».

La répartition par sexe et par moyenne d'âge se présente ainsi (hors accueil temporaire) :

- 47 femmes (78.33%) avec une moyenne d'âge de 87 ans,
- 13 hommes (21.67%) avec une moyenne d'âge de 80 ans.

1.2.2 Les principales pathologies rencontrées et leurs indicateurs

Les résidents souffrent principalement des pathologies suivantes : neuropsychiatriques, cardio-vasculaires, rhumatologiques, gastro-entérologiques, endocriniennes et cancéreuses. Il y a environ quinze décès par an¹⁵.

La situation peut se traduire par un Pathos Moyen Pondéré (P.M.P)¹⁶, de 153 évalué en juin 2009. A cette même époque, le G.I.R. Moyen Pondéré (G.M.P)¹⁷ de l'établissement était de 607. Début 2013 le G.M.P a été validé à 730 par le C.G. En aout 2013 il y avait au sein de l'établissement : 10 GIR1 / 25 GIR2 / 12 GIR3 / 8 GIR4 / 4 GIR5 / 1 GIR 6 (annexe II)

¹⁴ Issu du rapport de l'activité médicale 2011 de l'établissement.

¹⁵ Moyenne réalisée sur le nombre de décès ayant eu lieu pendant les trois dernières années.

¹⁶ En complément du G.M.P, le P.M.P donne la possibilité d'évaluer plus finement les moyens nécessaires à la réalisation des soins.

¹⁷ Le GIR Moyen Pondéré qualifie le niveau de dépendance d'un établissement d'accueil pour personnes âgées. Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance est important. Le sigle « G.I.R » désigne lui-même les Groupes Iso-Ressources.

L'E.H.P.A.D de Targon se situe au dessus de la moyenne départementale du G.M.P. estimée à 650¹⁸ fin 2012. Le P.M.P n'a pas été réévalué et validé depuis 2009 par l'Agence Régionale de Santé (A.R.S). A ce jour, la très récente prise de fonction du médecin coordonnateur ne permet pas une évaluation interne et récente du P.M.P.

En 2012, 19 personnes ont bénéficié d'un hébergement temporaire. Les deux chambres d'accueil existantes ont été réservées 663 jours ce qui correspond à un taux d'occupation de 91%. Selon les professionnels de la R.A.H : « *elles ont répondu partiellement aux demandes reçues et aux besoins exprimés par les résidents et surtout par leurs familles* ». Cela s'explique par le manque de places disponibles en accueil temporaire sur le canton et par la difficulté à gérer le planning sur 2 chambres à la fois. En effet, il convient d'une part de garder en tête la vocation de séjour temporaire et d'autre part, de rester vigilant au taux d'occupation. Le nombre de demandes est beaucoup plus important lors des périodes de vacances scolaires surtout estivales. Il faut aussi s'assurer que le « résident temporaire » est en mesure de pouvoir quitter l'institution dans de bonnes conditions avant de confirmer la disponibilité de la chambre à un nouveau résident.

Le GMP (validé) et le PMP (à valider) sont en forte hausse depuis ces dernières années. Au sein de la R.A.H, les prestations liées à la dépendance prennent de plus en plus de volume et d'importance. Ce constat est partagé dans un grand nombre d'E.H.P.A.D sur l'ensemble du territoire national.

1.2.3 Les descriptions du public accueilli

Le public accueilli, même s'il est « sectorisé » dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées de plus de 60 ans, présente des incapacités physiques et/ou psychiques et/ou sociales empêchant le maintien à domicile. Ce public au sein de la R.A.H, peut être considéré comme très diversifié. Car il y a :

- 14% de Personnes dites « Handicapées Vieillissantes » (P.H.V), souffrant de troubles psychiatriques lourds et/ou de déficiences mentales et vivant en institution avant leur entrée dans l'établissement. La proportion moyenne nationale¹⁹ de P.H.V en E.H.P.A.D est estimée à 3%. A noter que selon le dernier S.R.O.M.S Aquitaine concernant les personnes présentant des troubles psychiatriques :

¹⁸http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99_publications/02_ars/Etude_sstatistiques/infostat_01/infostat_01_EHPA_aout_2011.pdf

¹⁹Etude médico-sociale : « Personnes handicapées vieillissantes et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » étude pilotée par : Dr Isabelle VERIEN de la Direction régionale du Service médical Rhône-Alpes & Dominique MENICHON de la CRAM Rhône-Alpes Décembre 2004

« Ce public n'est pas le bienvenu en E.H.P.A.D en raison de problèmes de cohabitation avec les autres résidents. Cet accueil pourrait être facilité par la mise en place de partenariat avec la géro-psycho-geriatrie »

A ce jour, il n'existe pas de partenariat avec un service de géro-psycho-geriatrie. La qualité des relations avec le Centre Médico-Psychologique (C.M.P) du secteur sont conflictuelles depuis 5 ans. Au sein de la R.A.H, il n'y a pas de problèmes « urgent » de cohabitation. Mais selon les professionnels, des problèmes sérieux ont existé, il y a quelques années,

- 32% personnes souffrant de « Syndrome Cognito-Mnésique²⁰ » (S.C.M ou maladie apparentées maladie d'Alzheimer). Au niveau des « protections » juridiques, 6 résidents sont sous tutelle ou sous curatelle. Quatre d'entre eux n'ont plus le droit de vote,
- 75 % des résidents peuvent être considérés comme « grabataires²¹ » car ils sont en permanence en fauteuil ou au lit et ne peuvent faire leurs transferts et se déplacer sans l'aide d'un tiers. Certains de ces résidents souffrent aussi de S.C.M.

J'ai constaté le « regroupement » possible des résidents en trois groupes « sociaux » distincts. La dénomination de ces groupes a été adaptée aux singularités des résidents de la R.A.H :

- 1^{er} groupe « *fonctions cognitives intactes* » : 5 à 6 résidentes qui se placent dans un petit salon à l'entrée de l'établissement ou dans le jardin devant la porte d'entrée dès que le climat le permet. Ces résidentes s'entraident si besoin dans leurs déplacements. Elles « filtrent » tous les entrants et sortants, et permettent de signaler les « errances » à l'extérieur de certains résidents (1 à 2 fois par jour). C'est le premier groupe observable dès l'entrée dans la structure et qui participe le plus aux animations.
- 2^{ème} groupe « *perte d'autonomie physique et/ou mentale* » : le groupe majoritaire « placé » par les professionnels dans le grand salon devant la T.V, ce groupe est composé des personnes en fauteuil qui ne peuvent se déplacer seules et des patients souffrant de S.C.M pouvant se déplacer. Ces derniers « déambulent » dans le grand salon et les couloirs annexes. Il peut arriver qu'ils quittent au cours de leur « déambulation » l'établissement,
- 3^{ème} groupe « *Personnes Handicapées Vieillissantes P.H.V* » : ce groupe de 7 à 8 résidents se « place » dans un coin discret du hall (à l'opposé du 1^{er} groupe), près des bureaux de la direction où il reste en chambre. Pour des non professionnels, l'aspect physique et les comportements de ces résidents peuvent « choquer » (postures, regards, cris,...). Selon certains professionnels : « *Des personnes (usagers et/ou leurs familles) qui*

²⁰ Humanitude « comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux » Y.GINESTE – J. PELLISIER ed Bibliophane 2005. Page 168

²¹ Définition Larousse : Se dit d'un malade qui ne peut pas quitter le lit (sans l'aide d'un tiers).

souhaitaient être admis au sein de La R.A.H ont annulé leur demande d'admission après avoir croisé ces résidents ».

Au partir de ces constatations, j'ai essayé de décrire au mieux et le plus objectivement possible, les résidents de la R.A.H. Dans une optique en cours, de personnalisation des prestations, il est impossible à ce jour de décrire et lister tous les besoins, toutes les demandes, toutes les attentes spécifiques de chaque résident et de leurs familles. Cependant des besoins de sécurité, de respect des choix et de qualité de vie sont partagés par un grand nombre. Un projet est mené pour créer et utiliser des outils afin de cerner au mieux les attentes explicites, les attentes implicites, et les besoins latents²² des usagers.

En m'appuyant sur mes expériences antérieures en E.H.P.A.D en tant que soignant, sur mes observations et entretiens avec les résidents, j'ai constaté au premier abord un sentiment de solitude et/ou d'ennui chez les résidents de la R.A.H. Ce constat est souvent effectué par les professionnels et par les familles. En 2005 la « D.R.A.S.S » Aquitaine a réalisé, dans ce sens, une enquête sur « *l'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leur conditions de vie* ». Voici certains résultats de cette enquête :

- 10% de plaintes concernent le manque de compréhension des problèmes des personnes âgées
- 35 % des plaintes concernent le peu de temps consacré aux résidents

Ces pourcentages sont, selon mes premières estimations, supérieurs au sein de la R.A.H.

Mes premières réflexions sur cette situation m'ont orienté vers un « diagnostic » d'isolement social des résidents au sein de la R.A.H. Un isolement social qui peut trouver ses sources dans le niveau de relations avec le monde extérieur mais aussi et surtout au niveau des interactions, des relations sociales, des liens sociaux au sein même de la R.A.H. Nous pouvons définir différents types de relations sociales :

- Les relations sociales indépendantes du champ d'action de la R.A.H (comme par l'exemple le résident qui n'a plus de famille ou de proches en vie),
- Les relations sociales où la R.A.H peut influencer ou intervenir : les relations entre résidents, les relations entre les résidents et leurs proches, les relations avec l'extérieur (partenariat) et les relations entre les professionnels et les résidents.

²² D.G.A.S, démarche qualité. Evaluation interne sans un établissement ou service médico-social et recours à un prestataire. Mars 2004

En tant que directeur, je dois réfléchir et agir dans tous les domaines qui concernent le bien être des résidents, de leurs proches mais aussi de tous les professionnels et en particulier des salariés sous ma responsabilité. Au cours de ces 5 premiers mois de fonction plusieurs pistes d'améliorations possibles au sein de la R.A.H ont été envisagées. J'ai pris le parti d'orienter mes premières actions dans le domaine des relations entre les professionnels et les résidents. Les efforts dans ce domaine permettront d'améliorer rapidement la qualité de vie des résidents et d'avoir une base solide de travail pour les autres pistes et actions d'amélioration déjà envisagées ou à venir.

A noter la demande fréquente mais singulière de certains résidents et/ou leurs familles de ne pas être hospitalisés même en situation d'urgence (pronostic vital engagé, fin de vie), et notamment sur l'hôpital de Libourne. Les projets personnalisés n'étant pas formalisés, rien n'est spécifié aux professionnels quant aux souhaits des résidents concernant leur « fin de vie ». La culture professionnelle ambiante issue du sanitaire n'est pas la plus « adaptée » aux situations complexes de fin de vie. Dans le monde sanitaire l'objectif premier est de s'opposer à la mort à tout prix. En voulant sauver et prolonger la vie à tout prix, la culture du monde sanitaire peut être considérée comme « *l'ennemi du vieillissement et de la mort* ». La prégnance du monde sanitaire au sein de la R.A.H sera décrite dans les prochains paragraphes.

Le public accueilli au sein de la R.A.H comme le public accueilli en E.H.P.A.D sur tout le territoire national^{23 24} est de plus en plus dépendant ou en perte d'autonomie. A ce jour l'admission au sein des E.H.P.A.D se fait presque constamment en dernier recours lorsque la vie à domicile n'est plus possible. L'offre de service doit être adaptée ou s'adapter à ce contexte. Le paragraphe suivant développe une analyse du cadre législatif dans lequel évolue la R.A.H.

1.3 Le contexte des politiques publiques

Les directeurs d'établissements et de services ont la responsabilité de conduire leurs structures dans un contexte souvent difficile et en perpétuel mouvement. Ils doivent analyser les commandes explicites et implicites faites par les pouvoirs publics. Des pouvoirs publics qui représentent la collectivité mais aussi les usagers bénéficiaires. Des « usagers » qui deviennent dans un monde « en voie de marchandisation généralisée » plus ou moins des « clients ».

²³<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-des-EPHAD-2012.pdf>

²⁴ EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD 2009.

Un historique complet et exhaustif des politiques publiques concernant les personnes âgées et expliquant les évolutions et la situation actuelle (les premières politiques de charité, la loi du 14/07/1905, 1962 le rapport LAROQUE, la loi de 1975, la création de la P.S.D, etc.) est jugé trop long et peu pertinent pour notre réflexion. Pour autant, il est certain qu'un grand nombre de lois, décrets, arrêtés, chartes, recommandations, événements, ont influencé et modifié le secteur (acte 1 et 2 de la décentralisation, canicule 2003, plan Alzheimer, ...). Dans les paragraphes suivants vont être décrits les écarts constatés au sein de la R.A.H, avec les attendus des politiques publiques. Ces écarts vont être abordés sur plusieurs niveaux. En premier lieu seront analysés les écarts avec les recommandations, les avis, des agences et commissions nationales, ainsi qu'avec les chartes et les attendus des autorités (Conseil général, A.R.S). Le second niveau concernera les écarts avec les lois en vigueur. Un point de situation sera fait sur les projets nationaux de lois concernant les personnes âgées. Le troisième et dernier niveau abordera la situation des droits des personnes âgées au niveau international.

1.3.1 Les recommandations, chartes, et autres textes de référence

Une des principales sources des recommandations dans le secteur médico-social est l'A.N.E.S.M. Cette agence intervient sur de nombreux thèmes et secteurs. En lien avec l'objectif de ce travail ont été étudiées plus spécifiquement les recommandations de l'A.N.E.S.M²⁵ concernant la bientraitance et la qualité de vie en EHPAD.

Les concepts de bientraitance et de qualité de vie seront abordés dans la seconde partie de ce travail. Les écarts principaux entre les recommandations de l'A.N.E.S.M et l'offre de service au sein de la R.A.H concernent : les projets personnalisés, le projet d'établissement, les formations des professionnels.

Les grands principes relevés dans les recommandations de l'A.N.E.S.M, en lien avec l'offre de service de la R.A.H, soulignent que l'ensemble des besoins de l'utilisateur soit pris en compte, ainsi que les rythmes naturels dans sa vie quotidienne (cycles de sommeil, d'appétit), mais aussi les besoins de contacts et d'interactions sociales qui doivent être

²⁵ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « *la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » 06/2008

Qualité de vie en E.H.P.AD (volet1) *De l'accueil de la personne à son accompagnement*. 02/2011

Qualité de vie en E.H.P.AD (volet2) *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. 09/2011

Qualité de vie en E.H.P.AD (volet 3) *la vie sociale des résidents en E.H.P.A.D*. 01/2012

Qualité de vie en E.H.P.AD (volet4) *l'accompagnement personnalisé de la santé du résident*. 11/2012.

respectés au mieux. Il est donc important que les rythmes propres de l'usager dans ses mouvements et sa vie quotidienne (temps du lever, de la toilette, ...) soient connus et respectés et pris en compte dans l'organisation du travail des professionnels.

L'usager et ses proches sont en situation de devoir faire confiance à des professionnels pour apporter une réponse à leurs besoins et à leurs attentes. Il est recommandé que ce recours puisse s'appuyer sur une qualification, une formation, et un discours commun des professionnels. L'accès à des formations et des qualifications dans une démarche de bientraitance ainsi que l'élaboration de projet personnalisé sont donc affirmés. La démarche de bientraitance est aussi une dynamique que s'approprie l'ensemble des professionnels d'un établissement selon leurs modalités propres. Cette dynamique est un pilier fondamental d'un projet d'établissement cohérent.

Les 4 volets sur la qualité de vie en E.H.P.A.D concernent plus spécifiquement la personne âgée (notamment la fin de vie). Dans ces volets l'agence préconise entre autres une réflexion des professionnels sur leurs pratiques. Cette réflexion repose sur les questions suivantes : *"Comment favoriser la possibilité de relations entre les résidents ? Entre les résidents et les professionnels ? Entre les professionnels et les proches ? Entre les résidents et les autres habitants ? »*.

Tous les aspects de la vie sociale des résidents où les professionnels « devraient » intervenir sont abordés.

L'A.N.E.S.M et la C.N.C.D.H (Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées juin 2013) ont des conclusions similaires en lien avec la situation au sein de la R.A.H :

« Les E.H.P.A.D. doivent mieux concilier lieux de soins et lieux de vie et tenir compte du projet de vie personnel de chaque résident »

Des écarts du même ordre peuvent être relevés dans les chartes en vigueur dans le secteur. Soulignés en gras, les articles des chartes relevant les principaux écarts constatés avec l'offre de service de la R.A.H, en lien avec le thème de ce mémoire :

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

Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, **Article 4** :

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

Article 6 : Droit au respect des liens familiaux, **Article 9** : Principe de prévention et de soutien.

- Dans la Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (12/01/2009) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé :

3) Vie sociale et culturelle : *« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société. »* **6) Valorisation de l'activité** : *« Toute personne âgée en situation de*

handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités. » 8)
Préservation de l'autonomie : « *La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit. » 9)*
Accès aux soins et à la compensation des handicaps : « *Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles. » 10).*
Qualification des intervenants : « *Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution. » 11).*
Respect de la fin de vie 13). Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable.

Dans le cadre des conventions avec les E.H.P.A.D, les autorités financières et de contrôle (C.G, A.R.S) basent les éléments des négociations sur les 4 thématiques suivantes :

- la qualité de vie des résidents : accessibilité, sécurité, hygiène, respect du rythme de vie (repas, repos...), maintien des repères, participation aux activités mises en place en fonction des souhaits de chacun, prise en charge adaptée à l'état de santé de la personne..... ,
- la qualité des relations avec les résidents et leurs proches : information, mise en œuvre du conseil de vie sociale, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement intérieur, participation éventuelle des familles à certaines activités,
- la qualité des personnels : qualification, programme de formation, développement du soutien psychologique du personnel,
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

Ce sont principalement les mêmes éléments précédemment décrits qui sont repris. Il est à noter la quatrième thématique qui concerne l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique. A ce jour au sein de la R.A.H, il n'y a pas de conventions établies avec l'hôpital de rattachement, ni avec un service de soins palliatifs, ni avec un service de géronto-psychiatrique, ni avec un C.L.I.C.

La plus part des écarts constatés à ce premier niveau sont repris au niveau législatif

1.3.2 Les lois

Dans une optique de démarche qualité, la réforme de la tarification de 1999 a instauré la notion d'une amélioration continue de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées. Même si un des objectifs des lois des années fin 1990 était « *d'adapter l'institution à la personne âgée et non le contraire, veiller à bannir un*

comportement de type hospitalier pour aller vers une démarche de lieux de vie où les résidents et leurs proches se sentent chez eux », l'approche des personnes était encore morcelée. C'est à partir de 2002 qu'une approche plus globale de la personne a été privilégiée.

La loi du 2 janvier 2002 met en évidence la nécessité de professionnaliser les équipes en mettant en avant les prises en charges personnalisées. Elle insiste sur les points suivants :

- Mettre l'utilisateur au cœur du dispositif : agir pour lui permettre d'être un acteur à part entière au sein de l'institution.
- Assurer l'accompagnement le plus adapté possible aux besoins des usagers quelles que soient leurs pathologies ou leurs situations sociales.
- Permettre l'expression de l'utilisateur dans la définition de ses besoins et donc l'appréciation du service rendu.
- Promouvoir la participation des professionnels à la mise en œuvre de la démarche et à l'élaboration des outils.
- Intégration des familles dans le fonctionnement des organisations médico-sociales.

J'ai constaté que certains outils de la Loi de 2002-2 n'étaient pas réellement mis en œuvre dans l'établissement. S'ils existaient, c'était davantage pour répondre à une obligation légale que pour constituer un moyen d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents. Il n'y avait pas de projets personnalisés clairement formalisés. Aucune procédure d'évaluation a été mise en œuvre. Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ne sont pas actualisés. Le projet d'établissement réalisé par un précédent médecin coordonnateur porte le nom de projet de soin et date de 2002. Ce projet n'a jamais été diffusé à l'ensemble des acteurs. Les professionnels de santé n'ont donc pas accès à tous les outils de la loi 2002-2 qui permettraient de personnaliser, de concerter et d'évaluer leurs actions auprès des résidents. De plus le fonctionnement type hospitalier de la structure est plus que flagrant.

Dans le cadre de l'offre de service au sein de la R.A.H, il existe aussi des liens et des écarts avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (H.P.S.T). Un décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social est demandé pour une obtenir fluidification du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social (convention, coopération, complémentarité, partenariat) ainsi qu'une meilleure gradation des soins. La R.A.H doit analyser et réfléchir sur ses relations avec les différents acteurs (C.M.P, hôpital de rattachement, intervenant libéraux,...). Le développement des réseaux socio-sanitaires dont les réseaux gérontologiques est repris dans la loi de 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les législateurs créent ou adaptent les lois en fonction des enjeux, des situations et des besoins des citoyens. Dans le cadre du vieillissement de la population et des coûts de la dépendance en augmentation dans un contexte économique difficile, la C.N.S.A a en juillet 2013 remis 3 rapports au gouvernement. Ces 3 rapports portent sur l'adaptation de la société au vieillissement. Ils abordent notamment les points suivants :

- Le Dr Jean-Pierre AQUINO, président du Comité "Avancée en âge", propose de *« développer une culture de prévention et de mieux dépister et traiter les fragilités. Ses conclusions constituent des pistes pouvant contribuer à enrichir le volet du projet de loi consacré à l'anticipation du vieillissement et à la prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie »*,
- Luc BROUSSY, conseiller général du Val d'Oise et maire adjoint de Goussainville, propose *« d'adapter les logements, les villes et les territoires au vieillissement de la population et de développer les technologies au service des plus âgés. Il propose aussi de mieux affirmer et protéger les droits des âgés. Ses suggestions contribueront à nourrir le volet du projet de loi consacré à l'adaptation de la société au vieillissement. »*,
- Martine PINVILLE, députée de Charente, identifie *« un certain nombre de bonnes pratiques innovantes dans les autres pays, tant dans le champ de la prévention que dans celui de l'adaptation de la société au vieillissement de la population »*.

Ces rapports devraient déboucher sur une loi fin 2013. Le paragraphe suivant abordera la place des personnes âgées dans le droit international

1.3.3 Le droit international

Fin 2012, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, Michèle DELAUNAY, a défendu l'idée *"d'un texte international majeur en faveur des âgés placé sous l'égide de l'O.N.U. A l'instar des conventions des droits des femmes (1979), des enfants (1989) et des personnes handicapées (2006), une telle convention permettrait, selon elle, de clarifier la nature de leurs droits et de préciser les mesures à mettre en œuvre pour les protéger"*.

« A ce jour il n'existe aucun instrument international sur la protection des droits des personnes âgées, mais les principaux outils des droits de l'homme évoquent « les personnes âgées » de manière implicite ou explicite. L'assemblée générale des Nations Unies a consacré tout de même les personnes âgées comme une priorité politique « plan Madrid 2002 ». Ce plan a été décliné au niveau européen (Berlin 2002). Depuis 2002 de nombreux rapports concernant les personnes âgées en fonction des pays ont été publiés. Au niveau européen, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme sur les droits des personnes âgées est peu abondante, en partie parce que la Convention

européenne (1950) ne contient aucune disposition explicite sur les personnes âgées. La Cour s'appuie souvent sur d'éventuelles situations particulières, handicap, vulnérabilité ou dépendance notamment économique qui ont un impact direct sur les droits des personnes âgées.

Le contexte est « jugé » favorable aux niveaux européen et international pour la création d'un texte international en faveur des personnes âgées (résolution ONU 65/182)²⁶. Mais comme l'indique encore la C.N.C.D.H qui ne plaide pas en faveur de « l'élaboration d'un instrument international » : « *Au niveau européen et international, une grande hétérogénéité règne à ce jour dans la promotion du respect des droits des personnes âgées et dans leur traitement en raison notamment des différences d'espérance de vie et des modes de vie. La définition de la personne âgée est étroitement liée à la diversité des cultures* ».

Ce constat peut mettre en avant les difficultés pour, « l'élaboration d'un instrument international » pour les personnes âgées. Ces difficultés sont d'ordre pratique et juridique. Le problème juridique de la définition de la notion de personne âgée, les différences culturelles ainsi que les écarts démographiques et économiques sont autant d'éléments qui ne facilitent pas l'élaboration d'un instrument international.

Ces différences sont aussi des limites pour une comparaison objective des offres des services à l'intention des personnes âgées en fonction des pays. Néanmoins une observation et une analyse des pratiques étrangères coutumières ou innovantes peuvent inspirer et aider dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.

1.4 Conclusion de la première partie

Les différents contextes (historique, socio-économique, juridique) dans lequel évolue la R.A.H viennent d'être abordé

Des premiers écarts avec les attendus des politiques publiques en vigueur sont apparus. Les liens de la résidence Anna HAMILTON avec le monde sanitaire se retrouvent dans l'historique et l'organisation de son gestionnaire et de son propriétaire.

En tenant compte des contextes précédemment décrits, la prochaine partie va être consacrée à l'offre de service de la R.A.H et à ses écarts avec les besoins, les attentes, les demandes des usagers (résidents et proches). De ces écarts naîtra une problématique.

²⁶ Informations issues de la C.N.C.D.H : *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*
Assemblée plénière du 27 juin 2013

2 L'offre de service de la résidence Anna HAMILTON : des prestations à la problématique

2.1 L'offre de service

L'offre de service dépend en grande partie des moyens alloués et du contexte de gouvernance. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai jugé nécessaire d'apporter les informations suivantes. Le « gel » national des signatures des conventions tripartites de 3^{ème} génération, empêche les structures de recevoir des financements supérieurs. Ces financements permettraient d'adapter plus aisément l'offre de service à la forte hausse de la dépendance. La convention de 3^{ème} génération aurait dû être signée fin 2012. A ce jour je n'ai obtenu aucun élément concret d'information de la part de ma direction concernant cette situation : « *Passage possible vers un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M)* ».

Il importe de mentionner par ailleurs l'existence de tensions entre le C.A de la M.S.P.B et le C.A de l'A.P.A.P.A.B.A quant au devenir des mandats de gestion des deux E.H.P.A.D, est problématique. Cette situation ne permet pas d'avoir une vision sereine et éclairée du futur. La composition du C.A de l'A.P.A.P.A.B.A a connu de grands changements récemment. Les membres à l'origine de la création de l'association ont quitté leurs fonctions (décès, maladie). La composition du C.A de la M.S.P.B a connu aussi des changements fréquents depuis 2007 (crise financière). Les deux nouveaux C.A ne partagent plus les mêmes valeurs, les mêmes objectifs, comme les anciens C.A. Mon champ d'intervention est très limité dans le cadre de ce conflit. Mais ce conflit est un élément primordial à intégrer dans la gouvernance de l'E.H.P.A.D.

L'offre de service au sein de la R.A.H sera abordée plus spécifiquement dans les parties suivantes.

2.1.1 La procédure d'admission et l'accueil

Le taux des nouvelles d'admissions²⁷ au sein de l'établissement hors accueil temporaire est de 23%. L'accueil de la personne au sein de la R.A.H se décline en plusieurs étapes²⁸. Toute personne âgée de 60 ans ou plus peut faire la demande d'entrer dans l'établissement. Dans certaines situations et sous réserve d'une dérogation délivrée par le Conseil Général, des personnes n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans peuvent aussi être admises. A ce jour une seule résidente âgée de 57 ans est dans cette situation mais

²⁷ Le taux des nouvelles admissions est calculé en divisant le nombre de nouvelles admissions par la capacité totale de l'établissement

²⁸ Texte repris en partie d'une présentation de l'établissement

d'autres résidents notamment tous les P.H.V ont aussi bénéficié auparavant de cette dérogation.

Indépendamment de l'âge, l'un des critères retenu dans la procédure d'admission est celui de l'origine géographique puisque l'établissement a été créé pour répondre au besoin de la population du canton.

La procédure mise en place et pensée par le précédent directeur (2010-2013), consiste en la remise au futur demandeur ou son représentant d'un dossier médical de pré-admission et une plaquette d'information (comprenant : contrat de séjour, règlement de fonctionnement). Le dossier médical est rempli par le médecin traitant puis retourné auprès des services administratifs. La réception du dossier complet valide la préinscription. Le dossier est soumis au médecin coordonnateur afin qu'il prononce un premier avis qui conditionnera ou non une visite de pré-admission obligatoire dans les 3 mois, avec la présence impérative du futur résident. En cas d'avis défavorable, un courrier précisant le ou les motifs du rejet (secteur géographique, état de santé,...) est adressé au demandeur ou son représentant légal.

Les visites de pré-admission se déroulent obligatoirement dans l'établissement en présence du demandeur. Ces visites ont pour objectif de mettre le futur résident au cœur de la démarche, de l'informer du projet, de s'assurer de son consentement. Même s'ils tiennent une place importante dans la décision, les critères médicaux ne sont pas les seuls critères pris en compte.

Les visites sont organisées en deux temps :

- un entretien avec le médecin coordonnateur qui établit un recueil de données de pré-admission permettant de cibler les besoins et les souhaits du résident dès l'admission et servant postérieurement de support au personnel de l'établissement. Le médecin coordonnateur vérifie aussi l'exactitude des informations fournies par le médecin traitant dans le dossier de pré-admission.

- un entretien avec le directeur afin de faire connaissance avec le demandeur et ses proches, de répondre à leurs interrogations, de tenter de comprendre le contexte de la demande et les attentes de chacun vis-à-vis de l'institution et de présenter plus précisément l'offre de service (tarifs, fonctionnement, liberté de quitter l'institution, libre décoration et aménagement des chambres,...). Une visite de l'ensemble de l'établissement est systématiquement proposée.

En fonction des situations et de « nos » ressentis, l'entretien « médecin » et l'entretien « directeur » peuvent se découper en plusieurs entretiens (avec le résident seul, avec le ou les proches seuls, et tous ensemble).

A l'issue de la visite et selon l'avis de la direction en concertation avec le médecin coordonnateur, la personne sera inscrite sur liste d'attente. L'ordre d'admission sera fait

en fonction des dates de demandes et/ou des capacités de la structure (charge de travail des personnels). Un contact téléphonique trimestriel avec les personnes sur liste d'attente est organisé.

La visite de pré-admission et la période d'attente qui en découle, constituent un temps de préparation pour le futur résident. Cette période est souvent l'occasion de mûrir le projet, de s'y préparer le moins douloureusement possible et évite une « *admission précipitée après un consentement arraché* ».

Le résident et/ou ses proches peuvent revenir visiter l'établissement. L'idéal rarement réalisé, est que le futur résident puisse bénéficier d'une place en accueil temporaire pour tester l'offre de service.

Le consentement libre et éclairé du futur résident est systématiquement recherché. Mais il est gardé à l'esprit que très souvent, la nécessité d'entrée en E.H.P.A.D s'impose à la personne et qu'elle y est « résignée ». Cette situation impacte fortement la possibilité pour elle de s'y épanouir et d'y trouver ou retrouver une qualité de vie réelle. D'où l'importance de la qualité de l'accueil mais aussi des prestations qui suivent.

Les admissions sont faites du lundi au mercredi à 15 heures. Dans la semaine qui précède l'admission une présentation du profil du résident par le médecin coordonnateur ou l'I.D.E.C (infirmière coordonnatrice) est faite aux salariés et aux prestataires (cuisine). Le jour de l'admission, un bouquet de fleur est offert et un membre de l'équipe soignante veille et aide à la bonne installation (prises des repères) du résident.

En se référant aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'A.N.E.S.M²⁹ (Agence National de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux) sur la qualité de vie en E.H.P.A.D, notamment sur l'accueil, la procédure actuelle d'admission même si elle peut toujours être améliorée, répond en grande partie aux attendus. Cependant des progrès doivent être faits dans le domaine du partenariat (organismes, proches) et surtout dans la mise en œuvre des projets personnalisés. A noter : Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont en cours de réécriture pour une réactualisation, car tous les deux dataient de 2002. Les « nouveaux » contrats de séjour seront définis en fonction des objectifs des projets personnalisés. Dès la finalisation de sa réécriture, le projet d'établissement sera aussi communiqué aux futurs demandeurs.

Une fois la phase d'accueil passée, le résident est vite « intégré » dans un dispositif collectif très imprégné d'une culture professionnelle sanitaire.

²⁹ A.N.E.S.M : *Qualité de vie en E.H.P.A.D (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement* volet 1

Dans les prochains paragraphes seront exposées toutes les caractéristiques des prestations qui suivent l'admission et l'accueil du résident.

2.1.2 Les prestations au sein de la R.A.H, après l'accueil

L'offre de service de l'E.H.P.A.D doit s'adapter à une forte augmentation du niveau de dépendance des résidents et aussi intégrer les singularités de tous les usagers. Il est à noter que L'établissement n'a pas de spécificité « unité Alzheimer ».

De nombreuses fonctions support sont mutualisées avec la M.S.P.B. Notamment les services des ressources humaines, la pharmacie, les services techniques et de logistique. Malgré les bénéfices certains de la mutualisation des moyens, il existe des limites dues principalement à la distance de 45 mn à 1h de route (ex : délai et suivi des prescriptions médicamenteuses) entre la R.A.H et l'hôpital Bagatelle et aussi certainement aux tensions récentes entre le C.A propriétaire et le C.A gestionnaire.

Les budgets obtenus, de la R.A.H auprès du Conseil Général et de l'A.R.S, sont indépendants des autres budgets de la fondation. Mais la gestion au sein de la fondation est globale. La situation financière de l'E.H.P.A.D est « diluée » dans la situation financière de la fondation. Ceci impacte les marges de manœuvre (trésorerie commune).

Le C.V.S est en place depuis 2004, mais son rôle a connu un essor important et une légitimation sous l'impulsion de l'ancien directeur (2010-2013). A ce jour le C.V.S continue à être consulté et informé de toutes les décisions et actions concernant l'offre de service au sein de la R.A.H (réécriture : du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement, des projets personnalisés et du projet d'établissement), participation : réunions, comités,...).

L'offre de service sera en premier lieu détaillée en fonction des différents moyens matériel et humain.

2.1.2.1 Au niveau des infrastructures

L'aménagement des infrastructures de l'E.H.P.A.D correspond aux « attendus » d'un établissement construit dans les années 2000. Il y a, dans le respect de l'arrêté du 26 avril 1999³⁰ et dans le respect des normes d'accessibilité (diagnostic accessibilité positif, réalisé en 2011): des bureaux administratifs, un bureau médical, une infirmerie, une salle de kinésithérapie, des services généraux (cuisine, lingerie, local technique), une salle restaurant climatisée, des petits salons (dans chaque aile et étage du bâtiment), 2 grands ascenseurs adaptés, une salle d'activité et de réunion, une cuisine thérapeutique, un salon de coiffure, un coin cheminée, 1,5 hectares d'espaces verts accessibles avec un

³⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (modifié en le 22 septembre 2004)

coin potager et un boulodrome. Il y a sur 2 étages, 62 chambres de 25m² avec la possibilité de les aménager avec des meubles et des effets personnels. Le bâtiment est divisé en 4 secteurs, identifiés par des couloirs de couleurs différentes. Toutes les chambres sont individuelles, 6 d'entre elles peuvent être reliées et recevoir des couples. Le fait que les chambres soient équipées de kitchenette, WC, douche, TV, téléphone permet aux résidents de percevoir l'Aide Personnalisée au Logement (A.P.L) en fonction de leurs revenus.

La fermeture de l'ensemble du site par une clôture a été réalisée en juillet 2012 sur injonction du Conseil Général pour des raisons de sécurité. Le système actuel d'ouverture en journée du portail véhicules (système magnétique) limite mais n'empêche pas en journée les « errances » à l'extérieur de la clôture des patients souffrant de S.C.M. La nuit entre 21h et 7h, il faut utiliser un digicode pour franchir cette clôture. Le portail piéton est en permanence fermé à clef (pas d'ouverture à distance). Le résident qui souhaite sortir en ville ou le visiteur à pied, doit demander l'ouverture du portail à l'accueil.

La création de cette clôture a rassuré quelques résidents (nuit) et de nombreuses familles. Mais sa mise en place et son fonctionnement actuel met en conflit l'obligation de sécurité et le respect des droits individuels.

Ce constat est repris par la C.N.C.D.H : *« Les mesures de sécurité dans les E.H.P.A.D ont tendance à augmenter ces dernières années, sous l'impulsion des familles mais aussi à l'initiative des directeurs des établissements confrontés à des responsabilités croissantes. Ainsi, la liberté d'aller et venir des personnes âgées devient de plus en plus restreinte ce qui met en cause ce droit fondamental ».*

A noter qu'aucune forme de « contention individuelle » n'est utilisée au sein de l'établissement.

Pour revenir et clore le point relatif à l'infrastructure, il existe un groupe électrogène qui assure une autonomie de 72h (zone rurale et climat rigoureux en hiver). Au vu des 1.5 hectares d'espaces verts, des agrandissements et/ou des modifications de la structure sont envisageables.

2.1.2.2 Au niveau des ressources humaines

Au niveau des personnels il y a 30 Equivalent Temps Plein (E.T.P). La répartition des E.T.P. se présente ainsi :

Médecin coordonnateur 0.40 E.T.P. / Psychologue 0.20 E.T.P /animatrice 1 E.T.P. / Infirmière coordonnatrice 1 E.T.P. / Infirmière 2.8 E.T.P ; / aides soignantes ou F.F.A.S. 13.5 E.T.P. / gouvernante 1 E.T.P. / agent de service hospitalier 7 E.T.P. / lingère 1 E.T.P. / secrétaire comptable 1 E.T.P. / homme d'entretien 1 E.T.P.

Catégories professionnelles	Moyenne d'âge	Moyenne d'ancienneté
ASH (nb total 11) (de 23 ans à 41 ans)	34 ans	6.5 ans
AS (nb total 14) (de 29 ans à 59 ans)	43 ans	3 ans
IDE/Psychologue (nb total 5) (de 30 ans à 59 ans)	44 ans	4 ans
Administratif / Entretien (nb total 3) (de 27 ans à 63 ans)	44 ans	5 ans
Médecin Co. (nb 1)	38 ans	1 mois
Directeur (nb 1)	41 ans	6 mois

Le profil type du salarié de la R.A.H est une femme d'une quarantaine d'année avec 3 ans d'ancienneté. Au niveau salarial L'E.H.P.A.D ne subit pas les effets du « papy boom ».

Sur les 35 salariés, il y a trois arrêts maladie de longue durée d'A.S (dont 2 de plus 1 an), selon les autres salariés deux de ces arrêts maladie seraient dû à des conflits avec les équipes et/ou l'ancienne direction.

Le « turn over ³¹ » au sein de la R.A.H est presque nul à ce jour. Il est rarement fait appel à des contrats à durée déterminée ou de l'intérim excepté lors de congé maternité.

Une réflexion est menée sur les emplois du temps notamment des soignants pour éviter les « coupures » pendant le service (délai de route pénalisant).

Des réflexions sont constamment menées pour attirer et continuer à fidéliser les salariés au sein de la R.A.H. Cependant des plaintes notamment de la part des soignants concernant « une mécanisation des soins » et un manque de temps à consacrer aux résidents, ont été émises. Le risque de voir apparaître un phénomène de « burn-out³² » chez les professionnels est possible.

Depuis ma prise de poste au sein de la R.A.H, je me suis entretenu avec tous les salariés. A partir des entretiens avec les différentes catégories de professionnels il ressort que :

- « *la prise en charge est fortement orientée sur le soin du corps et présente un désintérêt pour la personne au delà de son vieillissement normal, au delà de sa maladie ou de sa perte d'autonomie. La dimension sociale est fortement négligée. (Psychologue) ».*
- « *Le premier constat qui vient à l'esprit, lorsque vous observez les résidents en fauteuil dans le hall, c'est l'ennui (A.S) ».*

³¹ Rotation ou rythme de renouvellement des employés dans une entreprise.

³² Epuisement professionnel

- « *C'est une course quotidienne contre la montre pour réaliser les soins de nursing (les toilettes, les changes, les prises des repas) et les soins prescrits (médicaments, actes techniques) nous avons l'impression d'être des machines (I.D.E) ».*

Il n'y a pas d'instance représentative du personnel au sein de la R.A.H. toutes les instances sont situées sur Bagatelle. Les salariés de la R.A.H participent aux élections des représentants des personnels mais aucun ne se présente pour être élu. Il existe un conflit salarial au niveau national (renégociation de la convention collective 1951) mais qui n'a pas de répercussion à ce jour sur le fonctionnement de l'établissement.

A noter que de nombreux soignants diplômés (AS, IDE) ont suivi leurs formations initiales sur le centre de formation de Bagatelle.

Le taux d'encadrement au sein de la R.A.H (nombre de personnel/ nombre de résidents) est de 0.48. La moyenne du taux pour le département est de 0.58. Si les 6 E.T.P du prestataire de service restauration et ménage des parties communes sont inclus, le taux d'encadrement passe à 0.58. Selon le Plan Solidarité Grand Age (P.S.A.G)^{33 34}, le taux moyen d'encadrement pour une E.H.P.A.D avec un G.M.P supérieur à 700, doit être de 0.65. L'U.N.I.O.P.S.S (Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux) demande le respect de l'application de ce taux d'encadrement et de l'augmenter à 1 lorsque que le G.M.P de l'établissement est supérieur à 800. Si le G.M.P de la R.A.H connaît la même croissance que ces dernières années, il devrait dépasser les 800 très prochainement. En Europe les taux d'encadrement s'élèvent à 0.8 voir 1.2. Dans le contexte économique actuel, la négociation avec les financeurs pour l'ouverture de postes supplémentaires notamment d'aides-soignantes sera difficile (articulation des 3 sections tarifaires « étanches ») mais devrait être favorable au vu des éléments précédemment décrits (augmentation du G.M.P validé).

En se référant aux plans de formations antérieurs, à l'exception de formations « obligatoires » sur le bio nettoyage et la sécurité incendie, il apparaît que c'était l'ancien médecin coordonnateur et les infirmières qui bénéficiaient de la presque totalité du budget et des temps de formation. Ces formations concernaient des thèmes plus « médicaux » (transit, plaies, douleur,...) que des thèmes médico-sociaux axés spécifiquement sur les besoins des personnes âgées dépendantes en E.H.P.A.D.

³³ <http://www.ufcnancy.org/images/txt/20071226121032.pdf>

³⁴ <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>

Dans l'objectif d'un respect de la loi, le cas des F.F.A.S et les possibilités d'obtenir le diplôme d'A.S par la V.A.E (Validation Acquis d'Expérience) doit à court terme « capter » une partie conséquente des moyens alloués à la formation (accompagnement V.A.E, tutorat). Sur le court et moyen terme des « spécialisations en gérontologie » devront être proposées à toutes les catégories professionnelles de l'établissement. La recherche de financement des plans de formation pourra s'appuyer entre autres sur un constat relevé dans le S.R.O.S.M : *« l'accompagnement de la professionnalisation du secteur médico-social passe par l'amélioration de la formation initiale et de la formation continue afin de mieux prendre en compte les spécificités du champ médico-social... afin d'adapter la prise en charge institutionnelle aux besoins spécifiques des personnes »*.

Au niveau de la R.A.H, il est possible en fonction des moyens alloués d'intervenir au niveau des formations continues des professionnels. Une étroite collaboration avec les responsables du centre de formation continue de Bagatelle est en place (baisse des coûts de formation, déplacement sur la R.A.H, encadrement des V.A.E des A.S).

C'est le service D.R.H de la fondation Bagatelle qui valide les budgets et le choix des formations. A titre d'exemple le budget formation 2013 prévu par mon prédécesseur a été divisé par 2.

En matière de recrutement dans le respect de la convention collective, les postes à pourvoir au sein de la R.A.H sont proposés en premier aux salariés de la fondation Bagatelle (hôpital). Cette situation favorise le transfert d'une culture professionnelle sanitaire au sein d'un établissement médico-social.

A ce jour malgré l'implication des salariés dans leur travail, le constat que je dresse est que la R.A.H est un lieu de soins avant d'être un lieu de vie alors qu'elle devrait être un lieu de vie où se déroulent des soins.

Les personnels non salariés de la R.A.H mais y intervenant sont :

- les libéraux : médecins généralistes traitants, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicure, coiffeuse
- les prestations externalisées : cuisine et ménage des lieux communs (6 E.T.P)
- autres catégories : animateurs bénévoles (1 indépendant et des membres de l'association des blouses roses). 1 ergothérapeute de Bagatelle intervient à titre gracieux 1 jour par mois

2.1.2.3 Au niveau des soins

Une aide à la vie quotidienne est assurée par tous les professionnels salariés et libéraux avec une présence paramédicale 24h/24h. Dans l'ancien contrat de séjour « global » (en cours de modifications) il est précisé qu'une surveillance médicale et des soins sont assurés en continu notamment par les infirmiers, les aides-soignants et/ou les

aides médico-psychologiques (A.M.P). Mais il n'y a pas d'infirmière la nuit, le travail de nuit est assuré uniquement par 2 A.S ou F.F.A.S.

Au vu de l'augmentation des soins techniques, la présence d'un I.D.E la nuit pourrait être sérieusement envisagée (accompagnement des fins de vie) en fonction des crédits obtenus. Des contacts sont en cours avec les services de soins palliatifs et de H.A.D intervenant sur le secteur.

Il n'y a pas d'A.M.P au sein de la R.A.H. Ce fait est-il dû :

- aux critères de sélections des personnels lors des recrutements des précédentes directions. Ce diplôme relève plus du médico-social que du sanitaire et n'est pas au programme du centre de formation de Bagatelle,
- aux difficultés de recrutement sur le bassin de vie ? Au choix des A.M.P au vue de l'importance des soins de nursing sur les temps d'animation ?

La piste de recrutement ou de formation d'A.M.P va être étudiée en collaboration avec la direction des ressources humaines de Bagatelle et l'I.R.T.S Aquitaine qui forme des A.M.P. A noter les possibilités récentes de recruter et/ou former des A.S.G (Assistant de Soins en Gériatrie).

Les personnels soignants sont identifiables par des tenues blanches avec des liserés de couleur en fonction des postes tenus (ASH, AS, IDE). Ces tenues sont fournies et entretenues par la M.S.P.B. Ce sont les mêmes tenues, portées dans les services de l'hôpital Bagatelle. Ces tenues types hospitalières accentuent l'image d'une structure plus sanitaire que médico-sociale. Une réflexion avec les différents acteurs (professionnels, résidents, famille, C.V.S, prestataire du linge, direction de Bagatelle, C.L.I.N) va être initiée sur l'apparence vestimentaire des soignants.

Au niveau des soins, c'est la prégnance du geste technique qui domine avant tout. Les actes sont planifiés et saisis sur le logiciel « TITAN ». C'est un logiciel spécifique pour les E.H.P.A.D. Mais seule la partie soins du logiciel « TITAN » est utilisée à ce jour. Aucune information n'est saisie dans la partie animation ou projet personnalisé du logiciel « TITAN ».

Les priorités de l'organisation sont données d'abord au bon fonctionnement de l'institution avant la prise en compte des habitudes de vie et des souhaits des résidents. Les toilettes sont réalisées en temps et en heure. Les réveils intempestifs pour les changes de nuit, pour les administrations de traitements, pour les toilettes sont très fréquents. Il arrive aussi parfois que des résidents ne puissent être accompagnés au W.C malgré leur demande. Il n'existe donc pas à ce jour de projets personnalisés clairement définis. Les habitudes de vie et certains souhaits des résidents ne sont pas connus des

professionnels. Les échanges sociaux entre les résidents et les professionnels sont rares et souvent limités à des civilités.

Cette situation ne permet pas aux professionnels de connaître « du mieux possible » les habitudes de vie, les besoins, les attentes, les demandes des résidents.

Concernant les protections des incontinences, à ce jour un marché est en cours de négociation avec une jeune société « SMART PROTECT ». Les objectifs de cette négociation sont la mise en place de protocoles des changes personnalisés et adaptés pour chaque résident et la baisse du budget des protections pour la R.A.H. La société s'occupe de la livraison, de la gestion et du stockage des protections, de l'évaluation des besoins de chaque résident et de la mise en place de protocoles adaptés et personnalisés en constante collaboration avec les soignants pour « 1 euro par jour par résident ». Le test est en cours, il est plus que concluant à ce jour. Le matériel proposé permet moins de changes dans des conditions d'hygiène identiques voire meilleures (plus absorbant) et la mise en place de différents types de protections adaptées à l'activité des résidents (jour/nuit). La gestion des stocks des protections est beaucoup plus efficace.

En lien certainement avec la culture professionnelle sanitaire, il existe une rigueur et une implication exemplaire des soignants dans leur travail technique. Des indicateurs quantitatifs et objectifs tels le nombre d'escarres, les problèmes cutanés (mycoses), les courbes de poids, le nombre de « fausse route » et des indicateurs qualitatifs donc plus subjectifs tels l'avis des usagers et/ou de leur familles, tendent à attester de la qualité de l'offre des soins pour répondre aux besoins somatiques et de sécurité. Le niveau de qualité des soins techniques ou sanitaires est élevé au sein de la R.A.H. A noter tout de même un nombre de chutes conséquent (100 par an en moyenne), un grand nombre de ces chutes sont certainement en lien avec la volonté de ne pas mettre en place des moyens de contention aux personnes même très à risques. La presque quasi totalité de ces chutes n'ont pas eu de graves conséquences pour les résidents.

Au niveau des médicaments, un travail avec la Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I) de l'Hôpital Bagatelle a été effectué en 2012 afin de créer un circuit de médicament cohérent et limiter les accidents iatrogéniques. Mais le délai de la mise en place d'une prescription médicamenteuse de fin de journée peut être de 24 heures voir plus. Dans le cadre contraint de la P.U.I, un partenariat avec la pharmacie de Targon ou une autre optique (faire autoriser un stock tampon) doit être étudié pour pouvoir obtenir et délivrer rapidement un médicament prescrit par exemple le vendredi soir à 18H.

2.1.2.4 Au niveau de l'animation

Une animatrice vient d'être recrutée (avril) après une vacance du poste de plus de 6 mois. Il y a un partenariat avec des bénévoles (animation) et d'autres structures, mais

rien de très clairement formalisé et régulier. Tout devrait être remis à plat suite à l'arrivée de la nouvelle de l'animatrice.

Avant « son » et « mon » arrivée, l'animation consistait sur le papier à diverses activités : activités mémoires, sorties, cuisine thérapeutique, gym, jardinage, mots fléchés, séance cinéma sur place, repas avec les familles. Exceptés les repas spectacles avec les familles (1 par trimestre) et quelques lectures du journal ou de projection de films (par les bénévoles), aucune des autres activités citées n'étaient réellement proposées.

La nouvelle animatrice a reçu la mission de réfléchir à une nouvelle organisation des animations où le résident participera pleinement (création d'un journal au sein de la R.A.H, activation de la cuisine thérapeutique,...).

Un des objectifs est de rendre acteurs, les résidents dans la vie quotidienne voire dans les tâches de la vie quotidienne.

Dans ce projet devront être inclus des collaborations pluridisciplinaires en interne et de nouveaux partenariats en externe. En intégrant les singularités (ruralité), le vécu et les attentes des résidents, l'animation devra se développer autour des axes majeurs suivants :

- la recherche de la qualité de la vie quotidienne (lieu de vie)
- les activités occupationnelles (distraction, création)
- les animations dites thérapeutiques (atelier mémoire, gym,...)
- les événements (repas familles,....)

Une formation sur le thème de l'animation est en cours depuis mai 2013. L'animatrice et 3 A.S suivent cette formation.

L'aumônier protestant de l'hôpital Bagatelle, membre du conseil d'éthique de la fondation Bagatelle rend visite aux résidents et aux équipes, une fois tous les 15 jours. Le prêtre en charge du secteur pastoral de Targon intervient 1 fois par mois au sein de la R.A.H. Les résidents demandent plus d'interventions de sa part mais ce dernier est en charge de 26 paroisses ainsi que de l'hôpital psychiatrique de Cadillac. Des contacts ont été pris avec le diocèse de bordeaux pour tenter de trouver une solution aux demandes des résidents. Le fait que le propriétaire et le gestionnaire soient des institutions protestantes n'interfère en rien dans le respect et le choix des cultes des résidents et des salariés. En tant que directeur, je veille fermement au respect des principes Républicains de laïcité et du respect de la pratique des cultes. Il est tenu compte entre autres des recommandations de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance et notamment en ce qui concerne l'accès de la personne aux activités religieuses et spirituelles de son choix.

2.1.2.5 Au niveau de la restauration

Les repas (hors petit déjeuner) sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident ou sa volonté justifient qu'ils soient pris en chambre. L'établissement assure la totalité de la nourriture et des boissons des résidents (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner).

Il y a un seul service le midi à 12h et le soir à 19h. L'établissement peut accueillir les invités des résidents mais seulement pour le repas de midi. La salle de réunion peut être utilisée si le résident souhaite manger seul avec ses proches. Cette salle n'est pas adaptée esthétiquement pour un repas intime. Un réaménagement de la salle restaurant va être étudié en collaboration avec tous les acteurs (séparations amovibles, création de petits espaces conviviaux et modulables).

Il y a 3 ans, lors de la négociation initiale en matière de restauration et du ménage des parties communes, les prix du prestataire ont certainement été tirés au plus bas. A ce jour il existe de nombreux griefs à l'encontre de ce prestataire. Certains manquements ont été relevés par un contrôle sanitaire de l'A.R.S en 2012. D'autres griefs formulés par les résidents ou leurs proches concernent la qualité et la quantité de l'alimentation surtout le soir.

Une réorganisation des services de cuisine est à l'étude. Les pistes sont diverses : renégociation des prestations, changement de prestataire, recréer une cuisine interne avec des salariés de la R.A.H. En plus du respect des objectifs sanitaires fixés par la loi, l'objectif est d'inclure dans toutes les prestations de l'E.H.P.A.D plus de liens, de contacts, de participation notamment entre le service de restauration et les résidents, et les familles, et les équipes de soins et d'animation, et les bénévoles etc....

La place et l'importance des repas sont maintes fois reconnues et admises au sein des E.H.P.A.D. La problématique de la durée de plus de 12h entre le repas du soir (19h) et le petit déjeuner (7h30) est à l'étude.

Les « commissions repas » étaient tenues uniquement par le médecin coordonnateur et le chef-cuisinier. Un projet est en cours pour créer une commission menus regroupant plus d'acteurs en son sein (résidents, proches, professionnels soins et animation,....). Dans un contexte juridique très contraignant, des liens entre les repas des résidents, des familles et les futures activités de la cuisine thérapeutique sont à l'étude.

2.1.2.6 Les autres prestations

L'établissement assure toutes les tâches de ménage ainsi que les petites réparations des meubles fournis par l'établissement.

A noter un point sur la qualité des odeurs et de l'ambiance acoustique au sein de l'établissement elles ne sont pas jugées désagréables par les résidents ni par leur

proches et les professionnels, ce qui peut être malheureusement souvent le cas dans les établissements pour personnes âgées.

Le linge domestique (draps, serviettes,..) est fourni et entretenu par un prestataire externe. L'entretien du linge personnel est assuré par l'établissement sauf souhait contraire de l'usager ou de ses proches. Le linge peut constituer également une préoccupation forte pour les usagers (perte, dégradation par un lavage inadapté,...). Les E.H.P.A.D comme la R.A.H traitent en majorité le linge des résidents et externalisent le linge plat. Ces dernières années, la gestion du linge personnel des résidents s'est complexifiée avec la prévention du risque infectieux et les normes R.A.B.C (Risk Analysis and Biocontamination Control).

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est à la charge de l'établissement. Aucune solution d'hébergement au sein de la R.A.H n'est proposée aux proches.

La structure accueille de nombreux stagiaires (C.A.F.D.E.S, C.A.F.E.R.U.I.S, stages scolaires, stages de réinsertion, étudiants : AS, IDE). Les échanges entre les stagiaires et les professionnels permettent d'entretenir une réflexion constante sur les pratiques au sein de la R.A.H. Pour les professionnels de la R.A.H, les stagiaires sont souvent une source d'information précieuse sur les besoins, les demandes, les attentes des résidents. De plus les stagiaires créent des liens sociaux supplémentaires pour les résidents et ils peuvent aussi au travers de leurs regards « être un outil » pour lutter contre la maltraitance.

Aucune procédure d'évaluation n'a été mise en œuvre à ce jour. Le calendrier à respecter est une évaluation interne avant le 3 janvier 2014 et une évaluation externe avant le 3 janvier 2015. La réécriture du projet d'établissement est un axe prioritaire, afin de donner un cadre cohérent et réel à l'évaluation interne.

Le premier et unique P.E date de 2002. Il avait été réalisé uniquement par le médecin coordonnateur de l'époque. Ce P.E s'apparente surtout à recueil de protocoles médicaux, le projet d'animation n'y apparaît pas.

Les formalisations des documents tels entre autres la réécriture du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement, du projet d'établissement et la création des projets personnalisés, sont des phases complexes et chronophages. Même si le « credo » des directeurs est « *une réactivité importante mais sans précipitation* », tous les documents cités devront être finalisés ou en bonne voie avant décembre pour permettre avant le 03 janvier 2014 une évaluation interne de qualité et pertinente. De cet échéancier découle des difficultés certaines.

2.1.3 Synthèse de l'offre de service

L'offre de service au sein de la R.A.H présente des écarts avec les besoins, les demandes, les attentes des usagers.

Au niveau des infrastructures, excepté des extensions possibles, il n'y a rien de particulier à signaler à ce jour.

C'est au niveau du personnel que nous pouvons relever des problèmes de recrutement (A.S) et de longues vacances de postes clefs (médecin coordonnateur, animatrice). Certains personnels n'ont pas les formations initiales requises (F.F.A.S.) et de nombreux salariés n'ont pas eu accès à des formations continues concernant les spécificités et les singularités des personnes âgées dépendantes.

La prégnance du monde sanitaire au sein de la R.A.H est incontestable. La partie technique et quantifiable des soins réalisés est de « qualité ». Mais les réponses aux demandes, aux attentes, aux besoins sociaux ne sont pas satisfaisantes. Ce constat est formulé par les résidents, leurs familles, et de nombreux professionnels.

J'ai aussi effectué ce même constat très rapidement lors de ma prise de fonction. En dehors des temps de soins, de nombreux résidents n'ont pratiquement aucune interaction sociale s'ils n'ont pas de visites de leurs proches. De plus les interactions sociales entre les soignants et les résidents durant les temps de soins sont très limitées. Ce « reproche » concerne aussi les personnels administratifs, de restauration, de ménage. C'est l'homme d'entretien, originaire de Targon qui a le plus de contacts sociaux de qualité ou « privilégiés » avec les résidents et les familles. Il est une « source précieuse » d'informations notamment sur les contextes familiaux des résidents.

Les origines de cette situation de « faibles interactions sociales » entre les résidents et les professionnels peuvent se retrouver principalement dans les 3 points suivants :

1° La dépendance et le nombre d'actes de soins qui en découlent, ont beaucoup augmenté ces 3 dernières années. Le Gir Moyen Pondéré (G.M.P) est en effet passé de 576 à 730 entre 2009 et 2012 (annexe II). Le nombre de professionnels est resté le même. Il y a donc plus d'actes techniques à réaliser et moins de temps « sociaux », ou de temps de relation « extra-soins » à consacrer aux résidents.

2° Les formations initiales des soignants sont principalement axées sur les soins techniques. La considération des liens sociaux avec les patients est peu valorisée. Cette

approche des soins sera qualifiée de sanitaire ou de gériatrique³⁵. Elle sera opposée à une approche médico-sociale ou gérontologique³⁶. Dans cette approche qualifiée de gériatrique les professionnels ont tendance à confondre l'espace de vie des résidents avec leurs espaces de travail. De plus certains soignants exercent sans avoir eu la formation initiale requise. L'écart est accentué par le manque de formations spécifiques des professionnels concernant les personnes dites « handicapées vieillissantes » et les personnes porteuses de Syndrome Cognitivo-Mnésique (S.C.M) ou apparenté « maladie d'Alzheimer ».

3° La M.S.P.B. possède une histoire hospitalière très forte. L'ouverture de l'E.H.P.A.D s'est déroulée comme celle d'un nouveau service de la M.S.P.B c'est-à-dire dans une logique hospitalière. L'E.H.P.A.D s'est construit en puisant dans les ressources de son siège et dans l'organisation de ses services. Malgré les avantages de cette forme d'organisation (mutualisation des moyens), la R.A.H de Targon est confrontée aux limites d'un modèle sanitaire centralisé. Celui-ci engendre souvent un mode de fonctionnement contraint où certaines directives « *du haut* » sont appliquées dans l'établissement sans être nécessairement adaptées aux problématiques locales ou à ses spécificités. Par exemple, cette culture sanitaire se retrouve dans l'organisation du travail, dans le recrutement des salariés et le choix des formations continues.

4° Certains outils de la loi 2002-2 font défaut. Le manque d'information et de concertation sur la prise en charge des résidents ne permettent pas aux soignants d'être efficaces dans leur temps de relation avec les résidents. Les seuls recueils de données, concernant les résidents et les échanges entre professionnels, sont les dossiers médicaux et un logiciel informatique « TITAN » qui n'est pas exploité à son potentiel.

Ce manque de liens sociaux ne peut pas être comblé par l'équipe d'animation qui est composée d'un salarié à temps plein. L'animatrice seule n'a pas le temps ni les moyens d'offrir des animations fréquentes et surtout adaptées à chaque résident. Au niveau du Conseil Général, les possibilités d'obtenir l'ouverture de postes supplémentaires dans le domaine de l'animation sont peu probables. L'idéal serait la présence d'un animateur(trice) tous les jours de la semaine (2 E.T.P minimum). Des partenariats supplémentaires dans ce domaine peuvent et doivent être recherchés ainsi que des possibilités de financements privés.

³⁵Si on choisit l'approche gériatrique, « L'ingénierie en machine humaine » (Mattei), il faut accepter que la « technobiologie » soit le critère discriminant. <http://papidoc.chic-cm.fr/>

³⁶ Si on choisit l'approche gérontologique, il faut accepter que « l'autonomie » soit le critère discriminant de la qualité des soins. Ce qui oblige à réfléchir selon le mode de « la pensée complexe » (Edgard Morin). <http://papidoc.chic-cm.fr/>

La situation actuelle trouve ses origines dans l'histoire de l'institution, dans le parcours des professionnels, et dans l'augmentation des soins techniques souvent primordiaux pour le pronostic vital des résidents. L'importance des espaces de soins sur les espaces sociaux porte atteinte à la qualité de vie des résidents. Augmenter la qualité et la quantité des échanges sociaux entre les résidents et les professionnels permettrait en outre :

- une meilleure connaissance des résidents par les professionnels et réciproquement
- de lutter contre l'isolement social et/ou l'ennui des résidents
- une stimulation intellectuelle et sociale des résidents

J'ai choisi pour cela d'orienter les actions sur « les temps de soins », car ils concernent la plus grande partie des salariés (les soignants) et la plus grande partie des temps de contacts entre les résidents et les professionnels. Mais pour être le plus efficient possible, en tant que directeur je ne peux me limiter à n'agir que sur la catégorie des soignants. Il faut aussi associer les espaces de soins avec les autres espaces afin de créer un « aller-retour » permanent entre tous les acteurs.

Ces autres espaces seront nommés espaces sociaux. Tous les acteurs de la R.A.H se doivent de favoriser les échanges sociaux avec et pour les résidents. Pour cela, associer, conjuguer les espaces sociaux et les espaces de soins a été une des solutions retenue. Les temps de soins dans les E.H.P.A.D prennent de plus en plus d'importance, de volume et le contexte économique n'est pas favorable à l'augmentation des moyens dans le cadre des prestations dans le domaine du bien être social.

Des budgets supplémentaires pour l'animation ne sont pas à l'ordre du jour et les niveaux de dépendance et/ou de sécurité des résidents ne permettent pas un redéploiement conséquent des moyens de soins vers l'animation.

La R.A.H malgré ses liens étroits avec le monde sanitaire doit devenir un lieu de vie ou « malheureusement » se déroulent des soins de plus en plus techniques. Le caractère d'un établissement médico-social et non sanitaire de l'E.H.P.A.D doit s'affirmer. Les pratiques des professionnels sont le principal levier pour obtenir cette bascule du sanitaire vers le-médico-social.

2.2 La problématique

Par son histoire et son organisation, la culture professionnelle de la R.A.H est très imprégnée par le monde sanitaire. Cette situation permet d'avoir au sein de la R.A.H un très bon niveau de qualité dans les soins techniques. Mais ces pratiques actuelles concourent à ce que nos aînés soient considérés comme des objets de soins. Les

situations liées à la dépendance viennent « *gommer les identités et les particularités individuelles* ».

Les résidents dépendants peuvent perdre de leur humanité et de leur dignité lorsqu'ils perçoivent qu'ils sont devenus des « objets de soins » dans un système de collectivité où les moyens pour favoriser les relations sociales tel l'animation sont plus que limités au vu de leurs besoins, leurs demandes, leurs attentes et leurs singularités.

Avec peu de temps de considération, de stimulation, de reconnaissances sociales de la part des professionnels, le résident peut « s'enfermer » sur lui-même. Les premiers signes possibles associés à cet « enfermement » sont l'ennui, le sentiment de solitude, puis la dépression et la régression rapide des aptitudes physiques, psychiques et sociales³⁷.

Les E.H.P.A.D sont des structures médico-sociales, où doit être mis en place un accompagnement global et bientraitant de chaque résident pour éviter ces situations. Mais plus les temps consacrés aux soins techniques augmentent en lien avec l'augmentation du niveau de dépendance et le manque de personnel, plus « *les contraintes de moyens et de prestations obligatoires (repas, toilette, soins,...) peuvent limiter les relations privilégiées des professionnels avec chaque résident dans les temps impartis*³⁸ ».

L'objectif général est d'améliorer la qualité de vie des résidents. Un des moyens pour tendre vers cet objectif est d'initier une réflexion des professionnels sur leur pratique en s'appuyant entre autres sur les concepts, les notions de bientraitance et de qualité de vie.

Il faut donner les moyens et les compétences aux professionnels pour qu'ils choisissent de modifier leurs pratiques pour le bien être des résidents.

De la culture professionnelle sanitaire il faut garder le niveau de qualité des soins techniques tout en augmentant le niveau de qualité des relations sociales entre les professionnels et les résidents. Le professionnel doit aider le résident dans ses relations sociales et surtout ne pas interférer négativement dans sa vie sociale. Tous les professionnels quelque soit leur secteur d'activité (soins, animation, restauration, administration, logistique) doivent conjuguer leurs efforts pour offrir un cadre bientraitant à chaque résident et donc une meilleure qualité de vie.

³⁷ Humanitude « comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux » Y.GINESTE – J. PELLISIER ed Bibliophane 2005

³⁸ A.N.E.S.M : *Qualité de vie en E.H.P.A.D (volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* volet 2

L'objectif est de produire du bien être. Les constats et contextes précédemment décrits ont été synthétisés et repris dans une S.W.O.T³⁹ (annexe III). L'analyse de cet outil d'aide à la décision m'amène à poser la problématique suivante :

Comment dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement et la formalisation des projets personnalisés, mobiliser tous les intervenants au sein de l'E.H.P.A.D pour conjuguer au mieux les espaces de soins et les espaces sociaux ?

Le P.E et le P.P devront cadrer et permettre la promotion du bien être des résidents par le biais entre autres des pratiques de tous les professionnels.

Sous la notion d' « espaces », il faut entendre et différencier une étendue de temps, une étendue de lieu mais aussi les frontières entre les différentes composantes d'une prestation (distance relationnelle). Avec la notion d' « espaces », nous entendrons les temps et/ou les lieux dédiés aux soins et/ou dédiés aux interactions sociales. Mais il sera entendu aussi le projet de faciliter la transition entre espaces privés et espaces collectifs.

En reprenant un écrit de Marie-Sylvie RICHARD, l'objectif idéal serait que *« la valeur et la qualité des soins ne doivent pas dépendre seulement de l'efficacité et des prouesses techniques, ils engagent au respect de ce que vit « l'autre », il n'y a pas un temps pour la technique et un temps pour la relation humaine ; la place prépondérante de la technique exige un surcroît d'attention à la qualité d'accompagnement en humanité ».*

Dans le but d'une prise en charge holistique de chaque résident, en tant que directeur, je me dois d'impulser une réflexion relative à une éthique de la bientraitance. Je veillerai ensuite à organiser et mettre en œuvre les conditions de réalisation pour que cet objectif se réalise. J'accompagnerai l'élaboration, le suivi et l'évolution de chaque projet. Cette réflexion des professionnels sur leurs pratiques sera aussi bénéfique pour leur bien être.

³⁹ **S** pour « strenghts » ou forces **W** pour « weaknesses » ou faiblesses **O** pour « opportunities » ou opportunités **T** pour « threats » ou menaces. C'est un outil d'aide à la décision qui permet d'organiser et synthétiser de l'information afin de simplifier la compréhension d'une situation. Créée en 1965 par 4 professeurs de la « Havard Business School » (LEARNED, CHRISTENSEN, ANDREWS, GUTH)

3 L'éthique, un levier pour basculer d'une culture sanitaire à une culture médico-sociale

Le mot éthique vient de grec « éthos ». Il désigne les mœurs, la conduite de vie, les règles de comportement.

La finalité est d'initier une réflexion éthique sur la globalité de la personne, de ses besoins, de ses demandes, de ses attentes, qui doit permettre à chaque acteur de donner du sens à son action, notamment au travers de la participation et de l'implication des personnels, des usagers (résidents et familles) dans la réécriture du projet d'établissement et la formalisation des projets personnalisés.

L'objectif est d'orienter les pratiques vers une éthique d'intervention de bienveillance, d'accompagnement, où le « prendre soin » ou « care » intègre et dépasse les seules compétences techniques du « cure » ou du « prendre en soin ».

Cela peut et doit passer par une valorisation des interactions sociales dans un lieu de vie où les soins techniques occupent une place de plus en plus importante et où la culture professionnelle ne s'y prête pas forcément.

La réflexion sur une éthique d'intervention a été choisie comme un moyen d'améliorer la qualité au sein de la R.A.H.

Dans cette troisième partie, en se référant à un adossement théorique, le but est de cadrer, d'appuyer la réflexion sur les raisons d'une amélioration des interactions sociales dans toutes les prestations de l'E.H.P.A.D.

Pour cela l'apport théorique s'est principalement inspiré entre autres des auteurs suivants : Sylvie PANDELE, Myriam LE SOMMER-PERE, Colette EYNARD, Eric FIAT, Pierre VERDIER.

En premier lieu seront abordées les raisons, les motivations, du choix d'une réflexion éthique plutôt que le choix d'une régulation déontologique, morale ou législative. Les risques de certaines représentations sociales des personnes âgées dépendantes et des mécanismes y afférant seront aussi abordés.

L'éthique peut s'appuyer et déboucher à la fois sur un travail de régulation (pluridisciplinarité) et de légitimation (cadre, norme). Une autre partie sera donc consacrée au cadre et à la norme, choisis dans un objectif de bienveillance. Il sera inclus un concept apparenté : l'humanité.

La troisième et dernière partie concernera les réflexions sur la nécessité d'un changement de culture professionnelle. Un changement de culture professionnelle est primordial pour

mener à bien les projets et pouvoir concrétiser l'apport de l'éthique dans les pratiques et leur donner du sens.

Le but de cette troisième partie dans le contexte qui nous intéresse, est de s'interroger sur et de définir, les conditions d'éthique requises pour instaurer véritablement une politique de bientraitance du résident de la R.A.H.

3.1 Le choix de l'éthique

Dans le but d'éviter le piège d'une approche trop dogmatique, l'éthique a été préférée au droit et à la déontologie.

Le contexte actuel autour de la bientraitance peut avoir des effets « stérilisateurs » suite à l'application stricte de règles et de préconisations techniques et juridiques.

Morale, déontologie éthique, lois, ces mots ont en commun de faire référence à ce qu'il faut faire ou ne pas faire, de ce qui est permis ou défendu, aux règles de conduites. La morale peut être définie comme « l'ensemble des règles de conduite socialement considérées comme bonnes ».

L'éthique, c'est « l'ensemble des principes qui sont à la base de la conduite de chacun ».

La déontologie, c'est « l'ensemble des règles de bonne conduite dont une profession se dote pour régir son fonctionnement au regard de sa mission ». Ces règles ne sont pas seulement morales ; elles peuvent être techniques ou juridiques.

Mais éthique, morale, déontologie sont soumis à la loi. Des professionnels peuvent s'auto-organiser et s'autoréguler, mais jusqu'à un certain point seulement, dans le cadre de la loi. Le développement et les définitions précédents s'inspirent de l'article de P. VERDIER⁴⁰.

Une approche éthique permet aux professionnels dans le cadre de leur pratique et du respect de la loi d'être plus dans l'adhésion que dans l'obéissance. Leurs pratiques seront plus harmonieuses si elles sont « choisies » et comprises plutôt qu'imposées.

L'éthique permet une juste distance dans les relations entre les personnes. La notion de distance se réfère à la relation asymétrique entre le résident et les professionnels. De la qualité des soins dépend le bien être, voir la vie des résidents. Les professionnels sont donc dans un rapport de domination avec les résidents. Dans cette relation asymétrique les résidents mais aussi les professionnels peuvent souffrir.

En reprenant toujours l'article de P.VERDIER : « *L'éthique est plus théorique que la morale. Elle se veut davantage tournée vers une réflexion sur les fondements de la*

⁴⁰Pierre VERDIER, *Les Cahiers de l'Actif* - N°276/277 Mai - Juin 1999 Morale, éthique, déontologie et droit

morale. Elle s'efforce de déconstruire les règles de conduite qui forment la morale, les jugements de bien et de mal qui se rassemblent au sein de cette dernière. Elle concerne la théorie et la fondation, les bases même des prescriptions ou des jugements moraux. Être une interrogation, un questionnement des pratiques. Mais un questionnement par rapport à quoi ? Non plus par rapport à la loi, cela c'est le rôle des Tribunaux ; non pas par rapport aux règles de déontologie ou de morale, qui relèvent d'autres instances. Alors par rapport à quoi ? Par rapport à des valeurs.... il n'y a pas de valeur en soi, les valeurs sont toujours relatives. C'est moi qui attache de la valeur à ceci ou à cela. Qu'est-ce qui permet aujourd'hui de dire qu'une loi est juste ou ne l'est pas ? Nous l'ignorons. A défaut nous nous fions, mais jusqu'à un certain point seulement, à un consensus. Est bien, ce que tout le monde, après débat, estime aujourd'hui bien. Mais nous sentons bien que ce n'est pas tout à fait satisfaisant. ».

Le professionnel ne doit pas se référer qu'à ses propres valeurs morales et ses convictions. Ses valeurs et ses convictions doivent être partagées dans un consensus collectif intégrant toutes les valeurs de tous les acteurs (du gestionnaire au résident).

L'éthique permet aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques communes et de donner plus de sens à leurs actions en fonction de leurs valeurs partagées.

Les cadres possibles pour définir cette éthique de bientraitance sont nombreux. Dans le paragraphe suivant seront abordés les concepts et les notions, qu'elle inclue voir dépasse.

3.1.1 Le cadre et les valeurs choisis

« Les bonnes relations avec les professionnels agissent sur la satisfaction globale des résidents vivant en E.H.P.A.D ou en maison de retraite. La gentillesse, l'amabilité et la disponibilité des professionnels en sus de leurs compétences professionnelles sont des valeurs d'autant plus importantes pour les personnes que celles-ci ont besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne⁴¹ » mais le bien être ou la bientraitance des résidents ne peuvent dépendre uniquement de gentillesse, d'amabilité, de disponibilité dans le cadre d'une relation d'aide. Les professionnels de la R.A.H font preuve des qualités précédemment citées mais se plaignent du manque sens donné à leurs actions.

Une réflexion éthique naît souvent d'une interrogation isolée ou collective sur ses propres vécus, ses ressentis dans le cadre de ses pratiques. C'est une éthique axée sur le prendre soin de l'autre au travers de la relation d'accompagnement qui ressort de la réflexion et de l'observation des salariés, des résidents et des familles. L'éthique doit être

⁴¹ DREES. La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches. *Dossiers solidarité et santé*, 2010, n°18, p. 33.

considérée comme un facteur d'humanisation des postures, des comportements, des réflexions, de l'organisation.

Les notions et concepts suivants ont été choisis suite aux discours et comportements des différents acteurs.

La notion de bienveillance ou de qualité de vie passe par le respect d'autrui, de la dignité humaine mais pas uniquement. Selon E. FIAT⁴² reprenant des pensées de P. RICOEUR et de S. PANDELE, le respect est nécessaire dans les relations à autrui, il n'est cependant pas suffisant « *tout près encore de vouloir avec lui que le respect reçoive l'assistance ancillaire d'autres sentiments et particulièrement de la sollicitude* ». S.PANDELE⁴³ argumente même dans le sens où la sollicitude n'est pas suffisante dans une démarche de bienveillance, d'accompagnement. L'éthique de bienveillance peut et doit donc dépasser les notions de respect et de sollicitude.

Une citation d'Emmanuel HIRSCH reprend la plupart des notions retenues « *Les existences fragiles des personnes âgées dépendantes pourrait constituer le fond d'un débat public portant sur l'exigence de sollicitude afin de témoigner à leur égard une bienveillance, une inquiétude, cette éthique du care indispensable à l'humanité d'une relation* ».

Le respect « Kantien » est jugé trop passif. Il peut être reproché, à la sollicitude « Ricoeurienne », des situations où l'action souvent précède la réflexion. Mais ce sont des piliers, les bases d'une politique de bienveillance. Une réflexion sur la dimension éthique de bienveillance permet de dépasser ces piliers et de mieux répondre aux besoins, aux attentes, aux demandes des usagers et aussi des professionnels.

Le questionnement éthique aidera à faire évoluer les comportements et les pratiques. Il devra concerner toutes les situations du quotidien.

Les réponses apportées aux résidents et la réflexion éthique initiée peuvent être polluées par des représentations sociales et certains contextes.

3.1.2 Les représentations sociales de la personne âgée dépendante et les mécanismes afférents

Dans une époque qui se caractérise par une survalorisation des savoirs techniques et technologiques, Michel HENRY dénonce « *la barbarie de ce nouveau pouvoir technoscientifique qui sous couvert d'objectivité rationnelle et sous le fanion du savoir de l'expert passe tout simplement à côté de l'existence des hommes et de ce qui en fait le ciment : la vie* ».

⁴² FIAT E., 2012, *Petit traité de dignité ; Grandeur et misères des hommes* LAROUSSE 235 p.

⁴³PANDELE S., 2010 Esquisse d'une éthique de l'accompagnement, « *La grande vulnérabilité, Fin de vie, Personnes âgées, Handicap* » SELI ARSLAM 183 p.

Par la culture professionnelle existante et les programmes des formations initiales, la technique au sein de la R.A.H a une place prépondérante dans les pratiques notamment de soins. Pourtant « *Le soin est un acte de créativité où cohabitent et interagissent l'art la science et la technique. Aucun acte humain n'est neutre, il est constamment imprégné d'une certaine idée de l'autre*⁴⁴ ».

En fonction des représentations sociales qu'ont les professionnels des personnes âgées, leurs réflexions et leurs pratiques sont influencées.

Il existe des freins institutionnels, collectifs et individuels pour initier une éthique de bientraitance dans des conditions optimales. Même si elle découle de valeur donc de subjectivité, la réflexion éthique se doit d'être objective et d'intégrer de nombreuses composantes. Pour cela il faut essayer d'identifier le plus grand nombre de freins, de polluants qui pourraient nuire à la mise en place d'une éthique de bientraitance « libre et éclairée ». Les termes « libre et éclairée » ont été choisis pour faire un parallèle avec la notion de consentement libre et éclairé.

Au niveau de la structure, les injonctions paradoxales (sécurité et liberté de mouvement,..), le manque de temps, le manque de communication entre les professionnels, l'organisation complexe où la rentabilisation ne laisse pas de place aux libertés de choix, sont les principaux freins institutionnels relevés.

Les freins individuels et/ou collectifs qui concernent les professionnels sont les suivants, qu'ils ne partagent pas les mêmes valeurs, l'usure quotidienne, leur représentation de la mort, de la dépendance, les résidents qui dans une relation asymétrique n'expriment pas toujours spontanément et librement leurs attentes voir leurs plaintes.

Comme les sociétés, les institutions sont forcément violentes à l'encontre de leurs membres. Mais c'est une violence « légitime » pour canaliser la violence qui est inhérente à l'être humain.

Certains processus d'institutionnalisation peuvent s'apparenter à l'armée d'autrefois pour l'usager. Dans le cadre de procédures, de rites, l'autonomie du résident lui est retirée. Il peut même n'être considéré que par le biais d'un organe déficitaire, d'une identité réduite à celle de malade, d'un numéro de chambre, d'une dépendance. « *La vieillesse devient un espace clos refoulé aux limites de la vie sociale, territoire ou plutôt lieu de ségrégation et de douleurs invivables* » : écrit Emmanuel HIRSCH. Dans ce contexte, les professionnels sont le plus souvent réduits à des approches qui privilégient le dévouement et les soins techniques qu'a mettre en œuvre des compétences gériatologiques et un savoir être.

⁴⁴ FIAT E., 2012, *Petit traité de dignité Grandeur et misères des hommes*, LAROUSSE

Pour reprendre un développement de Sylvie PANDELE, cela peut mener à 3 niveaux de risques de disqualification de la personne pris en compte :

- un processus de déshumanisation où l'être n'est plus considéré comme appartenant au genre humain,
- une entreprise de dépersonnalisation où l'être n'est plus considéré comme une personne,
- une tentative de dé-subjectivation où l'être est une personne humaine mais pas un sujet.

Pourtant pour Eric FIAT : *« parce que la plus intelligente des bêtes a toujours plus d'instinct que d'intelligence et le moins intelligent des hommes encore moins d'instinct qu'il n'a d'intelligence, la vulnérabilité, la précarité, la dépendance ne sont pas des signes d'inhumanité, des dysfonctionnements qui arriveraient à l'être humain mais au contraire des signes d'humanité ».*

Tout être humain a besoin des autres pour vivre, la dépendance n'est donc pas spécifique à l'âge. En prenant l'exemple de l'expérience « interdite » aux résultats désastreux de l'empereur Frédéric II⁴⁵, la parole, les relations sociales, les contacts humains sont primordiaux à la qualité de vie et voir à la vie elle-même.

Dans l'ouvrage GINESTE Y. et PELLISIER J. sur « l'humanité », il a été constaté que dans certains E.P.H.A.D, les professionnels ne s'adressaient aux résidents que 40 secondes au total par jour. Dans les cas où le résident n'a plus ou pratiquement plus de contacts sociaux avec l'extérieur ni avec les autres résidents, les temps passés avec les professionnels sont ses seuls temps de relations sociales.

« Tout être humain vit « sous influence », il se construit au milieu des autres humains, de ce que les autres attendent de lui et voient en lui quelle image peut-on dans ce contexte se faire de sa propre vieillesse si l'on voit dans le regard des autres que ce qui va mal⁴⁶»

Présenter la dépendance comme un risque, c'est suggérer qu'elle est un dysfonctionnement mais pourtant aucun homme n'est indépendant.

Dans une réflexion éthique à mettre en place, la difficulté réside dans la notion de dépendance de la personne âgée « légiférée », utilisée par les pouvoirs publics.

⁴⁵ Le moine SALIMBENE raconta, l'expérience menée en 1211 par Frédéric II du Saint Empire sur des enfants de différentes nationalités. Ce souverain parlait couramment le latin, l'allemand, le français, le grec, le sicilien, le normand, l'hébreu ainsi que l'arabe et se demandait quelle était la « langue de Dieu ». *« Il ordonna à des nourrices d'élever les enfants retirés à leurs parents, de les baigner, de les laver, mais en aucune façon de babiller avec eux ou de leur parler, car il voulait savoir s'ils parleraient l'hébreu, le plus ancien des langages ou le grec, ou le latin, ou l'arabe, ou peut-être encore le langage des parents dont ils étaient issus. Mais il œuvra pour rien, car tous les enfants moururent... En effet, ils ne pouvaient pas survivre sans les visages souriants, les caresses et les paroles pleines d'amour de leurs nourrices. »*

⁴⁶ EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD

Selon Albert MEMMI, la dépendance est bien le fait et la vérité de la condition humaine « *l'on ne peut pas ne pas être dépendant. Ne parvenant pas à définir la dépendance, les experts ont baptisé dépendance ce qu'ils pouvaient ou savaient mesurer...C'est ainsi que la dépendance s'est trouvée, la plupart du temps, réduite à n'être qu'un état d'incapacité, et non pas une dynamique d'interaction, par le seul fait que la mesure d'un état est beaucoup plus facile que l'évaluation d'une interaction, surtout quand il s'agit de prendre en compte les dimensions multiples de l'environnement d'une personne. C'est tout à fait ce qui s'est passé avec l'outil A.G.G.I.R (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources). Cet outil qui ne mesure en fait que la dimension incapacité ne peut à lui tout seul définir le montant de l'aide accordée, c'est pourtant le principe de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie⁴⁷ ».*

Le G.I.R et le PATHOS ne deviennent ils pas des « dignomètres⁴⁸ légitimés » où le résident devient un objet de soins « bien » codifié par des grilles d'évaluation ?

Plus en amont encore, le terme de personne âgée est discutable pour désigner une population qui recouvre au moins deux générations puisqu'elle s'échelonne de 60 ans à la fin de la vie. « *Le terme de personne âgée ne constitue pas une catégorie au sens sociologique du terme ni un concept⁴⁹* ».

Dans le cadre de l'offre de service pour les personnes âgées en E.H.P.A.D, il existe une violence institutionnelle à l'encontre des résidents mais il y a aussi une violence inversée.

Les personnes en souffrance, les signes cliniques de leurs maladies peuvent confronter les professionnels à de l'insupportable qui finit par rendre difficile la sollicitude ou des sentiments similaires telle la sympathie et la compassion, des éléments indispensables pour poser les bases d'une éthique de bienveillance.

L'altération des fonctions cognitives et des fonctions de communication des résidents met sérieusement à l'épreuve la volonté des professionnels concernant entre autres les respects de l'autonomie, des choix, de la participation à leur projet de vie.

C'est souvent une situation à grand risque lorsque les résidents sont incapables de traduire leurs émotions de façon compréhensible pour les professionnels. De cette incompréhension peut naître de l'agressivité, de l'isolement.

Le « non investissement » des salariés de la R.A.H dans leurs contacts sociaux avec les résidents peut être aussi lié à un « mode de protection ». Sous le couvert d'une distance thérapeutique, les professionnels ne s'impliquent pas dans leurs relations avec

⁴⁷ <http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm>

⁴⁸ FIAT E., 2012, *Petit traité de dignité ; Grandeur et misères des hommes* LAROUSSE

⁴⁹ EYNARD C., PIOUS O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD

les résidents. Grâce à cette « distance émotionnelle », les professionnels ne « souffrent » pas ou « moins » lors du décès des résidents. Certains salariés peuvent choisir comme mode de protection de s'enfermer volontairement dans des temps administratifs et/ou le suivi rigoureux des temps de soins planifiés (remplissage dossier, préparation consultations, temps consacré par soins et/ou pas par résident etc..) afin de limiter leurs temps de contact avec les résidents.

La réflexion, la concertation et la formation des professionnels à ces types de difficultés sont essentielles.

Les salariés de la R.A.H pour lutter contre une « souffrance éthique » peuvent mettre en place des mécanismes de défense et des stratégies de réponses telles : la distance thérapeutique, la « neutralité » affective, l'hyperactivité (épuiement physique pour empêcher l'épuiement psychique). Ces différents mécanismes n'assurent pas un « blindage total » contre la souffrance humaine et ne peuvent empêcher la survenue tôt ou tard de « burn-out ». Ce « burn-out » engendrera du « turn-over » et un cercle vicieux où plus les professionnels iront mal plus les résidents en pâtiront et vice-versa. Les professionnels pourront souffrir d'un sentiment d'échec, de dévalorisation, d'incompétence et les résidents de maltraitance.

Quelques uns des principaux freins ou polluants dans la mise en œuvre d'une éthique dans le cadre de la R.A.H viennent d'être abordés. Le cheminement personnel des professionnels et le partage de leurs valeurs devront influencer la qualité de leurs interventions. Le but est de faire adhérer le professionnel à une éthique et non d'obéir aveuglement à une loi, à une norme.

Le paragraphe suivant va être consacré aux normes, aux notions, aux concepts pouvant aider à la mise en place, au développement, au cadrage de la réflexion éthique. L'agir éthique doit intégrer les singularités de chaque acteur, en s'appuyant sur des références. Une humanisation des pratiques ne peut être de l'ordre de « *l'amateurisme ou de l'improvisation* » ni de l'arbitraire.

3.2 La bientraitance

Pour qu'un engagement éthique, inspiré du respect, de la sollicitude, du « care », trouve sa place et une posture de légitimation, il faut s'appuyer sur un langage commun au travers de normes et de valeurs communes pour tous les professionnels. Un consensus sur les pratiques sera plus aisé si le langage est commun. Dans l'absolu, l'idéal serait que tous les acteurs (y compris les usagers) aient accès à ce langage commun.

L'objectif à ce jour est de mettre en place un référentiel commun pour faciliter des échanges productifs sur tous les projets. La bientraitance est le cadre des normes et des

principes choisis, sur lesquels les professionnels vont pouvoir s'appuyer pour penser, guider leurs pratiques et leur donner du sens.

La mise en œuvre d'une politique de bientraitance au sein entre autres des E.H.P.A.D est exigée par le cadre législatif.

Dans le développement de ce travail, bientraitance et qualité de vie ont été associées.

La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a 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 » (définition de l'O.M.S, 1993). Ce concept renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives : l'état de santé physique de la personne ; ses capacités fonctionnelles ; ses sensations de bien-être physique ; son état de santé psychologique ; son statut social, son environnement relationnel.

Dans leurs finalités et composantes, bientraitance et qualité de vie sont très proches. La bientraitance est une démarche pour promouvoir le bien être, la qualité de vie. A ces termes sont associés les concepts, les notions de « care » ou prendre soin, de sollicitude, etc...

Prendre soin pour Walter HESBEEN : *« c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans les perspectives de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. Elle s'inscrit également dans un acte de vie avant même d'apparaître comme le pourtour qui caractérisait telle ou telle profession. La perspective soignante procède ainsi d'une tonalité générale humainement plus engagée. Elle s'inscrit dans un élan par lequel l'ensemble des acteurs d'une structure, quelle que soit leur fonction, participe au développement d'un esprit soignant. Ils œuvrent de la sorte pour une plus grande atmosphère d'humanité qui concerne dans les faits chaque personne, que celle-ci soit soignée ou soignante ou en charge d'un poste logistique ou encore parent ou ami d'un malade ».*

Cette approche du « prendre soin » est axée sur les soignants. L'acte de soin en tant que tel est un bon vecteur pour initier, cimenter les contacts entre résidents et professionnels et de « générer du lien ». Cela va dans le sens de s'appuyer sur les espaces de soins pour créer, renforcer les espaces sociaux et promouvoir la bientraitance.

3.2.1 La bientraitance une réponse à une « non-traitance » plus qu'à une maltraitance

La bientraitance est issue de la lutte contre la maltraitance. Bientraitance et maltraitance sont 2 concepts qui ont partie liée.

Dans le but de positiver l'action des professionnels, il a été préféré l'emploi du terme de « non-traitance » plutôt que le terme de maltraitance. Certes cette « non-traitance » peut s'apparenter à une maltraitance ; « passive », « ordinaire », « en creux ». C'est une

maltraitance non intentionnelle. Cette forme de maltraitance existe au sein de la R.A.H au travers de ces exemples :

- des résidents devenus transparents voir objets ; Il est courant d'observer certains salariés discuter entre eux de sujets privés pendant les prestations que ce soient de soins, de ménages, de restaurations, de logistiques et même d'animations. Le résident n'est pas pris en compte pendant ces « discussions privées »,
- une organisation qui impose des rythmes rigides voir routiniers aux résidents et aux professionnels (peu de disponibilité pour les résidents).

Mais qualifier les prestations actuelles de maltraitantes a une connotation plus péjorative et conflictuelle que de les qualifier de « non traitante ». J'ai pu tester cet état de fait, lors de mes entretiens avec les salariés de la R.A.H.

Dans tout processus de changement, il est préférable et plus facile de construire sur les qualités (niveau de soins techniques et implication des professionnels) que sur la critique de leurs pratiques (maltraitance même passive). Je tiens à préciser qu'en tant que directeur je veille à lutter contre toutes les « formes » de maltraitance et en aucun cas je ne couvrirai ou camouflerai des actes maltraitants (une note de service stipule l'arrêt immédiat des discussions privées entre salariés en présence du résident).

Dans un souci d'objectivité, Il est à noter qu'il existe tout de même des risques et des critiques à l'encontre du concept de bientraitance. Depuis sa création (année 90), ce nouveau terme n'a pas fait l'unanimité au sein du secteur médico-social (essor lors de la loi du 02 janvier 2002) ni dans le secteur sanitaire (loi H.P.S.T 2009). A un niveau philosophique, la célèbre citation d'Emmanuel KANT suffit à définir un des risques majeur : « *Il n'est pire tyrannie que de vouloir le bien de l'autre.* ».

De manière plus concrète, certains associent ce terme à la Novlangue. Les principes de la Novlangue sont simples : « *plus on diminue le nombre de mots d'une langue et plus on fusionne les mots entre eux, plus on diminue le nombre de concepts avec lesquels les gens peuvent réfléchir en éliminant les finesses du langage, plus on rend les gens incapables de réfléchir* ».

Au niveau des pratiques des professionnels, la lutte contre la maltraitance et donc l'essor de la bientraitance peut :

- faire perdre le sens de « l'artisanat », le professionnel devient un instrument de bientraitance,
- créer un climat délétère entre les professionnels (« flicage entre collègues » « dénonciations »),

- favoriser la « tricherie » des professionnels pour répondre impérativement aux normes stéréotypées,
- créer des attitudes hyper-maternantes voir infantilissantes ainsi que de l'hyperstimulation.

Une réflexion éthique sur les pratiques et un management adapté empêcheront la survenue de ce genre de problèmes.

Dans le paragraphe suivant seront abordés les concepts et les notions liés à la bientraitance.

3.2.2 Les concepts de bientraitance et d'humanité

Dans le document de l'A.N.E.S.M de 2008 concernant la bientraitance, la première partie du document aborde le concept de bientraitance.

La bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive. Elle est une démarche volontariste qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois *démarche positive et mémoire du risque* ». Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ou de « non traitance ».

Elle impose un mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation. Dans le cas de la R.A.H, la formalisation des projets personnalisés est donc plus que nécessaire et urgente.

Parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence. La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. La bientraitance est d'abord une capacité d'adaptation à l'autre. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée. La démarche de bientraitance est une dynamique que s'approprie l'ensemble des professionnels d'un établissement selon leurs modalités propres. Ces objectifs et ces modalités ne sont pas à ce jour clairement définis au sein de la R.A.H. Elles devront se retrouver dans les fondements du nouveau Projet d'établissement.

La seconde partie du document de l'A.N.E.S.M a pour objet de proposer des repères pour cette appropriation d'une démarche de bientraitance. Quatre repères pour la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance sont déclinés. Ces quatre dimensions sont complémentaires et inséparables. Mais dans le cadre de mes premiers objectifs c'est le deuxième repère concernant « *les mesures garantissant un lien de qualité entre*

professionnels et usager » et le quatrième intitulé « *le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance* » qui serviront principalement de support de travail.

Pour refaire le lien avec une éthique de bientraitance, voici une phrase extraite d'une présentation MOBIQUAL sur la bientraitance : « *La bientraitance est une recherche et doit être réinventée à partir de certains fondamentaux par chaque établissement et service* ».

Le concept d'humanité⁵⁰ a été choisi car il porte exclusivement l'attention sur la bientraitance des personnes âgées. J'ai jugé cette approche utile dans le cadre d'un adossement théorique. Dans l'ouvrage sur l'humanité, les origines et les différences entre une culture soignante gériatrique et une culture soignante gériatrique sont abordées et détaillées.

L'importance de la qualité et de la quantité des relations sociales entre les soignants et les personnes âgées dépendantes est un fondement principal de ce concept. L'objectif est de limiter les effets de la dépendance liée à l'âge, en stimulant les capacités physiques, psychiques et sociales.

Cette approche par l'humanité ne différencie pas la personne âgée des autres personnes, la personne âgée est et reste un être bio-psycho-socio-culturel. Pour ces auteurs Y. GINESTE et R. MARESCOTTI : « *l'humanité est l'ensemble des particularités qui permet à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité* ».

Ces particularités se retrouvent dans : la verticalité, le regard échangé, l'intelligence, la capacité de toucher l'autre, le sourire et le rire, le regroupement familial, le repas, la socialisation. Un des buts escompté est de redonner leur dignité et du sens à des actions telles que le lever du malade, l'alimentation et l'hydratation, la toilette et les soins d'hygiène, le soin des pieds.

« *La qualité de la relation avec les personnes concourt à l'objectif premier de tout travail en établissement social et médico-social, à savoir le bien-être, l'épanouissement et l'autonomie des usagers* » indique une recommandation de l'A.N.E.S.M. Cette phrase va dans le sens de la piste d'actions choisie pour améliorer la qualité de vie des résidents au sein de la R.A.H.

La valorisation des capacités des personnes par les professionnels participe à la qualité de vie et/ou la bientraitance. La promotion de l'autonomie consiste aussi à donner les moyens aux résidents de prendre l'initiative de la demande, de la rencontre et de ne pas être « objet » de l'accompagnement mais « sujet », participant aux attentions qui les concernent. En l'absence de cette démarche, soit les personnes limiteront leurs demandes, soit elles ne les exprimeront que dans leur espace privé lors des rencontres

⁵⁰ Humanité « comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux » Y.GINESTE – J. PELLISIER ed Bibliophane 2005

avec les professionnels venus les aider⁵¹. Il n'est pas sûr que dans la situation passée au sein de la R.A.H, il y avait des échanges de ce type entre les résidents et les professionnels.

Initier une réflexion sur les moyens de conjuguer les espaces sociaux et les espaces de soins a été une des solutions retenues pour améliorer la qualité des relations au sein de la R.A.H en créant un cadre bientraitant où chaque résident est un sujet à part entière et non un objet en fonction des espaces.

Selon encore une citation d'Emmanuel HIRSCH : « *Vieillir en institution devrait signifier impérativement qu'on est toujours reconnu membre à part entière d'une famille humaine qui non seulement conçoit cette appartenance mais plus encore l'intègre dans ses choix et ses finalités* ».

L'E.P.H.A.D doit être avant tout un lieu de vie quelque soit le moment ou le lieu. L'objectif est de converger vers une vision commune de la bientraitance au sein de l'établissement avec les moyens qui sont les siens. Quels que soient les moyens et cadres employés, il est impératif d'amorcer une bascule d'une culture sanitaire vers une culture médico-sociale.

3.3 Un changement de culture professionnelle

En 1597 Francis Bacon a formulé : « En effet le savoir lui-même est pouvoir », cette équation est plus connue sous sa forme moderne : « Savoir, c'est pouvoir ». Pour pouvoir promouvoir la bientraitance, la qualité de vie, il faut que tous les acteurs connaissent les finalités de ces concepts, de ces notions. Mais les repères normatifs ne sont que des outils.

La qualité de la relation entre les résidents et les professionnels dépend entre autres d'un savoir-faire et d'un savoir-être des professionnels. La culture professionnelle ambiante influence fortement le savoir-faire et le savoir être. Pour qu'une démarche, une promotion de la bientraitance prenne forme dans une structure médico-sociale, il faut que la culture professionnelle s'y prête.

Dans la première partie, j'ai tenté de démontrer la prégnance du monde sanitaire au sein de la R.A.H. Il est couramment admis que « *la préoccupation de la bientraitance est restée longtemps marginale dans le monde sanitaire alors qu'elle a pris corps initialement dans le médico-social* ».

De nombreux salariés de la R.A.H sont issus du monde sanitaire et n'ont pas connu l'émergence de la bientraitance que ce soit dans leurs pratiques ou dans leurs formations initiales. Pour mettre en place une éthique efficiente, il faut un langage commun

⁵¹ *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*

(bienveillance) mais aussi une culture commune et adaptée au monde dans lequel elle évolue.

L'éthique sera un levier primordial pour assurer le passage d'une culture à une autre. L'objectif est de passer d'une culture sanitaire à une culture médico-sociale sans diminuer le niveau technique des prestations.

Par des références communes et adaptées, il s'agit de mettre en place un changement par l'apprentissage d'une nouvelle forme de pratique construite autour de la relation résidents/professionnels et ce à chaque moment de la vie du résident. Le changement de culture peut se traduire par la capacité de transférer des compétences d'un champ vers l'autre, en essayant de ne garder que le positif. Mais le contexte d'intervention est complexe pour les raisons suivantes :

- la culture d'une grande partie des professionnels est une culture sanitaire axée sur les symptômes et ses causes alors que la mission de l'E.H.P.A.D, structure médico-sociale, est axée sur la mise en place d'un accompagnement global de chaque personne,
- la « coexistence » de différentes cultures hospitalières et médico-sociales nécessite une ouverture mutuelle pour développer une culture commune axée sur le « domicile des résidents » et non plus sur une « chambre d'hôpital ».

Dans la culture sanitaire, c'est « *beaucoup pour eux sans rien faire avec eux* » Louis PLOTON⁵². Dans la culture médico-sociale, le professionnel doit accepter d'apprendre du résident et de « perdre du temps ». Le professionnel doit aller à la rencontre du résident et de faire de chaque rencontre un moment unique par la conjugaison d'un savoir faire et d'un savoir être et par la conjugaison des espaces de soins et des espaces sociaux.

Comme l'écrit E. FIAT, il est certain que : « *la personne âgée trahie par son propre corps se sente lors des soins comme exposée, examinée, décomposée au gré des actes médicaux* ».

Le résident a besoin d'une parole, d'un regard bienveillant pour se sentir digne d'un être humain. Dans le monde sanitaire, il est souvent entendu et reproché que l'on soigne une maladie, un dysfonctionnement mais pas une personne.

Depuis quelques décennies, des chartes, des nouvelles approches éthiques tendent à modifier cette approche du patient. Mais dans le cadre économique hospitalier actuel telle que la tarification à l'acte (T.2.A), les durées d'hospitalisations des patients sont de plus en plus courtes. Des sentiments humains tels que la confiance, la sécurité, le partage de l'intime nécessitent un minimum de temps pour se mettre en place. Ce temps n'est plus « donné » dans le sanitaire mais peut l'être dans le médico-social où un séjour en

⁵² Professeur en gérontologie Laboratoire « Santé Individu Société » (Institut de Psychologie–Univ. Lyon 2)

E.H.P.A.D est de 3.8 ans en moyenne⁵³ (3.2 pour la R.A.H.) même si les temps de soins prennent de plus en plus d'importance.

Les professionnels formés et provenant du sanitaire sont facilement enclins à reproduire leur culture professionnelle sanitaire même au sein d'un établissement médico-social surtout si les actes techniques sont majoritaires et que la « mécanisation » des soins est déjà présente.

Le port de tenues blanches, identiques à celles de l'hôpital réaffirme cette culture sanitaire au sein de la R.AH.

Dans un but de rationalisation, d'efficience, les professionnels deviennent des moyens interchangeables. Dans le cadre d'une obligation de continuité de soins et un respect des repos des salariés, il faut arriver à créer une relation privilégiée entre certains professionnels et le résident. Les « bavardages » lors des prestations entre les professionnels devant le résident sont certainement aussi un moyen de combler le vide relationnel avec le résident.

Le sentiment de solitude de certains résidents peut être lié à une solitude réelle par insuffisance des liens sociaux, mais aussi à la perception négative qu'a la personne de ses relations avec des personnes pourtant bien présentes.

Les pathologies du dos notamment chez les soignants sont de plus en plus fréquentes. Il existe du matériel pour limiter ces pathologies. Lève-malade, roller sont des outils qui permettent de soulager le dos des soignants mais qui créent un espace supplémentaire entre le professionnel et le soignant. De nombreux résidents n'apprécient pas ces outils voire ont peur lorsqu'ils sont suspendus dans un filet (lève-malade). Ces moyens sont systématiquement employés sur ordre de la « direction » dans le cadre d'une obligation de sécurité de l'employeur et de l'employé. Ces outils permettent aussi à une seule personne de mobiliser un malade au lieu de 2 voire de 4 personnes.

Les situations précédemment décrites peuvent être associées à une pratique sanitaire (distance entre résidents professionnels) et/ou à une rationalisation des moyens humains (contexte économique difficile). Le changement de culture et la réflexion éthique doivent permettre aux professionnels de prendre position dans leurs actes, de leur donner du sens et d'accepter la complexité, la diversité dans leurs relations avec les résidents. L'interrogation des professionnels sur ses valeurs et celles de son organisation sera la base de nouvelles formes de pratiques dans le cadre d'une nouvelle culture professionnelle. Le changement de culture passera par un développement des compétences.

⁵³<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-des-EPHAD-2012.pdf>

3.3.1 Le concept de compétences : savoir, savoir faire, savoir être et le partage

Un des objectifs intermédiaires de ce travail est de développer les compétences des professionnels par des « *valeurs bientraitantes, humanistes* » tout en maintenant le niveau de compétence technique de certaines catégories de professionnels.

Le concept de la compétence est complexe et peut être abordé sous de multiples aspects. Les approches choisies sont celles de Guy LE BOTERF⁵⁴ ⁵⁵. La compétence peut se définir comme un savoir-agir reconnu. Parvenir à ce savoir-agir nécessite de franchir différentes étapes. La compétence professionnelle est une « compétence-en-acte » qui demande d'être en mesure de savoir mobiliser ses savoirs de façon pertinente, au moment opportun, dans une situation de travail. Ainsi la compétence se définit schématiquement par l'intersection de trois domaines : le sujet, la situation de formation et la situation de travail. La compétence n'est pas un état, mais une action de reconstitution qui exige un savoir-mobiliser ses capacités cognitives, c'est un processus à valeur ajoutée. La compétence ne peut se réduire à une liste d'actions effectuées, mais doit englober l'acteur et la situation (complexité).

Cette approche s'adapte parfaitement à la personnalisation des prestations et des relations qui se doivent d'intégrer la singularité de chaque résident.

Pour résumer la pensée de G. LE BOTERF, la compétence ne se transmet pas mais se développe. Pour développer une compétence, il faut pouvoir intégrer et combiner des savoirs multiples, hétérogènes et complémentaires. La compétence comporte les composantes du pouvoir et du vouloir, une autonomie dans son travail qui engage à assumer des responsabilités. Le savoir-agir est différent du savoir-faire. Il regroupe un ensemble d'actions enchaînant des conséquences d'actes en vue d'un objectif porteur de sens. Le savoir-agir peut également consister à ne rien faire : c'est le savoir-réagir. Pour le bien être du résident, il peut être judicieux de savoir et pouvoir annuler ou repousser un soin, une activité. Ce savoir-réagir n'existe que s'il est reconnu par autrui.

Selon toujours G. LE BOTERF, Il a donc une dimension socioculturelle. Le sujet qui agit est guidé par des représentations, des valeurs, des modèles qui sont socialement partagés. Ainsi, la culture d'entreprise conditionne les compétences, qui ne se résument pas à des savoir-faire individuels, mais bien à des savoir-faire collectifs. Les compétences peuvent aussi être définies comme la résultante de 3 facteurs : le savoir agir (les connaissances), le vouloir agir (motivation des individus) et le pouvoir agir (organisation de travail).

⁵⁴LE BOTERF G., 1997 *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*, LES EDITIONS D'ORGANISATION

⁵⁵LE BOTERF G., 2000, *Construire les compétences individuelles et collectives*, LES EDITIONS D'ORGANISATION

Au travers des valeurs choisies telles une éthique de bienveillance et l'implication des professionnels dans la réécriture actuelle du P.E permettra de prendre des appuis forts pour pouvoir développer les compétences des salariés (vouloir agir). Les accès aux formations spécifiques permettront aux professionnels d'accéder aux connaissances requises (savoir agir).

Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective. La compétence collective n'est pas la somme des compétences individuelles, mais bien plus. Elle reflète une coordination de travail pluridisciplinaire de qualité. Le savoir-faire opérationnel de l'équipe est basé sur le savoir-agir global. Cependant la qualification, qui permet d'occuper un poste de travail, est indispensable pour le travailleur. La reconnaissance de cette identité professionnelle constitue une condition nécessaire préalable au développement de la compétence. La compétence collective ne peut s'obtenir qu'à l'aide d'un management optimal des ressources humaines et matérielles (pouvoir agir). Le directeur joue un rôle de coordonnateur et de régulateur de la compétence collective.

3.3.2 Les freins possibles au changement de culture et de développement des compétences

Selon Jean-Marie MIRAMON : le changement « *n'est pas synonyme de révolution (...) il peut être humble et pragmatique, au moyen de petits effets ponctuels ou durables, il modifie peu à peu les mentalités, les habitudes, quelles soient individuelle ou collectives changer c'est avant tout se regarder élargir le cadre de son expérience interroger ses certitudes*⁵⁶ ».

Le changement demandé aux professionnels ne doit pas être perçu comme une marque de fabrique d'un « jeune » directeur nouvellement affecté mais comme l'unique fruit d'une réflexion éthique commune sur le bien être des résidents. Tout changement engendre une résistance. Cette résistance peut trouver sa source dans de multiples situations ou dans les vécus.

La réflexion éthique et la participation des salariés ont été choisies pour répondre à la quête de sens des professionnels. Mais il existe des risques, des freins dans ce projet :

- la crise financière de la M.S.P.B et le contexte économique global (financements) ; les possibilités d'une généralisation de la tarification à l'activité dans le secteur médico-social pourraient engendrer le danger que les soins (cure) soient encore plus « estimés » que le « care »,
- les tensions entre les deux conseils d'administration : incertitude sur la pérennité du mandat de gestion,

⁵⁶ MIRAMON J.M, 2013, intervention sur l'IRTS AQUITAINE

- le conflit social autour de la convention 1951 qui peut catalyser les incertitudes (mandat gestion, changement de culture) d'un futur non maîtrisé,
- les résistances au projet inhérentes à tout changement,
- un épuisement professionnel sous-estimé qui peut nuire à un changement qui demande des efforts supplémentaires (réflexion, communication, formations, adaptation),
- une routine, une déshumanisation déjà trop installées qui peut engendrer un renoncement à progresser, une passivité dans l'exercice du métier,
- les processus de changement peuvent être lents alors que les évaluations interne et externe sont dans un avenir très proche,
- les récentes prises de poste du médecin coordonnateur, de l'animatrice, de moi-même.

Les freins possibles ont été abordés. Dans la quatrième partie un plan action en lien avec les traitements des écarts et les freins définis sera mis en place.

3.4 Conclusion de la troisième partie

La réflexion éthique et les normes de bientraitance doivent apporter un cadre facilitateur à un changement de pratiques et de culture. Un cadre permettant une zone de consensus entre tous les acteurs. Au final, l'éthique doit permettre d'améliorer la qualité au sein de la R.A.H en étant l'expression d'un consensus affirmé de valeurs partagées sans toutefois devenir un dogme.

De part la présence des médecins, l'accroissement des soins, le mode de fonctionnement de la M.S.P.B, les vécus des professionnels la culture sanitaire existera toujours au sein de l'établissement. Elle a apporté la qualité des soins techniques, une rigueur et une implication des professionnels, mais il existe des « manques » dans les relations sociales notamment durant les prestations.

L'idéal serait une pluridisciplinarité sans culture dominante. Dans la réalité, il faut veiller à ce que le médico-social s'affirme plus au sein de la R.A.H. L'idée maîtresse de ce travail est celle de conjuguer les espaces de soins et les espaces sociaux pour promouvoir la bientraitance à partir d'une réflexion éthique sur les pratiques et leurs finalités. C'est aussi pouvoir conjuguer le monde sanitaire et le monde médico-social dans une structure où les « soins techniques du sanitaire » prennent de plus en plus d'importance.

Comme l'ont affirmé de nombreux auteurs, la dépendance est profondément humaine, il faut veiller au maintien de la personne dans la communauté. La troisième et dernière partie sera donc consacrée aux outils à mettre place. Elle détaillera les nouvelles organisations ainsi que les éléments concernant le projet d'établissement, les projets personnalisés et les évaluations.

4 Les outils, les changements pour promouvoir la bientraitance

Les actions, au niveau interne et externe, envisagées pour répondre à la problématique relèvent de l'organisation, du management des ressources humaines et de la communication. Un des objectifs choisis est de limiter les effets de la « dépendance » liée à l'âge, en stimulant les capacités physiques, psychiques et surtout sociales. Cette approche ne différencie pas la personne âgée des autres personnes, la personne âgée est et reste un être bio-psycho-socio-culturel. Mais cette approche nécessite du temps et des compétences. Pour initier, promouvoir la bientraitance dans les pratiques des professionnels, il a été fait appel en amont à une réflexion éthique relative aux pratiques ainsi qu'à un développement des compétences notamment au travers des formations. Le but sera de conduire dans un objectif constant de démarche qualité à des changements de pratiques, et de culture professionnelle, bénéfiques pour les résidents et les salariés. En premier lieu j'aborderai les actions que j'ai conduites et les changements d'organisation que j'ai envisagés. Les actions concerneront les différents comités de pilotage, la réécriture du P.E, la formalisation des P.P et les différentes réunions mises en place. Puis les autres paragraphes seront consacrés aux ressources humaines et aux partenariats. Pour finir les deux derniers paragraphes aborderont les différents types d'évaluation ainsi que les projets à venir.

4.1 Les changements d'organisation

Avant la réécriture et la mise en place des différents projets, des changements d'organisation ont déjà été mis en place ou sont envisagés à très court terme (Annexe IV et V). Ils sont de l'ordre, de l'organisation (horaires, référents, fiche de poste, réunions), des formations, du recrutement et des infrastructures.

Au niveau des changements de l'organisation, des temps de réunions vont être organisés pour créer des espaces de négociations interdisciplinaires et des temps d'échanges sur les pratiques. Ces espaces permettront d'aider les professionnels dans leur réflexion éthique notamment au cours des réunions concernant le projet d'établissement, les projets personnalisés mais aussi pour « *pouvoir supporter l'insupportable* » en échangeant dans des réunions sur l'analyse de leurs pratiques.

En amont de toutes ces actions, il a été mis en place un comité de pilotage sur la réflexion éthique au sein de la R.A.H. Les nouveaux temps de réunions mis en place ou prévus peuvent être de l'ordre du ponctuel ou du durable.

Dans toutes les réflexions sur les changements d'organisation, l'objectif n'est surtout pas d'aboutir à des gains de temps et de moyens qui seraient en opposition avec les rythmes des résidents. La finalité est de prendre compte tous les besoins, les attentes, les demandes du résident à chaque moment de sa vie.

4.1.1 Le comité de pilotage sur la réflexion éthique

Une de mes premières actions a été de mettre en place au mois d'avril un comité de pilotage pour accompagner, superviser le cheminement d'une réflexion éthique au sein de la R.A.H.

Ce comité s'est réuni 3 fois entre le mois d'avril et le mois de mai (ponctuel). Chaque réunion a duré 2 heures. Ce comité est composé de 9 membres :

- un membre du C.A de la M.S.P.B
- un membre du C.A de l'A.P.A.B.A.B.A
- un membre du comité éthique de la Fondation Bagatelle
- deux membres du C.V.S (1 résident, 1 proche)
- 4 salariés de la R.A.H (I.D.E.C, F.F.A.S, secrétaire et moi-même)
- les consultants externes dans le cadre de la réécriture du P.E ont participé à 2 réunions.

Les objectifs en cours et atteints de ce comité sur la réflexion éthique sont multiples. Ce comité a permis entre autres :

- de rétablir, malgré les tensions existantes, des liens plus « constructifs » entre le gestionnaire et le propriétaire dans l'intérêt des résidents de la R.A.H,
- d'établir une communication et des échanges avec le comité d'éthique de Bagatelle,
- d'aider les professionnels dans leur quête de sens dans leurs pratiques,
- d'organiser, de planifier et de cadrer la réécriture du projet d'établissement et la formalisation des projets personnalisés,
- de définir ou valider les grandes lignes des projets de changement d'organisation et des projets de partenariats.

Dès la deuxième réunion, ce comité a permis de définir la méthodologie pour la réécriture du P.E. Aucune nouvelle réunion de ce comité n'est prévue à ce jour, tous les membres seront invités à la présentation du nouveau P.E. En fonction des situations à venir un comité éthique R.A.H (durable) avec sensiblement les mêmes participants sera peut être créé.

4.1.2 La réécriture du projet d'établissement

Les réunions sur les projets d'établissement sont presque terminées. Le projet final devrait être abouti et présenté à tous les acteurs (professionnels, libéraux, C.V.S, résidents,...) courant septembre. Des consultants externes (« O.N.C Développement ») ont accompagné une partie de l'effectif hors des temps de réunions. L'appel à ce cabinet conseil a permis un appui méthodologique. Ils sont intervenu par demies journées une dizaine de fois pour un coût de 990 euros la journée (5 X 990 soit 4950 euros).

Suite au choix des salariés, la réécriture du projet d'établissement s'est apparentée métaphoriquement à la navigation d'un bateau « entre ancrage et horizon ». Tout le projet de réécriture du P.E de la résidence Anna HAMILTON 2013/2018 a été pensé et écrit par les salariés.

Ce projet a défini les actions à mettre en place et les objectifs à atteindre dans les 5 prochaines années. En fonction des évaluations et des situations il pourra s'adapter.

Mon rôle et celui des consultants a consisté à accompagner et quelques fois orienter la réflexion des professionnels et tenter d'harmoniser les discours pour notamment être en accord avec les attentes du comité de pilotage sur la réflexion éthique.

Dans le préambule de ce projet figure les précisions suivantes : *« Pas de certitude. Pas envie de montrer ou de démontrer. Pas d'artifices ou de tentation de briller. Ce projet d'établissement se veut être simplement le reflet d'une démarche pluridisciplinaire qui n'a d'autre objectif que celui d'exprimer humblement ce dont chacun de ses acteurs est porteur. A travers un regard professionnel, il s'est agit d'interroger sa pratique mise au service des personnes accueillies. A travers une organisation, il a été question d'identifier les forces et faiblesses de l'institution afin de co-construire une réflexion toujours soucieuse de reconnaître la place de chacun, de veiller au respect de l'autre et de son mieux être. Ce projet s'inscrit dans une Histoire institutionnelle et se projette dans l'avenir. Il fait état de l'organisation existante et des grands principes d'action. Il n'est pas figé. Il est en perpétuel mouvement. C'est un document vivant. Chaque acteur de l'établissement doit pouvoir se l'approprier et y apporter sa contribution. Ce projet d'établissement sera amené à évoluer en fonction des besoins des personnes accueillies, des projets de l'établissement et des collaborations envisagées. Quelles que soient les orientations prises, sa pérennité dépendra de sa capacité à demeurer respectueux de son Histoire et d'envisager l'avenir avec confiance et détermination. Comme un bateau qui navigue sur une mer tantôt calme, parfois agitée »*

La métaphore marine a été suggérée par une A.S et repris avec enthousiasme par les autres professionnels : *« L'ancre comme symbole de l'histoire et des valeurs communes, le bateau représentant l'organisation et l'établissement avec ses composantes, l'horizon désignant l'avenir, la direction à venir voir l'utopie à atteindre ».*

La méthodologie fut la suivante : Un comité de pilotage P.E a été constitué de différentes catégories socioprofessionnelles et a réuni : le médecin coordonnateur (avant dernière réunion et la prochaine à venir), l'I.D.E.C, une I.D.E, l'animatrice, 2 A.S, 1 F.F.A.S, 1 A.S.H et moi-même.

Les 8 réunions ont été planifiées de mai à septembre 2013. La dernière réunion aura lieu fin août. Le projet, dès sa finalisation, sera soumis début septembre au gestionnaire. Lorsque la M.S.P.B « validera » ce projet (prise en compte des modifications éventuelles),

il sera présenté aux différents acteurs lors d'un rassemblement. Les salariés seront avertis et invités à échanger au cours d'une réunion, des éventuelles modifications de la part du gestionnaire avant la présentation finale.

Les réunions, d'une durée de 2 heures ont fait l'objet de comptes-rendus diffusés à l'ensemble des salariés et au C.V.S. Le C.V.S a aussi participé à des réunions concernant notamment la présentation du projet d'animation. L'objectif de ces comptes-rendus était de faire circuler l'information du comité de pilotage vers les autres salariés et des salariés vers le comité afin de permettre à chacun d'y réfléchir et d'y participer. Le C.V.S et les salariés ne faisant pas partie du comité ont été invités à participer aux différents sous groupes de travail. Les réunions (sous-groupes) ont dépassé fréquemment le temps imparti de 2 heures. De nombreux outils définis par la loi ont été abordés (projets personnalisés, contrat de séjour, règlement de fonctionnement,..). J'ai pu constater de la part de nombreux professionnels un travail personnel conséquent en amont des réunions. Les thèmes choisis des travaux pour les sous groupes étaient les suivants :

1) accueil de la personne, 2) organisation de la vie quotidienne, 3) les relations internes et externes, 4) le soin, 5) l'animation

Concernant l'animation depuis mai 2013, en parallèle à la réécriture du P.E un groupe de travail bénéficie de temps de formation autour de la conception de projets d'animation en E.H.P.A.D. Cette formation est sous la conduite de la formatrice responsable du centre de formation de Bagatelle. La formation a été « gratuite ». Les salariés participant à cette formation sont le noyau dur du sous-groupe de travail sur l'animation. Le grand principe retenu et inscrit dans le projet d'animation est le suivant : « *Inscrire résolument l'animation dans le projet de soins et le projet de vie des résidents, en fondant notre action sur des valeurs humanistes* ». Dans ce projet d'animation l'approche MONTESSORRI⁵⁷ est préconisée pour la prise en charge des S.C.M.

La nécessité de conjuguer les espaces de soins et les espaces sociaux se retrouve dans cet extrait d'ouvrage⁵⁸ : « *La recherche de la qualité de la vie quotidienne est reconnue à juste titre comme fondamentale. Si pour les professionnels, l'animation est associée à la vie – la définition spontanée étant de « donner de la vie », « d'apporter une âme »- elle doit mettre l'accent sur les temps forts de la journée, sur la qualité des relations entre les professionnels, les résidents et leur proches (ces relations étant conçues comme la première étape d'une vie sociale dans les établissements, sur la*

⁵⁷ Cette approche a été déclinée par le Pr C. J. CAMP, Myers Research institute of Menorah Park center for senior living. L'objectif est de proposer une large variété d'activités qui mobilisent les facultés cognitives, sensorielles et motrices et qui soient source de participation sociale et de vie, source de dignité, de bien être et d'estime de soi.

⁵⁸ EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD

convivialité des repas, mais aussi des échanges lors de la toilette, du lever, du coucher,... ».

L'existence d'un projet d'établissement relève d'une obligation légale. Sa construction doit permettre à chaque professionnel d'exprimer ce qu'il fait au quotidien et de refléter ainsi l'ensemble de ses pratiques. La conception de ce projet d'établissement a été une opportunité personnelle et collective pour mieux comprendre l'institution et a permis aux salariés une réflexion éthique sur le sens de leurs pratiques au travers de leur histoire, de leur culture. Une des premières attentes était de remettre ou d'enfin mettre la personne âgée ou résident au cœur des préoccupations.

Pour ce faire, il a donc été décidé de ne pas partir d'une grille de lecture normée, telle l'évaluation des pratiques ou des projets livrés clefs en main. Mais au contraire c'est la démarche inverse qui a été recherchée pour ne pas s'enfermer dans des schémas préétablis. Des schémas qui auraient pu conduire à un cloisonnement du travail, de la réflexion et des propositions. Un cadre a tout de même été proposé par le comité réflexion éthique pour orienter dans la direction choisie. En premier lieu furent posées au comité P.E les 2 questions suivantes :

A quoi sert un projet d'établissement ? Qu'est-ce qui nous tient à cœur dans ce projet ?

Dans les réponses à ces questions entre autres, une réflexion commune sur une éthique du bien être des résidents ou une éthique d'accompagnement est ressortie. Les professionnels ont mis en lumière un dénominateur commun, une vision commune, une appartenance à un projet. Cet éclairage a donné du corps et du sens au projet et inscrit les professionnels dans une dynamique de travail motivante et constructive. Les valeurs exprimées au cours des réunions peuvent être regroupées sous 4 thématiques :

- 1) la reconnaissance : du résident, du professionnel.
- 2) l'humanisation de la prise en charge et l'attention portée à l'autre : de l'institution vers le professionnel ; du professionnel vers le résident ; du professionnel vers son collègue ; du professionnel vers l'institution.
- 3) la prise en charge du résident, dans sa singularité et au sein d'une organisation collective : respecter l'être ; prodiguer des soins ; assurer une sécurité ; garantir la liberté ; favoriser et développer la vie sociale ; considérer et rechercher la richesse de chacun ; permettre à chacun d'exprimer sa spiritualité et de la vivre.
- 4) maintenir la dynamique du P.E en se tournant vers l'avenir : développer des projets ; définir des objectifs et les restituer toujours en lien avec les valeurs ; évaluer (les actions menées)... pour évoluer ; se questionner ; s'adapter aux changements et aux évolutions nécessaires de l'organisation.

Le constat unanime, le dénominateur commun, est la prise de conscience collective des préoccupations individuelles des professionnels : « *accompagner quotidiennement les résidents le mieux possible et de veiller au bien être de chacun* ».

Ce qui implique la nécessité que toute intervention auprès du résident « *soit conduite avec des valeurs humanistes, respectueuses des qualités de chacun* ».

Dans leur langage commun les professionnels ont abordé de nombreux concepts et notions en lien avec les concepts précédemment cités dans la troisième partie de ce mémoire. La réécriture du P.E a offert la possibilité aux soignants de pouvoir : « *donner un avis, permettre l'amélioration du travail, témoigner d'une prise de conscience des besoins physiques, psychiques et sociaux de la personne, exprimer sa considération de la personne comme sujet et non comme objet, affirmer que le résident est prioritaire dans l'organisation, le fait de voir le résident avec ses valeurs et sa singularité au centre d'une vie pourtant collective, etc...* ».

Ils ont ainsi pu cerner et mieux m'éclairer, je pense sur les principales attentes des résidents de la R.A.H :

- être pleinement reconnus pour ce qu'ils sont et souhaitent,
- être entendu dans leurs demandes,
- se sentir en confiance et rassurés,
- exister en tant que personne à part entière.

Le terme de bientraitance n'apparaît pas dans ce P.E mais ses finalités oui. Ce thème a été proposé de manière informelle lors des réunions au travers de ces questions et sous questions :

- Qu'est pour vous la bientraitance, l'humanité, la qualité de vie ?
- Au niveau institutionnel ?
- Pour vous ?
- Pour la personne accueillie ?
- Pour l'entourage des personnes accueillies ?

Dans leurs restitutions des réunions et dans leur réécriture commune du projet d'établissement les professionnels principalement soignants n'ont pas repris le terme de bientraitance. Est-ce une résultante de leur culture sanitaire et/ou le souhait de s'approprier le projet et affirmer leur « existence », leur « indépendance » vis-à-vis de la direction ? Pour les professionnels de la R.A.H, le fait que le terme de bientraitance est étroitement lié au terme de maltraitance, peut aussi expliquer ce fait. Mais ce projet reste fidèle à la fois à l'esprit de l'E.H.P.A.D, du propriétaire, du gestionnaire et aux normes de qualité de vie, de bien être, et de bientraitance.

Dans le cadre du projet de soins déjà finalisé et « validé » par le nouveau médecin coordonnateur, la prise en compte des liens sociaux durant les soins techniques est affirmée (respect des choix, des habitudes de vie, stimulation verbale, réassurance autant que besoin, réflexion sur les tenues des soignants...). En même temps la qualité du niveau technique est réaffirmée.

Les projets de soins et d'animation découlent et sont fidèles au projet institutionnel.

De nombreux changements d'organisation en cours ont été confirmés et confortés par le P.E (« M2 », protections « Smart Protect », commission menu, nouveaux horaires de travail,...). Par contre au niveau des formations, les soignants (IDE, AS) demandent encore plus l'accès à des formations de type médicales (hygiène, épidémies, canicule, problèmes digestifs (nutrition, déglutition), plaies,...) que sur des formations de type médico-sociales (spécifiques gérontologiques, P.P, toucher, Alzheimer,...).

Une réflexion va être menée pour essayer de comprendre cette situation et amener par eux-mêmes les soignants vers des formations et donc une culture plus médico-sociale que sanitaire. Pourtant dans le P.E, la nécessité de conjuguer les espaces de soins et les espaces de sociaux dans un établissement médico-social est affirmée.

Un frein éventuel concerne le médecin coordonnateur et son ancienneté dans la structure. Ce médecin n'a pas participé au comité de réflexion éthique ni à la majorité des réunions concernant le P.E. Le projet soins vient d'avoir son aval sans presque aucune modification de sa part. Ce projet a été réalisé par les infirmières, les A.S et les F.F.A.S. Certes son absence a peut être été favorable pour une bascule du sanitaire vers le médico-social en laissant plus libre cours à la parole des soignants de proximité mais il ne faut pas qu'elle devienne une source de problèmes dans la mise en œuvre future des actions préconisées par le P.E.

L'avis et la participation des familles ne sont pas des critères qui reviennent très fréquemment dans le P.E. Pour certains professionnels qui se sont exprimés sur ce thème dans le cadre de la réécriture du P.E, la famille est souvent une source de difficultés supplémentaires voir de problèmes. La réflexion éthique initiée et le développement des compétences ouvriront certainement encore plus les professionnels vers une culture médico-sociale et une meilleure prise en compte des proches des résidents.

Les changements d'«habitudes », de culture ne peuvent pas être spontanés et demande souvent du temps. La formalisation des P.P devrait aider à améliorer la qualité des échanges entre les professionnels et les familles.

Dans le langage commun des professionnels de la R.A.H, le P.P porte le nom de P.A.I Projet d'Accompagnement Individualisé. Pour rappel, le terme introduit par la loi du 2 janvier 2002 était « *projet d'accueil et d'accompagnement* » Il présentait l'intérêt d'être commun à l'ensemble du secteur social et médico-social. Toutefois cette appellation est

peu utilisée sur le terrain. C'est le terme de projet personnalisé qui est le plus usité⁵⁹. La formalisation des P.P ou P.A.I a été maintes fois évoquée et soulevée par les participants à la réécriture du P.E. La formalisation des P.P apparaît dans le P.E comme un des objectifs prioritaires à court terme. Il y a donc un consensus dépassant le cadre légal de leur mise en œuvre et leur suivi. Cela devrait conduire à une dynamique positive et constructive dans leur élaboration. L'évaluation des P.P alimentera les changements et adaptations éventuelles du P.E et réciproquement. Leurs élaborations permettront la signature de contrats de séjour personnalisés. Le prochain paragraphe sera consacré à la future mise en œuvre P.P ou P.A.I.

Cette réécriture du P.E a rempli son premier objectif car elle a permis de définir un cadre de référence pour les professionnels de l'établissement, en leur permettant de connaître leurs valeurs communes sur lesquelles ils pourront s'appuyer dans leur pratique quotidienne tout en lui donnant du sens. En s'inspirant d'un écrit de Jean René LOUBAT⁶⁰, il semble que le projet reprenne en grande partie les attendus : « *Le projet constitue par excellence une déclaration d'existence, répondant à deux questions fondamentales : pourquoi, et comment ? Conférant à une quelconque communauté d'action une raison d'être et une identité. Plus prosaïquement, le projet s'affirme aujourd'hui comme un document exigible, permettant de bonnes lisibilités et traçabilités de l'utilité sociale de l'entreprise considérée, de son offre de service, mais aussi de son mode de fonctionnement et de son coût, ainsi que de ses engagements éthiques et qualitatifs* ».

Des adaptations et des perfectionnements du P.E de la R.A.H doivent encore avoir lieu. Il peut m'être reproché de ne pas avoir assez sollicité le gestionnaire dans le cadre de la réécriture du P.E. Dans un souci constant d'être en cohérence avec le projet de société de la M.S.P.B, j'ai tout même souhaité cette « prise de distance » dans le cadre de la réalisation de ce P.E pour les raisons suivantes :

- les tensions entre le propriétaire et le gestionnaire auraient pu être un frein aux initiatives, aux innovations,...
- les difficultés de disponibilités des membres de la M.S.P.B pour les réunions (situation vécue avec les réunions du comité de réflexion éthique) en lien avec le respect d'un échéancier à très court terme,
- un des mes objectifs intermédiaires est un changement de culture professionnelle. La forte culture sanitaire de la M.S.P.B aurait pu aussi être un frein à la mise en place d'une culture plus médico-sociale au sein de la R.A.H.

⁵⁹A.N.E.S.M. : recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » janvier 2009

⁶⁰ LOUBAT, J.R. 2005, *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social* DUNOD 360p

4.1.3 La formalisation et le suivi des projets personnalisés

Tous les vendredis après-midi (durable), il sera mis en place une réunion de 1h30 concernant la formalisation de tous les P.P puis leurs suivis et adaptations en fonction des besoins. L'accès à ces réunions P.P sera proposé aux résidents concernés, au représentant légal, aux intervenants libéraux (médecin traitant, orthophoniste, kinésithérapeute,...) ainsi qu'au référent familial du résident sauf souhait contraire du résident. Seules les personnes concernées par le P.P à l'étude y assisteront. Ces réunions se feront sous la responsabilité du médecin coordonnateur. L'animatrice et le référent ou co-référent professionnel (rapporteur) du résident devront être systématiquement présents. Je participerai le plus souvent possible à ces réunions en tant que garant de la qualité du P.P du résident. La cadence minimum théorique de la formalisation et suivi des P.P sera de 3 par semaine soit 12 par mois ou 60 P.P en 5 mois. Tous les P.P de chaque résident devront être formalisés en 7 mois (rotation résident, hébergement temporaire, difficultés,...). Ces réunions seront mises en place dès la finalisation du P.E (courant septembre). Le consensus et les réflexions obtenus autour de la réécriture du P.E seront les bases de travail des P.P.

Depuis début juillet, 15 salariés ont suivi une formation sur les P.P. L'objectif est de former d'ici la fin de l'année, tous les personnels de la R.A.H pour pouvoir nommer des professionnels référents et co-référents. Les co-référents seront des professionnels suppléants dans le cas d'absence des référents titulaires. La mise en place des référents permettra aux résidents et à leurs proches de savoir à qui s'adresser lorsqu'ils souhaitent effectuer une demande.

La qualité de l'accompagnement des résidents est renforcée lorsque ces derniers connaissent leurs interlocuteurs. Un sentiment de confiance doit exister entre le résident, les proches et le professionnel référents et co-référent. Le sentiment de sécurité des résidents est directement lié à la confiance accordée aux professionnels qui les accompagnent. Il n'a pas été encore défini le mode de désignation du référent et du co-référent du résident (par affinité, volontariat, désignation d'office), ni le nombre de résidents par référent et co-référent (cinq résidents « en charge », trois en référent, deux en co-référent)

Suite au retour d'expérience des salariés formés sur le P.P, de leurs échanges sur cette formation, et du « consensus » obtenu lors des réunions du comité de réflexion éthique et du P.E, il ressort que dans les stratégies d'élaboration de mise en œuvre des P.P il doit être pris en compte dans une idée de « co-construction » :

- le maintien des capacités physiques, psychiques et sociales du résident,
- de dépasser le « désir de toute puissance » et rechercher le plus acceptable ou le moins mauvais pour un projet de vie possible,

- de réaffirmer une approche du « faire faire et de ne pas faire à la place », en s'adaptant aux rythmes du résident,
- d'être conscient des limites pour éviter l'usure des professionnels et des résidents par trop d'obstination, d'hyperstimulation mais sans avoir peur d'un échec éventuel,
- la collaboration au niveau pluridisciplinaire mais aussi avec tous les acteurs concernés (familles, bénévoles,...).

Cette collaboration devra aboutir sur une démarche dynamique issue d'un compromis où chaque acteur concerné aura été entendu.

Un point particulier est attaché à la prise en compte de l'expression de tous les résidents surtout et même en dehors des cadres formalisés de participation. L'écoute des résidents, aux différents moments de la vie quotidienne notamment pendant les soins si un espace social se crée, est essentielle dans la prise en compte des besoins et des avis. L'écoute des résidents dans les temps informels est souvent le principal moyen de recueillir et/ou de confirmer les « avis », les décisions à prendre.

Tous les professionnels (pas seulement ceux impliqués dans les différentes instances nommées ci-dessus) ont un rôle fondamental dans la valorisation de l'expression des résidents.

L'approche de la formation sur le P.P s'est construite autour des questionnements suivants :

Comment prendre en compte la situation de « vulnérabilité » du résident ?

Comment recueillir les attentes des résidents en matière de vie sociale ?

Comment réfléchir à l'adaptation des modalités de recueil en fonction des difficultés d'expression et de compréhension de certains résidents ?

Que faire des attentes recueillies ?

Comment garantir la qualité des rapports avec la famille et/ou le référent famille (source « fiable » et objective) ?

Pour aider dans les premières formalisations une trame P.P est en cours d'élaboration. Cette trame est en train d'être réalisée par des professionnels « formés PP » en collaboration avec des professionnels non encore formés.

Les points clefs à ce jour définis sont :

- souhaits, désirs du résident (aider à formuler ses objectifs si besoin),
- protection juridique en cours ou à envisager (point de situation fait par le médecin coordonnateur et mise en place des procédures adéquates (consultation spécialiste, tribunal,...), en fonction de la protection juridique veiller à l'expression de la citoyenneté,...),
- vie et vécu de la personne (travail, loisir, famille, rapports sociaux) sans être intrusif,

- existence et lien avec la famille (souhaits), le référent famille (désignation, difficultés, soutien...),
- déroulement d'une journée type (repos et activités, aucune situation de la journée ne doit être considérée comme anodine),
- plan de soins (situation et objectifs),
- plan d'animation (situation et objectifs),
- souhaits des « conditions » de fin de vie (en fonction de la situation).

Il a été demandé aux professionnels de prendre en compte entre autres des éléments tels que : l'écoute des souhaits des résidents pour les transferts (lève malade), d'inciter les personnes à profiter des espaces extérieurs, d'être vigilant à la spécificité des P.H.V.

Cette trame doit permettre d'élaborer un P.P de qualité en 30 minutes en moyenne.

A ce jour la méthodologie prévue pour les réunions est la suivante :

- inviter le résident à participer à cette réunion, s'il le souhaite, et même si son niveau de participation est faible,
- inviter les proches et le représentant légal (tuteur, curateur) et/ou son référent famille si le résident est d'accord,
- inviter les intervenants libéraux (médecin traitant, kinésithérapeute),
- présence du Médecin coordonnateur ou I.D.E.C pour le plan de soin, de l'animatrice ou « M2 » pour le plan d'animation, et du référent et/ou du co-référent.

En appréhendant le risque que « plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne ».

A chaque réunion sera prévue la prochaine date d'étude du P.P du résident, sauf si la situation exige une évaluation et une adaptation plus rapides. Une fois le P.P mis en œuvre et sans événement particulier, le P.P sera évalué une fois par an.

Le P.P formalisé sur support informatique et/ou sur support papier (traçabilité) sera consultable par le résident (proposer un exemplaire), par les intervenants libéraux concernés, par le représentant légal, et par le référent familial et/ou la famille avec accord du résident. La possibilité au cours de la réunion, de lire le courrier d'un acteur non présent sera anticipée et possible (résident, médecin traitant, famille,...). Tous les acteurs (résident, famille, référents, professionnels,..) seront avertis 15 jours avant la réunion pour leur permettre de s'y préparer au mieux (planning présence, points clefs à soulever, courriers à prévoir,..). L'I.D.E.C aura la charge de prévenir les personnes concernées dans les temps impartis.

Une des difficultés dans la formalisation et la réalisation de P.P sera encore et toujours de maintenir l'équilibre instable entre les droits de la personne, son autonomie et

la prise de risque. Toutefois les actions envisagées devront en priorité maintenir ou réinscrire le résident dans « le monde des hommes », dans sa communauté.

Dans un contexte rural où la religion tient encore une place importante, il existera certainement des difficultés pour aborder certains sujets « sensibles » ou tabous.

Concernant la mise en œuvre des P.P, l'A.N.E.S.M⁶¹ écrit « *Il est normal que cette phase de concrétisation révèle des incohérences dans le projet personnalisé, ou que des actions prévues ne se mettent pas en place, ou encore que des coopérations se révèlent plus délicates que prévu. Entre ce que l'on a échafaudé ensemble et la réalité de la mise en œuvre, les différences peuvent s'avérer importantes et la mise en œuvre demander des ajustements assez rapides* ».

Dès que les mises en œuvre seront « bien en place » et les premiers ajustements faits, les évaluations futures des P.P permettront d'ajuster si besoin le P.E. Les objectifs et l'évaluation de chaque P.P interrogeront l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

4.1.4 Les autres réunions

Au cours de certaines réunions (commission menu, P.P, P.E..) les familles ou les proches seront sollicités pour être à la fois les porte-parole des résidents mais aussi pour exprimer leurs points de vue en tant qu'acteur à part entière.

Il est primordial de proposer l'accès aux nouvelles réunions à tous les acteurs éventuellement concernés. Un acteur ou partenaire oublié est vite un ennemi gagné. Dans les 2 prochains paragraphes seront détaillées les réunions sur l'analyse des pratiques et les commissions menus.

4.1.4.1 Les réunions sur l'analyse des pratiques

Dans le cadre des réunions sur l'analyse des pratiques, il sera fait appel à une psychologue extérieure à la R.A.H. Ces réunions de 2 heures auront lieu tous les 15 jours les mercredi après-midi (durable).

Le but de ces réunions est de permettre aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques et notamment sur leurs difficultés (fin de vie, burn-out, violence,...). La psychologue « extérieure » sera « le rapporteur » de ces réunions (travail de régulation). L'animation sera faite par l'I.D.E.C ou l'I.D.E (garant des pratiques). Une note de synthèse de la réunion sera consultable (classeur) par tous les salariés, et communiquée au C.V.S. Les professionnels ne pouvant pas être présents le jour de la réunion pourront laisser des questions en fonction de leur « actualité ». Les personnels participant à ces réunions

⁶¹A.N.E.S.M. : recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » janvier 2009

seront volontaires et/ou désignés en fonction des plannings sous la responsabilité de l'I.D.E.C. A chaque réunion, devront être présents au minimum 6 salariés de la R.A.H. Sur une période de 3 mois tous les salariés (soins, animation, logistique, administration) de la R.A.H devront assister au moins 1 fois à ces réunions. Pour ne pas être un frein éventuel à la parole des professionnels, je n'assisterai pas à ces réunions sauf si la situation l'exige. Je m'entretiendrai avec la psychologue « extérieure » avant et après la réunion sur les points cruciaux. Ces réunions seront mises en place début septembre.

4.1.4.2 Les commissions « menus »

La commission « repas » de 1h est maintenue une fois par semaine (médecin coordonnateur et chef cuisinier). Par ailleurs une commission « menus » se réunira une fois par mois (durable), elle sera composée d'au moins 2 membres du C.V.S (si possible), de l'animatrice, d'un membre de l'équipe soignante, du médecin coordonnateur, du chef cuisinier et de moi-même. La participation à cette commission sera proposée aux résidents et à leurs familles (assister à la commission, ou transmettre leurs questions, leurs remarques). Lors de ces réunions seront abordés la qualité et la diversité des plats quotidiens, ainsi que l'organisation des repas spectacles (choix des thèmes, menus,..)

4.2 Les ressources humaines

Au niveau des recrutements, le principal effort a porté sur le médecin coordonnateur. Depuis mi août la structure bénéficie des services d'un nouveau médecin coordonnateur. Pour toujours 0.40 E.T.P, ce qui est jugé insuffisant au vu de la charge de travail et le retard après plus de 7 mois de vacance du poste. C'est l'I.D.E.C et moi-même qui avons tenté de palier son absence toujours dans le respect de la loi. Une étude est en cours (demande à l'intéressé, à l'A.R.S) pour une augmentation de son de temps de présence même ponctuel.

4.2.1 Les formations

Le temps et les compétences sont nécessaires pour réaliser nos objectifs. Le développement des compétences passe par la formation. De plus la formation demande du temps et souvent des moyens financiers.

Des financements par l'UNIFAF⁶² et une étroite collaboration avec le centre de formation continue de Bagatelle sont en cours ou en place. Tous les salariés de la R.A.H devront bénéficier de formations, y compris les personnels de nuit qui, jusqu'à ce jour, n'ont bénéficié d'aucune formation.

⁶² UNIFAF est un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat (O.P.C.A) pour collecter et gérer les fonds de la formation professionnelle continue des entreprises de la Branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif.

Outre les formations obligatoires et régulièrement mises en place (lutte incendie, bio nettoyage,...), des formations sur les spécificités de la personne âgée en E.H.P.A.D en lien avec les singularités des résidents de la R.A.H seront mises en place. Une des difficultés envisagée sera sûrement d'imposer le plan de formation à la D.R.H de Bagatelle.

En s'appuyant sur leur réflexion éthique et l'analyse de leurs pratiques, les salariés seront amenés à choisir et/ou suivre les formations en lien avec le bien-être des résidents et leurs valeurs. Par le biais d'apports de connaissances, l'objectif consiste à promouvoir une meilleure compréhension de ce qui se vit avec l'avancée en âge, de la représentation du vieillissement et ainsi promouvoir la bienveillance des résidents.

En tant que directeur j'ai choisi de mettre en place une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G.P.E.C) avec une dimension à la fois collective et une dimension individuelle. Je dois avoir le souci constant de mettre en place les moyens pour que l'organisation soit apprenante et/ou professionnalisante. Il me faut donc optimiser et améliorer les compétences des salariés surtout celles dont l'établissement a besoin à court et moyen terme pour répondre au mieux aux besoins, attentes, demandes des usagers.

Chaque formation individuelle doit être rentabilisée, par un retour d'information utile à la collectivité. Le professionnel apprenant ne sera pas « frustré » s'il peut partager, échanger avec ses collègues l'information apprise ou la compétence développée.

Dans l'absolu même le personnel employé pour une période de courte durée devrait également bénéficier de formation pour répondre au mieux aux besoins des usagers.

J'ai prévu de suivre une formation sur la G.P.E.C dès le premier trimestre de 2014 (après l'évaluation interne). Le but de cette formation sur la G.P.E.C, sera de devenir le plus efficient possible dans ce domaine (recherche de financements, évaluation des besoins, contexte juridique, etc...). Cette formation se justifie par exemple dans la recherche de sources de financements en matière de formations et de conseils qui sont multiples et variés (fonds de formations individuelles ou collectives, fonds européens, fondations, entreprises, collectivités publiques, Caisse régionale ou primaire d'assurance maladie,...)

Des fiches synthétisant quelques actions menées ou en cours sont consultables dans l'annexe IV.

La G.P.E.C permet d'établir et planifier dans le plan de formation continue, les formations nécessaires à l'amélioration des compétences pour tous les professionnels de l'E.H.P.A.D comme, par exemple : connaissances gérontologiques, relation d'aide,

communication (verbale, non verbale, en équipe), gestion de situations de crise, fin de vie, acquisition de méthode et d'outils (P.P) etc...

Dans une optique de la nomination d'un professionnel référent et en collaboration avec le centre de formation de Bagatelle des salariés de la R.A.H suivent depuis juin une formation sur les P.P.

4.2.2 Le management, le recrutement, le financement, des ressources humaines

Pour libérer du temps pour les réunions, des modifications de planning et de taches ont été réalisées. Les possibilités de recrutement de professionnels en lien avec l'augmentation validée du G.M.P et certainement bientôt celle du PATHOS serviront notamment à « donner » plus de temps pour ces réunions. La justification du volume horaire des réunions P.E et des réunions sur les pratiques ainsi que son coût en ressources humaines ont été transmis aux autorités pour une demande de financement. La nouvelle organisation de service a permis de dégager du temps et de mettre en place les réunions pour le P.E (7 sur les 8 réalisées) et de libérer une A.S à l'animation l'après-midi le « M2 ». Les objectifs escomptés par la mise en place de ce « M2 » sont les suivants :

- renforcer la collaboration entre l'animatrice et les A.S ou F.F.A.S.
- décroïsonner l'activité de l'animation et développer l'interdisciplinarité.
- faire de l'animation une part dynamique intégrée au projet de soins du résident.

La situation à ce jour est la suivante, le Conseil Général et L'A.R.S n'ont toujours pas donné leur accord pour l'embauche de professionnels. Si l'on se réfère au G.M.P validé, la R.A.H pourrait employer 6 A.S supplémentaires. Mais le C.G ne paierait qu'une partie de ces salaires (30%), l'A.R.S devant financer les 70% restant. Le PATHOS n'ayant pas été validé depuis 2009, rien ne justifie l'augmentation de la « dotations soins » pour l'A.R.S. Le cloisonnement des sections tarifaires ne permet pas d'embaucher 30% des 6 A.S soit 1.8 E.T.P. Des contacts sont pris avec l'A.R.S pour demander une validation prochaine du PATHOS. Le Conseil Général est favorable pour la prise en charge de la psychologue (5 heures/mois) dans le cadre des réunions sur les pratiques ainsi qu'une partie des heures destinées aux P.E. Une réévaluation de la charge réelle de travail est en cours suite aux nouvelles organisations de travail. Ce document servira dans la négociation des financements des moyens avec les autorités.

La priorité est donnée à la réécriture du projet d'établissement et la formalisation des projets personnalisés, pour permettre d'être dans « des conditions favorables » dans les futures négociations (convention tripartite ou C.P.O.M).

Le recrutement d'au moins 6 salariés est primordial pour mener à bien dans la durée le plan d'action.

4.3 Les partenariats

Un développement de la communication à tous les niveaux de la R.A.H permettra d'améliorer la qualité de vie, le bien-être, des résidents. Les premiers efforts en lien avec les attendus du comité de réflexion éthique, portent ou vont porter sur les partenariats, le conventionnement, avec les institutions sanitaires extérieures. Je vais en premier lieu consacrer une grande partie de mes efforts à finaliser le conventionnement avec l'hôpital de Libourne et avec le service de soins palliatifs "Réseau ASIF", commune de Langon. Des rendez-vous sont pris et les démarches sont en bonne voie. Une collaboration avec un service de soins palliatifs donnera la possibilité de mieux encadrer les projets de fin de vie (aide aux prises en charge diurnes et surtout nocturnes, de sensibiliser des salariés sur cette thématique par échanges avec les professionnels des soins palliatifs). Les conventions seront selon les prévisions finalisées avant le mois d'octobre. Un des objectifs serait de pouvoir mettre en place rapidement avec l'hôpital de Libourne et d'autres prestataires majeurs une « plateforme gérontologique » qui permettra d'épargner aux résidents certains « tracas » des circuits sanitaires habituels.

Les séjours dans les services d'urgence et certains services hospitaliers sont souvent traumatisants et/ou mal-vécu par les résidents. Un partenariat avec un service H.A.D (H.A.D "Vignes et Rivières", commune de Libourne) va aussi être initié pour limiter les temps d'hospitalisation. Les hospitalisations sont souvent délétères pour toutes les capacités des résidents. Ces démarches iront dans le sens de la loi H.P.S.T de 2009 : *« Les E.H.P.A.D et les établissements de santé seront appelés à faire vivre les conventions qui les lient et à veiller à s'échanger les informations permettant des transitions optimisées de résidents d'une structure à l'autre. Les établissements de santé s'organiseront pour permettre aux E.H.P.A.D et à la ville de bénéficier de leur expertise (filrière gériatrique, expertise psychiatrique et en soins palliatifs, hospitalisation à domicile, etc.). »*.

Au niveau des partenariats dans le domaine sanitaire, des contacts ont aussi été pris avec le C.M.P de la commune de Créon et l'hôpital psychiatrique de Cadillac, pour tenter d'améliorer les rapports et permettre d'envisager des échanges, des aides, des prestations en faveur des P.H.V de la R.A.H.

Je souhaite que ce partenariat soit en place pour le premier trimestre 2014. Les autorités de contrôle préconisent pour les E.H.P.A.D, un partenariat avec un service de géronto-psychiatrique.

A un niveau plus général, dès que les projets de partenariat précédemment cités seront réalisés ou en bonne voie de finalisation, une réflexion portera sur d'autres partenariats en lien avec les dépistages et les soins aux niveaux : buccaux- dentaires, du diabète, de l'audition et de la vue.

Dans le cadre de chaque démarche, j'ai systématiquement consulté et consulterai en amont l'avis de la M.S.P.B. Ces consultations du gestionnaire et l'attente de leur retour ont souvent perturbé l'échéancier prévu.

Ces partenariats sont de l'ordre du monde sanitaire, et leurs développements pourraient être interprétés comme contradictoires avec le projet d'affirmer le caractère médico-social de la R.A.H. Leur intérêt est de préserver la santé des résidents pour leur permettre de vivre dans les meilleures conditions possibles.

A un niveau plus médico-social et/ou associatif de nombreux partenariats vont aussi être recherchés. Des contacts ont été pris avec des associations du réseau ALZHEIMER. Il a été demandé à la nouvelle animatrice de réfléchir, et d'étudier le renforcement et la création de nouveaux partenariats. Des pistes lui ont été « suggérées » pour prendre en compte le caractère rural du territoire (milieu viticole, chasseur,...).

Au niveau de la mairie de Targon, une collaboration est en cours de réalisation et aboutira à des prestations conjointes dès décembre 2013. C'est une collaboration en faveur des résidents de la R.A.H et de leurs familles, pour leur permettre un accès plus aisé aux services de la mairie (services sociaux) et l'expression de leur citoyenneté (votes) mais aussi en faveur des personnes âgées résidant sur l'ensemble de la commune voir le canton (projet de repas quotidiens sur la R.A.H et d'animations ponctuelles communes (spectacles). Des contacts ont aussi été pris avec le foyer logement situé sur Targon.

Le renforcement avec les partenariats en cours (association blouses roses, bénévoles indépendants, école primaire) est aussi à l'ordre du jour.

Dans un futur proche d'autres partenariats avec des institutions publiques (lycées, collèges ...) et des institutions privées (associations, entreprises (dons, prestations),...) seront envisagés et étudiés.

Dans le domaine des partenariats avec des associations, une vigilance sera portée sur les risques sectaires (exemple : sollicitations financières par des « bénévoles visiteurs »).

Dans le cadre de l'étude, de la formalisation et de la mise en œuvre des partenariats, je m'attache à suivre un questionnement sur les points suivants⁶³ :

- sur l'environnement (particularités, facteurs favorables ou défavorables, soutien des pouvoirs publics, l'historique partenarial,...),
- sur l'organisation et le partenariat (le pourquoi, nos finalités, le type de collaboration recherchée, les marges de manœuvre,...),
- sur la connaissance des partenaires (leurs motivations, leurs finalités, concurrence éventuelles, leurs apports pour l'institution, risque de sectes, ...),

⁶³ EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD

- sur le travail de partenariat (les risques pour chaque partie, critères d'échecs ou de réussites, modalités d'arrêt, ressources engagées et ressources acquises, la compatibilité des objectifs, expérience des difficultés déjà rencontrées,...),
- sur les postures d'action (niveau de pouvoir de décision partagé, type de management, niveau minimum d'échange d'information requis, modalités de médiation si conflit, niveau de la formalisation, mobilisation des acteurs, évaluation,...).

Il vient d'être abordé les choix, les objectifs dans le domaine des partenariats. Ces choix découlent des travaux de la commission sur la réflexion éthique et des attendus du P.E. L'amélioration des prestations sanitaires extérieures et le développement des interactions sociales avec l'extérieur seront autant favorables à l'image de marque de la R.A.H qu'à la qualité de vie des résidents.

En interne des efforts sur la communication seront aussi bénéfiques pour la qualité de l'offre de service et l'image de marque. La communication interne avec les résidents, leurs proches et les professionnels a déjà été abordée dans les paragraphes précédents. La M.S.P.B est, dans notre contexte actuel, considéré comme un élément interne au fonctionnement de la R.A.H. Une meilleure collaboration va être recherchée ou est en cours pour mieux bénéficier des prestations des différents services, comités et commissions qui siègent au sein de Bagatelle comme par exemple :

- Commission éthique pour aider et éclairer les réflexions éthiques des professionnels sur le bien-être des résidents mais aussi les cas particuliers et difficiles. « Pour permettre la gestion des questions éthiques posées par des situations concrètes singulières ou entrant en contradiction avec des valeurs ou des principes d'intervention qui dépassent les compétences de certaines réunions (analyse des pratiques) »,
- C.R.U.Q.P.C pour aider à l'évaluation des prestations offertes,
- C.L.I.N pour adapter au mieux les pratiques et limiter les infections nosocomiales (grippes, légionelloses),
- Centre de Formation, pour bénéficier de formations continues adaptées et échanger sur les contenus des formations initiales I.D.E, A.S dans le domaine médico-social.

L'objectif est d'atteindre très prochainement la même qualité de collaboration avec tous les services de la M.S.P.B qu'avec le centre de formation et le comité éthique de Bagatelle.

Le contexte de tension actuel et les incertitudes ne sont peut être pas favorables à ces démarches, mais l'effort a été « fourni » de la part de la R.A.H, notamment au travers du choix des membres du comité sur la réflexion éthique.

Par le biais d'associations, de contrats ponctuels, de formations, l'emploi d'un éducateur sportif et d'une socio-esthéticienne est aussi envisagé (modes de financement à trouver).

La communication interne et externe et les partenariats sont envisagés comme des outils pour améliorer l'image de marque de la R.A.H. Ce sont surtout des moyens « pour faire entrer la vie dans l'E.H.P.A.D » mais « aussi sortir l'E.H.P.A.D dans la vie », afin de limiter les risques liés au milieu clos et à la routine et de maintenir les résidents dans la communauté.

Plus les professionnels de la R.A.H seront aidés, assistés dans leurs pratiques techniques (plateforme gérontologique, prévention et dépistage, animations) plus ils auront du temps et des moyens à consacrer aux résidents.

La difficulté de mettre en œuvre un plan d'action en communication détaillé réside dans le fait que tous ces partenariats relèvent plus de l'humain que du matériel. L'humain est souvent « imprévisible ».

4.4 Les évaluations

Au delà d'une obligation légale, les évaluations sont importantes notamment pour les professionnels pour qu'ils puissent juger et être jugés de la qualité de leurs pratiques, de leur travail. Un éclairage et un bilan sur les actions menées aident les professionnels dans leurs pratiques. Il existe différents niveaux d'évaluation⁶⁴ :

- évaluation des services par les usagers (résidents et familles),
- évaluation des projets à réaliser tout au long de l'année (dans le cadre des conventions tripartites, de contrôle par les autorités,...),
- évaluation interne tous les 5 ans dans le cas de la R.A.H ; elle devra être réalisée pour janvier 2014,
- évaluation externe tous les 7 ans par un organisme habilité ; elle devrait être réalisée pour janvier 2015.

Le calendrier des évaluations, internes et externes et la différence de 1 an seulement entre ces deux évaluations interroge. Cet échéancier a été transmis par ma direction lors de ma prise de poste. La possibilité de repousser l'évaluation externe en 2016 afin d'avoir 2 ans d'écart entre les deux « obligations » d'évaluation va être proposée.

Il est important que tous les acteurs s'approprient l'évaluation et qu'ils n'aient pas le ressenti qu'elle leur est imposée dans des laps de temps très court. L'objectif et les attendus de l'évaluation interne ne sont pas d'être la répétition générale avant l'évaluation externe.

Les évaluations ne sont pas non plus des audits. L'audit peut se définir comme une activité de contrôle qui s'exerce au sein d'une organisation afin d'en améliorer le

⁶⁴ EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD

fonctionnement alors que l'évaluation est une appréciation qui peut s'exercer dans des domaines variés en s'appuyant sur des outils différents plus ou moins élaborés⁶⁵.

Dans l'objectif de réaliser les évaluations dans de bonnes conditions (temps pour la réflexion, pour la mise en œuvre), je vais donc demander aux autorités que l'évaluation externe soit si possible repoussée à 2016.

Les critères d'évaluation sont nombreux et variés. Ils peuvent aborder des thèmes « simples » et cadrés : les soins, l'animation, la qualité de vie sociale ressentie, (annexe V).

Mais ils peuvent aussi intégrer des thèmes plus « complexes »⁶⁶ comme dans le cadre de ce mémoire sur la qualité des relations entre les professionnels et les résidents. Je m'attacherai par exemple de vérifier collectivement l'effectivité des échanges relationnels entre professionnels et résidents pendant les soins ou au sein des instances de partage (réunion d'équipe (transmissions), groupe d'analyse de pratique, réunion P.P...) en observant les éléments suivants:

- La capacité de chaque professionnel à être à la « juste » distance dans ses relations avec les résidents et avec leurs proches,
- La capacité de chacun à « savoir être » avec un résident manifestant sa souffrance morale par des pleurs, des cris, ou un repli volontaire,
- La gestion des demandes itératives comme par exemple une personne ayant un S.C.M faisant la même demande plusieurs fois par jour et ne mémorisant pas la réponse apportée.

Les critères d'évaluation doivent à la fois s'attacher aux usagers, aux professionnels et à l'organisation. Les principaux outils possibles et retenus pour aider et mettre en œuvre l'évaluation sont les suivants :

- les questionnaires à l'intention des résidents, des familles, des professionnels, ils peuvent avoir différentes formes et interprétations (questions fermées, ouvertes,...). Un questionnaire « satisfaction des usagers » sera mis en place en novembre.
- les entretiens avec tous les acteurs. Dans le cadre des entretiens d'évaluation avec les professionnels comme précisé précédemment, j'intégrerai la dimension relationnelle avec les résidents et leurs proches dans les pratiques et les différentes réunions.
- s'aider des outils de l'A.N.E.S.M et de L'A.N.A.P (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) tels les guides suivants : « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF, juillet 2009 », « la mise en œuvre de

⁶⁵ <http://www.la-difference-entre.com/difference.php?id=audit-evaluation>

⁶⁶ Thèmes repris de différents d'ouvrages, de lectures et d'expérience du terrain

l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, avril 2008 », « Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale : Guide de l'évaluation interne, septembre 2006 », « Piloter la performance dans le secteur médico-social juin 2012 »,

- pouvoir s'appuyer sur une aide « experte » extérieure, dans le cadre de l'évaluation interne et sur conseils de collègues directeurs, des contacts vont être pris avec l'U.N.I.O.P.S.S. Mais à ce jour les financeurs sur le département et la région, ne prennent plus en charge les coûts en lien avec l'évaluation interne. Comme il a été précisé auparavant, une collaboration avec la C.R.U.Q.P.C de Bagatelle va être initiée.

Pour pouvoir évaluer, il faut définir des objectifs mais aussi des indicateurs pour savoir si les objectifs sont atteints ou pas. Les indicateurs sont des données objectives ou subjectives qui décrivent une situation d'un point de vue quantitatif ou qualitatif. Ils n'ont de réelles significations que s'ils permettent de caractériser une situation et d'effectuer des comparaisons. Les indicateurs objectivent la situation, facilitent la négociation, justifient la décision, crédibilisent le résultat. Les indicateurs peuvent permettre d'animer des tableaux de bord. En gardant à l'esprit que le choix de l'indicateur, le traitement et l'interprétation des données comprennent des risques d'erreur, de manipulation. Les tableaux de bord sont des outils de pilotage et d'aide à la décision regroupant une sélection d'indicateurs ils permettent :

- d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs,
- d'orienter sa politique, sa stratégie,
- de dialoguer et d'échanger,
- de mener des plans d'actions,
- de signaler les dysfonctionnements.

Pour que l'analyse des tableaux de bord débouche sur des prises de décisions concrètes, concertées et communiquées il faut :

- limiter le nombre d'indicateurs,
- les indicateurs doivent être simples, compréhensibles par tous,
- les indicateurs doivent être facilement obtenus et fiables (non objectales),
- les coûts de recueil et d'exploitation doivent être raisonnables,
- les indicateurs doivent être suivis et permettre d'identifier les responsabilités,
- ils doivent être communiqués,
- un seuil d'alerte doit être défini.

Ce mode d'évaluation et de gestion (pilotage) des informations s'est inspiré du monde marchand. L'objectif global est d'améliorer les performances économiques et qualitatives.

Les informations précédemment citées proviennent essentiellement d'un cours C.A.F.D.E.S de l'I.R.T.S Aquitaine sur les indicateurs et tableaux bord.

Dans le cadre de la R.A.H et d'une « pré-évaluation interne » des actions menées, j'ai décidé d'utiliser un outil d'autodiagnostic. L'outil ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements) a été introduit par la réforme de la tarification des E.H.P.A.D. Cet outil a pour cadre de référence les décrets du 26 avril 1999 publiés au journal officiel du 27 avril 1999. *« Il vise à permettre que les établissements améliorent continuellement la qualité du service rendu aux résidents et à leurs familles, définissent et adoptent des valeurs institutionnelles communes et précisent la manière dont le projet lui-même se déclinera et avec quels moyens »*. Une démarche d'amélioration de la qualité doit s'appuyer notamment sur un projet institutionnel bien défini (P.E en cours). Le cahier des charges d'ANGELIQUE en fait un document opérationnel dans la mesure où il est centré sur le résident, et participatif car il implique une mobilisation collective des acteurs. Il a valeur de contractualisation parce qu'il engage ses participants à s'inscrire dans une démarche et à atteindre des objectifs. A partir d'un cadre méthodologique précis et des indicateurs, la qualité du service rendu peut être mesurée. Son utilisation permettra sous la forme d'une auto-évaluation et de manière participative, de mesurer la qualité du service rendu dans l'établissement. Cet outil servira donc certainement de référentiel pour les évaluations à venir.

4.5 Les autres projets

Au niveau des infrastructures, la création dans l'existant (pièce de stockage) d'un ou deux logements est à l'étude. Ces aménagements seront entièrement réalisés par l'homme d'entretien. Ces nouveaux logements seront proposés pour un coût modique et une durée limitée (à définir) pour les proches des résidents qui vivent éloignés. Ces nouveaux logements pourront être utilisés, en fonction des disponibilités, comme des chambres résidents lors des « rafraichissements » de chambre ou travaux plus lourds. Ils permettront d'obtenir un meilleur taux d'occupation. Le premier objectif de ces logements est d'augmenter mais aussi de favoriser les temps et les espaces de relations entre les résidents et leurs proches.

Dans cette même optique, dès le mois de septembre, les résidents auront la possibilité de manger avec des proches le soir. Ce changement est motivé par le fait que le repas est non seulement le moment privilégié de la journée des résidents, mais également un moyen de prévention des risques de dénutrition et de toutes les pathologies en découlant. Mais c'est surtout un facteur de maintien du lien social et familial.

Un nouvel aménagement modulable de la salle de restauration sera mis en place fin septembre (délais de livraison). Cet aménagement (claustra déplaçables, et « végétales ») permet de créer des « coins repas » en fonction des demandes des résidents (de 1 à 6 personnes). La mobilité de cet aménagement permet d'utiliser pleinement la salle de restauration lors des grands repas.

Les objectifs de cet aménagement (en se référant à l'A.N.E.S.M qualité de vie en EHPAD volet 2) sont entre autres :

- l'aménagement de l'espace favorise la convivialité et les échanges entre les résidents,
- Permettre aux personnes de prendre un repas avec leur famille soit à la salle manger « habituelle » avec les autres résidents soit dans un espace plus intime,
- la salle à manger/ le restaurant soient perçus par les résidents comme un lieu agréable et familial,
- aménager des espaces en fonction des situations et permettre une prise en charge particulière pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement spécifique.

Suite à des prises contacts et des échanges avec des associations (réseaux Alzheimer) et les autorités, il est envisagé de créer à moyen terme (1 an) des places P.A.S.A (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) pour les résidents de la R.A.H. A une plus longue échéance (2-3 ans) en fonction de l'environnement et du contexte, une extension de bâtiment peut être envisagée pour créer une U.R.H (Unité d'Hébergement Renforcée). Quels que soient les extensions et les aménagements prévus, en tant que directeur je veillerai à garder des dimensions « humaines », à ce que la capacité totale de la R.A.H ne dépasse pas les 90 lits.

Après la mise en œuvre du P.E, des P.P et des évaluations, une des priorités à court terme concernera la restauration. Afin de mieux faire connaître la résidence sur le territoire et dans le cadre d'un partenariat avec la mairie, il va être étudié les modalités pour proposer des repas sur la R.A.H pour les personnes âgées des environs de Targon. A ce jour le choix penche pour que la restauration de la R.A.H soit réalisée en interne, par des salariés de la R.A.H. C'est un gage de souplesse, de proximité du service, de réactivité. Cependant, les sociétés de restauration s'engagent actuellement dans une démarche d'innovation, de prise en compte des spécificités des résidents et des pathologies.

Mais comme il a déjà été précisé, la priorité actuellement est donnée à la finalisation du P.E et à l'élaboration et la mise en œuvre des P.P, avant la réalisation de ces futurs projets.

Conclusion

Tout ce mémoire s'est construit autour de la tentative d'analyser et de comprendre l'environnement professionnel et ses enjeux notamment sur le bien-être des résidents. Ce bien être passe par une politique de bientraitance. Nous avons la mission d'identifier les besoins, les demandes, les attentes des usagers tout en garantissant et en promouvant leurs droits et leur expression. La bientraitance dont le concept a été abordé dans la troisième partie de ce mémoire doit être au cœur des préoccupations quotidiennes des directeurs et des professionnels.

Je conclurai avec cet extrait du texte⁶⁷ résumant parfaitement le contexte: *« L'allongement de la durée de vie, l'augmentation croissante du niveau de dépendance, la diversité des pathologies, conjugués aux limites de plus en plus repoussées des solutions pour une prise en charge au domicile et aux évolutions de la cellule familiale conduisent les E.H.P.A.D à s'interroger sur leurs objectifs, sur les moyens à mettre en œuvre pour adapter leurs modalités d'accueil à son public en terme de qualité, d'intégration dans la filière gérontologique, de prise en charge des soins et d'accompagnement de la fin de vie. Le risque est grand de ne continuer à voir dans la vieillesse qu'un besoin d'assistance, alors que ces établissements doivent devenir avant tout des lieux de vie. Cela nécessite pour les dirigeants d'accueillir les avis, les conseils, les expériences des uns et des autres pour qu'en s'adaptant leur structure soit la plus proche de la vie quotidienne des résidents ».*

La réflexion éthique est le moyen choisi pour donner du sens aux pratiques des professionnels et de répondre au mieux aux besoins, aux attentes, aux demandes des usagers. Les pratiques des professionnels envers les aléas de la vie et les situations de dépendance sont le reflet de l'évolution d'une civilisation et de son degré d'humanisation. Les dangers viennent de la situation économique et du conflit fréquent entre la « technique » et « l'humain ». Souvent plus le degré de technologie est important moins il fait de place à l'humain, et plus il y a de distance, de barrières dans les relations sociales. Ce risque sera particulièrement appréhendé dans le cadre du futur projet de télémédecine.

Dans le contexte précédemment décrit j'essaierai dans ma pratique quotidienne de promouvoir la bientraitance en permettant de conjuguer le mieux possible les espaces de soins et les espaces sociaux et en appliquant entre autres les orientations de Monsieur MIRAMONT, qui consistent à conjuguer les 5 verbes définissant le métier de directeur qui sont : Décider, Organiser, Anticiper, Evaluer, Mobiliser.

⁶⁷EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie* DUNOD

Bibliographie

Ouvrages :

- EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie*, DUNOD 272 p.
- FIAT E., 2012, *Petit traité de dignité Grandeur et misères des hommes*, LAROUSSE 235 p.
- GINESTE Y., PELLISSIER J., 2005 *Humanité « comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux »*, BIBLIOPHANE 368 p.
- LE SOMMER-PERE M., 2011, *Ethique et pratique soignantes « l'expérience de la gérontologie »*, SELI ARSLAM 158 p.
- LE BOTERF G., 2000, *Construire les compétences individuelles et collectives*, LES EDITIONS D'ORGANISATION 193p
- LE BOTERF G., 1997 *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*, LES EDITIONS D'ORGANISATION 158p
- LOUBAT, J.R. 2005, * laborer son projet d'établissement social et médico-social*, DUNOD 360p
- PANDELE S., 2010 *Esquisse d'une éthique de l'accompagnement, « La grande vulnérabilité, Fin de vie, Personnes  g es, Handicap »*, SELI ARSLAM 183 p.

Recommandations / Avis/ Programmes :

- A.N.E.S.M. : recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « *la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » juin 2008
- A.N.E.S.M. : recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* » janvier 2009
- A.N.E.S.M. : Qualité de vie en E.H.P.AD (volet 1) *De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Février 2011
- A.N.E.S.M. : Qualité de vie en E.H.P.AD (volet 2) *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. Septembre 2011
- A.N.E.S.M. : Qualité de vie en E.H.P.AD (volet 3) *la vie sociale des résidents en E.H.P.A.D.* janvier 2012
- A.N.E.S.M. : Qualité de vie en E.H.P.AD (volet 4) *l'accompagnement personnalisé de la santé du résident*. Novembre 2012

- C.N.C.D.H : *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées* (Assemblée plénière du 27 juin 2013)
- D.G.A.S, démarche qualité. Evaluation interne sans un établissement ou service médico-social et recours à un prestataire. Mars 2004
- MOBILQUAL : *Bientraitance personnes âgées dépendantes*. Promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles ; Société Française de Gériatrie et Gérologie C.N.S.A

Articles :

- D.R.E.E.S « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches ». *Dossiers solidarité et santé*, 2010, n°18, p. 33.
- Etude médico-sociale : « Personnes handicapées vieillissantes et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » étude pilotée par : Dr Isabelle VERIEN de la Direction régionale du Service médical Rhône-Alpes & Dominique MENICHON de la CRAM Rhône-Alpes Décembre 2004
- Schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale (GIRONDE) - Volet « Personnes âgées/ personnes handicapées » 2012/2016 - Bilan Personnes Agées
- S.R.O.M.S : Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012/2016 – A.R.S. Aquitaine
- VERDIER P., *Les Cahiers de l'Actif* - N°276/277 Mai - Juin 1999 Morale, éthique, déontologie et droit

Sites Internet :

- ARS AQUITAINE : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Internet.aquitaine.0.html>
- INSEE: <http://www.insee.fr/fr/>
- KPMG : <http://www.kpmg.com/fr/fr/Pages/default.aspx>

Liste des annexes

Annexe I : Situation géographique de l'établissement, du propriétaire et du gestionnaire (page II)

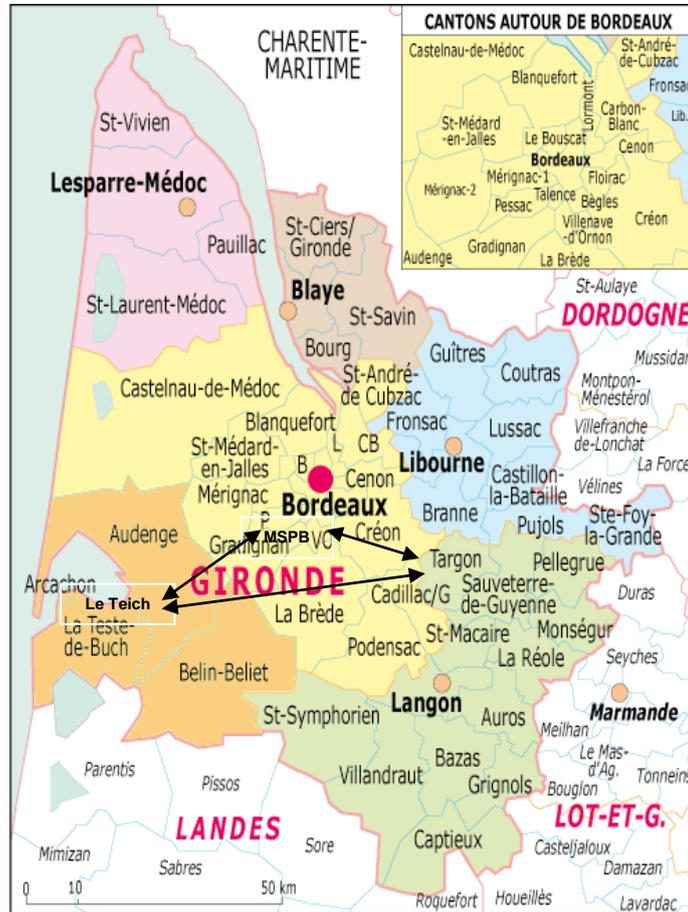
Annexe II : L'évolution et les descriptifs des G.I.R. (page III)

Annexe III : La grille S.W.O.T. (pages IV et V)

Annexes IV : Nouveaux horaires de travail (pages VI et VII)

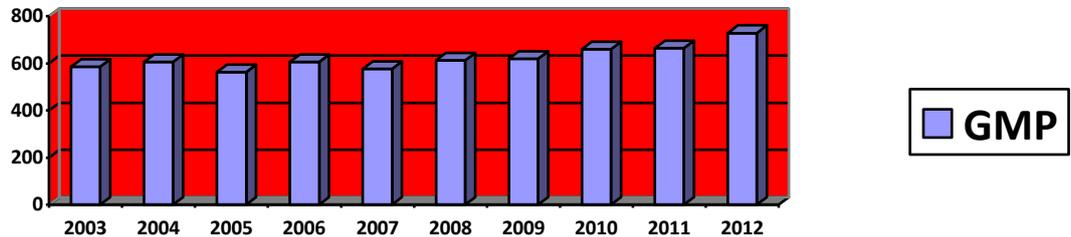
Annexe V : Exemple de fiches synthétiques d'actions synthétiques (pages VIII et IX)

Annexe I : Situation géographique de l'établissement, du propriétaire et du gestionnaire



Annexe II : L'évolution et les descriptifs des G.I.R.

Graphique de l'évolution du G.M.P au sein de la R.A.H. :



GIR 1 : Il correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : Il concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

GIR 3 : Ce groupe réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : Il s'agit des personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR 5 : Ce sont les personnes qui ont seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Les personnes âgées qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Annexe III : La S.W.O.T

S.W.O.T. INTERNE	<u>FORCES</u>	<u>FAIBLESSES</u>
<p align="center">OFFRE DE SERVICE</p>	<p>Réécriture récente du <u>projet d'établissement</u>, avec la participation et l'implication de nombreux acteurs (professionnels, résidents, familles).</p> <p>L'avis et l'aval du <u>Conseil de Vie Sociale</u> (C.V.S) est souvent sollicité, il l'a été notamment pour la réécriture du nouveau P.E.</p>	<p><u>L'E.H.P.A.D n'a pas la spécificité unité ALZHEIMER</u> mais héberge une vingtaine de résidents (33%) souffrant de troubles apparentés « maladie d'ALZHEIMER ».</p> <p><u>L'établissement accueille 14% de personnes dites « handicapées vieillissantes »</u> dont la majorité de ces personnes proviennent du secteur psychiatrique. Cette « particularité » n'est pas prise en compte spécifiquement par l'E.H.P.A.D.</p> <p>Il n'y a qu'<u>un équivalent temps plein d'animation</u> pour un public très « diversifié » et de plus en plus dépendant.</p> <p>Certains <u>outils de la loi 2002-2</u> font défaut.</p>
<p align="center">Prise en charge du patient et du résident</p>	<p>Les équipes se sont adaptées rapidement et efficacement à l'augmentation de la dépendance des résidents (le G.M.P. est passé de 572 à 729 en 3 ans). <u>Des indicateurs</u> (nombre d'escarres, nombres de conduites agressives, courbes de poids, niveau d'hygiène, etc..) attestent du travail des professionnels.</p>	<p>La priorité est donnée à la qualité de <u>la prise en charge « sanitaire »</u> du patient (pour des soins stéréotypés dits de bases ou techniques). Les équipes commencent à exprimer une « souffrance » par rapport au <u>manque de temps</u> pour les soins et/ou les temps de relations avec les résidents.</p> <p><u>Les besoins, les demandes, les attentes</u> des résidents et de leurs familles ne sont pas pris entièrement en compte. (ennui, respect des continences, respect du rythme de vie, etc.) certainement en lien avec les <u>projets personnalisés</u> non formalisés.</p>
<p align="center">Equipes, culture d'entreprise, organisation</p>	<p>Les équipes sont composées de personnels compétents, expérimentés, autonomes et impliqués. Leurs <u>implications</u> dans la réécriture du projet d'établissement ont apporté et réaffirmé des valeurs humaines et une dynamique positive. Le P.E retranscrit <u>la volonté commune des salariés d'améliorer la qualité de la prise en charge globale des résidents. (force de cohésion)</u></p>	<p>Suite à des difficultés de recrutement et un « tacite » accord des autorités, des A.S.H. travaillent en qualité d'A.S. 40 % des personnels employés comme A.S n'ont pas <u>reçu de formations initiales</u>. Ces personnels ne sont pas toujours « binômé » avec un personnel diplômé.</p> <p><u>L'incertitude</u> concernant la forte possibilité d'un changement de gestionnaire (employeur) voir de propriétaire est source d'anxiété pour les salariés. L'encadrement subit aussi le conflit entre le gestionnaire et le propriétaire (raison de démission du dernier directeur).</p> <p>L'établissement fonctionne plus sur un <u>modèle organisationnel sanitaire</u> (historique de l'employeur) que sur un modèle organisationnel « médico-social ».</p>

S.W.O.T. EXTERNE	<u>OPPORTUNITES</u>	<u>MENACES</u>
OFFRE DE SERVICE PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	L'approche gérontologique est en évolution constante depuis 20 ans (�tudes, recherches, <u>accès à des formations spécifiques</u>)	<u>La collaboration</u> dans la prise en charge des résidents avec <u>les intervenants libéraux</u> (médecins, kinésithérapeutes) est presque inexistante voir conflictuelle dans certain cas.
REGLEMENTATION et RELATION AVEC LES AUTORITES	<u>Lois 2002-02, Chartes concernant le public,</u> les possibilités de <u>V.A.E, L'augmentation du G.M.P validée par le CG, les recommandations 2008 sur la bientraitance de l' A.N.E.S.M.</u> Le nombre de résidents accueillis porteurs de troubles apparentés maladie Alzheimer et de troubles psychiatriques, ainsi que le nombre de demandes d'admission d'usagers porteurs de ces mêmes troubles sont une opportunité pour obtenir dans un contexte économique difficile le <u>financement de formations spécifiques</u> pour les professionnels.	L'augmentation du G.M.P. a été validée par le C.G. et doit déboucher sur des financements de postes, mais il n'y a pas eu de <u>réévaluation du PATHOS</u> depuis 2009. A ce jour l'A.R.S n'est pas « <i>disposée</i> » � le réévaluer. Certains <u>nouveaux postes prévus</u> ne pourront être tous ouverts, faute de financement de la partie l'A.R.S. Les <u>programmes d'études</u> des IDE et AS ont une approche professionnelle valorisant plus le <u>sanitaire</u> que le médico-social. L'approche des 14 besoins fondamentaux de V. Henderson et souvent préféré à la pyramide de A. Maslow. « <i>Dans les pratiques quotidiennes donner du sens à des soins trop souvent devenus routiniers et parfois considérés comme secondaires</i> »
INVESTISSEMENT	L'image de marque de la MSPB et son réseau sont de qualité. Ils peuvent être des points d'appui dans la recherche de <u>nouveaux financements et de nouveaux partenariats</u>	Les répercussions du conflit entre l'association propriétaire et la fondation gestionnaire empêche de mettre en place une <u>politique d'investissements à court ou à long terme</u> . A ce jour les seuls fonds ou actions engagés, par les 2 parties, le sont pour répondre uniquement aux injonctions des autorités de contrôle.
DIVERS		Il y a à ce jour un <u>conflit salarial au niveau national</u> (renégociation de la convention collective 1951)

ANNEXE N°IV « projet réorganisation du temps de travail des soignants »

Temps de travail précédent :

La semaine		Temps de pause	Temps de repas	Effectif présent	Le week-end		Temps de pause	Temps de repas	Effectif présent
IDE matin	6H30/14H42	20' à 10h	30' à 13h	1	IDE en coupure	7H30/13H30	20' à 10h	Repas au domicile	1
IDE Après midi	14h/21h22	20' à 17h	non concerné	1		16h30/20h30			
AS matin	7h/14h30	20' entre 10h et 11h selon organisation service.	30' à 13h30	5	AS matin	7h/14h30	20' entre 10h et 11h selon organisation service.	30' à 13h30	5
AS après-midi :	14h/21h	20' entre 17h et 18h selon organisation du service	non concerné	3	AS après-midi :	14h/21h	20' entre 17h et 18h selon organisation du service	non concerné	3
AS de nuit	21h/7h	20' entre 0h et 1h selon organisation de service	au même moment	1	AS de nuit	21h/7h	20' entre 0h et 1h selon organisation de service	au même moment	1
ASL de nuit	20h30/6h30			1	ASL de nuit	20h30/6h30			1
ASL de jour	7h30/15	20' à 10h	30' à 13h30	2					
Lingère :	8h/15h30	20' à 10h	30' à 13h30	1					

Temps de travail envisagé la semaine :

La semaine			Temps de pause non payé	Temps de repas non payé	Effectif présent	Visa DRH	
fonctions	Noté sur planning	horaires				Amplitude	Travail effectif
IDE matin	M0	6H30/14H00	30' à 12h30	idem	1	7h30	7h
IDE Après midi	A0	12h30/20H	30' avant 18h30 selon organisation	non concerné	1	7h30	7h
AS matin	M1	6h45/14h35	20' entre 10h et 11h selon organisation	30' à 13h30	4	7h50	7h
AS jour	M2	8h30 /16h	Non concerné	30' à 13h	1	7h30	7h
AS après-midi	A1	13h40/21h	20' entre 17h et 18h selon organisation	Non concerné	3	7h20	7h
AS de nuit	N	20h15/6h45	30' entre 0h et 1h selon organisation et en décalé de sa collègue pour assurer permanence dans le service	idem	1	10h30	10h
ASL de nuit	N				1		10h
ASL de jour	ME	7h30/15h	Non concerné	30' à 11h30	2	7h30	7h
Lingère	L	8h/15h30	Non concerné	30' à 11h30	1	7h30	7h

Temps de travail envisagé le weekend

Le week-end			Temps de pause	Temps de repas	Effectif présent	Visa DRH	
fonctions	Noté sur planning	horaires				Amplitude	Travail effectif
IDE en continu	C	7h30/19h30	20' à 10h et 10' à 16h	1h à 13h	1	12h	10h30
AS matin	M1	6h45/14h35	20' entre 10h et 11h selon organisation	30' à 13h30	3	7h50	7h
AS matin	M0	6h30/14h	30' à 10h	non concerné	1	7h30	7h
AS jour	M2	8h30 /16h	Non concerné	30' à 13h	1	7h30	7h
AS après-midi	A1	13h40/21h	20' entre 17h et 18h selon organisation	Non concerné	3	7h20	7h
AS de nuit	N	20h15/6h45	30' entre 0h et 1h selon organisation et en décalé de sa collègue pour assurer permanence dans le service	idem	1	10h30	10h
ASL de nuit	N				1		10h

Points d'améliorations recherchés:

Création d'un temps de transmission IDE - Maintien du temps de transmissions en équipe pluridisciplinaire de 14H00 à 14H30. Plus de débordements horaires compte tenu de la distinction entre transmissions spécifiquement IDE et AS. - Respect des horaires de l'IDE grâce aux temps de transmissions réorganisés - Temps de travail AS auprès du résident augmenté tous les matins de plus de 1/2 h (qualité de travail et relationnelle améliorés) - L'ensemble des salariés travaille 7h du lundi au vendredi (équité, simplification administrative) - Le weekend l'IDE ne fait plus la coupure afin de tenir compte de la distance entre le lieu de travail et les domiciles respectifs - Augmentation de la coordination IDE à hauteur d'1 ETP grâce au réaménagement des horaires IDE.

Annexe V : « exemples de fiches d'actions synthétiques »

Fiche d'action N° 1 :

Objectifs	Augmenter le temps de présence des soignants auprès des résidents pour permettre plus de temps d'interactions sociales entre les résidents et les soignants
Pilote	Directeur et D.R.H. de la M.S.P.B.
Acteurs	Médecin coordonnateur et équipes soignantes
Modalités et Moyens	Modifier les horaires et les temps de présence des soignants (annexe IV) sans inclure les 6 nouveaux postes prévus En s'appuyant sur les attentes du nouveau P.E : Réorganiser le temps de travail et la répartition des tâches des soignants. Refaire les fiches de postes (responsabilisation). Former les soignants aux « caractéristiques » des résidents pour rendre efficient les temps supplémentaires dégagés. Créer un nouveau poste pour les AS le « M2 » (renfort animation) Dès la mise en place des nouveaux horaires et des « M2 », planifier des réunions avec les salariés pour évaluer et adapter si besoin la nouvelle organisation (1er réunion à la fin du 1er cycle puis en fonction des retours).
Effets attendus	Sans nouvelles embauches augmenter le temps de présence globale des soignants auprès des résidents. (3 heures par jour) pour améliorer la qualité de vie des résidents en passant par la responsabilisation et la formation des soignants. « M2 » : Apporter de l'aide à l'animatrice dans ses activités ou pouvoir mettre en place des activités lorsque que l'animatrice n'est pas présente. Hors du cadre des soins permettre une meilleure connaissance des résidents par les soignants et rendre efficient le P.P
Indicateurs d'effets	Indicateur qualitatif : Augmentation du niveau de satisfaction des résidents, des familles et des soignants, Maintien du niveau ressenti d'hygiène et de sécurité (sanitaire). Indicateurs quantitatifs : Augmentation du temps passé auprès des résidents avec le maintien du niveau des indicateurs de la qualité sanitaire (nombre d'escarres, courbe de poids) et l'augmentation des indicateurs de la qualité de vie (réduction du nombre de changes pour incontinence), diminution des prescriptions de neuroleptiques et/ou d'anxiolytiques corrélée à la diminution de manifestation d'anxiété diurne et nocturne, ratio (réalisés/prévus) des objectifs des projets personnalisés des résidents.

Fiche d'action N° 2 :

Objectifs	Dégager du temps pour les soignants pour la formalisation et le suivi des projets personnalisés
Pilote	Directeur
Acteurs	Tous les salariés intervenant dans la prise en charge des résidents, les résidents, leurs proches, si possible les intervenants libéraux concernés
Modalités et Moyens	<p>Créer et planifier des temps de réunion pour permettre la réflexion et la mise en place d'objectifs concernant la prise en charge personnalisée des résidents. Dès que possible, tous les avis des professionnels, du résident, de la famille doivent être pris en compte.</p> <p>Organiser des temps de réunion et des plannings de suivi pour chaque P.P des résidents</p> <p>Nommer sur volontariat si possible un professionnels référent avec 1 suppléant pour chaque résident, dans le but d'être dans « un rapport d'étonnement » favorable pour le résident le référent soignant du résident devra être changé pour éviter la routine (rotation à définir en fonction de la mise en place et des moyens humains obtenus)</p> <p>Définir une personne de confiance au sein des familles si les capacités du résident l'empêchent de participer pleinement à l'élaboration de son projet personnalisé</p> <p>« Inviter » les intervenants libéraux à participer à ces réunions.</p> <p>Idéalement s'appuyer sur l'embauche supplémentaire prévue de soignants pour dégager du temps pour les réunions, sinon repenser la répartition des temps supplémentaires obtenus grâce à la fiche d'action n°1</p> <p>S'appuyer sur le PE et les formations des soignants, inscrire la procédure des P.P dans le P.E</p>
Effets attendus	<p>Créer rapidement un projet personnalisé adapté et débiter son suivi semestriel (ou adaptation dès que besoin)</p> <p>Les équipes doivent avoir un discours commun sur la prise en charge des résidents, vis-à-vis des résidents, de leurs familles et des intervenants extérieurs</p>
Indicateurs d'effets	<p>Nombre de projets personnalisés réalisés et nombre de suivis, d'adaptation</p> <p>Augmentation de la qualité de l'offre de service (satisfaction des résidents, des familles et des salariés)</p> <p>Nombre d'activités réalisées par le résident, nombre de modification pour projet inadapté</p>

Fiche d'action N° 3 :

Objectifs	Former et qualifier les soignants
Pilote	Directeur et D.R.H. de la M.S.P.B.
Acteurs	Les soignants, directeur
Modalités et Moyens	<p>Trouver les financements pour les formations (temps (nouveau postes), crédits)</p> <p>Augmenter le budget formation existant (bagatelle, UNIFAF)</p> <p>Former le directeur à la G.P.E.C. (meilleure gestion des plans de formation)</p> <p>Trouver en fonction des moyens les formations les plus adaptées pour remplir les objectifs</p> <p>Mettre en place un accompagnement interne et externe de la VAE AS</p> <p>Maintenir des formations sanitaires pour entretenir le niveau de compétences techniques existant</p> <p>Former les professionnels au P.P.</p>
Effets attendus	<p>Chaque jour dans chaque équipe en place, il doit y avoir au minimum un soignant « référent », formé dans une ou les spécificités des résidents de la R.A.H (personnes âgées, SCM, psychiatrie, animation)</p> <p>Accès facilité à la VAE AS (tuteur, suivi des carnets etc.)</p>
Indicateurs d'effets	<p>Diminution du ratio FFAS/AS, augmentation du nombre de formations suivies par les soignants,</p> <p>Augmentation de la qualité de l'offre de service (satisfaction des résidents, des familles et des salariés)</p> <p>Amélioration des indicateurs d'effets des fiches 1 et 2</p>

SIMONIN

Thierry

Novembre 2013

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : I.R.T.S. AQUITAINE**

**PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE EN EHPAD EN CONJUGUANT LES
ESPACES SOCIAUX ET LES ESPACES DE SOINS**

Résumé :

La résidence Anna HAMILTON est un EHPAD de 62 places situé dans un secteur rural de la Gironde. Son histoire et son organisation font que dans cet établissement médico-social, la culture sanitaire est prégnante.

Le cœur de ce mémoire porte sur la réflexion, les moyens et les actions mis en œuvre pour basculer d'une culture sanitaire vers une culture médico-sociale. Un des leviers choisis a été d'initier chez les professionnels une réflexion éthique sur leurs pratiques autour de la bientraitance, du bien être et de la qualité de vie des usagers.

La bascule du sanitaire vers le médico-social n'est qu'un objectif intermédiaire. La préoccupation principale est d'améliorer et de veiller sans cesse à la qualité de vie des usagers. C'est grâce notamment aux fruits d'une réflexion éthique que les professionnels donneront plus de sens à leurs pratiques. Ce nouveau sens donné se retrouvera dans la réécriture du projet d'établissement, dans la formalisation des projets personnalisés et dans d'autres changements d'organisation.

Dans l'organisation quotidienne de la vie de l'utilisateur, cela se traduit par une promotion de la bientraitance en créant des espaces sociaux durant les espaces de soins et des ponts entre les espaces sociaux et les espaces de soins.

Mots clés :

E.H.P.A.D – PERSONNES AGEES – BIENTRAITANCE – ETHIQUE – PROJET
D'ETABLISSEMENT – PROJETS PERSONALISES

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.