



**OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICE DE L'EHPAD EN
ACCOMPAGNANT LES PROFESSIONNELS LES MOINS
QUALIFIÉS**

Paul MEYER

2015

cafdes



Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements sincères et chaleureux aux personnes qui m'ont apportées soutien, éclairage, réflexion et conseils.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Anne TIERMARCHE-ISSEMANN pour la richesse des rencontres, la qualité des contenus, ses encouragements, son enthousiasme à transmettre.

Mes remerciements s'adressent également à Robert KOHLER, directeur de l'EHPAD de la Roselière qui m'a permis de suivre ce parcours de formation, pour ses échanges et son soutien permanent.

Et bien sûr, mes remerciements les plus tendres à ma famille pour sa patience et ses encouragements, très précieux, tout au long de la formation.

Il ne suffit pas de donner des années à la vie,
il faut donner de la vie aux années.
(devise de l'Association américaine de gérontologie)

Sommaire

Introduction.....	1
1 La personne âgée dépendante : une personne à part entière ?.....	3
1.1 La vieillesse : une phase de fragilité.....	3
1.1.1 Les évolutions liées à la vieillesse.....	3
1.1.2 La personne âgée: entre vieillesse et dépendance	6
1.2 Les politiques publiques du grand âge : pour le maintien de la citoyenneté.....	9
1.2.1 Sur le plan européen	9
1.2.2 Sur le plan national	10
1.2.3 Le contexte territorial.....	13
1.3 Les EHPAD en France.....	14
1.3.1 Historique de la structuration de l'offre d'hébergement.....	14
1.3.2 Le public accueilli en EHPAD.....	15
1.3.3 La réforme des établissements : une amélioration de la prise en charge des résidents.....	15
1.3.4 La mission des EHPAD.....	20
1.4 Conclusion de la première partie.....	26
2 L'EHPAD de La Roselière : diagnostic et analyse.....	27
2.1 Présentation de la structure.....	27
2.1.1 L'association gestionnaire.....	27
2.1.2 L'établissement	27
2.1.3 Le territoire.....	30
2.1.4 Une prise en soins suivant les préconisations du PRS d'Alsace et du Schéma gérontologique départemental du Haut-Rhin.....	31
2.1.5 Le public accueilli.....	32
2.1.6 Une orientation vers la prise en soins du public « désorienté »	35
2.2 L'organisation hiérarchique et fonctionnelle.....	38
2.2.1 Le modèle organisationnel et les acteurs.....	38
2.2.2 La sectorisation : pour une efficacité et un accompagnement personnalisé	40
2.2.3 Les ressources humaines: pour le bien-être du résident.....	41
2.3 Le diagnostic et l'analyse.....	47
2.3.1 L'analyse de l'environnement, du territoire	48
2.3.2 L'analyse de l'environnement partenarial et du réseau.....	49
2.3.3 L'analyse de l'organisation :	50

2.4 Synthèse des atouts et limites de l'EHPAD.....	52
2.5 Conclusion de la 2ème partie.....	53
3 Favoriser la socialisation professionnelle des personnels les moins qualifiés	
.....	55
3.1 Présentation du projet.....	55
Les axes stratégiques retenus :.....	55
3.2 Les objectifs opérationnels envisagés.....	56
3.2.1 Le changement organisationnel soutenu par une approche RSE.....	56
3.2.2 L'amélioration de l'accueil des résidents et de leurs familles.....	59
3.2.3 l'accompagnement des personnes en contrats aidés.....	63
3.2.4 Un plan de communication en soutien à l'action.....	71
3.3 L'accompagnement au changement.....	74
3.4 L'inscription du projet dans une démarche d'évaluation continue de la	
qualité.....	75
3.4.1 L'évaluation : une composante de la qualité	75
3.4.2 Les indicateurs d'évaluation.....	76
3.5 Conclusion de la 3ème partie.....	78
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Liste des Annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFGSU	Attestation de Formation aux Soins et Gestes d'Urgence
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AGIMAPAK	Association de Gestion Intercommunale de la Maison d'Accueil pour Personnes Âgées de Kunheim
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASG	Assistants de Soins en Gérontologie
C.A.	Conseil d'Administration
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissements ou de Service d'intervention sociale
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CDRS	Centre Départemental de Repos et de Soins
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CUI	Contrats Uniques d'insertion
CV	Curriculum Vitae
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENS	École Normale Supérieure
ETP	Équivalent Temps Plein
GHCA	Groupe Hospitalier du Centre Alsace
GMP	Gir Moyen Pondéré
HID	Handicap Incapacité Dépendance
HPST	Hôpital, Patient, santé et Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRP	Instances Représentatives du Personnel
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MAPA	Maison d'Accueil pour Personnes Âgées
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes
MLJ	Mission Locale des Jeunes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PASA	Pôle d'Activités de Soins Adaptés
PRIAC perte	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RH	Ressources Humaines
RHISAA	Recherche qualitative exploratrice Handicaps – Incapacité – Santé et Aide pour l'Autonomie
RSE	Responsabilité Sociale des Entreprises
SGD	Schéma Gérontologique Départemental
SROSMS	Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (forces – faiblesses – opportunités - menaces)
SYMAPAK	Syndicat Intercommunal pour la Maison d'Accueil pour Personnes Âgées de Kunheim
SYNEAS	Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale
URIOPSS	Union Régionale Inter-fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
UVP	Unité de Vie Protégée

Introduction

693000 : c'est le nombre de résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en France, selon l'étude réalisée en 2011 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Environ 10 % des 75 ans ou plus et près de 23 % des 85 ans ou plus résident en établissement pour personnes âgées. 573000 d'entre elles (soit plus de 80%) résident en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)¹. Cette étude évoque une entrée en EHPAD plus tardive et elle note surtout une dépendance plus marquée en 2011 qu'en 2007.

Le vieillissement de la population devrait conduire, dans les années à venir, à un accroissement de la population dépendante. Le devenir de la prise en soins de la perte d'autonomie des personnes âgées est devenu un enjeu majeur pour les pouvoirs publics².

Depuis le rapport Laroque de 1962, les politiques publiques ont fait en sorte de favoriser le maintien à domicile avec notamment l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) en 2001 ou, plus récemment, le projet de loi sur l'avancée en âge et la prise en charge de la perte d'autonomie. Mais le maintien à domicile a ses limites.

L'entrée en institution d'un parent âgé marque alors une rupture, un réel changement dans la vie de la personne âgée mais aussi dans celle de sa famille, celle de l'aidant naturel. Cette évolution des profils vient interroger l'offre de service dans sa double dimension de prestation de service qui relève d'une dimension technique, et de sa relation de service avec sa dimension humaine.

Les directions des établissements sont alors amenées à relever un autre défi: celui de faire face à cette augmentation de la dépendance dans un double cadre de personnalisation de l'accompagnement et d'un exercice budgétaire contraint, de maîtrise des dépenses. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et la réorganisation de l'administration territoriale de l'État ont d'ailleurs confirmé cette notion, attribuant au directeur la responsabilité de la stratégie et de la conduite générale de l'établissement, de l'organisation et de la réponse aux besoins de santé dans le respect de l'équilibre financier. Devant une charge de travail en augmentation, le risque est de fournir une standardisation de la réponse, de simplement considérer la personne âgée dépendante comme un objet de soin et non un sujet au centre des préoccupations tel que l'a affirmé la loi de 2002-2.

Aujourd'hui, directeur d'un EHPAD de 46 lits, j'ai passé 4 années à l'EHPAD de la Roselière à KUNHEIM, situé à l'Est de Colmar, près de la frontière allemande. C'est pendant cette période que j'ai entrepris la formation menant au CAFDES et que j'ai mené la réflexion

1 VOLANT S., décembre 2014, « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Études et résultats N° 899 6p.

2 INSEE, avril 2011 « Vieillesse et dépendance : évolutions d'ici 2020, Chiffres pour l'Alsace, 11p.

de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. L'objet est donc de questionner l'offre de service proposée aux personnes âgées accueillies à la Roselière et de confirmer le bien-fondé des actions menées quant à leurs besoins et attentes, afin de respecter leurs droits et prendre en compte leurs projets de vie. Dans le secteur des EHPAD, de nombreux acteurs évaluent les ratios d'encadrement comme étant insuffisants, au regard des besoins des personnes accueillies. L'EHPAD de la Roselière a fait le choix de faire appel à des personnes en contrat aidé pour contrebalancer ces ratios. Ce choix nous amène au questionnement de la sous-qualification de certaines catégories de personnels venant travailler en EHPAD, parce que leur poste ne le demande pas, ou parce que la volonté publique incite les établissements à insérer les jeunes, en particulier dans des processus de découverte-formation du métier. Quelles réponses, au regard de ses missions, l'établissement peut-il apporter en prenant également en compte ses particularités, sa taille, ses ressources, ses faiblesses et celles du territoire dans lequel il se trouve ? Comment, dans ce contexte, optimiser l'accompagnement des personnes âgées dépendantes accueillies à l'EHPAD de la Roselière ? Avec quelles compétences ? Pour quelle offre de service ?

Dans une première partie, j'aborderai cette étude du point de vue général. Je définirai les notions de vieillesse et de dépendance. Je présenterai le contexte du secteur des EHPAD : les politiques publiques et la spécificité du public accueilli, puis je définirai les concepts comme le lien social, l'offre de service et la responsabilité sociale des entreprises.

La deuxième partie permettra de découvrir l'EHPAD de la Roselière. Elle sera axée sur l'analyse de l'établissement avec comme objectif de dégager les éléments à étayer en vue de l'élaboration d'une stratégie d'évolution et d'accompagnement à partir du diagnostic interne qui mettra en évidence les attentes et les besoins des résidents ; les atouts et limites de l'organisation, et du diagnostic externe qui va permettre de positionner l'EHPAD sur son territoire, dans son environnement pour dégager les opportunités et les menaces.

L'ensemble du diagnostic devra permettre de cibler les potentialités et limites de l'organisation de l'EHPAD au regard du projet à développer.

Dans une dernière partie, je proposerai la stratégie retenue du projet arrêté et sa mise en œuvre pour développer les compétences des salariés par l'accompagnement, la formation et l'évaluation, avec une idée sous-jacente d'amélioration de l'offre de service aux résidents. Les modalités de pilotage et l'évaluation du projet seront également abordées dans cette partie. L'enjeu majeur pourrait être de contribuer à transformer le regard sur la vieillesse trop souvent déclinée socialement en terme de perte, de déficit, de maladie, pour rendre à **la personne âgée dépendante sa place de sujet et d'acteur jusqu'au bout de la vie ou de SA vie.**

1 La personne âgée dépendante : une personne à part entière ?

1.1 La vieillesse : une phase de fragilité

Alors que dans les civilisations anciennes, le « vieux » était vénéré pour sa sagesse, l'image de la personne âgée est aujourd'hui plutôt orientée vers celle de la dépendance, de rupture de parcours, vers une phase de fragilité.

1.1.1 Les évolutions liées à la vieillesse

La compréhension des questions liées à la vieillesse est fortement rattachée au contexte démographique, à l'analyse de l'évolution de la société en général ainsi qu'aux projections pour les prochaines décennies. Elle questionne l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée d'une nouvelle tranche de la population âgée. En tenant compte du contexte socio-économique, quel avenir, apparemment proche, se dessine-t-il ? Quelles orientations stratégiques devons-nous donner à nos institutions pour accompagner la population accueillie et anticiper les besoins de leur prise en soin ?

A) Le contexte démographique

En l'espace d'un siècle, l'espérance de vie moyenne a progressé de 30 ans. Depuis les années 1950, la durée moyenne de la vie progresse de trois mois par année. Alors qu'elle était de 50,45 ans en 1914, elle est de 81,8 année en 2014³. Cette progression serait attribuée à plusieurs facteurs favorisant comme l'amélioration de mode de vie, l'alimentation, l'éducation ou les progrès de la médecine. L'INSEE donne une estimation, au 1er janvier 2015, à plus de 66 millions⁴. D'après les hypothèses de projection démographique établies par Eurostat⁵, la population de l'Union Européenne devrait compter 517 millions d'habitants en 2060 et connaître un important vieillissement. La population âgée de 65 ans et plus devrait quasiment doubler (151 millions d'habitants), et celle âgée de 80 ans presque tripler (61 millions d'habitants), représentant respectivement plus de 30 % et 12 % de la population européenne.

a) Sur le plan national

Au 1er janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de

³ PISON G., 30 ans d'espérance de vie supplémentaires en un siècle : merci qui ? consulté le 10/07/15, disponible sur internet, <http://www.atlantico.fr/decryptage/30-ans-esperance-vie-supplementaires-en-siecle-merci-qui-gilles-pison-943551.html/page/0/1>.

⁴ PISON G., mars 2014, 1914-2014 : un siècle d'évolution de la pyramide des âges en France • Population & Sociétés • bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques numéro 509, 4p.

⁵ Au sein du Système statistique européen (SSE) et en collaboration avec l'ensemble des Instituts nationaux de statistiques (INS) de chaque État membre, Eurostat vise à harmoniser les travaux européens de façon à rendre accessible aux différents publics de l'Union européenne la diffusion d'informations statistiques comparables. Eurostat est l'autorité statistique communautaire désignée par la Commission pour développer, produire et diffuser des statistiques européennes.

plus qu'en 2005. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. Dans une cinquantaine d'années, la France pourrait également compter treize fois plus de centenaires, soit 200 000 personnes⁶.

b) Sur le plan régional

L'Alsace reste une région relativement jeune : en 2009, la part des personnes âgées de 75 ans et plus représente 7,7% de la population totale, contre 8,6% en France Métropolitaine⁷. Le vieillissement de la population alsacienne devrait s'accélérer dans les années à venir et de façon plus rapide : d'après l'INSEE, entre 2008 et 2020, + 21,2 % de personnes âgées de plus de 75 ans (+15,4% en France Métropolitaine), + 75,1% de personnes de plus de 85 ans (+60,6% en France métropolitaine)⁸.

B) Un environnement social et culturel en mutation

Les incidences démographiques ont des répercussions certaines au sein de la famille. Les relations entre générations se sont transformées au cours du temps en raison de l'augmentation de l'espérance de vie. D'un point de vue social, les façons de penser et d'agir évoluent, que ce soit dans le travail, la famille et dans le rapport aux autres.

a) La famille

Les évolutions démographiques ont des répercussions importantes sur les structures familiales. Aujourd'hui, dès 56 ans, la moitié des personnes sont grands-parents et, à 66 ans, ce sont les trois quart. Du fait de la plus grande longévité des femmes, plus de sept arrière-grands-parents sur dix sont des femmes⁹. Dans ce nouveau scénario, la génération intermédiaire, âgée de la soixantaine, et que certains gériatres appellent la « génération sandwich » prend bien souvent le rôle de pivot familial important : elle se sent coincée entre les exigences des soins à prodiguer à leurs parents vieillissants et l'aide financière et matérielle à amener à leurs propres enfants. C'est ce qui fait dire à Silver Donald Cameron : « *Si le système de santé était une plante, les aidants naturels en seraient les racines... fragiles, vitales et invisibles*¹⁰ ». L'établissement devra veiller à permettre aux aidants de poursuivre ce rôle, et ce dès l'accueil.

b) La rupture du lien social

« *Les jeunes vont par bande, les couples vont deux ensemble, les vieux avec la solitude*¹¹ ». Ce dicton suédois résume bien la suite successive de pertes marquées par le

6 BLANPAIN N., CHARDON O., octobre 2010, « Projection de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats, INSEE.

7 Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016.

8 INSEE, avril 2011 « Vieillesse et dépendance : évolutions d'ici 2020, Chiffres pour l'Alsace, 11p.

9 Haut Conseil de la Famille, octobre 2012, *Quelques données statistiques sur les familles et leurs évolutions récentes*, p.27.

10 CAMERON S.D. Aidant naturel: la situation au Canada, Extrait article 22/08/2011, consulté le 12/07/15 disponible sur internet, www.aidants.mes.debut.fr/actualites.

11 VAN ROMPAEY C., 2003, « Solitude et vieillissement », Pensée plurielle n°6, p.31.

grand âge : pertes des collègues de travail, réduction du nombre des amis, perte des proches, pertes des capacités intellectuelles, difficultés de mobilité... Si certaines personnes âgées arrivent à préserver une vie sociale, beaucoup d'autres connaissent des vies chahutées par les événements de la vie et doivent faire face à l'isolement et à la solitude.

Le concept de lien social

Dans son livre, « le lien social », Pierre-Yves CUSSET parle du lien social comme *“l'ensemble des relations que l'on entretient avec sa famille, ses amis, (...) jusqu'aux mécanismes collectifs de solidarité, en passant par les normes, les règles, les valeurs (...) qui nous dotent d'un minimum de sens d'appartenance collective”*¹². Cela évoque les liens personnels et l'obligation morale d'assistance, les liens de solidarité qui unissaient jusqu'à une période récente l'ensemble des entités familiales. Les parents subvenaient aux besoins des enfants qui à leur tour pourvoyaient aux besoins des aînés et la boucle était bouclée.

La question du lien social est également au cœur des recherches de Serge PAUGAM¹³. Invité au séminaire "Re/lire les sciences sociales" à l'ENS de Lyon le 16 janvier 2012, il évoque la nécessité de « retisser » ce lien. Le terme désigne alors un désir de vivre ensemble, de relier les individus dispersés. Pour cet auteur, l'homme est *« lié aux autres...aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme ¹⁴ »*. Les liens sociaux permettent d'assurer la cohésion sociale et l'intégration des individus, par le partage de valeurs communes et par la reconnaissance sociale des différences.

En complément aux notions de lien social, les travaux d'Axel HONETH mettent en avant la nécessaire reconnaissance sociale. Selon ce dernier, *« pour participer à la vie en société, tout individu a besoin d'être reconnu dans sa qualité de sujet, pouvoir réaliser des activités de la vie courante et être valorisé dans son rôle social »* et ainsi *« sans la reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie »*¹⁵.

La rupture du lien social : une conséquence des différentes mutations

Mais les difficultés socio-économiques, entre autres, ont fait émerger cette notion de « crise du lien social » dont parle Serge PAUGAM. Le principe de la solidarité est mis à mal depuis le durcissement des conditions de vie dans les années 1980 lié à l'explosion du chômage et à la précarité salariale. Il met en avant les notions de « fragilité et de rupture », Les plus défavorisés, et parmi eux les personnes âgées, n'ont souvent que peu de ressources pour tisser et entretenir des liens suffisamment solides et peuvent être confrontés

12 CUSSET P-Y., août 2007 *Le lien social*, collection, 128, Sociologie, éditions Armand Colin., p.5.

13 PAUGAM S., le lien social: entretien avec Serge Paugam (visité le 14/07/15), consultable sur internet, <http://ses.ens-lyon.fr/le-lien-social-entretien-avec-serge-paugam-158136.kjsp> .

14 Ibid.

15 HONETH A., *Sans la reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie* (visité le 14-07-2015) disponible sur internet: <http://www.philomag.com/les-idees/entretiens/axel-honneth-sans-la-reconnaissance-lindividu-ne-peut-se-penser-en-sujet-de-sa-propre-vie>.

aux risques d'isolement et de solitude. Bien souvent, les enfants se retrouvent, pour des raisons économiques et/ou professionnelles, à répondre à des mobilités géographiques qui les éloignent des lieux de résidence de leurs parents. Ils sont, à ce moment-là, moins présents pour permettre à leurs parents de faire face aux incapacités qui se cumulent.

1.1.2 La personne âgée: entre vieillesse et dépendance

"Il n'est pas facile de définir la vieillesse" nous dit Vincent CARADEC¹⁶

Vieillir peut faire peur à notre société qui occulte la vieillesse comme elle occulte la mort. Les gains de longévité se veulent plutôt des gains de jeunesse repoussant la vieillesse à la marge de la société. Les déficiences physiques et psychiques liées au vieillissement conduisent à un changement du modèle social français avec des répercussions dans la manière d'appréhender les classes d'âges les plus élevées. C'est ce qui nous amène à nous interroger sur les représentations de la vieillesse afin de nous inscrire notamment dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie de nos aînés les plus dépendants.

A) La personne âgée

Selon C. GOYARD, « *il est important de souligner l'ambiguïté du mot « personnes âgées »*. En effet, un retraité de 60 ans, même s'il fait officiellement partie de la catégorie «*personne âgée*», n'a rien de commun avec un octogénaire, que ce soit au niveau de son autonomie, de son mode de vie, de ses pratiques de déplacement et de mobilité ou encore de ses relations avec le reste de la société »¹⁷. Avec l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et sans incapacité, l'entrée dans la vieillesse ne cesse de reculer :

a) Différentes classifications :

- l'âge chronologique: pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la personne est dite "âgée" à partir de 60 ans. Pour l'Agence Régionale de Santé, c'est l'âge de 75 ans qui est pris en compte pour calculer le taux d'équipement pour les personnes âgées
- l'âge social : le professeur BERTHEL¹⁸ retient essentiellement le seuil de la retraite, il souligne la singularité de la personne puisque les âges de la retraite ne sont pas les mêmes selon le métier exercé que l'on soit gymnaste, danseuse étoile, militaire, conducteur SNCF, homme politique ou pape..... Une précision est apportée faisant une distinction entre le troisième âge et le quatrième âge: le troisième âge signifie être âgé et en bonne santé, le quatrième âge correspond au fait d'être âgé et que l'on devient dépendant. Pour définir la vieillesse selon un indicateur social, Vincent

16 CARADEC V. ,2010, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Éditions Armand Colin, 2ème édition, 127 p.

17 GOYARD C., 2010, *le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et ses limites*, mémoire Master professionnel, Management du secteur public : collectivités et partenaires, Institut d'études Politiques de Lyon, Université Lumière Lyon 2.

18 Professeur M. BERTHEL : professeur de gériatrie aux hôpitaux universitaires de Strasbourg

CARADEC retient trois propositions: un seuil évolutif de la vieillesse – une nomenclature de l'âge selon la position dans le cycle de la vie et une nomenclature selon le statut fonctionnel. Nous retiendrons de cette dernière, l'aptitude à accomplir ses activités quotidiennes, ce qui paraît pertinent puisque « l'autonomie¹⁹ » est « *la principale norme à laquelle doit se conformer l'individu contemporain*²⁰ ».

- l'âge biologique: on peut constater d'énormes variétés entre les personnes, nous retiendrons que les personnes âgées sont très différentes entre elles ce qui fait dire au professeur BERTHEL que "chaque fois que l'on dit "LA personne âgée, on se trompe!". Il y a autant de vieillesse que de personnes âgées
- l'âge psychologique: peut-on dire qu'un jeune fait vieux ou qu'un vieux fait jeune? Vieux serait-il un défaut et jeune, une qualité? On parle pourtant de vieux vin, de vieux livre: on évoque la richesse de l'ancienneté ou d'objets d'autant plus précieux qu'ils sont anciens. Ceci marque bien l'attention à porter au choix des mots.

Et comme le souligne le Professeur BERTHEL : « ...*vieillir, c'est surtout des vieillesse et non pas la vieillesse de façon réductrice. Vieillir, c'est donc vivre encore!*²¹ »

b) Le deuil de l'illusion de l'immortalité

Au risque de la perte du lien social, la personne âgée se voit également confrontée au deuil de l'illusion de l'immortalité. La personne âgée va être confrontée non seulement à tous ces deuils partiels qui sont provoqués par la perte plus ou moins progressive des capacités physiques et intellectuelles mais également à la perspective de la mort qui se rapproche. Elisabeth Kübler -Ross²² décrit une évolution en cinq étapes qu'elle appelle « les stades du mourir » et qui mettent en lumière un travail de deuil. La première réaction du sujet est celle du déni, du refus de croire à l'annonce. Elle est suivie par la réaction de colère et de révolte face à la nouvelle situation. La troisième étape est celle de la négociation afin de chercher à composer avec la nouvelle situation. L'étape d'après est celle de la réflexion et un retour sur soi, et enfin le stade ultime où la personne se soumet et accepte son destin.

c) La fonction de transmission remplie par les personnes âgées

Chaque personne trouve sa raison d'exister au travers d'un rôle, d'une identité qui lui permet de remplir une fonction sociale. Alain Jeannel²³ citait l'écrivain ivoirien, Victor Adangba qui posait la question suivante : « *Au soir de leur vie, que deviennent ce savoir et*

19 L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. L'autonomie est parfois définie comme l'absence de dépendance. Cette vision nous semble réductrice et non encrée dans une démarche gérontologique.

20 BERTHEL M. *Op.cit.*

21 BERTHEL M. *Op.cit.*

22 KÜBLER-ROSS E., 1975, *les derniers instants de la vie*, Éditions Labor et Fides, Genève, 280p..

23 JEANNEL A., octobre 2008, "Vivre, vieillir, transmettre : devenir individuel et collectif", consulté le 14/07/15 disponible sur internet, <http://alain-jeannel.blogspot.fr/2009/07/vivre-vieillir-transmettre-devenir.html>

ce savoir-faire accumulés au fil des années ? Ne servent-ils plus à rien ? Une discontinuité étête actuellement la société de cette partie d'elle-même que lui ont apportée jadis les habitudes de ses « vieux » et de ses « vieilles » et que ceux-ci conservent en pure perte, en panne de transmission.²⁴ ». Elle a une fonction symbolique, parce que, au-delà des aspects strictement matériels liés au patrimoine mobilier et immobilier, il se transmet une culture, une histoire familiale. Malheureusement, en écoutant les personnes âgées, il semble que cette transmission ne soit pas toujours possible....

A) La dépendance

a) La dépendance

Bien que défini pour la première fois dans le milieu de la gérontologie en 1984 pour qualifier l'état de vieillesse, le terme de dépendance, bien ancré dans notre vocabulaire, est « consacré » en 1997 par la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance²⁵. En 1998, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe la définit comme étant « *un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelles, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie* ²⁶ ».

Selon L'INSEE, la dépendance d'une personne âgée est définie comme "*un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne.*" Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé. Les travaux réalisés par la RHISAA (Recherche qualitative exploratrice Handicaps – Incapacité – Santé et Aide pour l'Autonomie), place la limite de 75 ans, « *c'est aux alentours de cet âge que la santé se dégrade durablement et que les vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est parfois moins intense et des processus de retrait commencent à s'observer* »²⁷. L'enquête Handicap – incapacité – Dépendance (HID) fait remarquer que plus de la moitié des plus de 75 ans bénéficie d'une aide. Le Schéma Gérontologique Départemental du Haut-Rhin²⁸, considère comme dépendante « toute personne qui a besoin d'aide pour effectuer des actes de la vie quotidienne : s'habiller, se déplacer, se nourrir, etc.....la dépendance concerne

24 Ibid.

25 Mise en place en 1997, la prestation spécifique dépendance est une aide destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans. C'est une prestation en nature, c'est à dire directement affectée au financement des dépenses d'aides préalablement définies et distinctes des soins. Elle est attribuée par le département au titre de l'aide sociale.

26 Conseil de l'Europe – Comité des Ministres, Recommandations n° R (98) 9 du Comité des Ministres aux États membres relative à la dépendance (adoptée par le Comité des Ministres le 18 septembre 1998, lors de la 641e réunion des Délégués des Ministres).

27 IMBERT G, 2010, rapport de recherche, travaux réalisés par la FNG en collaboration avec REVeSS et l'UMR 6578 CNRS dans le cadre d'un appel d'offre INPES et d'une convention INPES – CNSA, RHISAA (Recherche qualité exploratoire Handicaps – Incapacité -Santé et Aide pour l'Autonomie).

28 Conseil Général du Haut-Rhin, *Schéma gérontologique départemental 2012-2016*.

essentiellement les plus de 75 ans (moins de 3% des personnes de 60-74 ans sont dépendantes) ». Nous retrouvons ici une mise en corrélation entre la dépendance et l'âge.

b) Mesure de la dépendance: grille AGGIR et GMP

La dépendance de la personne âgée est mesurée à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée : s'habiller, se repérer dans le temps et l'espace, s'alimenter, se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur..."²⁹. A partir de ces observations, on définit 6 groupes appelés "groupes iso-ressources"³⁰ (cf Annexe 1 : grille GIR). Le groupe 1 rassemble les personnes les plus dépendantes, nécessitant la présence permanente d'une aide; le groupe 6 rassemble les personnes n'ayant besoin d'aucune aide pour les actes de la vie quotidienne. Ainsi, en septembre 2011, 84 % des personnes évaluées en GIR 1 par le biais de la grille AGGIR résident dans un établissement, contre 21 % des personnes évaluées en GIR 4³¹. Sont qualifiées de dépendantes, les personnes dont le GIR est compris entre 1 et 4. Le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes en établissement permet d'établir le GMP (Gir Moyen Pondéré). Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP est élevé. Il sert également de base de comparaison entre établissements. Il est calculé sur une échelle de valeur de 0 à 1000 (1000 étant le plus dépendant). L'observatoire des EHPAD réalisé annuellement par le cabinet KPMG (cabinet d'audit international) indiquait, en 2013, une augmentation du GMP passant de 646 en 2009 à 670 en 2011.³²

1.2 Les politiques publiques du grand âge : pour le maintien de la citoyenneté

La question du vieillissement de la population en tant qu'enjeu sociétal s'est posée dès les années 60 avec la publication de rapports phares qui ont servi de base à la politique de la vieillesse et de la dépendance. Elle se pose encore davantage aujourd'hui, également sur le plan européen, d'autant plus que le vieillissement s'accroît et qu'il s'accompagne d'un accroissement de la dépendance.

1.2.1 Sur le plan européen

D'ici à 2025, plus de 20 % des Européens seront âgés de plus de 65 ans avec une proportion des plus de 80 ans en nette augmentation. L'Europe a pris la pleine mesure du

29 DUEE M. - REBILLARD C., 2006, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », Données Sociales – La Société Française.

30 En 2008 cette grille a été revue pour permettre une cotation plus fine. Si le principe reste le même, la grille "NEW AGGIR" doit permettre une meilleure évaluation du niveau de la perte d'autonomie de la personne âgée. Par ailleurs, l'ordre et la cohérence des questions a été revue et améliorée. Ce nouveau mode de remplissage doit notamment permettre une meilleure cotation des items "cohérence" et "orientation".

31 INSEE. « Les personnes âgées dépendantes » consulté le 22/07/15 disponible sur internet, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096

32 KPMG Observatoire des EHPAD – 2013.

vieillesse de sa population et a exprimé, à travers la Charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées³³, le souhait de vieillir en bonne santé et dans la dignité . Les travaux de la commission ont permis d'établir des indicateurs de comparaison des niveaux de vie dans les pays européens. Dans l'étude des pays européens en fonction de l'espérance de vie sans incapacité, la France se classe dans la moyenne européenne³⁴.

1.2.2 Sur le plan national

L'étude de la problématique de la dépendance et de sa gestion en EHPAD s'inscrit dans le contexte plus global de la politique nationale de santé définie à l'intention de nos aînés. Cette dernière s'est vue déclinée sous divers rapports, programmes et plans nationaux comme le Plan Bien Vieillir (2007-2009), le Plan Solidarité Grand Age (2007-2012), ou le Plan Alzheimer (2008-2012).

A) Le rapport Laroque : pour le maintien des liens sociaux

Dès les années 60, l'État français cherche à travailler sur le vieillissement de la population et intègre cette problématique à son agenda politique. Une commission présidée par Pierre LAROQUE publie un rapport en 1962. Même si l'image de la vieillesse peut parfois sembler dévalorisante, force est de constater que ce rapport met l'accent sur la nécessité d'une politique globale de la place des personnes âgées et notamment le maintien des liens sociaux. Il demande d'éviter la mise à l'écart des personnes âgées en favorisant la citoyenneté et l'insertion sociale des personnes âgées. Il met l'accent sur une finalité éthique : permettre aux personnes âgées de garder leur place dans la société.

B) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : en faveur d'une politique globale du vieillissement

La Prestation Spécifique Dépendance (PSD), instaurée en 1997, connaissait un relatif échec et subissait des critiques parce qu'elle excluait de nombreuses personnes âgées et qu'elle était uniquement réservée aux personnes présentant un fort degré de dépendance. Les pouvoirs publics la remplacent, en 2001, par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie qui devait davantage être en faveur d'une politique globale du vieillissement. Cette aide peut participer au financement d'intervenants à domicile ou de toute autre aide recommandée dans le plan d'aide élaborée par l'équipe médico-sociale. Le montant maximum du plan d'aide varie selon le degré de perte d'autonomie (groupe GIR 1 à 4).

Je note l'évolution des termes utilisés puisque nous passons d'une prestation de dépendance à une prise en compte de l'autonomie. Je remarque également que le calcul de la prestation continue à être évalué sur un modèle de grille de dépendance ! Est-ce là un début de changement de considération de la personne ? La question mérite d'être posée.

³³ Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, novembre 2010 Projet EUSTaCEA, avec le soutien du programme Daphne III.

³⁴ INSEE, « Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé dans l'Union européenne ».

C) La création de la CNSA : un soutien pour l'autonomie des personnes âgées

Suite à la crise de la canicule en 2003, la loi du 30 juin 2004 met en place une caisse en faveur des personnes âgées. Il s'agit de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie³⁵. La CNSA apporte un soutien financier en garantissant l'affectation des ressources aux programmes en faveur des personnes âgées et des personnes handicapés. Avec comme objectif « *d'améliorer et de développer les solutions d'accompagnementla CNSA inscrit son action dans une conception globale de la santé des personnes*³⁶ ». Son apport d'expertise permet une meilleure connaissance des besoins des bénéficiaires avec le souci de permettre un accompagnement au plus près des besoins de la personne.

Δ) Les plans nationaux en direction des personnes âgées : pour un vieillissement réussi

La clé du vieillissement réussi demande aux pouvoirs publics un travail important d'implication, de communication et une prise en compte des enjeux économiques et politiques qui font appel à la solidarité nationale notamment à travers les plans nationaux.

a) *Le plan national « bien vieillir » 2007-2009*

Les dispositions du plan « bien vieillir » se déclinent tant du point de vue de la santé physique que des relations sociales en traçant le chemin pour un « vieillissement réussi ». C'est un véritable plan de bataille dans le but d'améliorer l'espérance de vie sans incapacités.

Nous nous trouvons dans le concept du vieillissement actif de l'OMS pour qui il est nécessaire de s'inscrire dans « *le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse*³⁷ ».

Le but recherché des plans de santé est de favoriser un mieux-être de la personne et permettre une longévité accrue d'une part, et de tendre vers une diminution des frais de santé et un meilleur équilibre des comptes de l'assurance maladie, d'autre part. C'est ce que nous devons avoir à l'esprit dans nos institutions, en mettant par exemple en parallèle le vieillissement réussi avec un accompagnement réussi.

b) *Le plan Solidarité Grand Age 2007-2012*

Depuis une dizaine d'années, les différentes politiques en faveur des personnes âgées visent l'amélioration, le renforcement ou simplement une continuité dans les actions conduites. Le plan Solidarité Grand Age s'inscrit dans une continuité des actions conduites. Parmi les mesures annoncées, je noterai l'amélioration de l'accueil en maison de retraite avec notamment :

35 <http://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>.

36 Ibid.

37 Organisation mondiale de la santé (OMS): Vieillir en restant actif – cadre d'orientation, 2002, Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, Madrid, Espagne, p12.

- une transition du domicile vers la maison de retraite la plus douce possible,
- davantage de personnel, le but étant de faciliter le recrutement de personnel pour un meilleur accompagnement des personnes âgées avec une norme d'un professionnel pour un résident pour les personnes âgées les plus malades et dépendantes.
- la formation au grand âge avec entre autre l'ouverture à la validation des acquis de l'expérience ou la possibilité de se former par alternance
- la lutte contre la maltraitance avec l'amélioration des signalements et le renforcement de la prévention
- le développement de la démarche qualité.

Le plan Solidarité Grand Age 2007-2012 représente, aujourd'hui, le socle de la politique publique en faveur des personnes dépendantes permettant d'aborder, sans détour, la problématique du vieillissement.

E) La création des MAIA : pour une simplification des parcours de vie

Les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer – mesure n°4 du plan Alzheimer 2008-2012) ont été créées dans la logique des politiques publiques en faveur du maintien à domicile. Il s'agit d'un dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.³⁸ Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée.

F) La loi d'adaptation au vieillissement de la population³⁹ : Promouvoir le vivre ensemble

Améliorer la vie quotidienne de l'ensemble des âgés, telle est l'ambition assignée au projet de loi d'adaptation au vieillissement de la population. Adoptée le 17 Septembre 2014 en 1ère lecture par l'Assemblée Nationale, cette loi s'articule autour de 3 axes :

- **anticiper** la perte d'autonomie avec la mise en place d'un calendrier de santé permettant le dépistage et la palliation des petites pertes d'autonomie et des signes de fragilité
- **adapter** la société : en favorisant les travaux d'adaptation des logements des personnes âgées et en diversifiant l'offre d'habitat (résidences autonomie par exemple)
- **accompagner** les personnes en perte d'autonomie

³⁸ Plan Alzheimer 2008-2012 – mesure 4: les MAIA.

³⁹ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Octobre 2014.

1.2.3 Le contexte territorial

A) Sur le plan régional

La déclinaison des politiques publiques nationales sur le plan territorial se retrouve dans le PRS d'Alsace 2012-2016 (Projet Régional de Santé) et le SROSMS Personnes Âgées 2012-2016 (Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale). Il est complété, au niveau régional, par le PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Il y est fait le constat que le niveau de dépendance de la population âgée alsacienne était plus élevé qu'en moyenne nationale. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus bénéficiant de l'APA (GIR 1 à 4) est, selon des données récentes (au 31 décembre 2009), également plus élevé en Alsace qu'en France métropolitaine. A l'horizon 2020, la population dépendante en Alsace devrait augmenter de 23%.⁴⁰ La population fortement dépendante (Gir 1 et 2) augmenterait de 21% entre 2005 et 2020 et c'est le nombre des personnes dépendantes de 85 ans ou plus qui progresserait le plus (+ 55%).

C'est ainsi que le PRS d'Alsace a déterminé les orientations suivantes: garantir la continuité de prise en charge des personnes âgées - faire évoluer l'offre en EHPAD en faisant évoluer les établissements vers une taille minimale pour assurer une meilleure organisation - améliorer la continuité des soins pour limiter le recours aux urgences – renforcer les capacités de prise en charge des personnes âgées à domicile en développant notamment les solutions de répit que sont les accueils de jour ou les hébergements temporaires.

B) Sur le plan départemental

La loi de décentralisation n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités confie aux départements les missions de coordination gérontologique ainsi que le Schéma Gérontologique Départemental (SGD) avec comme finalité d'apporter la réponse la plus efficace aux besoins de la population âgée du département, en lien avec le PRS d'Alsace et le SROSMS Personnes Âgées ; l'actuel schéma du Haut-Rhin couvre la période 2012-2016. Le constat est fait d'une augmentation de la dépendance des personnes âgées avec une évolution sensible des dépenses d'APA que ce soit à domicile ou en institution. Le SGD a donc opté pour les orientations telles: développer l'aide aux aidants par des solutions de répit – organiser l'offre en établissement en soutenant le développement des UVP (Unités de Vie Protégé) et PASA (Pôle d'Activité de Soins adaptés) pour éviter le déracinement résidentiel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou développer la notion de filière gériatrique.

40 INSEE, avril 2011 « Vieillesse et dépendance : évolutions d'ici 2020, Chiffres pour l'Alsace, 11p.

1.3 Les EHPAD en France

L'EHPAD a pour mission d'accueillir « *des personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, pour des séjours permanents ou spécifiques (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil Alzheimer, etc.), et à leur dispenser des soins*⁴¹ » dans le respect de leurs droits et de leurs libertés et dans la prévention de la maltraitance. Même si l'établissement représente un cadre de vie contraint, il « *constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression...*⁴² ». Conséquence de la dépendance associée au vieillissement, les demandes d'accueil ont subi des modifications notoires avec une entrée en institution de plus en plus tardive.

1.3.1 Historique de la structuration de l'offre d'hébergement

Avant la révolution industrielle, les soins aux personnes âgées sont en grand partie pris en charge par les familles. Les grands mouvements de l'industrialisation, l'exode rural provoquent la disparition des familles élargies, les vieilles personnes vivent de plus en plus seules, on observe des situations de grandes précarités pour celles qui n'ont pas épargné. Les conditions de vie dans les grandes villes sont difficiles pour les personnes âgées qui doivent travailler pour vivre. C'est à cette époque que se sont développés les hospices, relevant de congrégations religieuses ou situés au sein des hôpitaux, qui accueillaient les plus démunis, les plus isolés, les plus pauvres, les plus vieillissants. L'après-guerre, c'est le temps de la reconstruction, des « trente glorieuses » ; l'augmentation du montant des droits à la retraite, le développement de notre système de protection sociale, l'accélération de l'urbanisme ont permis à nos parents et grands-parents une plus grande autonomie financière et des meilleures conditions de logement. Jusque dans les années soixante, la question des politiques publiques en direction des personnes âgées était essentiellement centrée autour du souci de lutte contre la pauvreté. Dans les années soixante, les transformations de fond de notre société : industrialisation, exode rural croissant, nucléarisation de la famille, ont pour conséquence un isolement croissant des personnes âgées.

Depuis le rapport LAROQUE, la question du vieillissement devient progressivement un enjeu de société : les réponses s'articulent autour du développement de dispositifs de maintien à domicile et d'humanisation de structure d'hébergement. Ce rapport va conduire l'évolution des hospices en lieux de soins de type hospitalier et au développement progressif de deux modèles d'hébergement : les maisons de retraites et les foyers résidences pour répondre aux besoins des personnes âgées qui ne veulent pas entendre parler des hospices. Au

41 CASF, art. L.312-1 6° du Code de l'action sociale et des familles.

42 ANESM, 2011, « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD », Recommandations de bonnes pratiques.

début des années 80, pour répondre à la montée en puissance de la dépendance, le ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale lance un concours d'idée pour la conception d'une nouvelle génération de maisons de retraite. Les MAPA (Maison d'Accueil pour Personnes Agées) et les MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes). L'objectif était de soutenir la construction d'établissements neufs pour mieux répondre aux besoins de l'ensemble des personnes âgées et aux attentes de leurs familles. Le cahier de charge des Mapad a servi de base de référence pour la construction et la rénovation des EHPAD jusqu'à la sortie de l'arrêté du 26 avril 1999⁴³.

1.3.2 Le public accueilli en EHPAD

La DREES publiait en décembre 2014 les derniers résultats concernant la population hébergée en EHPAD⁴⁴. Le constat est fait d'une population en augmentation (fin 2011, 693 000 personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 5,5 % de plus qu'à la fin 2007). Les femmes représentent toujours les trois quarts des effectifs. L'augmentation de la dépendance a une conséquence sur le temps de séjour en établissement pour les personnes âgées: d'une part la moyenne d'âge pour l'entrée en EHPAD augmente, les personnes entrant dans un EHPAD sont âgées de 84 ans et 9 mois, d'autre part, un résident reste en moyenne 32 mois au sein d'un EHPAD (chiffre en légère baisse depuis 2003).

Selon la dernière enquête de la DREES ⁴⁵, comparant les années 2007 et 2011, ce chiffre serait en relative stabilité.

1.3.3 La réforme des établissements : une amélioration de la prise en charge des résidents

Pour répondre à l'évolution des publics accueillis, en plus de la mise en place de la PSD, la loi du 24 janvier 1997, organisée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, prévoit également une réforme de la tarification à travers la signature d'une convention tripartite avec le Conseil Départemental et l'Agence Régional de Santé. Elle transforme les établissements existants en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

L'objectif essentiel est d'inciter les responsables des structures d'accueil à « *garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents* ⁴⁶ ». Tous les domaines sont concernés, en particulier la qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité,

43 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.

44 VOLANT S., décembre 2014, « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Etudes et résultats N° 899 6p.

45 Ibid.

46 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.

hygiène...), la personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, respect des rythmes de vie, proposition d'activités adaptées...) et les relations avec le résident et ses proches (bonne information, participation de la famille...). Au-delà de l'engagement qualité, la signature de la convention tripartite implique un système de tarification particulier, la triple tarification, qui répartit les frais de séjour selon trois volets (hébergement, dépendance et soins) auxquels correspondent des aides financières spécifiques.

Dans les recommandations relatives à la qualité de vie des résidents et « afin de garantir à chaque résident un *bon état de santé et la plus grande autonomie sociale, physique, et psychique possible*⁴⁷ », nous notons les objectifs suivants :

- maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social ;
- concilier sécurité et liberté d'aller et venir en particulier pour les personnes désorientées
- maintenir ou retrouver certaines relations sociales pour le résident (participation aux activités, rôle propre, ouverture à la vie locale et à l'évolution de nos sociétés...) ;
- apporter les aides (directes ou incitatives) pour les activités de la vie quotidienne.

A) Des outils de la loi du 2 janvier 2002 en EHPAD: pour une affirmation des droits des usagers

Il est reconnu par l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, et en particulier pour les EHPAD, que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est un texte essentiel pour l'application de la citoyenneté⁴⁸. Son dispositif a instauré de nouvelles obligations visant notamment les objectifs de développer le droit des usagers ou d'améliorer l'évaluation de la qualité du service rendu. La réussite de l'accompagnement se décline autour de plusieurs axes. Tout d'abord le projet d'établissement va fixer le cap et définir le sens à lui donner. La contractualisation va être un élément déterminant de l'accompagnement à réaliser. Enfin, La prise en soins ne peut se faire qu'au travers d'une recherche d'amélioration dans l'esprit d'une démarche qualité, notion qui doit également se décliner dans la pratique des soins à la personne.

a) *Le projet d'établissement*

La mise en place du projet d'établissement est fondée sur un projet de vie, d'animation et de socialisation. Il fait partie des sept outils pour garantir l'exercice des droits des usagers. Il « *définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations*⁴⁹ ». L'élaboration du projet

47 Ibid.

48 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 2.

49 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 12.

d'établissement se caractérise par la participation du plus grand nombre d'acteurs, c'est donc un excellent moyen pour définir les conditions d'un accompagnement réussi. Il relève d'un impératif juridique et suit l'objectif, affiché par le législateur, d'une meilleure qualité de service, mais au moindre coût. Néanmoins, c'est le document où les valeurs humanistes se doivent d'être inscrites « *afin de donner sens à l'action gérontologique. Cette démarche passe par une réflexion culturelle multidimensionnelle de la personne âgée pour aboutir à un véritable référentiel de sens* ⁵⁰ ».

b) la notion de contrat

Le contrat est une autre notion importante dans la loi du 2 janvier 2002. Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge fait partie des sept outils garantissant le droit des usagers. L'article 101 du Code civil lui confère des obligations réciproques avec nécessité d'accord de volonté entre les parties. Cette notion de contrat est l'un des apports fondamentaux de la Loi 2002-02. Elle l'a imposé comme fondement des relations entre les personnes accueillies et les services ou établissements médico-sociaux. En introduisant cette obligation, le législateur a voulu une relation, entre institution et personne accueillie, qui repose sur la mise en œuvre de relations personnalisées dans un cadre contractuel : une relation qui nécessite des échanges, des recherches d'accord pour fixer, ensemble, les modalités d'accompagnement tout au long du séjour.

c) Le projet personnalisé

La personnalisation de l'accompagnement du résident a été véritablement concrétisée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La mise en œuvre du projet personnalisée est considérée comme « le service à rendre » aux bénéficiaires pour « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ⁵¹ ».

Les besoins sont essentiellement posés par les divers diagnostics et observations des professionnels et vont constituer la base de l'élaboration d'un projet personnalisé. Pour qu'un projet puisse aboutir de manière satisfaisante, il doit être établi, dans la mesure du possible, avec la personne accueillie, ce qui ne peut se faire que par un échange entre les professionnels et les bénéficiaires (les résidents et leur entourage).

Si la loi du 2 janvier 2002 parle d'un « accompagnement individualisé de qualité » et d'un « projet d'accueil et d'accompagnement », une recommandation de l'ANESM évoque la

50 KOHLER R., 2011, *État des lieux de la médiation animale dans les maisons de retraite : de la théorie vers la conception d'un cahier des charges*, Presses de XL PRINT/ St Etienne, p.116.

51 Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 7

notion de projet personnalisé⁵². Néanmoins les appellations sur le terrain ne manquent pas : projet individualisé de prise en charge ou d'accompagnement, projet de vie personnalisé ou individualisé. L'essentiel est davantage dans le contenu et la démarche d'accompagnement de l'ensemble de l'équipe. Cette dynamique n'a d'intérêt que si elle améliore la situation de la personne, ou va dans le sens d'un mieux-être et/ou de la satisfaction du résident. C'est là que l'action d'impulsion, d'animation et de contrôle du directeur prend toute sa place dans l'élaboration et le suivi des projets personnalisés.

L'évaluation externe, réalisée les 16 et 17 septembre 2014, à l'EHPAD "La Roselière" bien que soulignant le réel souci de bienveillance de l'institution à l'égard des usagers (résidents et familles), a émis une réserve au sujet du manque de lisibilité du projet personnalisé, avec des suivis peu ou non réalisés quel que soit le service qui compose l'institution.

d) La démarche qualité

La mise en place de la démarche d'évaluation et de l'amélioration de la qualité constitue une autre priorité de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle vise à formuler et à faire formuler par les acteurs, la recherche d'une vision partagée de leur travail dans le but de développer des stratégies communes, efficaces et efficientes. Selon l'esprit de la roue de Deming⁵³ la qualité se construit, se réalise, se vérifie et s'améliore. Ainsi dans nos structures, le niveau des prestations techniques de soins et d'hôtellerie doit rester satisfaisant, mais il ne suffit pas. Nous nous devons de progresser en recherchant la satisfaction des personnes âgées et de leur famille.

e) Le concept d'offre de service

Dans la démarche qualité, les établissements sociaux et médico-sociaux sont aujourd'hui contraints à expliciter l'offre de service qu'ils proposent et qui est contenu dans le projet d'établissement. L'offre de service peut se définir comme « *les caractéristiques générales de l'accompagnement, prestations et activités mises en œuvre par l'établissement ou le service. La détermination de l'offre de service est souvent un enjeu important pour la structure, car elle permet d'analyser son activité à la lumière de ce que reçoit et/ ou perçoit l'utilisateur?*⁵⁴ ». L'offre de service apparaît comme le nouveau devoir à accomplir des établissements avec la particularité que ce sont les bénéficiaires qui en déterminent le contenu et comme objectif de formaliser un parcours de vie pour chaque résident respectueux de ses droits, sa citoyenneté, prenant en compte ses besoins. Dans une logique

52 ANESM, 2008, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », Recommandations de bonnes pratiques, p.10.

53 DEMING W. 1900-1993, était un statisticien, professeur, auteur, conférencier et consultant américain

54 ANESM, 2010 « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », Recommandations de bonnes pratiques.

de contractualisation, l'offre de service présente deux composantes : une prestation de service (dimension technique) et une relation de service (dimension humaine).

- Une double dimension de prestation technique et de relation humaine

Une prestation est définie avec des objectifs et selon des procédures établies. C'est ce que nous retrouvons également dans les démarches qualité afin de diminuer les risques éventuels et de réaliser l'acte avec la technique la plus appropriée. C'est ce qui est précisé par les conventions tripartites à travers les moyens alloués, notamment en terme de qualification des personnels présents, gage de compétences techniques, donc de dispensation espérée de prestations techniques de qualité. Les compétences sont alors le socle nécessaire, qui doit permettre d'aller plus loin et d'investir la dimension humaine de l'offre de service.

Une activité impliquant une relation de service est une activité qui « *se réalise à la faveur d'une interaction entre un salarié... et un bénéficiaire⁵⁵* ». La prestation est donc réalisée en fonction des informations que donne le bénéficiaire. « *L'usager, en fournissant des informations au professionnel ou en omettant d'autres, en confirmant le diagnostic qui lui est proposé, ou en corrigeant le prestataire dans son interprétation contribue à l'élaboration même du service* »⁵⁶. Ce qui nous amène à considérer le bénéficiaire comme co-producteur du service. La prise en compte du résident apparaît comme un objectif central et pose la question de la qualité de la relation de service. Pour être atteinte, elle suppose « *que les acteurs soient en capacité d'appréhender la demande du client et d'y répondre en fonction des contraintes et ressources spécifiques de l'entreprise⁵⁷* ». Dans la relation de service, l'idée du résident au centre des préoccupations, nous amène à requestionner l'organisation du service, de sonder la question du « sens », de nous inscrire dans une démarche d'évaluation quasi-permanente afin de vérifier si la prestation est conforme aux attentes.

- La nécessaire implication des personnels

En tant que directeur, il nous appartient de mettre en œuvre cette offre de service composée d'une prestation et d'une relation. Il est difficile pour une personne seule de s'inscrire dans une relation de service, cela ne suffit pas. Comme le souligne Pascal UGHETTO, « *la capacité d'adapter le service offert repose sur une « compétence collective* ». Elle suppose que lorsque l'employé au guichet propose une réponse individualisée à la demande d'un client, les autres départements soient en mesure de relayer cette offre. Cela suppose que ce soit l'ensemble du service ou de l'établissement qui

55 DUMALIN F., janvier/février 2006, « Relation de services : nouveaux enjeux, nouveaux défis », Travail et changement n°306, p2.

56 WELLER J-M, 2012, « Relations de service ». Dictionnaire du travail, Presses Universitaires de France, pp.636-643, Quadrige Dicos Poche, 978-2-13-057715-7.

57 BESUCCO N., TALLARD M., TERTRE (du) C., UGHETTO P., mai 2012 « La relation de service : un nouveau modèle de travail en tension », Rapport pour le ministère de la Recherche ,Action concertée incitative Travail. Convention en réponse à l'appel à propositions, « Transformation du travail, performance économique et statut de l'emploi ».

*s'inscrive dans cette démarche puisqu'il y a une nécessaire interaction et interdépendance entre les services*⁵⁸ ». Mettre en œuvre une relation de service demande de faire évoluer les pratiques professionnelles, de nous placer dans un questionnement permanent. Par exemple : dans quelles conditions accueillir le résident ? Comment recueillir leurs besoins ? Comment produire des projets personnalisés ?...Il est également nécessaire d'impliquer les personnels dans ce qui peut paraître comme une nouvelle réflexion qui doit être organisée avec la mise en place d'un comité de pilotage et des groupes de travail. C'est ce qui, pour Jean-René LOUBAT représente une véritable feuille de route⁵⁹.

1.3.4 La mission des EHPAD

A) Un dispositif de soutien

a) Au maintien à domicile

L'EHPAD occupe une place déterminante dans l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Selon un sondage Opinion Way de mars 2012, 90% des Français veulent vieillir chez eux⁶⁰. L'EHPAD ne doit donc pas être « l'alternative malheureuse » à l'impossibilité du maintien à domicile mais doit devenir « un soutien » et un relais pour les proches-aidants, à travers de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement comme les accueils de jours, l'hébergement temporaire ou des prestations type table d'hôte.

b) Aux familles

L'entrée en institution d'une personne âgée est une situation difficile pour les proches. Dans la majorité des cas, ce sont eux qui ont fait la démarche de l'admission en institution, arrivant au bout de leur accompagnement à domicile avec un constat d'être confrontés à leurs propres limites. L'établissement doit pouvoir repérer cette souffrance, organiser ou orienter vers un dispositif de soutien (groupe de parole au sein de la structure ou existants sur le territoire), accompagner les proches et les assurer de garder leur rôle propre auprès de leur parent⁶¹. Il relève de la responsabilité du directeur la possibilité du maintien du lien avec les familles ainsi que de leur participation à la vie de l'institution.

B) Un hébergement de type hôtelier - des soins techniques de qualité

L'aspect le plus marquant quand vous rentrez dans un établissement est l'aspect hôtelier. Il représente une partie importante du ressenti de la prise en soin de la personne : salle de restauration – odeur – locaux ... Vous êtes attentif à l'accueil, au contact avec le personnel, sa disponibilité. Les familles y sont d'autant plus sensibles que l'hébergement est

58 DE LA VEGA X., « Le « sens du service », une question d'organisation », consulté le 15/07/15, disponible sur internet, http://www.scienceshumaines.com/le-sens-du-service-une-question-d-organisation_fr_5046.html.

59 LOUBAT J-R., 2007, *Promouvoir la relation de service*, Éditions Dunod, p.87.

60 OPINION Way , mars 2012, « Bien vieillir à domicile », Rapport pour l'Observatoire de l'intérêt 13p.

61 ANESM, 2011, « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement », Recommandations de bonnes pratiques.

à la charge des résidents. L'autre aspect se situe au niveau des soins. Ils ont pour finalité première de « permettre à la vie de se continuer et de se reproduire⁶² ». La pratique des soins ne figure pas telle quelle comme outil garantissant les droits des usagers dans la loi de 2002-2, soigner est néanmoins un acte de vie permettant d'assurer la continuité de la vie et le développement de l'espèce humaine. Le soin « *est une terre de découverte, dès lors qu'on a compris qu'exercer la profession consiste non à donner des soins mais à prendre soin de la personne*⁶³ ». Il est le reflet du respect de la dignité de la personne soignée.

C) Le personnel en EHPAD :

Prendre soin des personnes accueillies nécessite une présence de personnel 24h/24. L'effectif présent aura été défini et fixé par convention tripartite signée entre l'établissement et les autorités de tarification. Le personnel médical et paramédical est pris en charge par la dotation de soins. Les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liées aux soins relèvent du tarif dépendance. Le tarif hébergement couvre les prestations d'administration, d'accueil, d'hôtellerie, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale, non liées à la dépendance. La répartition des charges de personnel relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques (AMP) est de 70% sur la section tarifaire soins et de 30% sur la section dépendance. Pour les agents de service, elle est de 30% sur la section dépendance et de 70% sur la section hébergement⁶⁴.

a) Les qualifications présentes

Le directeur en est le véritable « chef d'orchestre ». Responsable de l'ensemble du personnel, il est garant du bon fonctionnement de l'établissement, gère les budgets, l'approvisionnement, les relations avec les autorités de tarification. « *Il est responsable du fonctionnement et de la continuité du service*⁶⁵. C'est lui qui organise l'accueil et fédère les énergies pour renforcer la solidarité des équipes au service des résidents et de leur famille.

Le médecin coordonnateur dirige l'équipe soignante avec comme objectif la prise en soins optimale des personnes accueillies. Il détermine les priorités des soins, coordonne l'intervention des prestataires de soins externes à l'établissement et assure la formation gériatrique continue du personnel. L'infirmière coordinatrice le seconde. Elle est chargée d'encadrer et d'animer l'équipe soignante et de la continuité des soins avec les aides-soignants et les aides-médico-psychologiques. La qualité de la prestation d'hébergement et

62 COLLIÈRE M-F, 2003, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Masson Éditeur, p.27.

63 DEVERS G. 2003, *Lettre d'un avocat à une amie infirmière*, Éditions Lamarre, Rueil Malmaison, p.2.

64 Circulaire DGS-5 B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

65 Arrêté du 5 juin 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale, Extrait de l'annexe 1, Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social, Bulletin Officiel N°2007-7.

du confort des résidents au niveau hôtelier relève de l'équipe des agents de service hôtelier. Depuis la réforme, la signature des conventions tripartites a permis d'orienter davantage les établissements vers des lieux de vie sociale. Bien que l'animation soit l'affaire de tous, c'est l'animatrice qui coordonne l'ensemble des activités permettant aux résidents de « rester dans la vie sociale ». L'une des grandes nouveautés de la réforme de la tarification des EHPAD est la place faite aux psychologues qui sont pris en charge à 100% sur le tarif « dépendance ». Au vu de la dépendance, en fonction de l'orientation et des possibilités de l'établissement, d'autres compétences peuvent compléter l'équipe pluridisciplinaire comme par exemple un ergothérapeute, une psychomotricienne ou encore un kinésithérapeute.

b) Des difficultés d'effectifs

Les effectifs en personnel sont fixés par la convention tripartite de l'établissement, les autorités de tarification veillent au respect de ces modalités, gage, en partie, d'une prise en charge de qualité du résident. La réévaluation des effectifs ne peut se faire que lors de la renégociation de la convention tripartite, au bout de cinq ans. Face à la charge de travail et à l'augmentation de la dépendance, les directeurs manifestent de plus en plus ouvertement leurs difficultés, que ce soit par lettre ouverte⁶⁶ ou à travers des manifestations de grèves⁶⁷, et ce malgré l'augmentation constante du nombre d'infirmiers dans ce secteur⁶⁸

Mais le secteur médico-social, et en particulier le secteur des EHPAD, souffre également d'un manque d'attractivité : temps partiels, horaires discontinus, éloignement géographique entre le lieu de travail et le domicile ; se rajoute à ce constat, le déficit d'image des EHPAD se résumant parfois à « des lieux de fin de vie ». Deux difficultés viennent compléter ce bilan: le turnover important et l'absentéisme :

- Le turnover du personnel infirmier et aide-soignant travaillant en EHPAD en France, est respectivement de 52,8% et 48,3% par an en 2008 avec des conséquences négatives en termes de coût et de qualité.
- Avec 32,5 jours chaque année, le taux d'absentéisme moyen en EHPAD est 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé. Par ailleurs, l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues.⁶⁹

Les difficultés ressenties peuvent paraître d'autant plus grandes quand on sait que les taux d'encadrement en EHPAD ou type d'établissement équivalent dans les pays voisins sont

66 KNOCKAERT C., 2008, « Lettre ouverte d'une directrice d'EHPAD aux médias et aux politiques », consulté le 15/07/15, accessible sur internet, jerpel.fr/spip.php?article287.

67 B.dv., 2014, « Le désarroi des maisons de retraite face au manque d'effectifs », la dépêche, consulté le 15/07/15, disponible sur internet, <http://www.ladepeche.fr/article/2014/07/07/1914373-desarroi-maisons-retraite-face-manque-effectifs.html>.

68 BARLET M., CAVILLON M, novembre 2010, « la profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, DREES Études et recherches, n° 101.

69 KPMG Observatoire des EHPAD – 2013.

bien supérieurs (0,57 à 0,62 ETP en France contre 1 en Belgique et 1,2 en Suisse⁷⁰). Pour pallier à ces difficultés d'effectifs, les établissements sont parfois amenés à recruter des personnels disponibles, peu qualifiés pour remplacer ou pour renforcer les équipes en place.

c) Le personnel peu ou pas qualifié

A côté des fonctions dites « soignantes », il existe, dans un EHPAD, une multitude de fonctions sans certification : les agents de soins, agents de services hospitaliers. Dans la réalité, ils représentent la marge d'autonomie et d'adaptation dont les établissements disposent pour assurer des remplacements quand ils ne trouvent pas de personnels qualifiés. Ils vivent en général à proximité de leur lieu de travail⁷¹. Mais nous trouvons également un autre public, davantage dans la précarité : il s'agit des personnes bénéficiant de contrats aidés.

Face à la dégradation de la situation de l'emploi, et ce depuis près de trente ans, les gouvernements successifs ont eu recours aux divers dispositifs des contrats aidés. En EHPAD, il existe, à l'heure actuelle, principalement deux types d'emplois aidés :

- les contrats uniques d'insertion (CUI) destinés aux personnes reconnues par les institutions comme spécialement désavantagées dans la compétition pour l'accès à l'emploi. Il n'y a pas de conditions d'âge. Leur durée de contrat peut aller jusqu'à deux ans⁷². À noter: les jeunes ne sont pas exclus, mais ils ont vocation à signer un emploi d'avenir, plutôt qu'un CUI.
- Les contrats d'avenir instaurés plus récemment⁷³ avec pour objet de faciliter l'insertion professionnelle et l'accès à la qualification des jeunes sans emploi âgés de seize à vingt-cinq ans. La durée de contrat peut aller jusqu'à 3 ans.

Les contreparties pour les établissements sont de favoriser leur insertion à travers des parcours de formation intégrés dans leur cursus. Ces personnels peuvent parfois représenter des opportunités au moment d'un renouvellement ou d'un remplacement du fait de leur disponibilité d'une part, de leur faible coût⁷⁴ d'autre part. Mais ce sont aussi des personnes qui viennent de tout horizon, ont parfois été en échec scolaire ; se pose, à ce moment-là, la difficulté de l'implication dans l'accompagnement des résidents et de leur motivation.

C) Vers une qualité de l'emploi pour une qualité de service

Quand le contrat aidé se déroule dans le cadre d'une formation qualifiante, l'intégration semble plus facilitée. Un investissement certain est constaté du fait de

70 KPMG Observatoire des EHPAD – 2014.

71 Étude faite par la Région Alsace mais non documentée sur les distances travail – domicile en fonction de la qualification pour les personnes travaillant en EHPAD.

72 Dans certains cas la durée peut aller jusqu'à 60 mois.

73 Loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir. Le faible coût est induit par l'exonération de certaines charges patronales.

74 Dans le cas des contrats uniques d'insertion l'Etat peut prendre en charge jusqu'à 75 % du SMIC.

l'accompagnement et du cursus de formation. Pour les autres contrats aidés, la motivation peut être plus complexe.

Dans ses missions, le directeur d'établissement est amené à « *encadrer les équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et des savoir-faire des personnels... Il veille à la cohérence institutionnelle, à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes de l'établissement et à la qualité du dialogue social.*⁷⁵ ». Le directeur exerce donc une responsabilité quant à l'« épanouissement » professionnel de tous les salariés. Adapter l'offre de service c'est également tendre vers une qualité d'emploi, c'est prendre en compte ou plutôt prendre soin de celui qui bénéficie de l'offre de service : le résident ; mais également de celui qui œuvre pour cette offre de soin : la personne en contrat aidé ; pour aller vers une stratégie gagnant-gagnant ; les deux notions semblent liées.

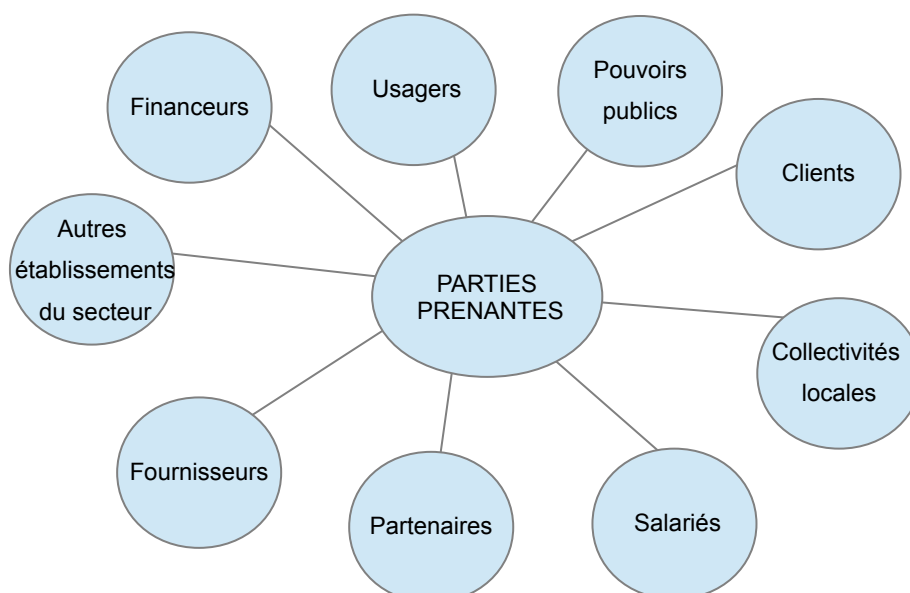
a) Le concept de Responsabilité Sociale des Entreprises

En tant que directeur, nous devons conjuguer efficacité collective et construction d'une éthique pour tendre vers une qualité de l'emploi. Nous retrouvons cette préoccupation dans la notion de responsabilité sociale des entreprises. La Commission Européenne en donne une définition plutôt large : c'est « *la responsabilisé des entreprises, vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société*⁷⁶ ». Il n'y a là aucune obligation, aucune réglementation, mais plutôt une incitation à la réflexion pour tendre vers une démarche responsable. La Commission Européenne semble davantage s'orienter vers des processus d'élaboration d'un code de bonnes pratiques et privilégier l'autorégulation. La première norme ISO 26000, publiée en novembre 2010, fixe des principes de responsabilité et l'importance du dialogue avec les parties prenantes. Elle les définit comme une « *entité ou personne sur laquelle les activités, les produits et services de l'organisation peuvent légitimement avoir un impact substantiel*⁷⁷ ». La démarche RSE est donc une démarche globale qui prend en compte tous ceux qui sont impactés par les activités d'un établissement et qu'on appelle « des parties prenantes ». Par la considération de ces parties prenantes, le directeur s'inscrit dans la qualité de service rendu en ayant le souci du développement de la qualité de l'emploi. Le schéma ci-dessous donne un aperçu des principales parties prenantes dans le secteur sanitaire, social et médico-social :

75 Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social, consulté le 16/07/15, disponible sur internet, http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/referentiel_metier_dessms.pdf.

76 Commission Européenne, 2011, « Responsabilité sociale des entreprises: une nouvelle stratégie de l'UE pour la période 2011-2014 », Communication de la Commission au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions

77 Lignes directrices G4 du GRI et ISO 26000 pour une utilisation conjointe des lignes directrices G4 du GRI et de l'ISO 26000, janvier 2014, p.9.



Il paraît donc essentiel de se placer aujourd'hui dans une optique de développement durable qui se traduit par : « œuvrer à un monde vivable, sur une planète viable, avec une société équitable⁷⁸ », et la qualité de l'emploi en fait partie.

b) La RSE et le secteur médico-social

Dans sa présentation de la démarche RSE, L'URIOPSS⁷⁹ avait cité plusieurs raisons de s'en préoccuper dont le questionnement de responsabilité prise à destination des usagers, des familles et des prestataires. S'inscrire dans une démarche RSE, c'est adopter « un comportement transparent éthique⁸⁰ ». Tout en respectant les lois en vigueur, il s'agit d'aller plus loin et prendre en compte les attentes des parties prenantes et de contribuer au développement durable, à la santé et au bien-être de la société. Pour notre secteur, nous pouvons retenir que la démarche RSE permet d'identifier et de maîtriser les risques associés à l'ensemble de ses activités pour les parties prenantes. C'est également porter un regard critique sur les décisions prises pour privilégier, après une évaluation bénéfique/risque, le « meilleur ». C'est réunir et/ou favoriser les conditions pour permettre de se situer dans une démarche d'accompagnement optimale. Elle permet une certaine dynamique d'équilibre entre la gestion des compétences et la qualité de vie au travail pour une qualité de l'emploi. Nous entrons là dans la dimension de la reconnaissance et du sens à donner à l'action, conditions qui me semblent fondamentales pour aller vers un accompagnement réussi des salariés et, par conséquent, des résidents et de leurs proches.

78 CAPRON M ; QUAIREL-LANOIZELEE F, 2007, *La responsabilité sociale d'entreprise*, Éditions La Découverte, Paris, p.14.

79 Union Régionale Inter-fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux.

80 La Responsabilité Sociale des entreprises au service de la qualité de l'emploi dans les associations du secteur sanitaire, social, et médico-social, Présentation de la démarche RSE / Qualité de l'emploi de l'URIOPSS réalisée entre 2011 et 2013.

1.4 Conclusion de la première partie

Le vieillissement semble être une notion mouvante qui évolue en fonction des années, de la société et des regards que l'on y porte. L'accompagnement en EHPAD ne peut se limiter à prendre en charge une dépendance quelle qu'elle soit. Nous avons tous besoin de reconnaissance sociale et elle ne s'arrête pas aux portes de l'institution.

En tant que directeur, il me semble important que la personne accueillie puisse reconsidérer son projet de vie, donc de mettre en place les conditions d'une offre de service adaptée, comportant une nécessaire prestation technique inscrite dans une démarche qualité mais également une prestation humaine. « *C'est cette différence qui permet d'inscrire son action, (...), porteuse de sens et aidante pour la personne soignée* ». ⁸¹ Depuis les réformes des établissements, l'introduction de la démarche qualité, accompagnée de son concert d'exigences et de recommandations, semble avoir « sorti » ces établissements du monde « clos » dans lequel ils vivaient. Un EHPAD est avant tout un lieu de vie. Rester dans la vie, c'est le défi des soignants en gériatrie. Une des solutions entreprises par les EHPAD pour répondre à l'augmentation de la dépendance est de faire appel à du personnel supplémentaire par l'intermédiaire des personnes en contrats aidés, incités par les différentes politiques gouvernementales successives. Le médico-social représente aujourd'hui un secteur porteur : les besoins sont bien réels et de surcroît avec des emplois non-délocalisables. La question se pose de leur implication, du développement de leurs compétences pour des personnes n'ayant pas toujours choisi d'évoluer dans ce milieu et se retrouvant là parfois par simple nécessité « nourricière ». Les EHPAD n'ont-ils pas une responsabilité sociale dans un tel contexte ? Quelles réponses pouvons-nous apporter ? Comment prendre en compte la dimension de la reconnaissance et du sens à donner à l'action pour aller vers cet accompagnement réussi des salariés et, par conséquence, des résidents et de leurs proches ? Comment, dans ce contexte, optimiser l'accompagnement des personnes âgées dépendantes accueillies à l'EHPAD de la Roselière ? Avec quelles compétences ? Pour quelle offre de service ? Le modèle économique est-il suffisamment performant pour garantir la pérennité de l'action ? Quelles opportunités peuvent être saisies sur le territoire ? Autant de questions auxquelles je vais tenter de répondre dans la deuxième partie de ce mémoire. L'outil diagnostic, interne et externe, est le support méthodologique afin d'objectiver et d'étayer la réflexion au regard du bilan établi.

81 HESBEEN W. , 1997, *Prendre soin à l'hôpital*, Masson, Paris, p.2.

2 L'EHPAD de La Roselière : diagnostic et analyse

2.1 Présentation de la structure

2.1.1 L'association gestionnaire

Le projet de création d'une maison de retraite pour personnes âgées a été élaboré par le Conseil Municipal de Kunheim, à partir de 1983. Ce projet aboutit donc le 4 janvier 1993, grâce au Syndicat Intercommunal pour la Maison d'Accueil pour Personnes Âgées de Kunheim, le SYMAPAK. Ce syndicat intercommunal gère l'architecture des locaux. Il regroupe 22 communes de la Communauté de Communes du Pays de Brisach, 12 communes indépendantes du Canton d'Andolsheim et 1 commune du Canton de Colmar-Sud. L'Association de Gestion Intercommunale de la Maison d'Accueil pour Personnes Âgées de Kunheim, l'AGIMAPAK, a pour fonction la gestion et l'exploitation de la maison de retraite. C'est une association de droit local, à but non lucratif.

2.1.2 L'établissement

La dénomination "La Roselière" a été choisie pour rappeler "les paysages typiques des bords du Rhin, ces roselières qui servent de refuge pour les oiseaux à l'approche de l'hiver: ils se sentent protégés et abrités après avoir égayé les belles saisons"⁸². C'est cet esprit de protection, de chaleur, de bien-être et de bienveillance qui guide notre accompagnement auprès des résidents.

Conformément à l'Art 12 de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les choix d'orientation se retrouvent dans le projet d'établissement qui « a pour ambition de projeter l'établissement dans les cinq années que couvre le renouvellement de la convention »⁸³.

A) Enjeux et objectifs

Dans un souci d'efficacité économique et surtout d'offre de service au regard des besoins de la population, le conseil d'administration a souhaité placer la Roselière dans un programme d'extension et de diversification. Les enjeux de la Roselière sont de s'inscrire dans une offre de service de qualité avec comme finalité le bien-être du résident dans le cadre des préconisations du PRS Alsace, du Schéma Gérontologique Départemental, et des recommandations de l'ANESM, ainsi que dans le respect du cadre budgétaire.

Pour répondre au souci d'un service de qualité, l'association gestionnaire, sous l'impulsion du directeur, a également compris qu'il fallait augmenter la capacité de l'établissement, la faisant passer de 77 à 127 lits et places.

⁸² Livret d'accueil de La Roselière.

⁸³ Projet d'établissement 2013 de la Roselière – préambule.

Les objectifs qui en découlent sont :

- compléter l'équipe pluridisciplinaire et disposer d'un maximum de compétences au service du résident
- amener la compétence vers le résident (et non l'inverse)
- disposer d'un personnel présent en nombre «suffisant »
- présenter une restauration de qualité : cuisine de produits frais – service de restauration de qualité : cadre agréable avec dressage des tables comme au restaurant (nappes en tissu – verres pour l'eau et le vin - plateau de fromage afin de pouvoir faire un choix) – mise à disposition de fruits (nous avons observé une consommation d'environ 50 kg de fruits frais par semaine)
- mettre à disposition les moyens matériels et techniques nécessaires pour faciliter la prise en soins du résident (soulève-malade, verticalisateurs, rails au plafond pour faciliter la manutention des personnes à mobilité réduite...)

B) L'efficience économique dans une logique d'offre plurielle

Cette extension, réalisée en 2010, fut l'occasion de repenser le mode d'accueil et de prise en charge des personnes âgées, sur la base d'un projet d'établissement ambitieux, visant à conférer un caractère pilote à l'ouvrage, notamment en matière d'aménagement et d'équipement prothétique, pour des personnes dépendantes physiquement ou psychologiquement⁸⁴.

Une orientation complémentaire a été le développement des solutions de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) –ainsi que celle en direction des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec une unité de vie protégée (de 26 lits) et plus récemment le PASA (Pôle d'Activité et de Soins adaptés – mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012) de 14 places ouvert depuis 2013 et labellisé en 2014. Les 127 lits et places, se décomposent comme suit :

- 100 lits en accueil définitif dont 26 lits en Unité de Vie Protégé pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés
- 15 lits d'accueil temporaire
- 12 places d'accueil de jour

Le PASA de 14 places est intégré dans le décompte total de l'effectif de l'établissement.

La carte de la coopération a également été jouée avec l'adhésion, depuis 2 ans, à l'Alliance St Thomas Seniors (regroupement de plusieurs établissements en Alsace représentant près de 1800 lits et places) dans la recherche pour l'instant de mutualisation des formations et des achats et d'échanges de pratiques professionnelles.

84 Livret d'accueil de la Roselière.

C) Le financement et la relation avec les financeurs de la Roselière

La Roselière est un EHPAD ; les ressources dépendent de la tarification de trois prestations (art. L.314-2 et R.314 -158 du CASF) :

- le **tarif hébergement** (art. R.314-159 du CASF) à la charge du résident ou selon le cas des ayant droit ou de l'aide sociale. Bien que versé par les résidents, le prix de journée est fixé par les services du Conseil Départemental. Le prix de journée à La Roselière pour l'année 2015 (pour l'hébergement définitif) est de 57,07 € + 5,50 € (équivalent à la dépendance d'un GIR 5-6 et à la charge du résident) ce qui fait un prix de journée de 62,57 €. La Roselière se situe dans la fourchette de la moyenne départementale.
- le **tarif dépendance** (art. R.314-160 du CASF) versé par le Conseil Départemental du département d'origine dans le cadre de la perte d'autonomie du résident
- le **tarif soins** (art. R.314-161 du CASF) qui prend en compte les prestations médicales et paramédicales et qui est versé par l'Agence Régionale de Santé ; depuis 2009, l'établissement a opté pour le tarif global. Il se situe aujourd'hui à 97 % de la dotation plafond, ce qui le place dans une fourchette haute.

Les autorités de tarification (ARS et conseils départementaux) sont donc des interlocuteurs incontournables pour les EHPAD, tant au niveau de leur rôle de financeur que dans leurs missions de contrôle et d'autorisation.

Bien que différencié au niveau des sections tarifaires, il est nécessaire d'un accord conjoint pour les attributions de postes comme les aides-soignants ou les aides médico-psychologiques (qui dépendent à 70% du budget « soins » et à 30% du budget « dépendance ») : un seul accord entraîne un refus de modification des postes.

Nous sommes également amenés à suivre les préconisations du plan Régional de Santé d'Alsace et plus particulièrement dans sa partie Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) ainsi que celles du Schéma Gérontologique Départemental du Haut-Rhin (département dans lequel se trouve La Roselière).

D) Les résultats financiers de l'EHPAD

Le rapport budgétaire, tous comme les précédents, est élaboré de manière symétrique à celui de l'exercice en cours corrections effectués d'un taux d'inflation de 1%. Il stipule que « l'équilibre des comptes demeure un impératif – que nous démontrons depuis de nombreuses années – avec un suivi de nos paramètres comptables et financiers »⁸⁵

La Roselière est une structure que l'on peut qualifier de « saine » financièrement. Les 3 sections tarifaires (hébergement – dépendance – soins) sont quasiment à l'équilibre avec, à ce jour, une trésorerie qui peut couvrir 3 mois de charges ce qui représente une situation

85 Extrait du rapport budgétaire 2015 La Roselière.

dite « confortable » ! Néanmoins ; c'est la première année où l'établissement présente un déficit certes minime. Cela nous appelle donc à une vigilance certaine.

E) Le patrimoine immobilier et mobilier de la Roselière

Les bâtiments sont propriété du SYMAPAK, syndicat intercommunal qui gère l'architecture des locaux. L'association gestionnaire est locataire des murs.

L'établissement est composé de 2 bâtiments reliés par une passerelle :

- le plus ancien date de 1993. Il s'étend sur une superficie de 5000 m² en forme de « E », sur 4 niveaux.
- En 2003, le SYMAPAK a entrepris des démarches pour acquérir un pré jouxtant l'établissement. Le nouveau bâtiment a été mis en service en 2010. Avec une forme en « ailes de papillon », avec de grands espaces de déambulation (il abrite l'Unité de Vie Protégée), il s'étend sur 2 niveaux, sur une superficie de 3800 m².

L'établissement ne comporte pratiquement que des chambres individuelles (1 seule chambre double) avec sanitaires – d'une surface au minimum de 20 m². L'adjonction du nouveau bâtiment a entraîné une mise aux normes (conformité incendie) de l'ancienne construction.

Un nouveau projet est aujourd'hui en réflexion concernant la fluidification de la circulation verticale (grand ascenseur à installer vers l'entrée de l'établissement) ainsi qu'une salle d'animation supplémentaire.

F) L'équipement en matériel

L'établissement a souhaité mettre à disposition des moyens mécanisés ou d'outils adaptés pour faciliter le travail des personnels et l'accompagnement auprès des résidents, dans le but de faciliter ce dernier. C'est ainsi que plus de 50 % des chambres sont équipées de rails au plafond ce qui permet d'effectuer les manutentions aisément pour les personnes à mobilité réduite. Cela se traduit aussi par l'acquisition d'auto laveuses pour faciliter l'entretien des sols ou de machines à laver d'une capacité professionnelle.

2.1.3 Le territoire

A) La situation géographique

L'établissement se situe à Kunheim, dans le Haut-Rhin, à une quinzaine de kilomètres à l'est de Colmar, adossé à la frontière allemande, entre les villes de Neuf-Brisach et de Marckolsheim. Kunheim compte 1792 habitants. Entouré de l'école élémentaire, de la salle des fêtes, de la salle des sports et d'une aire de jeux, il bénéficie d'une place stratégique au centre du village. Les liaisons ne sont pas aisées en dehors de l'usage de véhicules automobiles ; il dispose cependant de deux minibus équipés pour le transport de personnes à mobilité réduite et d'un service de ramassage pour les personnes qui viennent

en accueil de jour. Les parkings, locaux et circulations horizontales et verticales sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (portes automatiques, ascenseurs).

B) Un territoire rural vieillissant

L'EHPAD « la Roselière » est implanté dans un territoire rural. D'après le Schéma Gérontologique Départemental, le pays de Brisach comprend une population âgée dépendante proportionnellement importante. La projection du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans pour 2021 est estimée à 3700 personnes soit une augmentation de près de 50%, alors que dans la même période, elle n'augmentera que de 23% dans le département.⁸⁶

2.1.4 Une prise en soins suivant les préconisations du PRS d'Alsace et du Schéma gérontologique départemental du Haut-Rhin

La Roselière s'inscrit tout à fait dans les préconisations du PRS D'Alsace et du Schéma gérontologique départemental, notamment dans les points suivants :

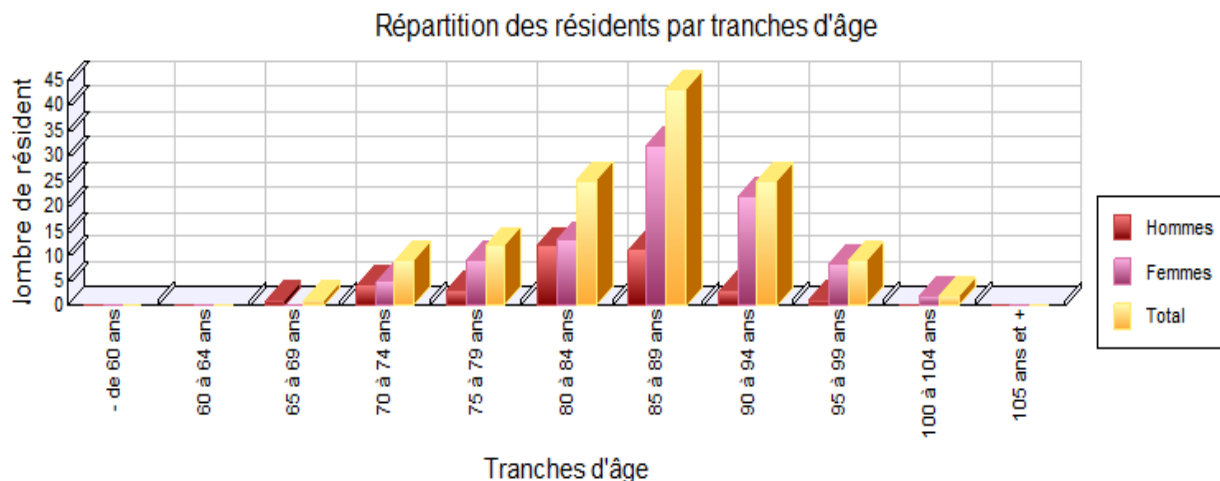
- dans la prise en compte des besoins de diversification des solutions d'accueil, l'établissement dispose d'un accueil définitif – d'un accueil de jour – d'un accueil temporaire – d'une unité de Vie Protégée et d'un Pôle d'Activités de Soins Adaptés. C'est ce que nous retrouvons également dans le Schéma Gérontologique Départemental.
- Le PRS d'Alsace a souhaité "garantir la continuité des soins les plus lourds par la continuité de la présence infirmière". La Roselière dispose déjà d'astreinte de nuit IDE (depuis près de 5 ans). Avec des médecins de garde très investis sur le secteur, l'établissement arrive à limiter au maximum les hospitalisations et à assurer une continuité des soins et notamment des prises en charge de la douleur.
- dans le point: "favoriser la prise en charge en établissement de patients sous dialyse", le personnel infirmier a participé à une formation de l'équipe de dialyse péritonéale en juin 2013 ce qui a permis d'accueillir un résident nécessitant une dialyse en accueil temporaire sur l'été 2013.

Comme le souligne le schéma gérontologique départemental, l'établissement participe à la filière gériatrique au sein d'un triptyque domicile – hôpital - EHPAD par des conventions, parfois implicites et pas toujours formalisés, avec les hôpitaux du territoire ou encore avec le pôle gérontologique du secteur. C'est ainsi, qu'il participe également au soutien à domicile en favorisant le recours à l'hébergement temporaire. L'établissement s'est particulièrement inscrit dans la prise en charge de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés avec une unité dédiée (Unité de Vie Protégée) de 26 lits, et plus récemment la création d'un PASA en 2013. Des formations spécifiques sont réalisées chaque année.

⁸⁶ Conseil Général du Haut-Rhin, « Schéma gérontologique départemental 2012-2016 ».

2.1.5 Le public accueilli

L'établissement accueille aujourd'hui davantage de femmes que d'hommes (91 femmes pour 35 hommes) ce qui semble être conforme aux proportions nationales. La moyenne d'âge des résidents est de 85 ans (86 ans pour les femmes et 81 ans pour les hommes).



La Roselière participe pleinement au dispositif de maintien à domicile en disposant d'un accueil temporaire (services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire) et d'un hébergement définitif.

L'arrivée en accueil de jour se fera donc, selon le cas, à un moment du parcours de vie où le maintien à domicile est encore largement possible pour des personnes âgées valides ou dépendantes avec l'objectif de maintenir l'autonomie et la socialité en les faisant participer à des ateliers par petits groupes (pour l'accueil de jour).

L'hébergement temporaire s'adresse à des personnes âgées avec une dépendance déjà plus grande, au parcours de vie plus avancé. C'est ce qui va permettre aux personnes âgées parfois de « tester » l'entrée en institution, de proposer une alternative entre l'hospitalisation et le retour à domicile, le temps de mettre en place les aides appropriées. C'est surtout un dispositif de répit pour les aidants, avec pour but de leur apporter un soulagement d'une durée déterminée dans la prise en charge à domicile de leur parent (vacances...).

L'hébergement définitif intervient alors à un moment où leur parcours de vie arrive presque à terme. Le maintien à domicile n'est plus possible. Pour les familles, épuisées par la dépendance de leur parent, il s'agit souvent de la solution du dernier recours⁸⁷

Au 31 décembre 2013, les personnes dépendantes classées dans les GIR 1 à 4 représentent 96% des effectifs de l'EHPAD. La grande dépendance concerne 67% des usagers dans les GIR 1 et 2. Ces éléments se traduisent aujourd'hui par :

⁸⁷ BADEY-RODRIGUEZ C., 2005, « l'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale », *Gérontologie et société* n°112, p105-114.

- 43% des résidents (50 personnes) sont en fauteuil roulant avec toutes les manutentions que cela induit.
- 40% des résidents nécessitent une aide totale ou partielle aux 3 repas.
- 70% des personnes (81) ont une incontinence partielle ou totale.
- 18 personnes âgées sont grabataires.
- 68 personnes se trouvent atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou de troubles apparentés.

Des aides partielles et /ou complètes pour la toilette sont nécessaires pour la quasi-totalité de nos résidents.

A l'admission, les dépendances constatées sont aujourd'hui parfois psychiques mais le plus souvent multiples: physiques, psychiques et dont le logement (le plus souvent une maison individuelle avec l'accès par des escaliers) n'est plus adapté.

A ce jour, nous comptons 70 personnes soit plus de 60 % en GIR 1 – 2, qui sont classées dans les personnes dépendantes ou très dépendantes. Ce qui nous fait un GMP à 740 points (au delà de la moyenne nationale) soit parmi les plus "dépendants" du département. La durée moyenne de séjour (2 ans et 8 mois) semble être dans la moyenne nationale

La dépendance des personnes âgées se voit palliée, aidée, dans les différentes activités de la vie quotidienne. D'après mes entretiens avec le personnel, mes observations personnelles et l'analyse de la charge de travail, les besoins se situent (par ordre décroissant) , en temps dédié, au niveau de l'hygiène et la toilette (40 à 50 % du temps): c'est de loin le premier besoin constaté. Selon les jours, ces tâches de nursing qui ont débuté à 7h se terminent vers 11h30 – 11h45, et il faut déjà penser au repas de midi. Viennent ensuite l'alimentation (30 % du temps – près de 30 % des résidents nécessitent une aide partielle ou totale pour le repas), puis l'aide au déplacement (20%) - à noter que près de 60 % des personnes se déplacent en fauteuil ou avec une aide technique (type déambulateur) - et pour terminer: les soins infirmiers, les médicaments, et les transmissions.

A) Effets sur la prise en soins

Au vu du vieillissement dans le secteur et d'après les chiffres nationaux, les EHPAD seront destinés à accueillir des personnes encore plus dépendantes demain. Quelques données marquent aujourd'hui l'augmentation de la dépendance dans l'institution : la diminution notoire de personnes capables d'effectuer leur toilette seules (sur un service de 30 résidents, ils sont à ce jour, 2!) ou l'augmentation du nombre de personnes en fauteuils roulants (il suffit de voir la salle de restauration avec les tables dressées...mais avec un nombre important de places sans chaises); ceci sans compter le nombre croissant de personnes qui nécessitent une aide au repas.

B) Les soins de nursing: la préoccupation majeure

La part des soins de nursing⁸⁸ est aujourd'hui prédominante et occupe l'esprit des soignants en premier lieu, c'est d'ailleurs ce qu'ils vous disent à la quasi-unanimité. Le challenge est davantage de pouvoir "terminer les toilettes dans le temps imparti et que le résident soit à temps en salle de restauration pour le repas de midi". Ce qui peut provoquer quelques tensions quand il y a des imprévus ou qu'une collègue prend davantage de temps pour telle ou telle raison. Le professionnel de soin va plutôt se concentrer sur la tâche à réaliser d'après les connaissances transmises par ses collègues ou son savoir professionnel. L'évolution de la dépendance est également constatée par l'augmentation de la sollicitation des aides au lever comme les soulève-malades ou les rails de transferts installés récemment dans plusieurs chambres.

C) Les transmissions: essentiellement techniques

Les moments de transmissions sont marqués davantage par l'échange prioritairement, voire essentiellement de données techniques : quel type de rougeur observé ? A-t-il eu des selles? A-t-il mangé ce midi et en quelle quantité?...A croire que le travail de chaque soignant est valorisé par le nombre de rougeurs constatées!.... Il arrive tout de même d'avoir, parfois, des éléments sur le ressenti de la vie dans la structure ou sur la manifestation de tel désir ou de telle envie. Les transmissions sont trop longues parfois et il n'y a plus de temps, ni l'envie..., d'évoquer des sujets de pratiques professionnelles. Ce manque de temps, ou "parce qu'il y a plus important à faire" est également mis en avant pour ne pas participer aux rares analyses de la pratique professionnelle. Des groupes de paroles existaient déjà, ils étaient animés par un psychologue. Ils n'avaient pu être maintenus du fait de l'arrêt de l'activité professionnelle de l'animateur.

D) Les projets personnalisés peu suivis par les référents

A chaque résident est attribué un binôme référent (IDE – AS ou AMP). Les projets personnalisés sont aujourd'hui pilotés par les psychologues de l'établissement. Ce sont elles qui assurent l'interface entre les personnels, les familles et les résidents. Les échanges entre familles et soignants sont rares et se résument parfois aux besoins matériels de leurs proches. Les psychologues suivent le planning des projets et organisent, avec le cadre de santé, les programmations des projets personnalisés en fonction du planning des soignants. Le constat est fait que les infirmiers s'investissent dans les préparations de réunions, rares sont les aides-soignants et/ou aides médico-psychologiques qui le font, elles disent souvent ne pas avoir le temps nécessaire! Par ailleurs, il faut noter que la version informatique du

⁸⁸ Le terme nursing est un anglicisme (traduction anglaise du terme soin) qui désigne les soins infirmiers et plus précisément l'ensemble des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à un malade ayant perdu son indépendance (autonomie).

projet personnalisé paraît complexe et un peu fastidieuse à renseigner; et son utilisation n'est pas très conviviale, ce qui peut en décourager plus d'un.

Aujourd'hui, tous les résidents n'ont pas de projets personnalisés formalisés. C'est d'ailleurs la remarque qui a été faite lors de l'évaluation externe réalisée en septembre 2013. Les évaluateurs avaient également noté l'absence d'avenant au contrat de séjour, le manque de lisibilité dans les dossiers des résidents et le manque de suivi des projets.

E) Le service de restauration: davantage dans l'apprentissage technique

Le service de restauration est encadré aujourd'hui par quelques professionnels, mais ce sont en grande partie des personnes en formation qui le composent, avec un turnover plutôt important. Le personnel d'encadrement veille à la bonne exécution du geste, à la dextérité exécutée, donc plutôt à l'aspect technique. L'attention est portée sur la présentation, le service effectué: veiller au respect des régimes alimentaires, des textures, avec une vigilance accrue pour éviter les éventuelles fausses-routes. L'attention sera davantage fonction des capacités ou de la dépendance du résident.

2.1.6 Une orientation vers la prise en soins du public « désorienté »

Avec le vieillissement de la population, l'établissement a pris, depuis plusieurs années déjà, la mesure de l'évolution et de la prégnance des pathologies démentielles.

A) Le service d'accueil de jour

Ouvert en 2003, il est autorisé pour une capacité de 12 places. Il fait partie des dispositifs de répit et de soutien pour le maintien à domicile⁸⁹. « *Notre service d'accueil de jour vise à préserver le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, à travailler pour maintenir les acquis, à revalider la mémoire et à offrir un accompagnement pédagogique dans les pratiques quotidiennes..... il permet de recréer des liens sociaux, de retravailler la posture et la place sociales.*⁹⁰

Il fonctionne de 9h à 17h, 6 jours/7. La Roselière dispose de 2 véhicules adaptés (véhicules de 9 places avec accès pour fauteuils roulants) et organise le transport des personnes accueillies. Les activités de stimulation sont conformes au cahier des charges pour les accueils de jour. Le profil de personnes accueillies est le suivant : essentiellement des femmes (75%) - âge : 90% ont plus de 75 ans - motifs : besoin de répit, isolement - Maladie d'Alzheimer : (40% des personnes accueillies). Elles viennent en majorité du pays de Brisach. Quelques personnes viennent des communes limitrophes « partenaires » ou du Bas-Rhin proche (Marckolsheim et environs).

89 Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n° 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

90 Extrait du projet d'établissement 2013 – 2018.

B) L'Unité de Vie Protégée

Lors de l'extension en 2010, l'établissement s'est doté d'une Unité de Vie Protégée, service dédié à la prise en soins des personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs dont la maladie d'Alzheimer est la plus représentative. L'objectif de la prise en charge est de limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de dépendance, mais, contrairement à d'autres pathologies, sans donner de valeur quantifiée aux objectifs à atteindre. Ces derniers sont à réaliser dans le cadre des droits du patient (*Rapport parlementaire 2004-05*). Au-delà de la nécessité de préserver la dignité et la qualité de vie des personnes malades, au-delà de la solitude, de la détresse des familles, de la charge financière importante qu'elle représente pour les années à venir, la maladie d'Alzheimer doit être combattue parce qu'elle soulève des interrogations qui nous concernent tous. Ce rapport parlementaire a jugé important, dès lors que l'hospitalisation, et/ou l'accueil complet, est nécessaire, que les malades soient regroupés, dans des unités spécifiques, situées à proximité de leur entourage⁹¹.

C) Le Pôle d'Activités et de Soins adaptés

En 2013, La Roselière a obtenu la labellisation pour le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés).

L'arrêté confirmant l'autorisation définitive de fonctionnement, a été délivré le 16 septembre 2014 pour une capacité de 14 places.

Ce service fait partie du plan Alzheimer 2008-2012⁹². Il permet d'accueillir, dans la journée, les résidents de l'EHPAD souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée⁹³, compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents. Le personnel est un aspect essentiel du PASA. La formation du personnel permet non plus de subir la pathologie Alzheimer mais de mieux la comprendre et l'accompagner.

L'équipe se veut pluridisciplinaire et va dans le sens du projet de vie du résident. L'équipe de soin privilégie l'accompagnement des résidents, inscrivant leur démarche dans une dimension relationnelle, dans l'animation, dans le maintien de l'autonomie et des capacités résiduelles, le travail sur le sentiment d'utilité et l'estime de soi. Ce service fonctionne avec un personnel aide-soignant ou aide-méxico-psychologique ayant suivi une formation complémentaire spécifique de 140 heures. Celle-ci doit permettre aux professionnels d'acquérir les compétences mentionnées dans le référentiel de la fonction

91 Recommandation de la Présidence de France Alzheimer

92 Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

93 HAS, décembre 2011, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge » Recommandation de bonne pratique..

94 ANESM, février 2009, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Recommandations de bonnes pratiques

d'assistant de soins en gériologie⁹⁵ afin d'offrir aux professionnels des outils contribuant à un accompagnement optimal des personnes malades et de leurs aidants. En une année de fonctionnement le PASA a accueilli 40 résidents de la Roselière

D) Les formations spécifiques Alzheimer

L'établissement a fait le choix d'un plan de formation conséquent avec, notamment, des formations spécifiques "Alzheimer». Dans le cadre de l'ouverture de l'UVP, il a mis en place la formation intitulée : Clown relationnel®⁹⁶ Ce projet s'est inscrit dans le cadre du « prendre-soin » de la personne âgée et vise l'amélioration de sa qualité de vie en institution. Les clowns n'infantilisent pas les personnes âgées. Ils permettent de tisser de vraies relations authentiques, chaleureuses et bienveillantes où chaque personne est valorisée dans sa dignité et son humanité.

Le personnel de l'établissement a bénéficié de l'approche « Humanitude » de Yves Gineste et Rosette Marescotti. Notre démarche de soin est fondée sur les principes de cette approche, et des bonnes pratiques en gériatrie. Ethique et respect sont le fondement de notre établissement.

La participation à l'association « Gériatimage », association de droit local d'établissements travaillant en réseau et développant un système de télémédecine, permet à la structure de bénéficier des formations réalisées à distance notamment par les médecins du Centre Départemental de repos et de Soins de Colmar.

Par ailleurs, depuis 3 ans, l'établissement envoie régulièrement 3 à 4 salariés pour la formation d'assistant de soins en gériologie (action du plan Alzheimer 2008-2012)

E) La médiation animale « marque de fabrique de l'établissement »

Le chien est aujourd'hui reconnu comme étant indissociable de l'établissement. D'ailleurs le logo de la Roselière représente une personne en fauteuil roulant tendant sa main vers un oiseau des roselières avec à ses côtés un chien d'accompagnement⁹⁷. La présence de chiens éduqués à l'aide de la personne facilite la prise en soins des personnes accueillies. Comme le souligne le projet d'établissement, il permet :

- *d'être un objet transitionnel en cas d'angoisse et d'agitation*
- *d'être un support d'expression, et d'apprentissage*
- *d'être un vecteur de lien social intra et extra muros*

95 Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012., Référentiel de formation : assistant de soins en gériologie, Annexe III,

96 Le Clown Relationnel® est une démarche de soins relationnels à médiations artistiques pratiquée par des soignants et élaborée par Christian Moffarts de l'Institut du Clown relationnel et de la clown-thérapie (ICRCT) de Liège en Belgique . Depuis 1995 cette approche s'est développée en gériatrie, notamment auprès de personnes réputées "démentes".

97 cf annexe 2 : logo de la Roselière

- *d'être un moyen pérenne pédagogique, quand la communication verbale est perturbée*
- *d'être un moyen d'évocation dans les ateliers réminiscence,*
- *et enfin d'apporter plaisir et réconfort aux malades et au personnel.*

2.2 L'organisation hiérarchique et fonctionnelle

L'organigramme est la représentation graphique de la structure de l'établissement. Il existe 2 types de relations :

- les relations hiérarchiques ou relation d'autorité
- les relations fonctionnelles qui permettent la transmission des informations

Sur l'organigramme de la Roselière, séparation pyramidale avec la séparation entre les différents services⁹⁸, ne figurent que les équivalents temps plein alors que celui qui est en cours dans l'établissement comprend les noms de chaque personne présente dans les services (nous avons voulu préserver l'anonymat de l'ensemble des personnes travaillant à La Roselière). Ceci marque néanmoins l'importance que la direction a voulu donner à chaque salarié de l'entreprise.

Les liens fonctionnels sont essentiellement au niveau des cadres, entre le médecin et les services de soins pour la prise en soin des résidents ou encore entre le responsable RH pour son double rôle: ressources humaines et qualité. Les liens entre les professionnels « de la production » ne sont que très partiels, l'établissement a donc fait le choix de ne pas les faire figurer. Nous retrouvons ici le choix de la sectorisation dans le sens d'une efficacité et rationalisation des tâches. C'est ce qui fait évoquer une organisation presque taylorienne.

2.2.1 Le modèle organisationnel et les acteurs

L'organisation est composée par et pour des hommes ; elle nécessite donc de la régulation pour la réalisation d'une tâche ou d'une action commune, d'un projet commun. Il s'agit donc de reconnaître et de comprendre le modèle organisationnel. Clarifier la fonction des acteurs et leur niveau de décision permet de porter une analyse, de mettre en avant les points de vigilance et de recommander les moyens pour prévenir les dysfonctionnements liés à des enjeux de pouvoir. Selon Mintzberg⁹⁹, les organisations sont constituées de six composantes fondamentales. Au niveau de la Roselière, je peux distinguer :

98 cf annexe 3 : Organigramme de la Roselière

99 DUPUIS A., DERY R., « Cahiers d'activités d'apprentissage : Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg » consulté le 20/07/2015, disponible sur internet, <http://ekladata.com/c44wtw9iCFzLOxTY72wLxXyvw.pdf> .

- **Le sommet stratégique**: organe décisionnaire composé du Conseil d'Administration

Atouts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Présidence assurée par une personne connaissant bien la problématique de la personne âgée (médecin généraliste du secteur) • Ancrage politique (est composée des maires ou de ses représentants) des villages des environs • Volonté de s'inscrire dans les recommandations nationales en particulier de la bientraitance • Volonté d'optimisation de l'offre de service et de donner les moyens pour répondre à l'augmentation constatée de la dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> • Ancrage politique peut parfois être un frein – vision parfois parcellaire – privilégiant le côté économique

- **Ligne hiérarchique ou élément médian** :il est composé des trois cadres des services.

Atouts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Équipe étoffée : 3 ETP • compétence reconnue dans les domaines respectifs • souci du travail en collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de travail en collaboration formalisée • pas d'objectifs communs

- **Centre opérationnel** : Nous trouvons ici les équipes de soins et de la restauration

Atouts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Équipes jeunes et motivées • Équipes en demande et en capacité d'intégrer des changements • présence de compétences pluridisciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipes jeunes (près de 50% ont moins de 35 ans) • peu d'ancienneté (près de 80% ont une ancienneté inférieure à 5 ans) • beaucoup de personnels en contrats aidés (quid de l'investissement ?)

- **La technostructure** : Nous y trouvons le responsable chargé des ressources humaines et de la qualité

Atouts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Compétence de sociologue et de qualitatif • a permis la mise en place de la démarche qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Est essentiellement dans une procédure technique

- **Fonction de support logistique**: est composée des personnels d'entretien, les agents de la hôtellerie et les personnels administratifs

Atouts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Équipes investies 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipes insuffisamment impliquée dans l'accompagnement des résidents • turnover important du fait de la présence importante des contrats aidés

- **Idéologie** : L'idéologie se fonde sur les traditions, normes, valeurs dominantes et les croyances de l'organisation. Ce sont les valeurs inscrites dans le projet d'établissement :

Atouts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation autour des valeurs humanistes 	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs peu ou pas partagées du fait de la « jeunesse » des équipes ou de l'inexpérience d'un grand nombre • projet d'établissement non utilisé, ni connu par l'ensemble des acteurs

2.2.2 La sectorisation : pour une efficience et un accompagnement personnalisé

Jusqu'en 2009, l'établissement, d'une capacité de 77 lits à l'époque, avait un effectif de moins de 50 salariés. La cadre de santé assurait la responsabilité de l'ensemble du personnel, hormis celui de la cuisine puisque la restauration était assurée par un prestataire extérieur. On pouvait qualifier l'organisation comme étant de type mécaniste selon Taylor. Le directeur définissait la stratégie, prenait les décisions. La cadre de santé fonctionnait selon les principes de Taylor : elle assurait la planification des tâches, le recrutement du personnel et l'organisation du travail. Elle exerçait un réel pouvoir centralisé, rien ne pouvait se faire sans son accord ! C'était également le « règne de l'activité de soins » qui l'emportait sur la satisfaction du résident, sur l'écoute des besoins, désirs et attentes. L'objectif visé dans l'activité était la pratique soignante elle-même. Le résident était d'abord un malade qui devait s'abandonner aux impératifs du soin.

L'extension de 2009 a donné l'occasion de porter un regard critique sur ce mode de fonctionnement avec un souci de l'amélioration de la qualité des services. La réflexion a abouti à l'embauche d'un responsable qualité et de celle d'un responsable hôtelier disposant d'une solide formation dans l'hôtellerie et la restauration. Il y a eu à ce moment-là une restructuration en profondeur dans l'établissement :

- gestion du personnel réalisé par le service des ressources humaines
- séparation de la fonction soignante et de la fonction hôtelière avec une prise en charge du service hôtelier de l'entretien des chambres jusqu'ici réalisé par les

soignantes. Elles bénéficiaient par conséquent de plus de temps auprès des résidents

- reprise de la gestion en interne de la cuisine
- développement de la gestion du linge avec traitement en interne du linge des résidents
- développement d'un service de restauration en interne avec prestation et dressage en salle comme au restaurant

Dans les services des soins, avec la création de l'UVP, la réflexion autour de la prise en soins des personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs avait entraîné une première sectorisation. Le but était de responsabiliser le personnel, de permettre un meilleur suivi et de favoriser la prise en soins personnalisée des résidents. Une infirmière était chargée de la conduite du projet de ce service mais toujours sous la responsabilité de la surveillante chef. Le partage de responsabilités semblait impossible, ce qui a abouti au départ de la première cadre de santé. En 2011, le départ de cette dernière et le recrutement du nouveau cadre de santé ont permis de réaliser une deuxième phase de réorganisation des services de soins avec deux secteurs de taille sensiblement égales en nombre de résidents :

- le secteur 1 comprenant deux sous-secteurs. il s'étend sur tout le premier étage et fonctionne avec une seule et grande équipe
- le secteur 2 comprenant : le service d'accueil de jour - l'Unité de Vie Protégée - le 2ème étage (avec les lits d'accueil temporaire)

Chaque secteur a à sa tête un cadre de santé. Le retour des familles est positif ; d'après elles, cette organisation permet d'établir un lien de confiance avec le personnel soignant.

2.2.3 Les ressources humaines: pour le bien-être du résident

A) Les compétences au service du résident

L'extension de la capacité d'accueil a permis de répondre à un autre objectif qui est celui de développer les compétences autour du résident. C'est ainsi que l'établissement s'est enrichi des compétences suivantes :

- un médecin à temps plein
- une kinésithérapeute à temps plein
- une diététicienne à temps plein

Un cabinet dentaire a été installé dans l'établissement, ce qui lui permet de faire appel aux dentistes du secteur (avec lesquels une convention est établie) et de faire soigner les problèmes dentaires sur place.

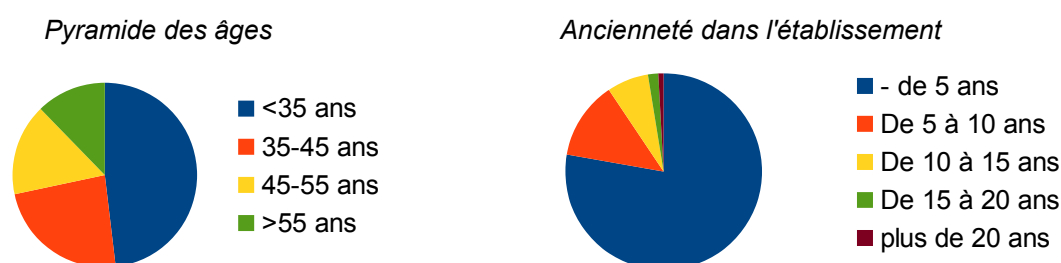
Le sens de l'action est d'amener les compétences vers la personne et non l'inverse, et de lui éviter des déplacements source de difficultés et d'angoisses.

B) Évolution de l'emploi et des qualifications

Le personnel a doublé depuis 2009 suite à l'extension de la capacité d'accueil¹⁰⁰. A ce jour, nous comptons 126 personnes pour 104 ETP. Il est par contre à noter la différence avec le nombre de postes autorisés¹⁰¹. L'extension a été un cap important dans l'évolution des effectifs de la structure. Pour franchir cette étape marquée par une évolution progressive de l'activité étalée sur plusieurs mois, l'établissement a eu recours à de nombreux contrats aidés dont le coût a permis une embauche de personnel préalable aux admissions et ainsi accueillir les résidents dans les meilleures conditions.

Dans son rapport d'activité, le directeur faisait remarquer un ratio de personnel insuffisant pour la structure au regard des besoins. « *L'amélioration, voire tout simplement le maintien de la qualité dans notre maison de retraite passe par des effectifs suffisants en personnel aide-soignant, ce dont nous « souffrons » aujourd'hui*¹⁰² ». L'encadrement médical et paramédical met en avant le manque de personnel pour assurer la continuité des soins et écarter une rupture dans les droits des usagers. Les personnes en contrats aidés sont le plus souvent des jeunes à la recherche d'un premier emploi. Le recours à un nombre important de contrats aidés a comme conséquence un déséquilibre de la pyramide des âges avec les moins de 35 ans qui représentent près de 50 % des effectifs.

Selon la littérature portant sur le management des organisations, nous retrouvons ici la pyramide en forme de « poire »¹⁰³, c'est à dire avec une population jeune en grand nombre. Cette configuration est certes en faveur d'un enthousiasme, d'un dynamisme mais également avec des risques d'erreurs plus élevées du fait de l'inexpérience. La typologie idéale est plutôt la pyramide équilibrée en forme de « cylindre », c'est à dire qui allie dynamisme, créativité connaissances théoriques avec expérience, compétences, une équipe ou le renouvellement est progressif.



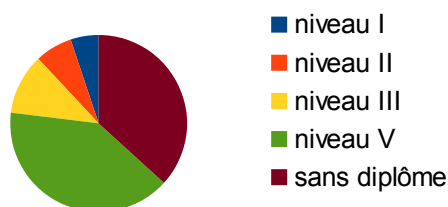
100 annexe 4: tableau d'évolution des effectifs en moyenne annuelle

101 annexe 5 : tableau des effectifs autorisés

102 Rapport d'activité 2012

103 SIGNING Y., « La maîtrise de la pyramide des âgées comme facteur de compétitivité de l'entreprise » consulté le 20/01/15 disponible sur internet, <http://www.agesfo.com/tribune/signatures/sign51.htm>.

La pyramide des âges a, de ce fait, également une incidence sur l'ancienneté dans la structure puisque près de 80% des salariés ont une ancienneté inférieure à 5 ans (pour près de la moitié d'entre eux, elle est inférieure à 2 ans!) Cette donnée est à mettre en corrélation avec la politique de recrutement des personnes en contrat aidés. Nous pouvons y trouver les mêmes forces et faiblesses que pour la pyramide des âges. La répartition par niveau de qualification est la suivante :



Nous retrouvons :

- au niveau I : la direction et les personnels médicaux
- au niveau II : l'encadrement
- au niveau III : le personnel infirmier
- au niveau V : essentiellement le personnel de soins (AS et AMP)
- au niveau infra V ou sans qualification (près de 40% des salariés) : les personnels faisant fonction de soignants (en formation ou en future formation) et les personnels de la restauration et de l'hôtellerie (dont près de 90% sont en contrats aidés). Cette proportion non négligeable est une donnée à prendre en compte dans l'organisation du travail.

C) Les contrats aidés : un choix pour un accompagnement de qualité du résident

Comme nous l'exposons précédemment, nous dépassons le niveau des postes autorisés, notamment au travers des contrats aidés, pour disposer des ressources humaines suffisantes pour assurer une continuité et une qualité de nos soins. Toutefois, le Code de l'action sociale et des familles et le Code de la Santé Publique contraignent les responsables de structures de respecter les contingents fixés au risque de rejeter les dépenses non autorisées avec une injonction de régularisation immédiate de la situation – c'est un point sur lequel j'insiste lors de presque chaque réunion de Comité d'établissement et qui provoque de nombreuses discussions.

a) Les différents publics de contrats aidés à la Roselière

Au sein de la Roselière nous pouvons discerner deux types de publics selon le service où ils se trouvent :

- dans les services de soins : Ce sont majoritairement des jeunes de moins de 26 ans. les agents recrutés sont préparés au concours d'aide médico-psychologique par une

immersion professionnelle dont la période s'étend entre 3 et 7 mois avant la date du concours. Cette immersion prolongée leur permet d'acquérir une expérience et des dispositions professionnelles qui sont des atouts certains au moment du concours - des oraux, notamment. Ils viennent renforcer les équipes soignantes et permettent de suppléer aux éventuelles absences.

- dans les services de l'hôtellerie : elles composent une grande partie de leur effectif (près de 50%). les typologies sont plus diverses, on y trouve :
 - des femmes issues de l'immigration. Ces agents se caractérisent par une forte volonté d'intégration professionnelle toutefois contrarié par une qualification faible
 - des jeunes (moins de 25 ans) issus généralement de la Mission Locale des Jeunes (MLJ). Ils vivent le contrat aidé et le poste d'agent hôtelier comme un déclassement social – devenir « femme de ménage » est ressenti comme l'effet d'une mobilité sociale descendante
 - les « 40-50 ans » : essentiellement des femmes, le plus souvent issues de milieux modestes, elles ont parfois vécu des périodes de chômage. Elles ont pris la pleine mesure de leur manque de qualification et du chômage de masse. Dans leur discours, ce poste est parfois présenté comme un « pis-aller » en attendant d'en trouver un autre qui soit mieux payé, avec l'espoir d'un CDI.

b) La présence des contrats aidés : points forts et points faibles

La présence de personnes en contrats aidés n'est sûrement pas anodine. Elle présente des avantages mais également des points négatifs. Il m'a semblé important de les identifier afin de les prendre en compte dans l'accompagnement à réaliser à leur égard :

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • augmenter le nombre de personnel dans les équipes à un coût modéré car exonérations de charges patronales • garder un pied dans le secteur professionnel, ne pas avoir d'interruption de parcours professionnel dans son CV • acquérir une connaissance et des compétences dans un secteur qu'elle ne connaît pas forcément • bénéficier de formations complémentaires diplômantes ou non (en fonction de l'employeur) • permet à la personne de savoir si son orientation est bien celle qu'elle souhaite réellement. • Une motivation, un regard neuf 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes souvent fragiles voire en difficulté sociale • Peu de compétences dans le secteur • Peu de qualifications • Peu d'implications parfois • Intégration dans une équipe plus difficile – charge pour les équipes • parfois un manque d'investissement ou d'intérêt • La précarité reste présente dans les têtes et lorsque vous échouez à un concours d'entrée (pour suivre la formation d'AMP par exemple) le retentissement n'en est que plus grand avec un absentéisme ou un retard, ce qui peut désorganiser le service

c) L'avis du Conseil d'administration

Ce sureffectif budgétaire est un risque aujourd'hui assumé par l'établissement dont il convient de mesurer l'effort. Il émettait le souhait de pouvoir consolider la situation lors de la prochaine convention annuelle tripartite qui fixe les moyens humains pour la période 2013-2017, mais une hypothèse inverse n'était pas à exclure eu égard aux limitations des moyens financiers auxquelles font face tant l'Agence Régionale de Santé que le Conseil Départemental du Haut-Rhin et dont nous ressentirions les inévitables répercussions. De même qu'une simple directive du service de la tarification du Conseil Général pourrait ramener l'effectif à 90 salariés équivalent temps plein à n'importe quel moment. Une raréfaction des moyens financiers à l'exemple d'une baisse du taux d'occupation, une limitation de nos dépenses – il en a été ainsi pour 2012, où l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental du Haut-Rhin ont limité l'évolution de notre masse salariale à 0,80% alors que chaque salarié bénéficiait d'une augmentation de 1% chaque année au titre de l'ancienneté – ou un plafonnement de notre prix de journée pourraient également nous contraindre à ramener nos effectifs vers les limites autorisées (90 ETP), qui, je le rappelle, se trouvent déjà au-deçà de la moyenne départementale.

Le Président et l'ensemble du Conseil d'Administration reconnaissent aujourd'hui l'importance des moyens humains dans la dispensation des soins aux résidents et c'est pourquoi l'établissement a pu atteindre un effectif qui se chiffre aujourd'hui à 104 équivalents temps plein. Cependant, les autorités de tarification – Conseil Départemental et Agence Régionale de Santé – bénéficient des dispositions législatives et réglementaires qui leurs confèrent tout pouvoir dans ce domaine. L'établissement ne dispose que d'un pouvoir de proposition.

Une vigilance sera de mise quant à la « dépendance » de l'établissement par rapport aux politiques de l'emploi et des budgets de l'Etat concernant les aides à l'emploi. Si les subventions de l'Etat devaient disparaître sur ce type de contrat, cela poserait de sérieux problèmes à l'établissement. Il est vrai que les différents modes de contrats aidés sont en place depuis 30 ans et au vu de la situation actuelle de l'emploi, le pari peut être fait d'une pérennité à moyen voire à long terme de ce type de dispositif.

D) Une place prépondérante à la formation

L'élaboration du plan de formation est assurée par le directeur, c'est donc un outil stratégique au service de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences. L'extension de l'établissement a été l'occasion d'adapter le projet architectural au projet d'établissement, le plan de formation en est une des composantes. L'orientation vers la prise en soins des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés devait trouver sa traduction dans le plan de formation. Il en est de même pour la prise en compte de

l'augmentation de la dépendance que ce soit en terme de manutention, de nutrition.... ou de fin de vie.

Dans les missions du directeur, nous trouvons celles de « garant des droits des usagers » c'est à dire des personnes accueillies et de leur famille. Il s'assure également de la promotion de la « bien-traitance ». Cette notion doit donc pouvoir se retrouver, de fait, entre autre, dans les plans de formation.

a) La formation diplômante

Cette politique de formation a permis de nombreuses qualifications depuis 2008 avec un total de 52 personnes diplômées¹⁰⁴. Une majorité l'ont été dans la qualification d'AMP (quasiment tous étaient en contrat aidés et ont pu ainsi accéder à un diplôme), ce qui a été une volonté dans l'objectif de la mise en place des projets individualisés, compétence faisant partie de la formation d'AMP.

b) Les formations en interne

La structure a profité de compétences internes pour réaliser des formations : parmi le personnel, nous avons 2 formateurs AFGSU (formation aux gestes d'urgences) et une kinésithérapeute pour enseigner la manutention, les bons gestes et la bonne utilisation de l'appareillage destiné à la manutention.

Les formations réalisées en 2014 ont été les suivantes :

Type de formation	Nombre de personnes
formations à visée techniques et perfectionnement (cuisine, prise en charge douleur, nutrition...)	23
prise en soins de la maladie d'Alzheimer	20
prise en charge de la fin de vie	14
manutention	23
bientraitance	80
Sensibilisation aux gestes d'urgence	40

A noter que les trois dernières formations ont été menées par du personnel de l'établissement. Nous voyons ici, que l'établissement est engagé dans une forte politique de formation.

E) Les entretiens professionnels

Pour développer et accompagner la formation, l'établissement a recruté en 2005 une personne chargée de la qualité et des ressources humaines. Elle a été chargée de la mise

104 cf annexe 6 les formations diplômantes

en place de protocoles, de procédures, et par la suite des entretiens professionnels (à partir de 2010)

Une procédure concernant les entretiens professionnels a été rédigée. Dans sa construction, il est prévu de faire remplir une fiche d'évaluation par le responsable hiérarchique qui la communique au responsable RH pour réaliser l'entretien annuel d'évaluation. Le responsable RH effectue ensuite l'ensemble des entretiens. Ne sont concernés que les personnels en contrat à durée indéterminée, pas les personnes en contrat déterminé, ni en contrat aidé (choix justifié par la charge de travail et le calendrier à respecter). La synthèse de l'ensemble des entretiens aboutit ensuite à la rédaction du plan de formation après avis du directeur de la structure et les priorités énoncées.

A noter : l'absence des responsables hiérarchiques au moment de l'entretien. Le motif évoqué était de ne pas créer de déséquilibre dans l'entretien, de mettre le salarié dans les dispositions favorables à un échange fructueux.

Cette « correction » s'est faite en 2014 sous la pression conjointe de l'encadrement d'une part et des instances représentatives d'autre part. Néanmoins, depuis la loi sur les entretiens professionnels¹⁰⁵, le responsable RH a souhaité et obtenu de mener ce deuxième entretien, seul, en vue d'établir le plan de formation.

F) L'absentéisme

En 2013 l'absentéisme était de 7,12% - en baisse par rapport aux 2 exercices précédents (8,37% en 2011 – 9,24% en 2012). Ce chiffre peut sembler important, il est néanmoins légèrement en-dessous de la moyenne dans le secteur des EHPAD, qui est entre 10 et 15%

Nous observons qu'il est en nette diminution dans le secteur des soins et par contre en nette progression dans l'hôtellerie et le bio-nettoyage, secteur où se trouve un nombre important de contrats aidés.

2.3 Le diagnostic et l'analyse

L'ensemble du secteur médico-social a été marqué ces dernières années par d'importantes réformes législatives ou réglementaires (réforme du droit des autorisations, évaluation, introduction des appels à projets, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, incitations à la coopération, à la mutualisation, aux regroupements de structures ou d'activités, etc.)

Le vieillissement de la population est devenu une véritable préoccupation des politiques publiques dans un environnement en constante évolution, environnement qui peut

¹⁰⁵ L'entretien professionnel est un rendez-vous obligatoire entre le salarié et l'employeur. Il est destiné à envisager les perspectives d'évolution professionnelle du salarié et les formations qui peuvent y contribuer. Il a été instauré par la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

être source d'opportunités mais également de menaces (réalisé sur la base d'un SWOT). Le secteur des EHPAD s'inscrit également dans cette dynamique.

2.3.1 L'analyse de l'environnement, du territoire¹⁰⁶

La gestion d'un EHPAD semble relever aujourd'hui d'un travail d'équilibriste avec une prise en compte de plusieurs facteurs qui peuvent parfois avoir des intérêts divergents, notamment les caractéristiques du territoire où il se trouve, la population accueillie, le bassin d'emploi sur lequel il peut s'appuyer, les caractéristiques géographiques ou encore l'orientation des politiques publiques, locales et nationales. La situation économique se trouve aujourd'hui de plus en plus contrainte. Le directeur fait face à des coûts en constante augmentation. Les finances des départements et de l'assurance maladie sont très tendues, laissant peu de marge pour augmenter les prises en charge.

L'établissement La Roselière est implanté dans un territoire où les industries (situées près du Rhin) ont longtemps permis son essor, mais connaissent aujourd'hui des difficultés avec quelques plans de licenciements dans un contexte d'emploi peu favorable. Il représente alors un employeur potentiel comprenant des emplois non délocalisables et dans un secteur dit « porteur ». Des demandes sont alors faites pour des stages de reconversion ou des demandes d'emploi (contrats aidés...), et ce en particulier dans les services de soins et d'accompagnement.

Les principales contraintes et opportunités sont :

Menaces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> - situation économique de crise avec une raréfaction des moyens - territoire peu favorable à l'emploi - contexte démographique avec une évolution défavorable - augmentation de la dépendance - ratio d'encadrement se situant dans la fourchette haute (pas d'augmentation de poste possible) - EHPAD « voisin » de 108 lits à 7 km (Neuf-Brisach) faisant partie de la fonction publique hospitalière (attractivité plus intéressante pour un soignant débutant – différence de salaire net pouvant aller jusqu'à 100 à 150 €/mois) – ce sont les 2 seuls EHPAD sur le secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - gestion de l'établissement reconnu comme étant saine avec une diversification des services de l'établissement avec orientation « Alzheimer » (unité de vie protégée et PASA) et participant au maintien à domicile (avec accueil de jour et hébergement temporaire) - projet soutenu par les communes du pays de Brisach - emplois « non-délocalisables » dans un bassin de vie connaissant des réductions d'emploi (plan social d'un gros employeur voisin) <ul style="list-style-type: none"> - EHPAD « voisin », ne dispose que de l'hébergement permanent (sans unité « Alzheimer ») - coût à la charge des résidents encore modeste (cf SGD) - réseau de bénévoles présents et actifs dans l'établissement

106 Tableau d'analyse de l'environnement selon la démarche du SWOT.

Il appartient donc à L'EHPAD de se saisir des opportunités pour évoluer et tendre vers une offre de service à adapter aux besoins des résidents et de leur entourage. « *Pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décloisonnement du secteur social et médico-social, questionner l'organisation interne, faciliter l'accès des personnes aux ressources du territoire*¹⁰⁷ ».

2.3.2 L'analyse de l'environnement partenarial et du réseau

Une offre de service adaptée à la personne accueillie doit se penser et tenir compte de l'environnement partenarial. Le travail de réseau et de partenariat n'est que peu formalisé à l'EHPAD de la Roselière. Il repose essentiellement sur le directeur et le réseau qu'il a pu développer. En voici une présentation synthétique :

Types de partenariat	Opportunités	menaces
Services sociaux du secteur	Contacts quasi journaliers pour des demandes en accueil de jour – accueil temporaire ou définitif	
EHPAD voisin de Neuf-Brisach	Pas de diversification de prise ne charge (uniquement hébergement définitif)	- Fonction publique hospitalière : salaires des aides-soignants supérieurs à ceux de la Roselière - Collaboration inexistante à ce jour
Hôpitaux de Colmar	- Conventions existantes - collaboration étroite avec CDRS de Colmar	Colmar est à 20 km – pas de liaison directe
Hôpitaux psychiatriques de Rouffach	Convention existante	- Difficulté pour eux de se déplacer – peu d'interventions
Dentistes du secteur	- Convention existantes - cabinet dentaire installé dans l'établissement	Il n'y a plus qu'un dentiste intervenant dans le secteur
Alliance St Thomas ¹⁰⁸	Possibilité de bénéficier de formations – achats regroupés	Peu de participation pour l'instant
Municipalité de Kunheim	- Utilisation de la salle des fêtes (attenante à l'établissement) – présence du maire au C.A.	
Institut de formation du GHCA	- Partenariat fort depuis 8 ans dans la formation et le suivi des contrats aidés dans le cursus AMP - Interventions d'un cadre de service lors de la formation théorique AMP - Participations des cadres aux épreuves de sélection organisées par l'institut de formation - Autres formations réalisées par l'institut de formation (ASG – formation Alzheimer...)	
Missions locales des jeunes (Colmar et Sélestat)	- parties prenantes dans le recrutement - suivi des parcours des contrats aidés - réactivité forte	

107 ANESM, 2008, « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », Recommandations de bonnes pratiques.

108 Regroupement de 22 EHPAD alsaciens à but non lucratifs créé en 2009. « L'Alliance » a pour objet principal de promouvoir l'éthique et les valeurs spécifiées dans sa « charte », de mutualiser les compétences, les bonnes pratiques, le savoir-faire (achats, formations...) et les expériences de ses membres.

L'évaluation externe de septembre 2013, n'avait pas relevé de remarques particulières et considéraient les partenariats et conventions dans « une logique de parcours ». Elle notait que l'établissement jouissait d'une notoriété forte sur le territoire où il est implanté.

2.3.3 L'analyse de l'organisation :

A) Les ressources de l'organisation¹⁰⁹

La Roselière dispose d'une bonne assise matérielle et financière : les bâtiments sont récents ou rénovés, un effort important a été fait pour investir dans du matériel d'aide à la manutention au regard de la dépendance qui augmente. La situation financière est jugée confortable malgré une dotation globale peu ou pas réévaluée depuis trois ans. L'établissement dispose de moyens financiers pour investir si besoin. Il dispose également de compétences humaines diversifiés et présentes : il n'existe pas beaucoup d'établissement, à ce jour, avec un médecin salarié à temps plein. C'est une valeur ajoutée appréciée autant par les familles, les résidents que les professionnels. C'est également le cas pour d'autres compétences au service de la fragilité des résidents comme la présence d'une kinésithérapeute à temps plein et d'une diététicienne à temps plein. Mais la fragilité se situe au niveau managérial. Le climat social fragile, par manque de collaboration formalisée et élaborée, nécessite de communiquer de façon importante, transparente afin d'obtenir l'adhésion et l'implication des professionnels en particulier envers les personnes en contrats aidés qui représentent aujourd'hui un supplément de main-d'œuvre mais également des contraintes parfois ressenties comme une charge par les autres professionnels.

Pour assainir le climat social, il faudra travailler sur les deux dimensions (prestation technique et relations humaines) à tous les niveaux avec un travail de coordination à réaliser. Une offre de service met bien en relation celui qui effectue la prestation et celui à qui elle est destinée, en somme une relation de fournisseur/client dans laquelle il faudra mesurer la qualité du service rendu avec la satisfaction du client.

B) Les mécanismes d'information et de coordination

Selon les modèles de Mintzberg nous pouvons dire que l'organisation a évolué vers une bureaucratie mécaniste avec une importance donnée à la structuration des tâches, la rédaction de protocole, l'analyse par la technostructure pour standardiser les processus de travail et rationaliser l'ensemble des activités

Le travail d'équipe ne semble pas aller de soi. Il ne peut donc s'improviser. La notion de frontière, d'identité professionnelle, de reconnaissance du travail de l'autre sont à prendre en compte. Le travail d'équipe nécessite des moments d'informations de coordination et de régulation à l'intérieur des équipes mais également entre elles. C'est ce qui va également

¹⁰⁹ Annexe 7 : les ressources de l'organisation.

permettre l'articulation entre les décisions stratégiques et l'organisation pour une offre de service adaptée envers les usagers.

La mise en place de mécanismes d'information et de coordination et de régulation¹¹⁰ permet de structurer et de fluidifier l'action et de lui donner du sens. Nous pouvons dire que nous nous trouvons dans un modèle d'organisation de type « bureaucratie mécaniste » avec une répétitivité des tâches et une division du travail. La séparation par étage nécessite, à mon sens, l'intervention des cadres (de la ligne hiérarchique) qui ont un rôle central d'ajustement et de coordination des actions dans un but de dynamique des équipes. A eux de faire le lien entre les équipes (le centre opérationnel). Ils détiennent des rôles stratégiques bénéficiant d'une importante zone d'incertitude. Il sera intéressant de retravailler cet élément avec eux.

Nous remarquons qu'il existe peu de temps de partage pour structurer et fluidifier l'action. Cela se fait à l'intérieur des équipes mais très peu entre elles. De plus les réunions de régulation et de coordination au niveau de l'encadrement sont inexistantes aujourd'hui.

C) L'organisation et les acteurs

Le choix a été fait d'une sectorisation bien délimitée. Nous en avons dressé un tableau avec les avantages et les inconvénients :

Avantages	inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Rationalité du travail / efficience des tâches • apprécié par les familles : « on sait mieux à qui parler » • sentiment d'appartenance à une équipe • entraide à l'intérieur de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme de taylorisme • activités davantage centrées sur la tâche • risque de considération du résident comme objet (et non comme sujet) • Peu de coordination • scinde les groupes d'acteurs • favorise les communications informelles • peu d'entre-aide inter services • peu de connaissances du fonctionnement des autres services (spécificités, points importants..) • peut provoquer des tensions

L'évolution des publics accueillis ainsi que le cadre financier de plus en plus contraint auquel nous sommes confrontés font qu'une certaine tension s'exerce entre les deux composantes de l'offre de service : l'augmentation de la dépendance tend à privilégier la prestation technique au détriment de la relation humaine. Cette double dimension de l'EHPAD génère naturellement des zones d'incertitudes et de conflits importants. La présence importante de personnes en contrats aidés est un élément pouvant faire basculer l'offre de service, selon le cas, vers l'une ou l'autre des deux composantes.

110 Annexe 8 : Les mécanismes d'information, de coordination et de régulation.

L'évolution des publics et l'effet de budgets de plus en plus contraints nous amènent à faire des choix, des arbitrages nécessaires au bon fonctionnement et à la réalisation de la mission globale. En tant que directeur, il est de ma responsabilité d'inscrire l'établissement dans la démarche d'amélioration de la qualité, de maintenir l'équilibre entre les dimensions techniques et humaines pour tendre vers une véritable offre de service. Pour ce faire, il me semble essentiel de baser l'action sur :

- une communication effective et transparente
- une définition des rôles de chacun
- la responsabilisation des acteurs
- une orientation claire de l'action et des objectifs
- une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers pour répondre aux besoins des personnes accueillies

2.4 Synthèse des atouts et limites de l'EHPAD

L'analyse de la situation permet d'identifier les atouts et les limites ci-dessous :

a) La dimension des ressources humaines

Atouts	limites
<ul style="list-style-type: none"> • Équipes pluridisciplinaire (présence de compétences élargies) • équipes investies et dans une dynamique de changement • ratio d'encadrement dans une fourchette haute 	<ul style="list-style-type: none"> • Turnover « important » - précarité de l'emploi avec les contrats aidés • pour une bonne partie, faible connaissance de la personne âgée et de ses besoins • accompagnement centré sur la prestation technique

b) La dimension organisationnelle

Atouts	limites
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de glissement de tâches (fiches de postes existantes) • secteurs bien délimités 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation en secteur – communication pas toujours efficace

c) La dimension formation

Atouts	limites
<ul style="list-style-type: none"> • Politique de formation conséquente 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de formation réalisé avec peu de concertation • formations orientés davantage vers le côté technique • pas de salariés formés au tutorat ou à la reconnaissance de compétences

d) La dimension partenariale

Atouts	limites
<ul style="list-style-type: none">• Volonté affichée d'ouverture• partenariat effectif avec l'institut de formation	<ul style="list-style-type: none">• Peu de partenariats conventionnés, absence de formalisation

e) La dimension économique

Atouts	limites
Gestion « saine » de l'établissement	<ul style="list-style-type: none">• Budget de plus en plus contraint avec un déficit certes minime mais présent pour la première fois

Le projet à développer pour l'EHPAD de la Roselière est un projet centré aujourd'hui sur l'offre de service. Il concerne à la fois l'organisation, les professionnels et les personnes accueillies ainsi que leur entourage, en somme, les parties prenantes. L'exposé de ces atouts et ces limites m'amène à élaborer un projet ancré dans une démarche RSE.

2.5 Conclusion de la 2ème partie

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réaffirme la place de l'usager au centre des dispositifs d'accompagnement. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'une attention particulière.

L'action des EHPAD s'inscrit dans 3 défis à relever : un défi médical dû à l'augmentation des besoins en soin, un défi financier devant conjuguer une politique d'investissement à un contexte économique contraint, et, celui que je retiendrai en particulier, un défi social lié notamment aux évolutions de la cellule familiale et aux nouvelles aspirations des personnes âgées (où l'autonomie semble être le maître mot !).

Dans son état des lieux de 2011 portant sur les résidents en EHPAD, la DREES note une entrée en institution qui se fait de plus en plus tardive, et une durée moyenne de séjour de deux ans et demi. Le challenge à relever est de faire en sorte que ce soit pour une qualité de vie optimale. Dans son rapport d'activité 2012, la CNSA indique que « *la notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne* ». Ce parcours nécessite une action coordonnée de la part des accompagnants, des professionnels, quels qu'ils soient, formés et impliqués.

Par ailleurs l'évaluation externe réalisée en septembre 2013 avait fait remarquer le manque de lisibilité du projet personnalisé, avec des suivis peu ou non réalisés.

Pour confirmer la place de citoyen des résidents il s'agira donc de travailler en particulier sur la procédure d'accueil, point de départ d'une offre de service adaptée. Pour améliorer le service auprès des résidents, le Conseil d'Administration a validé le choix d'un personnel en sureffectif par l'intermédiaire des contrats aidés. Pour certains, cette option

s'est faite par choix parce que cela leur a permis d'accéder à une formation diplômante. Pour d'autres, c'était un moyen de se réinsérer dans le monde du travail, choix parfois contraint par manque d'autres opportunités. L'EHPAD n'est certes pas une entreprise d'insertion mais il a un rôle à jouer au sein du territoire sur lequel il est implanté.

Dans une démarche de responsabilité sociale des entreprises, et pour tenir compte des parties prenantes, la réflexion de la qualité de l'offre de service s'est naturellement tournée vers l'optimisation de l'accompagnement envers les personnels les moins qualifiés et en particulier les personnes en contrats aidés.

Dans ce cadre-là, la troisième partie qui va suivre a pour objet la présentation et le développement du projet qui s'inscrit dans les obligations du directeur et contribue à l'amélioration continue de la qualité, pour optimiser l'offre de service des résidents :

- Permettre au résident de mieux s'approprier son lieu de vie et de mieux prendre part à son projet d'accueil et d'accompagnement.
- engager des actions de management pour optimiser et adapter les ressources humaines

3 Favoriser la socialisation professionnelle des personnels les moins qualifiés

3.1 Présentation du projet

Nous pouvons considérer que la Roselière, dans sa configuration actuelle (127 lits et places) est un établissement jeune (capacité atteinte après extension il y a 5 ans). Cette « jeunesse » se confirme aussi à travers la pyramide des âges (pour rappel : les moins de 35 ans représentent près de 50% des effectifs) et l'ancienneté moyenne des personnels dans l'établissement (près de 80% des salariés ont une ancienneté inférieure à 5 ans et pour près de la moitié d'entre eux, elle est inférieure à 2 ans). L'établissement est aujourd'hui dans une phase de stabilisation. Il dispose néanmoins d'atouts et de ressources pour mener à bien ce projet d'accompagnement.

Le projet qu'il y a lieu de développer pour l'EHPAD de la Roselière, est un projet global au sens où, en développant la réflexion de l'accompagnement des personnes les moins qualifiées et en particulier les personnes en contrats aidés, il va concerner à la fois l'organisation, les professionnels et les usagers, voire une part importante des parties prenantes

Nous proposons comme objectif d'optimiser l'accompagnement global des personnes âgées dépendantes en EHPAD dans un bassin de vie rurale et économique en difficulté.

La réflexion autour de l'amélioration de l'offre de service nous amène à prendre en compte les résultats de l'évaluation externe qui s'intègrent dans la problématique de la personnalisation de l'accompagnement. Elle est en lien direct avec l'accompagnement des personnels en contrats aidés. Les deux sont interdépendants puisque nous nous inscrivons dans la quête de sens à donner à l'action vers un accompagnement réussi des salariés et, par conséquent, des résidents et de leurs proches.

Les axes stratégiques retenus :

Dans l'objectif de l'optimisation de l'offre de service avec l'accompagnement des personnels les moins qualifiés, en particulier les personnes en contrats aidés, je vais engager l'EHPAD de la Roselière et son équipe dans une dynamique de changement articulée autour de quatre axes :

1. la dimension organisationnelle pour une meilleure prise en compte des besoins des résidents
2. la dimension centrale des résidents et des familles avec l'amélioration de l'accueil et la prise en compte du rôle important de l'entourage

3. la dimension de responsabilité sociale de l'entreprise avec l'accompagnement des personnes les moins qualifiées pour l'affirmation d'une identité professionnelle
4. la dimension communication en interne et en externe pour valoriser ce que nous pouvons considérer comme une plus-value et maintenir voire améliorer la qualité de prise en soins des résidents

3.2 Les objectifs opérationnels envisagés

3.2.1 Le changement organisationnel soutenu par une approche RSE

La RSE propose un cadre de réflexion et d'analyse pertinent (global, multidimensionnel, ouvert). Elle permet d'appréhender de façon décloisonnée les deux principales dimensions de la qualité de l'emploi que sont la gestion des compétences et la Qualité de vie au travail. La réflexion, dans une logique RSE englobe également l'association des parties prenantes – le décloisonnement et l'ouverture – la transversalité et la participation de tous – l'approche autour du sens et de la cohérence (pas uniquement une approche technique).

A) L'équipe de direction

Le diagnostic a mis en évidence une équipe d'encadrement présente mais qui ne fonctionne pas en synergie ou du moins pas de manière formalisée avec des réunions de coordination, des ordres du jour, des objectifs à atteindre. Depuis le début de l'année 2015, aucune réunion de coordination n'a eu lieu. Le fonctionnement de l'établissement se fait par une coordination informelle. L'objectif va être de redynamiser ce fonctionnement, de définir un calendrier, des objectifs à atteindre et une coordination à formaliser. Ceci nous permettra de fonctionner en limitant les jeux de pouvoirs et en atténuant les tensions existantes aujourd'hui, afin que chacun s'enrichisse des compétences de l'autre. Dans le suivi et l'accompagnement des personnes en contrats aidés, il va assurer la fonction de comité de pilotage. A cet effet, je souhaite la participation des membres suivants :

- le directeur
- les 3 cadres opérationnels
- le médecin salarié à temps plein de l'établissement
- le responsable des ressources humaines et de la qualité
- la psychologue
- La présence du président du Conseil d'Administration sera sollicitée pour des décisions d'ordre stratégique permettant de fixer un cap clair et entendu par tous.

Le rythme hebdomadaire d'antan semble aujourd'hui trop contraignant. Nous fixerons dans un premier temps une périodicité de quinze jours permettant à chaque participant de préparer ses documents de travail dans le souci d'une efficacité du déroulement des réunions. Un ordre du jour devra être établi et communiqué quelques jours auparavant afin de permettre à chacun de préparer les argumentaires et les éventuelles réponses à fournir. Cela semble relever du fonctionnement « normal » des réunions de direction mais au vu des besoins en coordination et du « non-fonctionnement » constaté aujourd'hui, les règles avaient besoin d'être rappelées.

B) La recombinaison de l'organigramme et des missions

Dans l'organigramme précédent, le responsable des ressources humaines et de la qualité était déjà dans le cartouche « direction fonctionnelle »¹¹¹. Il était par contre placé sur la ligne hiérarchique entre le directeur et les cadres de services. Il s'octroyait donc implicitement le rôle de « numéro 2 » en l'absence du directeur. Cette « petite » modification sur l'organigramme (en plaçant la direction fonctionnelle dans une position parallèle) a permis de rééquilibrer les « forces » et de travailler davantage dans un esprit de collaboration même si cela ne s'est pas fait sans heurts. Le responsable qualité a été replacé dans une fonction de « technostructure » (selon Mintzberg). Nous remarquons ici que l'organigramme exerce une valeur hautement stratégique et qu'il est important de bien réfléchir à son élaboration. Ce changement a permis de positionner chaque cadre de l'équipe de direction de manière plus claire dans sa zone de compétences et de responsabilité.

Le départ d'un cadre de service, fin 2015, va également offrir une opportunité de redéfinir les missions et les collaborations en particulier entre les services de soins. Le fonctionnement est aujourd'hui sectorisé, ce qui a des avantages en termes de prise en soins et de relations avec les familles. Par contre, chaque secteur revendique une spécificité de prise en soins et une dépendance importante. Les équipes voient souvent « l'herbe plus verte chez le voisin » et déplorent un manque de collaboration. Alors que la charge de travail est relativement constante dans le secteur 1, elle peut varier dans le secteur 2 du fait de l'activité de l'accueil temporaire qui est fluctuante. Ce sera l'occasion de confier l'ensemble du personnel de soins à la cadre de santé en place, avec une adjointe issue de l'équipe infirmière et qui aura des missions transversales. La collaboration inter-services devra être travaillée et optimisée.

C) Le plan de formation en soutien à la professionnalisation

Dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le plan de formation est un levier essentiel. L'élaboration du plan de formation et sa mise en œuvre relèvent de la responsabilité du directeur. Il n'existe pas de plan de formation type ni de méthode précise ;

111 cf annexe 3 : Organigramme de la Roselière

c'est pourquoi, il doit intégrer à la fois les orientations générales et stratégiques de la direction, les besoins des services et les demandes individuelles des agents. Il repose sur une vraie dynamique d'échanges qui s'exerce entre la direction et les salariés via les cadres de service.

Nous avons observé que le plan de formation était instruit de manière presque «solitaire » par le responsable des ressources humaines après avoir tout de même pris les instructions auprès de la direction. Une péréquation était réalisée entre les formations individuelles et collectives, en privilégiant les personnels n'ayant pas suivi de formations les années précédentes. Les cadres ne participaient que modérément à son élaboration, prenant en compte « l'expertise » du responsable des ressources humaines. La remise en route des réunions de direction devra permettre une approche plus collaborative et dans une visée stratégique partagée de l'élaboration du plan de formation.

Il faut pouvoir tenir compte des réponses à donner quant aux besoins des résidents en terme de dépendance, mais un axe fort sera la professionnalisation des personnes en contrats aidés. Ils représentent aujourd'hui une proportion importante dans l'établissement et il relève de la responsabilité du directeur de favoriser leur insertion voire leur inclusion dans les équipes. La formation est un levier important dans ce sens.

D) Une démarche d'analyse des pratiques

Dans le soutien à la professionnalisation et pour combattre les deux «risques» auxquels sont confrontés les personnels (la routine et la mort des résidents), il est aujourd'hui essentiel de mettre en place des groupes d'analyse de la pratique. Ce sont des « *moments de réflexion collective sur les pratiques professionnelles, les similitudes de fonctionnement et d'effets produits sont grandes* ¹¹²».

Néanmoins, dans un secteur où la pénibilité du travail est reconnue, il me paraît important de pouvoir exprimer ses doutes, ses craintes, ses difficultés, son appréhension devant la fin de vie par exemple. Les objectifs sont également de :

- combattre la logique taylorienne qui tend à s'installer
- aller vers une forme d'organisation plus flexible,
- être capable de s'adapter à des situations de travail changeantes
- être en mesure d'entendre les besoins des résidents et de savoir y répondre.

L'arrivée du nouveau psychologue (0,3 ETP) permettra de retrouver un effectif de un ETP (0,7 ETP pour celle qui est en place actuellement) d'une part, mais nous donne également l'opportunité d'opter pour un profil davantage tourné vers le soutien au personnel

112 WITTORSKI R., « *Enjeux, fonctions et effets de l'analyse des pratiques professionnelles* », Société Française de Médecine générale, DRMG 59 p.21 – 29.

et à la professionnalisation. Je leur demanderai une répartition des missions avec comme objectif, une remise en route des groupes d'analyse de pratiques. Le mode de fonctionnement, qui avait été expérimenté antérieurement, satisfait les participants. Il sera donc reconduit. Le nombre de participants était limité pour réunir les conditions favorables à l'expression de chacun. Le déroulement s'effectuera comme précédemment en deux parties :

- une première partie avec l'animateur permettant les échanges de situations vécues et le retour des collègues
- une deuxième partie avec la présence du responsable de service pour un échange axée davantage sur la remontée d'informations ou d'explications des décisions stratégiques.

Pour ce qui est de la composition du groupe, il faudra veiller à un équilibre entre les anciens, expérimentés et diplômés et les personnes en contrat aidé.

3.2.2 L'amélioration de l'accueil des résidents et de leurs familles

Nous avons vu que la durée de vie moyenne en institution n'est que de deux ans et demi du fait de l'entrée tardive, de la dépendance ou de la rupture du projet de vie. Il appartient à l'institution de réunir les conditions pour que cette transition se fasse de la manière la moins heurtée possible, afin de pouvoir s'inscrire dans une continuité. La prise en compte du résultat de l'évaluation externe, et surtout, la réflexion autour de l'amélioration de l'offre de service et de l'accompagnement des personnes en contrat aidé a permis la révision de notre procédure d'accueil et le suivi du projet personnalisé.

A) Établir un lien de confiance

Dans les formations à la communication, on souligne l'importance du premier contact. L'accueil participe à la construction de l'image de l'organisation puisqu'elle cristallise la première impression d'un visiteur. Il s'agit de pouvoir établir un lien de confiance, d'aller à la rencontre des personnes à accueillir. Puisqu'elles ne peuvent pas, dans la majeure partie des cas, se déplacer, nous avons fait le choix d'aller les voir, à leur domicile, quand c'était possible, afin d'établir ce premier contact. Cette démarche permet également de réunir les conditions d'un entretien optimal puisque la personne n'est pas parasitée par un milieu étranger, de recueillir des informations sur son histoire, son lieu de vie afin d'adapter le plus rapidement possible notre accompagnement. Nous avons pu mesurer l'importance de l'ouverture, de l'écoute envers le futur résident et la répercussion que cela pouvait avoir sur la suite de nos relations avec une plus-value nette lors de l'admission.

B) Les premiers temps de l'accueil

Encore plus important sera « *le jour où la personne arrive avec ses bagages en sachant ou en sentant qu'elle ne rentrera pas à son domicile le soir, se révèle être toujours un moment difficile pour elle et une source de fragilisation. Il s'agit alors d'instaurer une ambiance chaleureuse autour du nouveau résident de manière à ce qu'il se sente attendu et reconnu*¹¹³ ».

Comme dans toute nouvelle rencontre, les premiers contacts sont décisifs. Cette ambiance chaleureuse sera autant traduite dans les petits gestes d'attention comme le bouquet de fleurs posé sur la table de sa chambre que dans l'accompagnement de la visite de l'établissement, à son rythme, jusqu'à son « nouveau chez soi », ou encore dans le rythme de paroles qui sera adapté, lent lui permettant d'assimiler les informations. Il s'agit de se mettre à son diapason. C'est dans les quinze premiers jours à un mois que tout va se jouer.

Tout en ne « brusquant » pas le nouveau pensionnaire, il est prévu que la psychologue le rencontre dès le premier jour pour une évaluation. Le repas étant une source de plaisir importante pour les personnes âgées, la diététicienne établira, si possible le premier jour également, une liste des envies et une évaluation des capacités de la personne afin de s'adapter au mieux à ses goûts et ses possibilités. Il est primordial que l'offre de service s'adapte le plus rapidement possible aux besoins et aux attentes de la personne accueillie.

C) Permettre à la famille d'être co-acteur

« *L'entrée en institution d'une personne âgée est également une situation contrainte pour les proches, confrontés eux aussi à leurs propres limites et à celles des ressources possibles d'aide à domicile. Cette décision, lorsqu'elle est portée par eux, fait partie des décisions les plus difficiles à prendre*¹¹⁴ ». Afin de combattre ce sentiment de culpabilité et d'abandonner leur proche, il est important de pouvoir maintenir cette proximité des proches. Comme pour les résidents, le besoin de se sentir accueilli, reconnu dans leur rôle d'aidant est primordial pour d'une part permettre le « passage de relais » et d'autre part continuer à accompagner leur parent en collaboration avec les professionnels de l'établissement.

Dans la nouvelle élaboration de la procédure d'accueil, il est fondamental que les familles puissent garder ce rôle propre d'accompagnement. Des instances de participation existent comme celles du Conseil de la vie sociale¹¹⁵. Depuis quatre ans, des réunions annuelles avec les familles sont organisées par secteur, elles ont permis de recueillir les demandes et les observations des familles et à l'institution de procéder à des réajustements.

113 ANESM, 2011, « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement », Recommandations de bonnes pratiques.

114 *Ibid.*

115 Dans la loi du 2 janvier 2002, la participation des usagers est énoncée comme suit dans l'article L. 311-6 : « Afin d'assurer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale soit d'autres formes de participation »

Ce sont davantage les relations personnalisées qui vont permettre à la famille d'être co-acteur du projet d'accompagnement. Ces relations existent et se font plutôt à la demande des familles quand une difficulté survient ou lors d'une demande particulière. Mais c'est à l'institution d'aller au-devant des demandes et d'organiser des points de bilan en particulier dans les premiers temps après son arrivée.

J'ai souhaité que les responsables des services, avec selon le cas la psychologue, rencontrent les familles pour faire un point entre quinze jours et un mois après l'arrivée du résident. Selon la situation ce sera en présence ou non de leur parent. Cette démarche peut parfois paraître comme une contrainte mais elle fait, à mon sens, partie d'un accompagnement réussi. Un deuxième entretien sera programmé dans un délai de six mois pour suivre l'évolution de ce que nous pourrions appeler un « apprivoisement mutuel ». Le but est d'intégrer totalement la famille dans le projet d'accompagnement afin de mieux comprendre le passé de leur parent et ainsi faire évoluer celui-ci dans le temps. Le développement d'une vie plus participative dépend beaucoup de la volonté de l'institution à entretenir ces liens.

D) Le projet d'accompagnement personnalisé

Selon le décret du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles « *un avenant précise dans le délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Chaque année, la définition des objectifs et des prestations est réactualisée* ». C'est cet avenant au contrat de séjour ou au document individuel de prise en charge qui constitue ce que nous appelons couramment le projet personnalisé

Dans la suite logique de la prise en soin du résident, ce qui en fait à été le point de départ de notre réflexion, il nous a fallu repenser la procédure du projet personnalisé (que nous avons appelé projet d'accompagnement personnalisé : PAP) des personnes accueillies. Un groupe de travail a été constitué en octobre 2014 avec comme mission de repenser la méthodologie du projet d'accompagnement dans une recherche d'efficience. Il est constitué du responsable des ressources humaines et de la qualité - des deux cadres de santé – de la psychologue et du médecin salarié de l'institution. Les directives pratiques de la direction étaient :

- Adjonction systématique du PAP au contrat de séjour, le 1er janvier 2015 au plus tard.
- Chaque résident en accueil définitif et en accueil temporaire devra disposer d'un PAP le 31/12/2015 au plus tard, puis réévalué.

- Le PAP de chaque résident fera l'objet d'une préparation commune, en amont, par le cadre de santé et un psychologue. Le binôme référent subsiste (IDE et AS) sous le contrôle du cadre de santé. Présence aux PAP du résident et/ou de sa famille ; le résident et la famille doivent devenir des acteurs de ces projets, nonobstant l'ouverture que ces échanges procureront. Le psychologue préparera le résident et/ou sa famille à cette nouvelle forme de rencontre.
- Le PAP se construit dès les entretiens de pré-admission, voire les visites à domicile. Le jour de l'admission le même cadre de santé accueillera le résident avec le directeur. Le psychologue rendra visite le même jour au résident, une fois installé en chambre – à cette issue nous connaissons les habitudes de vie du nouveau résident qui formeront la base du PAP (avec une diffusion immédiate aux équipes de soins et d'hôtellerie).

E) Promouvoir le soutien aux familles

Cette démarche de réflexion et d'élaboration s'inscrit dans le processus de soutien aux familles. Parallèlement à l'élaboration de ces documents, j'ai demandé aux cadres d'organiser des réunions thématiques et d'expression avec les familles plus particulièrement à l'Unité de Vie Protégée, l'animation étant assurée par la psychologue. Nous les avons intitulés « café des aidants » puisqu'il est toujours plus convivial de discuter autour d'une tasse de café ! Le but est de repérer la souffrance des proches et de les orienter, le cas échéant, vers des personnes ou des groupes de soutien. Dans le cadre des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, un contact a été établi avec l'association « Rivage », plateforme d'accompagnement et de répit qui va pouvoir proposer une aide adaptée à chaque situation, sur plusieurs niveaux : de l'information complète et adaptée aux situations, l'accès à des formations, de solutions pour favoriser la vie sociale des proches qui tendent à s'enfermer chez eux,

F) Un point d'étape

A ce jour l'avenant au contrat de séjour est opérationnel¹¹⁶. Nous avons réalisé des PAP avec la présence de familles puisque le résident n'était pas en mesure de participer : ce fut un moment fort dans la vie de ce service et cela a aidé à considérer le résident davantage comme sujet (et plus comme objet de soin). Un PAP a eu lieu en présence d'une résidente avec l'équipe pluridisciplinaire. Il était intéressant de l'écouter parler de sa vie et du choix, rare, d'être venue en établissement. Le retour a été surprenant dans un premier temps puisqu'elle s'est sentie un peu mal à l'aise avec l'impression d'être devant un tribunal. Suite à cette remarque, nous avons modifié le processus avec une réalisation en deux temps, le temps passé avec les bénéficiaires serait fait en « comité restreint ».

116 annexe 9 : avenant au contrat de séjour

La réalisation de cette action d'amélioration s'inscrit tout à fait dans la démarche globale de l'optimisation de l'offre de service. C'est la réflexion autour de l'accompagnement des personnes en contrats aidés qui a alimenté celle de l'accompagnement des résidents et inversement.

Nous y avons trouvé certaines similitudes : que ce soit dans l'accueil avec la formalisation d'un parcours, le suivi, ou dans l'importance accordée à la démarche d'accompagnement qui ne doit pas être subie mais bien participative et spécifique à chaque type de public.

3.2.3 l'accompagnement des personnes en contrats aidés

Le développement de l'offre de service passe par :

- un renforcement quantitatif de l'équipe, l'intérêt des contrats aidés est de permettre d'augmenter, sans mettre en péril les finances, le ratio des personnels.
- un renforcement qualitatif avec le développement des compétences par la mise en œuvre pour ces publics peu qualifiés du plan de formation continu à construire en partant des besoins.

Dans une logique de responsabilité sociale de l'entreprise, l'objet est d'amener toute la structure à être accompagnante des salariés peu formés. Il faudra tenir compte de la spécificité des publics et personnaliser l'accompagnement selon qu'ils sont dans les services de soins ou dans ceux de l'hôtellerie.

A) Le concept d'accompagnement

Depuis une vingtaine d'années, l'accompagnement fait parler de lui¹¹⁷, il semble même être un terme à la mode. Selon les travaux de Maela PAUL¹¹⁸, il est « *issue des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain pour répondre à deux types d'exigence : la préoccupation d'un public désaffilié, désorienté, censé être autonome ou capable de le devenir et l'injonction de performance, d'excellence et d'efficacité toujours plus grande d'une classe dirigeante* »¹¹⁹. L'accent est davantage mis sur la redéfinition des places des uns et des autres avec le souci de considérer chaque situation comme étant singulière.

a) Un questionnement...

La question se pose alors de la posture à adopter : pour accompagner faut-il se placer derrière ? Devant ? À côté ? Qu'est-ce qu'accompagner ? Comment accompagner ? Il semble difficile de le définir. Comme le souligne Maela PAUL : « *l'accompagnement appartient à un registre de pratiques humaines qui ne relèvent pas d'une science ou d'une*

117 Les années 1990 sont caractérisées par l'essor des pratiques d'accompagnement dans plusieurs domaines comme le travail social, la formation, le travail éducatif spécialisé ou le travail soignant.

118 Chargée de mission et d'orientation au Conservatoire National des Arts et Métiers des Pays de la Loire.

119 PAUL Maela, 2003, « Ce qu'accompagner veut dire », *Cariéologie* vol.9 numéro 1, p.122 – p144.

théorie appliquée ». Le plus important étant de s'interroger sur le sens à donner à l'accompagnement.

b) une relation..

Dans les différentes définitions du verbe accompagner, je retiendrai celles de : « *être avec quelqu'un, lui tenir compagnie* », « *servir de guide* », « *soutenir*¹²⁰ » comme dans le monde musical, l'accompagnement désigne une partie de soutien, qui est secondaire mais pas accessoire. Accompagner fait ici référence à une approche centrée sur la personne comme le souligne Marlis Pörtner, pour qui, accompagner c'est : écouter – comprendre, encourager¹²¹.

c)...une démarche de valorisation..

Pour Maela PAUL, l'accompagnement est un processus, un cheminement. « *Dans ce travail, il est nécessaire de procéder par étapes et donc d'individualiser car le temps mis pour chaque étape sera différent d'une personne à l'autre. Il faut aider l'autre à s'approprier la démarche pour l'amener à l'autonomie*¹²² C'est en quelque sorte un travail de personnalisation et de valorisation qui est à réaliser sur une base contractuelle et de mise en confiance.

d)...pour accompagner à son tour

L'accompagnement interpelle le directeur dans l'offre de service à dispenser auprès du résident et de son entourage : faire en sorte que les accompagnants s'inscrivent dans cette double dimension de prestation de service et de relation de service. La finalité est bien de s'assurer qu'on passe d'un objet pris en charge à un sujet accompagné.

B) Renforcer le partenariat

Pour accompagner, il faut au préalable penser à « soigner » le recrutement donc renforcer le partenariat adéquat. Le recrutement des personnes en contrats aidés se fait par des annonces à Pôle emploi ou, dans la majeure partie des cas, auprès des Missions Locales des Jeunes (MLJ) de Colmar et de Sélestat. D'autre part, la formation des contrats aidés vers la qualification d'AMP se fait auprès de l'institut de formation du GHCA

Ces deux acteurs sont pour nous des partenaires importants, l'un parce qu'il nous permet une aide au recrutement et au suivi des personnes ; l'autre , puisqu'il intervient dans la formation qualifiante des élèves AMP.

Deux référents sont donc désignés :

120 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>.

121 PÖRTNER M., *Écouter, comprendre, encourager – L'approche centrée sur la personne*, Chronique Sociale, collection « Comprendre les personnes », Lyon, 2010, 186 p.

122 PAUL Maela *Op.cit.*

- le responsable des ressources humaines et de la qualité pour coordonner les actions des missions locales des jeunes dans l'ensemble du parcours des personnes en contrat aidé dans l'établissement ; il est chargé de faire le lien avec les cadres des services pour la programmation des différents entretiens de suivi et des obligations de formations dans le cadre des contrats aidés. Il est également chargé du respect de la réglementation qui les concerne (suivi de parcours, programmation des entretiens...). Une procédure est en cours d'élaboration pour « flécher » le parcours du jeune. Elle sera effective, après validation par les missions locales.
- Un cadre de soins est nommé référent auprès de l'institut de formation du GHCA. Cela concerne plus particulièrement les personnes en formation d'AMP. Avant de venir à La Roselière, il était coordinateur de la formation et avait participé à la mise en place de la formation d'AMP au sein de cet institut de formation. Il y intervient d'ailleurs dans le cursus théorique. Les relations en sont d'autant facilitées. Il veille à la progression du parcours de formation au sein de l'établissement sur l'ensemble des services de soins.

C) Adapter et développer les compétences des personnels exerçant un tutorat

Accompagner signifie également disposer de personnel compétent exercer cette tâche. En plus des personnes en contrats aidés, l'établissement accueille un nombre important et varié de stagiaires (élèves AMP – élèves aides-soignants – étudiants en soins infirmiers - - auxiliaires de vie – assistant de vie aux familles – stagiaires en immersion professionnelle ...). Du fait du nombre et de la particularité des publics, une attention particulière est accordée au tutorat. Les entretiens professionnels devront permettre de détecter les personnels susceptibles d'assurer, à l'interne, cette fonction, une préférence sera accordée aux personnels avec une expérience solide, et disposant d'une certaine notoriété (reconnaissance par ses pairs).

Pour que le tutorat soit le plus efficace, il doit répondre à plusieurs conditions :

- Le volontariat : le tutorat demande de consacrer un minimum de temps au jeune qui n'est pas opérationnel immédiatement. Il faut donc avoir envie de le prendre en charge et de le guider dans l'entreprise.
- Le tuteur doit également avoir une bonne connaissance de l'établissement et y être bien intégré. Confier une mission de tutorat à une personne qui vient à peine de prendre ses fonctions dans l'entreprise n'est donc pas souhaitable, car le tuteur est amené à répondre aux questions du jeune et à lui exposer le fonctionnement de la société.

- Enfin, l'autre qualité essentielle pour le tuteur est la volonté de communiquer, de transmettre ses connaissances, les valeurs de l'établissement avec, si possible, un certain sens de la pédagogie¹²³

Nous avons aujourd'hui deux services dans l'hôtellerie (restauration et bio-nettoyage) et quatre services de soins. Tous les services sont concernés. Par contre, aucun salarié ne dispose aujourd'hui d'une formation au tutorat. Compte tenu du nombre, une formation en intra-muros sera organisée. A ce jour, des contacts sont pris avec des organismes de formation pour discuter du cahier de charges. Ces « futurs tuteurs » constitueront le groupe de travail qui mènera une réflexion sur l'encadrement en général.

D) Accueillir

C'est le point de départ de l'accompagnement du nouvel arrivant : un bon accueil favorise son intégration ; cette première approche va influencer l'ensemble du parcours d'autant plus que, pour un certain nombre d'entre eux, le choix a parfois été fait par défaut ou par nécessité: ils sont sans expérience du secteur médico-social, se retrouvent dans un milieu qui peut leur paraître étranger, voire hostile. Il s'agit dans un premier temps de rassurer et de poser le cadre.

a) le livret d'accueil

Une première approche peut se faire à travers le livret d'accueil. Il représente aujourd'hui un vecteur d'information important, encore faut-il que les informations soient mises à jour. Une version papier pose cette difficulté et ne répond pas toujours à des critères d'adaptabilité ou d'efficience à travers une logique de réduction des coûts. C'est pourquoi, tout en gardant le principe du livret d'accueil, nous souhaitons développer cet outil sous une forme numérique. Cette dématérialisation nous permettrait, sans coûts supplémentaires, de modifier, compléter ou mettre à jour le document. Il serait transmis à tout futur collaborateur (contrat aidé ou autre nouvel arrivant) puisque l'outil informatique est aujourd'hui largement répandu. Il pourra ainsi arriver à l'entretien en ayant déjà une représentation de l'établissement et des réponses à chercher.

b) L'entretien de recrutement

C'est ce qui va être l'objet de l'entretien de recrutement qui sera mené par le responsable des ressources humaines et de la qualité, seul dans un premier temps, afin de réunir les conditions favorable à un échange. C'est parfois l'occasion de ré-orienter un postulant comme ASH en bio-nettoyage vers le service des soins parce qu'à l'entretien de recrutement, on aura décelé d'évidentes qualités les disposant à tenter le concours d'AMP (niveau de réflexion et présentation verbale durant l'entretien de recrutement). Nous leur

123 Le GREP, « le tuteur en entreprise: un rôle clé, consulté le 20/07/15, disponible sur internet, http://cfa-bessieres.org/2012/fichiers/le_tuteur_en_entreprise.pdf

présentons alors le métier, les informons de la formation d'AMP et du concours, et nous leur proposons de réfléchir à l'opportunité de tenter ce concours et d'entrer dans l'établissement comme élève AMP. Le contact est pris, dans un deuxième temps, avec le responsable du service concerné pour lui exposer les règles de travail, d'organisation de l'établissement et du service.

c) le parrainage : le déroulement du tutorat

Il m'a semblé nécessaire de fixer le cadre et la marche à suivre du futur « protocole de parrainage » qui devra d'ailleurs être discuté en comité de direction afin d'être validé. Nous avons choisi ce terme de « parrain » parce qu'il représente l'image de celui qui permet d'apporter des éléments de solutions aux besoins des structures, en orientant les jeunes vers les métiers utiles et indispensables, en leur donnant à la fois des objectifs d'intérêt général et les moyens de les réaliser. Ils jouent ainsi « *le rôle de « passeurs sociaux » et doivent contribuer de façon substantielle à rétablir l'égalité des chances dans notre société. Et réciproquement ils reçoivent en retour¹²⁴* ». Expliquer et discuter en réunion d'équipe le projet d'établissement permettra de mieux comprendre les objectifs et les pratiques mis en œuvre dans l'établissement. C'est aussi lui permettre d'accéder aux projets d'accompagnement et de mieux cerner le public accompagné.

La démarche est donc la suivante :

- Choisir les parrains : lors des passages de consignes, le responsable des ressources humaines présente à l'équipe le « profil » du nouvel arrivant qui va intégrer l'équipe d'ici quelques jours - métier et formations réalisées ou à suivre, et divers éléments à connaître pour faciliter son intégration. Ses horaires sont calés sur ceux du parrain. En cas de difficultés ou d'absence du parrain principal, un parrain suppléant désigné prend la relève
- Accueillir : au jour de l'arrivée de la personne en contrat aidé, le parrain le prend en charge. Au courant de la journée, il lui fait visiter la structure afin de l'aider à se retrouver dans l'établissement (notamment la lingerie pour les tenues, les vestiaires, la salle à manger du personnel). Il le présente à ses collègues et aux différents professionnels de l'établissement. Il explique la fonction de chacun.
- Accompagner son intégration : les différents domaines dans lesquels intervient le parrain sont notamment :
 - la pratique technique, les méthodes de travail, les protocoles..

124 GUEDON J-F., « Parrainage & tutorat : ce qu'il faut connaître pour réussir », consulté le 20/07/15, disponible sur internet, <http://www.journaldunet.com/management/expert/58436/parrainage---tutorat---ce-qu-il-faut-connaître-pour-reussir.shtml>

- la connaissance de la personne âgée : le présenter aux résidents, les accompagnements à réaliser
- le fonctionnement de l'équipe (au niveau organisationnel – au niveau relationnel)
- Évaluer son intégration : Au bout d'une semaine, réaliser un premier bilan d'intégration en lien avec le parrain, le responsable de service et le responsable des ressources humaines. En tant que directeur, il est important de faire le point régulièrement avec lui afin de s'assurer de son intégration au sein de l'équipe et de son ressenti à propos de la prise en soins et de l'organisation de l'établissement. Avoir le retour d'un « regard neuf » est toujours intéressant et instructif.

Cette démarche pourra d'ailleurs s'étendre à tout nouveau salarié de l'établissement.

E) Réunir les conditions d'acquisition des compétences techniques des contrats aidés

a) *Les actions à destination des contrats aidés*

Le Contrat aidé repose sur une logique partenariale entre l'État, l'établissement et le chercheur d'emploi. En contrepartie d'une aide de l'État, l'employeur met en œuvre des actions spécifiques d'insertion permettant l'accès ou le retour à l'emploi de personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières.

Ces actions visent dans notre établissement l'acquisition de compétences dans les métiers de l'hôtellerie-restauration (agent de bio-nettoyage, aide de cuisine, serveurs et serveuses en salle, agent des services techniques), du soin (aide médico-psychologique) ou de l'administration (secrétaires).

Deux logiques de professionnalisation sont à l'œuvre :

- la formation d'aide médico-psychologique : les agents recrutés sont préparés au concours d'aide médico-psychologique par une immersion professionnelle dont la période s'étend entre 6 et 8 mois avant la date du concours d'entrée. En cas de réussite du concours, la formation au diplôme d'état est assurée en alternance entre l'institut de formation du Groupe Hospitalier du Centre Alsace et l'établissement. Les élèves AMP ayant réussi leur examen ont, pour une bonne partie d'entre eux, pu être embauchés en CDI à l'issue de leur formation.
- une période d'immersion permettant une formation en interne qui assure à l'agent l'acquisition des compétences du poste. Plus spécifiquement réalisée pour les postes attachés au service d'hôtellerie-restauration, elles permettent à l'employé en contrat d'insertion d'intégrer les compétences d'agent de restauration formé aux règles de l'art de l'école hôtelière ou d'agents en bio-nettoyage – poste dont les savoir-faire sont exportables en milieu hospitalier ou dans d'autres établissements ou services médico-sociaux ou en collectivité.

b) L'exemple du port folio

La route vers la professionnalisation passe par l'acquisition de l'aspect technique du poste. Dans les métiers du médico-social, en tout cas dans ceux de l'EHPAD, les apprentissages sont souvent parasités par l'affect et les ressentis. Afin de rester le plus neutre possible, dans un contexte de public souvent fragilisé, il paraît nécessaire de disposer d'un support qui aide à la construction professionnelle.

La réforme des études en soins infirmiers de 2009 a modifié significativement le paysage de la formation des étudiants. Pour construire les compétences requises à leur fonction future, les étudiants, outre la formation théorique, sont accompagnés en stage par des tuteurs. Le portfolio se présente comme un outil, un véritable fil conducteur pour la construction du parcours d'apprentissage en soins infirmiers de l'étudiant. Pour l'étudiant, le portfolio sert non seulement à visualiser le fil conducteur de ses apprentissages, à faire ses choix et à les argumenter mais encore à renforcer son potentiel. Le fait qu'il y ait traçabilité et valorisation de sa progression ne peut qu'aider l'étudiant dans son développement tant professionnel que personnel.

Sur ce modèle, nous construisons, avec le groupe de travail des tuteurs, deux types de port folio, de « passeports de l'apprenant » adaptés l'un aux services de soins, l'autre, plus allégé mais gardant la même structure, pour les services de l'hôtellerie. Il permettra, entre autres, de relativiser les exigences des professionnels et de tracer un chemin de progression dans l'acquisition des gestes techniques à appréhender. Il faudra néanmoins tenir compte des difficultés potentielles face à l'écriture. Ce public peut, parfois, présenter des réticences à écrire, il ne s'agit pas de rajouter une difficulté à un public déjà fragilisé.

F) Assurer un suivi pour permettre une socialisation professionnelle

Dans le cadre de leur mission d'accompagnement, les MLJ assurent un suivi avec une périodicité définie¹²⁵. Il permet de faire le point et de vérifier les engagements de l'établissement pour continuer à bénéficier du contrat aidé. Dans la majeure partie des cas, il relève davantage d'une formalité technique, de vérification de l'adéquation au poste de travail dans les grandes lignes. Si la construction professionnelle se fait à travers le temps, nous avons remarqué que l'essentiel du parcours se joue dans les premières semaines de présence.

Nous trouvons, ici aussi, des similitudes avec le parcours des résidents et les questions autour de leur représentation de l'accompagnement et du sens de leur passage dans l'institution. Comme pour les résidents, ce choix a parfois été contraint pour diverses raisons ; comme pour les résidents, ils se posent la question de l'utilité de leurs parcours dans ce milieu qui peut leur paraître étranger.

125 Circulaire DGOS/RH3/DGCS/4B no 2013-133 du 3 avril 2013 relative à la mise en œuvre des emplois d'avenir dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, publics et privés à but non lucratif

Comme pour les résidents, nous avons souhaité une attention particulière pour ce public fragilisé avec un suivi individuel réalisé par la psychologue dans le premier mois de leur arrivée et après 3 mois de présence, l'entretien portant davantage sur le sens à donner à l'accompagnement auprès des personnes accueillies, à investir cette dimension de la relation humaine dans l'offre de service à dispenser.

G) Organiser des formations adaptées

Les personnes en contrats aidés ne sont pas, pour la plupart, issues du milieu de la personne âgée. Leurs connaissances se limitent souvent aux personnes âgées de leur cercle familial. D'autre part, la dépendance induit une charge de travail parfois lourde, en particulier pour les personnels dans les services de soins.

Nous avons mis à profit les compétences présentes dans l'établissement (kinésithérapeute, diététicienne) pour organiser des formations adaptées au poste de travail (manutention – prévention des risques liés à l'activité physique) et aux besoins des personnes âgées (aide au repas, prévention des fausses routes...) afin de leur permettre de mieux connaître, de mieux comprendre les personnes accueillies, donc de mieux les accompagner. Même si cela nous permet de répondre à l'obligation de formation prévue pour les contrats d'avenir¹²⁶, c'est essentiellement pour leur donner un maximum d'outils afin d'assurer leur poste de travail. Pour ne pas perturber le service et dans un souci d'efficience, ces formations sont réalisées de 14 heures à 16 heures.

Pour l'aspect connaissance de la personne et de réponses à apporter aux besoins mais aussi aux attentes ou aux désirs, c'est notre psychologue qui réunit les personnels pour évoquer avec eux, sous une forme ludique, le sens à donner à l'action dans un esprit de relation de service. Pour l'instant, deux thématiques ont été abordées avec l'équipe de l'hôtellerie : le refus alimentaire et les troubles du comportement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées. Cette sensibilisation n'en est qu'à ses débuts, un planning de programmation d'interventions est en cours d'élaboration avec une durée élargie pour pouvoir travailler les postures, répondre aux questions ou aborder des situations qui interpellent le personnel.

Les personnels en contrat aidé participent également aux formations comportant des thèmes transversaux (bienveillance, formation aux premiers secours, formation incendie) comme pour l'ensemble du personnel. Nous avons d'ailleurs remarqué que ces moments de formation mais aussi de rencontres ont eu comme effet de mieux se connaître, d'instaurer une collaboration plus active dans les pratiques quotidiennes et une reconnaissance du travail de l'autre. A retenir !

126 *Ibid.*

H) Soigner la fin de contrat

Parmi les personnes en contrat aidés, un certain nombre d'entre elles a pu être embauché en CDI. Cela a été particulièrement le cas en 2010 et en 2011 lors de l'extension de la capacité d'accueil. Même si c'est encore le cas aujourd'hui, la majorité est amenée à quitter l'établissement à l'issue de son contrat aidé. Si nous portons une attention particulière au recrutement, si nous avons travaillé sur le suivi lors du passage dans l'établissement, il reste encore à améliorer la fin de parcours.

Il relève de la responsabilité du directeur de « soigner » la fin de contrat : permettre à ce public de disposer d'une expérience professionnelle supplémentaire, d'avoir remis les pieds dans le monde du travail, d'être un tremplin pour la vie professionnelle future. C'est le sens du travail actuel avec les MLJ de Colmar et de Sélestat en relais avec notre psychologue, dans l'esprit de la circulaire du 3 avril 2013 relative à la mise en œuvre des emplois d'avenir dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, publics et privés à but non lucratif¹²⁷. C'est en fait, leur donner les moyens pour savoir se vendre !

L'impact sera également positif sur le ressenti de l'établissement et de l'image à donner à l'extérieur, gage du « prendre soin » des parties prenantes.

I) Bilan des contrats aidés dans l'établissement

Il est difficile de donner un bilan qualitatif aujourd'hui, une partie du projet étant encore en construction. Les questionnaires de satisfaction réalisés en 2013 auprès des résidents et des familles donnent des résultats positifs entre 88 et 93%.

Un bilan quantitatif peut être dressé en termes de formation diplômantes avec un total de 52 personnes diplômées depuis 2008¹²⁸. Une majorité l'a été dans la qualification d'AMP (quasiment tous étaient en contrat aidé et ont pu ainsi accéder à un diplôme), ce qui a été un des objectifs de la mise en place des projets individualisés, compétence faisant partie de la formation d'AMP.

3.2.4 Un plan de communication en soutien à l'action

Les EHPAD et plus particulièrement les directeurs sont concernés par la communication tant interne qu'externe. Elle sert à façonner une identité et une image positive de l'établissement. Dans notre projet, sa place est tout à fait stratégique et indispensable, que ce soit envers les usagers, les personnels, l'environnement et plus particulièrement envers les autorités de tarification.

127 Op. Cit., Fiche 4 - la fin de l'emploi d'avenir : sortie du dispositif et perspectives
128 cf annexe 6: les formations diplômantes

A) Les enjeux

Le maintien des personnes en contrats aidés et la réussite du projet nécessitent l'élaboration d'un plan de communication :

En interne	En externe
<ul style="list-style-type: none">• relayer la stratégie de l'établissement• susciter l'adhésion des salariés• créer du lien et développer une culture commune• valoriser le capital humain	<ul style="list-style-type: none">• permettre à l'établissement de poursuivre cette action• communiquer aux autorités de tarification le développement de la qualité et l'optimisation de l'offre de service grâce à la présence des personnes en contrat aidé• situer l'établissement comme un interlocuteur et une ressource possible dans le climat actuel des difficultés économiques (chômage – restriction budgétaire) sur le territoire.

B) Le plan de communication interne

Il permet à l'ensemble des parties prenantes internes de disposer d'une information partagée par tous pour une meilleure compréhension et adhésion.

- Le Conseil d'Administration : c'est l'organe décisionnaire de l'établissement. Il doit en premier lieu approuver le processus. Bien qu'ayant déjà validé le projet, un point sera fait lors de la réunion du mois d'avril de chaque année (lors de la validation du compte administratif et du rapport d'activités) avec l'évolution des emplois et en particulier des emplois aidés, les actions et les formations réalisées, les diplômes obtenus. L'impact de cette communication est d'autant plus important que le C.A. est composé de maires des villages environnants. Leur intérêt est donc double : en tant que membre du C.A., mais aussi en tant qu'élu d'un territoire dont le bassin d'emploi connaît aujourd'hui des difficultés avec des plans de licenciements de quelques usines proches.
- L'équipe de direction : après la remise en route de son fonctionnement en tant qu'instance « qui donne la direction », qui régule, coordonne les actions et les ressources, il est nécessaire qu'elle adhère au projet puisque c'est elle qui le fait vivre. Un point sera fait mensuellement de la situation des personnes en contrat aidé à l'aide de tableaux de bord établis par le responsable des ressources humaines et de la qualité avec des critères comme l'évolution des parcours, les formations suivies, les bilans réalisés.
- les instances représentatives du personnel (IRP) : A la Roselière, les IRP « existent » depuis 2009. les débuts furent difficiles, un climat de suspicion régnait à l'égard de la

direction, pensant qu'elle dissimulait des informations. Depuis un an, les relations sont bien plus apaisées et dans un esprit plus collaboratif. L'employeur a obligation de communiquer de façon annuelle la situation des emplois à temps partiel¹²⁹. Compte tenu du nombre important de personnes en contrats aidés et des mouvements dans l'année, un point sera fait tous les deux mois. Les IRP ont un rôle sensible de relais dans l'établissement, leur implication est un élément important pour l'adhésion des salariés.

- Les salariés : dans un souci de communication plus transparente et structurée, une réunion plénière, conduite par le président du conseil d'administration sera réalisée annuellement au printemps avec l'ensemble des salariés. Il m'a semblé important d'instaurer ce type de rencontre qui n'existe pas aujourd'hui. Un bilan de l'année écoulée sera dressé et les objectifs de l'année à venir seront donnés. L'ensemble du personnel dispose ainsi de la même information et cela favorise un sentiment d'appartenance, de culture commune, d'être en fait tous dans le même bateau. La convivialité sera présente avec la conclusion par un verre de l'amitié.

La Roselière dispose d'un journal interne intitulé « La voix de la Roselière ». Y figurent les informations concernant les résidents et la vie de l'établissement en général. Afin de favoriser le sentiment d'appartenance, nous y rajouterons celles concernant les salariés (contrats aidés y compris) comme les entrées avec une photo d'identité, les anniversaires, les réussites aux diplômes, les formations effectuées, les départs.

C) le plan de communication externe

Bien qu'il soit, dans le cadre de ce projet, davantage destiné aux autorités de tarification, il permet néanmoins à l'ensemble des parties prenantes « externes », de bénéficier d'information pour une meilleure compréhension dans le but d'une approbation :

- Les autorités de tarification : Ce sont aujourd'hui les parties prenantes les plus importantes de l'établissement puisqu'elles nous permettent, ou non, de continuer à disposer des contrats aidés. A tout moment, elles peuvent nous demander de revenir uniquement aux postes autorisés, ce qui nous mettrait en difficulté et dont nous avons conscience. La communication en externe leur est donc adressée en priorité. Les informations communiquées seront similaires à celles données aux membres du C.A. avec un accent mis sur le développement de la qualité dans l'établissement.
- les familles : autre partie prenante importante avec les résidents puisque ce sont les premiers bénéficiaires de ce projet. L'information sera moins détaillée que pour les membres du CA., néanmoins un point sera fait sur les projets (en cours et à venir) et sur la situation des personnels. Les familles ont apprécié la sectorisation et le fait

¹²⁹ Si l'entreprise compte moins de 300 salariés, cette information annuelle est régie par l'article L.2323-47 du Code du travail

d'avoir des « repères » dans les équipes. Les équipes seront sensibilisées au fait de leur présenter les nouveaux arrivants, ces informations leurs seront également communiquées lors des réunions organisées chaque année au printemps.

- Les pouvoirs politiques départementaux et locaux : il s'agit ici des maires des communes environnantes, du député de la circonscription ainsi que de Mme le sénateur. Concernant les maires susnommés, nous avons vu plus haut que leur intérêt est double dans l'établissement : ils sont sensibles à l'évolution qualitative de l'établissement mais également à celle de la situation de l'emploi sur leur territoire. Le cas échéant, ils représentent des soutiens pour le maintien de la qualité de l'offre de service.
- Les partenaires : Un bilan sur l'évolution des parcours des personnes en contrats aidés présents fera partie des éléments allant dans le sens d'un renforcement du partenariat avec les MLJ et l'institut de formation.

3.3 L'accompagnement au changement

Les EHPAD sont confrontés à une évolution constante des politiques publiques ainsi qu'à celle des caractéristiques du public. Les personnels des établissements et tout particulièrement le directeur sont confrontés à une exigence croissante d'information, d'explication ou d'échange avec les personnes accueillies et leurs familles. Ces structures évoluent, mutent, fusionnent et le directeur est l'accompagnateur du changement. Garant de la politique d'amélioration de la qualité, de l'adaptation de l'offre de service, il évalue les pratiques de sa structure, suit l'évolution des besoins des usagers, recherche des nouvelles stratégies pour pérenniser son établissement et inscrire son action dans les missions qui lui incombent.

La finalité est bien de formaliser un parcours de vie composé de ce nouveau projet de vie de l'utilisateur avec des droits et des besoins.

Mes objectifs seront de dynamiser le personnel pour favoriser l'intégration des personnels en contrat aidé et leur professionnalisation, d'anticiper l'évolution des besoins des usagers, de veiller à réactualiser les techniques de prise en soins par l'intermédiaire notamment des personnes en formation, de maintenir un plan de formation conséquent et de donner les moyens matériel et humains pour une adéquation entre les besoins des usagers et l'offre de service.

La première étape se situe bien au niveau de l'équipe de direction. Ce sont des acteurs qui aujourd'hui se connaissent, s'estiment, reconnaissent les compétences de leurs collègues, et collaborent de façon informelle. La « remise en route » de son fonctionnement devra permettre d'atténuer les tensions actuelles et de travailler davantage ensemble. Nous

pourrons nous appuyer sur les différents groupes d'acteurs pour construire des solutions de changements.

Il faudra s'interroger sur les différentes résistances aux changements. Le renouvellement régulier des personnels en contrats aidés suscite, en début de période, des situations de tensions d'inconfort, c'est un nouvel investissement à faire auprès de l'arrivant. L'impression de devoir « recommencer à chaque fois la même chose » peut être usante. En tant que directeur, j'ai un rôle essentiel pour motiver, valoriser et impliquer le personnel. L'établissement dispose aujourd'hui de compétences et de personnels jeunes et motivés. La dynamique de valorisation (investissement dans les groupes de travail, tutorat,...) pourra limiter les éventuelles résistances aux changements.

La présence des personnes en contrats aidés peut présenter selon le cas, une charge ou une opportunité, une aide dans l'accompagnement des projets de vie des résidents. A nous de réunir les conditions d'un accompagnement réussi. Elles permettent aussi de lutter contre la « routine » des tâches sérielles et de renforcer le lien social des résidents. L'art étant de mener le projet comme une source d'amélioration. Pour ce faire, afin d'impliquer au maximum les personnels, le choix du management sera de type participatif reposant sur les principes de mobilisation du personnel avec des groupes de travail, d'une politique active de développement du personnel, de délégation du pouvoir et de dispositifs de régulation (droit à l'erreur – auto-contrôle).

Le rôle social joué par La Roselière est un aspect important à prendre en compte dans un territoire rural, économiquement en difficulté ; d'autant plus qu'il permet à l'établissement de mieux remplir ses missions qui « ont pour finalité d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes » (CASF, art. L312-1).

3.4 L'inscription du projet dans une démarche d'évaluation continue de la qualité

3.4.1 L'évaluation : une composante de la qualité

L'évaluation permet aux professionnels de réfléchir à leurs pratiques et de donner (ou retrouver) du sens à leur engagement dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. De par ses modalités, démarche participative et collective, elle est à la fois un outil de management des équipes et un moyen d'implication des personnels, des résidents, des familles voire d'autres partenaires dans les mesures d'amélioration mises en œuvre.

« L'évaluation est le moyen d'identifier et de porter une appréciation sur des procédures, références et pratiques existants au sein de l'établissement. Elle constitue une aide à la décision. Elle permet de développer une vision prospective par l'adaptation et l'anticipation

*des besoins des usagers*¹³⁰ ». La qualité ne se résume donc pas à l'évaluation, mais s'inscrit bien dans un processus dynamique de marche en avant.

Son objectif est notamment d'interroger en quoi les droits, les besoins et les attentes des personnes accueillies sont bien au centre des préoccupations: « *les effets produits par l'activité remplissent-ils, in fine, les objectifs fixés ? Correspondent-ils aux besoins et attentes des usagers ? Sont-ils en cohérence avec les missions imparties ? Les ressources mobilisées sont-elles appropriées ?*¹³¹ ».

Évaluer, c'est donc se poser des questions et poser des questions, c'est produire de la valeur et pas seulement de l'action. Ce processus à construire nécessite de se référer à des valeurs de références (textes, circulaires, recommandations de bonnes pratiques..)

Pour la réalisation de ce projet, il est essentiel de disposer d'un organe de suivi, d'un comité de pilotage, organe qui sera chargé de « poser des questions » et qui aura pour mission de mener une démarche d'évaluation continue. L'équipe de direction, aidée de la psychologue, sera à même de remplir cette mission. Ce sera un des éléments de re-dynamisation de son fonctionnement. Les réunions portant sur le suivi du projet auront lieu une fois par trimestre.

3.4.2 Les indicateurs d'évaluation

Afin de mesurer la pertinence et l'efficacité du projet et de sa mise en œuvre, des points d'étapes seront définis, des indicateurs de mesures du changement mis en place seront identifiés. Ils permettent de mesurer l'impact de ce projet sur les contrats aidés et sur la qualité des services rendus aux usagers mais aussi sur l'image de l'établissement. Ils permettront de définir la mise en place, si nécessaire, de mesures correctives

Les salariés sont les premiers concernés puisque ce sont eux qui accompagnent les personnels en contrats aidés. Les indicateurs ci-dessous seront à suivre de près :

- Les entretiens annuels d'évaluation des salariés seront un moment privilégié d'échange avec la direction pour récupérer les impressions et les ressentis.
- Une évaluation du parrainage et du tutorat devra être réalisée. Elle pourra être faite en partie à travers les entretiens annuels.
- des tableaux de bord relatifs au climat social seront tenus par le responsable des ressources humaines et de la qualité comme l'absentéisme, le turnover¹³², les arrêts de travail, les démissions ou ruptures conventionnelles.

130 Procéder à l'évaluation interne et externe, Éditions Weka, 2009.

131 ANESM, 2012, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ». Recommandations de bonnes pratiques.

132 Dans un premier temps, nous ne tiendrons compte que du turnover des salariés qui ne sont pas en contrat aidé ; un tableau pour les contrats aidés sera fait à part avec des critères spécifiques du type : sont ils allés au bout du contrat ? Y a t il eu prolongation jusqu'à la limite des possibilités...

- Les différents comptes rendus pourront également donner des indications en particulier ceux des instances représentatives du personnel (délégués du personnel – comité d'entreprise, CHSCT...)
- Les feuilles d'événements indésirables seront examinées et pourront donner de précieux renseignements
- L'investissement dans les groupes de travail sera pris en compte comme le taux de participation ; le nombre de tuteurs investis, la stabilité, l'augmentation ou la diminution de son nombre.
- Les demandes de formation, leurs nombres et leurs types nous renseigneront également sur la dynamique d'accompagnement
- Il m'a semblé important de faire un point sur l'intégration de ces personnels, c'est pourquoi j'ai prévu de faire réaliser, en 2016, un questionnaire de satisfaction du personnel. Un point particulier portera sur l'accompagnement des personnes en contrat aidés.

Pour les personnes en contrat aidé, ce sont les entretiens de suivi avec l'organisme qui les accompagne (dans 90% des cas il s'agit de la mission locale des jeunes) qui permettra de recueillir leurs impressions et leur ressentis. Des tableaux de bord seront tenus avec les indicateurs comme l'absentéisme, les arrêts de travail, la participation aux formations. D'autres critères plus spécifiques y figureront comme la réussite aux épreuves de concours ou d'examens, l'évolution du parcours avec « le passeport de l'apprenant », les départs anticipés et la raison de ces départs.

Les principaux bénéficiaires de ce projet restent le résident et son entourage. Nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des familles et des résidents en 2013. 2016 sera l'occasion de faire un comparatif. Nous pourrions faire des recoupements avec les données recueillies auprès du personnel. Par ailleurs, la modification de la procédure d'accueil et la mise à jour régulière (au moins une fois par an) du projet d'accompagnement avec les référents, le médecin coordonnateur, la psychologue et les familles, devrait permettre une meilleure prise en soins du résident et une adaptation de l'offre de service.

D'autre part le Conseil de la Vie Social vient d'être renouvelé. Cet organe d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueilli l'utilisateur, est également un lieu d'écoute très important.

3.5 Conclusion de la 3ème partie

Optimiser l'offre de service en EHPAD par l'accompagnement des personnes peu ou pas qualifiées s'inscrit dans un projet qui convoque la responsabilité sociale de l'organisation d'autant plus que notre secteur tout comme la société dans laquelle il s'insère est en mutation. Il interroge l'organisation, les compétences, les motivations et l'implication des personnels. Ce projet peut quasiment être réalisé à moyens constants puisque nous utiliserons les compétences en interne pour sa réalisation. Il nécessitera essentiellement une adaptation du plan de formation et un investissement dans les groupes de travail.

Emmener des personnes en contrats aidés vers une socialisation professionnelle et dans certains cas vers un diplôme est un pari qui engage l'ensemble de l'établissement pour une amélioration de l'offre de service. Une vigilance sera de mise car tout changement amène des bouleversements qu'il faudra maîtriser. Il relève de la responsabilité du directeur de veiller à l'implication des personnels et de réunir les conditions pour susciter l'intelligence collective, gage de réussite du projet. La communication occupera à cet effet une place prépondérante à tous les niveaux.

Conclusion

A travers ce travail de fin de formation se dégagent de manière permanente les questions de fragilité humaine et les réponses institutionnelles que nous pouvons amener. Un directeur doit pouvoir anticiper l'évolution des besoins des publics à accompagner dont il est responsable et répondre aux exigences législatives. Son action tient également compte des spécificités du territoire où il se trouve.

La Roselière n'est certes pas une entreprise d'insertion ; nous sommes toutefois mobilisés par une vocation forte d'insertion - laquelle est encouragée par les autorités de tarification et la direction régionale attachée à l'action sanitaire et sociale.

Le Conseil Départemental, l'ARS, la Préfecture de région et la DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale) invitent nos établissements « à recourir à davantage de contrats aidés et ainsi, à bénéficier de l'aide réévaluée sur ce dispositif d'insertion », offrant ainsi « une réelle opportunité de reprise d'emploi à un public en difficulté » (courrier du Conseil Général daté du 16/02/2012) et un dispositif « particulièrement adapté pour débiter une nouvelle activité » que les établissements sont invités à employer (courrier de la DRJSCS daté du 07/02/2012).

Dans un contexte de financement par les autorités de tarification (ARS et Conseil Départemental du Haut-Rhin) de plus en plus difficile pour les établissements, les contrats aidés offrent l'opportunité, pour l'établissement, de bénéficier d'aides. En contrepartie, l'établissement peut exploiter des ressources internes pour former, voire qualifier des chercheurs d'emploi en difficulté.

La réflexion de la responsabilité sociale des organisations tout comme des entreprises nous a amené à viser une logique « gagnant-gagnant », ce qui requiert toutefois une redéfinition ambitieuse des rôles de la hiérarchie. Directions et responsables de service des établissements médico-sociaux doivent mobiliser une « dimension sociale » articulée aux modes de raisonnement gestionnaires plus habituels.

Quand on recherche un établissement d'accueil, on recherche la sécurité, la bienveillance d'une équipe, ses attentions, sa compétence. Mais au-delà de l'adaptation d'une salle de bain ou d'une chambre à la dépendance du résident, d'un service hôtelier avec une prestation gastronomique, on ne pourra retenir ces prestations que si elles sont empruntées d'action humaine de qualité. Il faut pouvoir garder à l'esprit l'importance d'une relation humaine parce que « *ce qui inquiète le nouveau résident c'est de savoir qui derrière la porte de l'institution va l'accueillir, l'écouter, lui sourire, lui servir à manger...*¹³³ ».

En tant que directeur, je suis conscient que l'établissement présente une certaine dépendance à ce dispositif. Les aides de retour à l'emploi peuvent cesser un jour, les

133 CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées*, Éditions ERES, Ramonville, p.142.

autorités de tarification pourraient exiger la stricte application de la convention tripartite en terme d'effectif et de qualification. Cette réflexion d'anticipation et d'alternatives de solutions relève de la compétence du directeur. Des réflexions d'aides complémentaires sont menées. La commission Personnes Âgées du SYNEAS¹³⁴ propose actuellement de se saisir de l'opportunité du service civique. Mais quel que soit le type de contrat en forme d'insertion ou d'immersion dans le monde du travail à visée prioritairement sociale, un accompagnement sera indispensable

Être directeur, c'est mobiliser des compétences, c'est permettre à chacun de déployer ses capacités et rester créatif, c'est « écouter, comprendre, accompagner » ses collaborateurs et faire en sorte qu'ils s'inscrivent dans cette même démarche. Mais pour cela, il ne s'agit pas d'appliquer une technique préconçue mais de savoir prendre en compte leurs besoins tout en gardant en mémoire que l'un des rôles du directeur est aussi d'être un « bon » gestionnaire.

134 Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale

Bibliographie

OUVRAGES

- BROUSSY L. 2014, *Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement*, Éditions Dunod, Paris.
- CAPRON M ; QUAIREL-LANOIZELEE F, 2007, *La responsabilité sociale d'entreprise*, Éditions La Découverte, Paris.
- CARADEC V. ,2010, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Éditions Armand Colin, 2ème édition.
- COLLIERE M-F, 2003, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Masson Éditeur.
- CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées*, Éditions ERES,Ramonville.
- CUSSET P-Y., août 2007 *Le lien social*, collection, 128, Sociologie, éditions Armand Colin.
- DEVERS G. 2003, *Lettre d'un avocat à une amie infirmière*, Éditions Lamarre, Rueil Malmaison.
- ESTRYN-BEHAR M., 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP
- HERFRAY C.2007, *La vieillesse en analyse*, Collection « Hypothèses », Eires Arcanes.
- KOHLER R., 2011, *État des lieux de la médiation animale dans les maisons de retraite : de la théorie vers la conception d'un cahier des charges*, Presses de XL PRINT/ St Etienne.
- KÜBLER-ROSS E., 1975, *les derniers instants de la vie*, Éditions Labor et Fides, Genève.
- LÖCHEN V., 2013, *Comprendre les politiques sociales*, 4ème édition, Éditions Dunod, Paris.
- LOUBAT J-R., 2007, *Promouvoir la relation de service*, Éditions Dunod.
- PÖRTNER M., 2010, *Écouter, comprendre, encourager – L'approche centrée sur la personne*, Chronique Sociale, collection « Comprendre les personnes », Lyon.

REVUES – PERIODIQUES

- ARFEUX-VAUCHER G., 2011 « Dans les familles à 5 générations, je demande les arrière-arrière-grands-parents », *Gérontologie et société* n° 98.

- BADEY-RODRIGUEZ C., 2005, « l'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale », *Gérontologie et société* n°112.
- CAMERON S.D. Aidant naturel: la situation au Canada, Extrait article 22/08/2011, consulté le 12/07/15 disponible sur internet, www.aidants.mes.debut.fr/actualites.
- WITORSKI R., « Enjeux, fonctions et effets de l'analyse des pratiques professionnelles », *Société Française de Médecine générale*, DRMG 59 .
- VAN ROMPAEY C., 2003, « Solitude et vieillissement », *Pensée plurielle* n°6.
- VOLANT S., décembre 2014, « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Études et résultats N° 899.
- DUEE M. - REBILLARD C., 2006, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », *Données Sociales – La Société Française*.
- DUMALIN F., janvier/février 2006, « Relation de services : nouveaux enjeux, nouveaux défis », *Travail et changement* n°306.
- PAUL Maela, 2003, « Ce qu'accompagner veut dire », *Cariéologie* vol.9 numéro 1.
- PISON G., mars 2014, 1914-2014 : un siècle d'évolution de la pyramide des âges en France • *Population & Sociétés* • bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques numéro 509.

RAPPORTS – ETUDES

- Année Européenne pour le Vieillessement Actif et la Solidarité entre les Générations, 2012, *nous avons tous un rôle à jouer* www.eesc.europa.eu/resources/docs/qe-32-13-332-fr.pdf.
- B.Dv., 2014, « Le désarroi des maisons de retraite face au manque d'effectifs », la dépêche, consulté le 15/07/15, disponible sur internet, <http://www.ladepeche.fr/article/2014/07/07/1914373-desarroi-maisons-retraite-face-manque-effectifs.html>.
- BARLET M., CAVILLON M, novembre 2010, « la profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, DREES Etudes et recherches, n° 101.
- BESUCCO N., TALLARD M., TERTRE (du) C., UGHETTO P., mai 2012 « La relation de service :un nouveau modèle de travail en tension », Rapport pour le ministère de la Recherche ,Action concertée incitative Travail. Convention en réponse à l'appel à propositions, « Transformation du travail, performance économique et statut de l'emploi »
- BLANPAIN N., CHARDON O., octobre 2010, « Projection de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats, INSEE.
- BOUSSAGUET L. et coll., 2006, *Dictionnaire des politiques publiques*, Ed sciences-Po.

- DE LA VEGA X., « Le « sens du service », une question d'organisation », consulté le 15/07/15, disponible sur internet, http://www.scienceshumaines.com/le-sens-du-service-une-question-d-organisation_fr_5046.html.
- DUPUIS A., DERY R., « Cahiers d'activités d'apprentissage : Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg » consulté le 20/07/2015, disponible sur internet, <http://ekladata.com/c44wttw9iCFzLOxTY72wLxXyvw.pdf> .
- Extrait du projet d'établissement 2013 – 2018.
- Extrait du rapport budgétaire 2015 La Roselière.
- GOYARD C., 2010, *le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et ses limites*, mémoire Master professionnel, Management du secteur public : collectivités et partenaires, Institut d'Études Politiques de Lyon, Université Lumière Lyon 2.
- GUEDON J-F., « Parrainage & tutorat : ce qu'il faut connaître pour réussir », consulté le 20/07/15, disponible sur internet, <http://www.journaldunet.com/management/expert/58436/parrainage---tutorat---ce-qu-il-faut-connaître-pour-reussir.shtml>
- HAS, décembre 2011, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge » Recommandation de bonne pratique..
- Haut Conseil de la Famille, octobre 2012, Quelques données statistiques sur les familles et leurs évolutions récentes.
- HONNETH A., Sans la reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie (visité le 14-07-2015) disponible sur internet: <http://www.philomag.com/les-idees/entretiens/axel-honneth-sans-la-reconnaissance-lindividu-ne-peut-se-penser-en-sujet-de-sa-propre-vie>.
- IMBERT G, 2010, rapport de recherche, travaux réalisés par la FNG en collaboration avec REVeSS et l'UMR 6578 CNRS dans le cadre d'un appel d'offre INPES et d'une convention INPES – CNSA, RHISAA (Recherche qualité exploratoire Handicaps – Incapacité -Santé et Aide pour l'Autonomie).
- INSEE, « Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé dans l'Union européenne ».
- INSEE, avril 2011 « Vieillesse et dépendance : évolutions d'ici 2020, Chiffres pour l'Alsace, 11p.
- INSEE, février 2013, consulté le 10/07/15, disponible sur internet, www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?
- INSEE. « Les personnes âgées dépendantes » consulté le 22/07/15 disponible sur internet, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096

- JEANNEL A., octobre 2008, "Vivre, vieillir, transmettre : devenir individuel et collectif", consulté le 14/07/15 disponible sur internet, <http://alain-jeannel.blogspot.fr/2009/07/vivre-vieillir-transmettre-devenir.html>
- KNOCKAERT C., 2008, « Lettre ouverte d'une directrice d'EHPAD aux médias et aux politiques », consulté le 15/07/15, accessible sur internet, jerpel.fr/spip.php?article287.
- KPMG Observatoire des EHPAD – 2013.
- KPMG Observatoire des EHPAD – 2014.
- La Responsabilité Sociale des entreprises au service de la qualité de l'emploi dans les associations du secteur sanitaire, social, et médico-social , Présentation de la démarche RSE / Qualité de l'emploi de l'URIOPSS réalisée entre 2011 et 2013.
- Le GREP, « le tuteur en entreprise: un rôle clé, consulté le 20/07/15, disponible sur internet, http://cfa-bessieres.org/2012/fichiers/le_tuteur_en_entreprise.pdf
- Lignes directrices G4 du GRI et ISO 26000 pour une utilisation conjointe des lignes directrices G4 du GRI et de l'ISO 26000, janvier 2014.
- Livret d'accueil de La Roselière.
- OPINION Way , mars 2012, « Bien vieillir à domicile », Rapport pour l'Observatoire de l'intérêt
- Organisation mondiale de la santé (OMS): Vieillir en restant actif – cadre d'orientation, 2002, Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillessement, Madrid, Espagne.
- PAUGAM S.:le lien social: entretien avec Serge Paugam (visité le 14/07/15), consultable sur internet, <http://ses.ens-lyon.fr/le-lien-social-entretien-avec-serge-paugam-158136.kjsp> .
- PISON G.,30 ans d'espérance de vie supplémentaires en un siècle : merci qui ? consulté le 10/07/15, disponible sur internet, :<http://www.atlantico.fr/decryptage/30-ans-esperance-vie-supplementaires-en-siecle-merci-qui-gilles-pison-943551.html/page/0/1>.
- Procéder à l'évaluation interne et externe, Éditions Weka, 2009.
- Projet d'établissement 2013 de la Roselière – préambule.
- Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social, consulté le 16/07/15, disponible sur internet, http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/referentiel_metier_dessms.pdf.
- SIGNING Y., « La maîtrise de la pyramide des âgées comme facteur de compétitivité de l'entreprise » consulté le 20/01/15 disponible sur internet, <http://www.agesfo.com/tribune/signatures/sign51.htm>.

- WELLER J-M, 2012, « Relations de service ».. Dictionnaire du travail, Presses Universitaires de France, pp.636-643, Quadrige Dicos Poche, 978-2-13-057715-7.

SITES INTERNET

- <http://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>.
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>.

CONFERENCES

- BERTHEL M., 2014, Intervention lors du diplôme universitaire de gérontologie

LOIS – DECRETS – REGLEMENTATION

- 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.
- Arrêté du 5 juin 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale , Extrait de l'annexe 1, Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social, Bulletin Officiel N°2007-7.
- CASF, art. L.312-1 6° du Code de l'action sociale et des familles.
- Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, novembre 2010 Projet EUSTaCEA, avec le soutien du programme Daphne III.
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- Circulaire DGOS/RH3/DGCS/4B no 2013-133 du 3 avril 2013 relative à la mise en œuvre des emplois d'avenir dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, publics et privés à but non lucratif
- Circulaire DGS-5 B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n° 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.
- Commission Européenne, 2011, « Responsabilité sociale des entreprises: une nouvelle stratégie de l'UE pour la période 2011-2014 », Communication de la

Commission au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions

- Conseil de l'Europe – Comité des Ministres, Recommandations n° R (98) 9 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la dépendance (adoptée par le Comité des Ministres le 18 septembre 1998, lors de la 641e réunion des Délégués des Ministres).
- Conseil Général du Haut-Rhin, *Schéma gérontologique départemental 2012-2016*.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir. Le faible coût est induit par l'exonération de certaines charges patronales.
- Plan Alzheimer 2008-2012 – mesure 4: les MAIA.
- Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Octobre 2014.
- Projet Régional de Santé d'Alsace 2012-2016.

RECOMMANDATIONS

- ANESM, 2008, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », Recommandations de bonnes pratiques.
- ANESM, 2008, « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », Recommandations de bonnes pratiques.
- ANESM, 2010 « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », Recommandations de bonnes pratiques.
- ANESM, 2011, « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement », Recommandations de bonnes pratiques.
- ANESM, 2011, « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD », Recommandations de bonnes pratiques.
- ANESM, 2012, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ». Recommandations de bonnes pratiques.
- ANESM, février 2009, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Recommandations de bonnes pratiques

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille GIR	II
Annexe 2 : logo de la Roselière	III
Annexe 3 : Organigramme de la Roselière	IV
Annexe 4: tableau d'évolution des effectifs en moyenne annuelle	V
Annexe 5 : tableau des effectifs autorisés	VI
Annexe 6 les formations diplômantes	VII
Annexe 7 : les ressources de l'organisation.	VIII
Annexe 8 : Les mécanismes d'information, de coordination et de régulation	X
Annexe 9 : avenant au contrat de séjour	XI

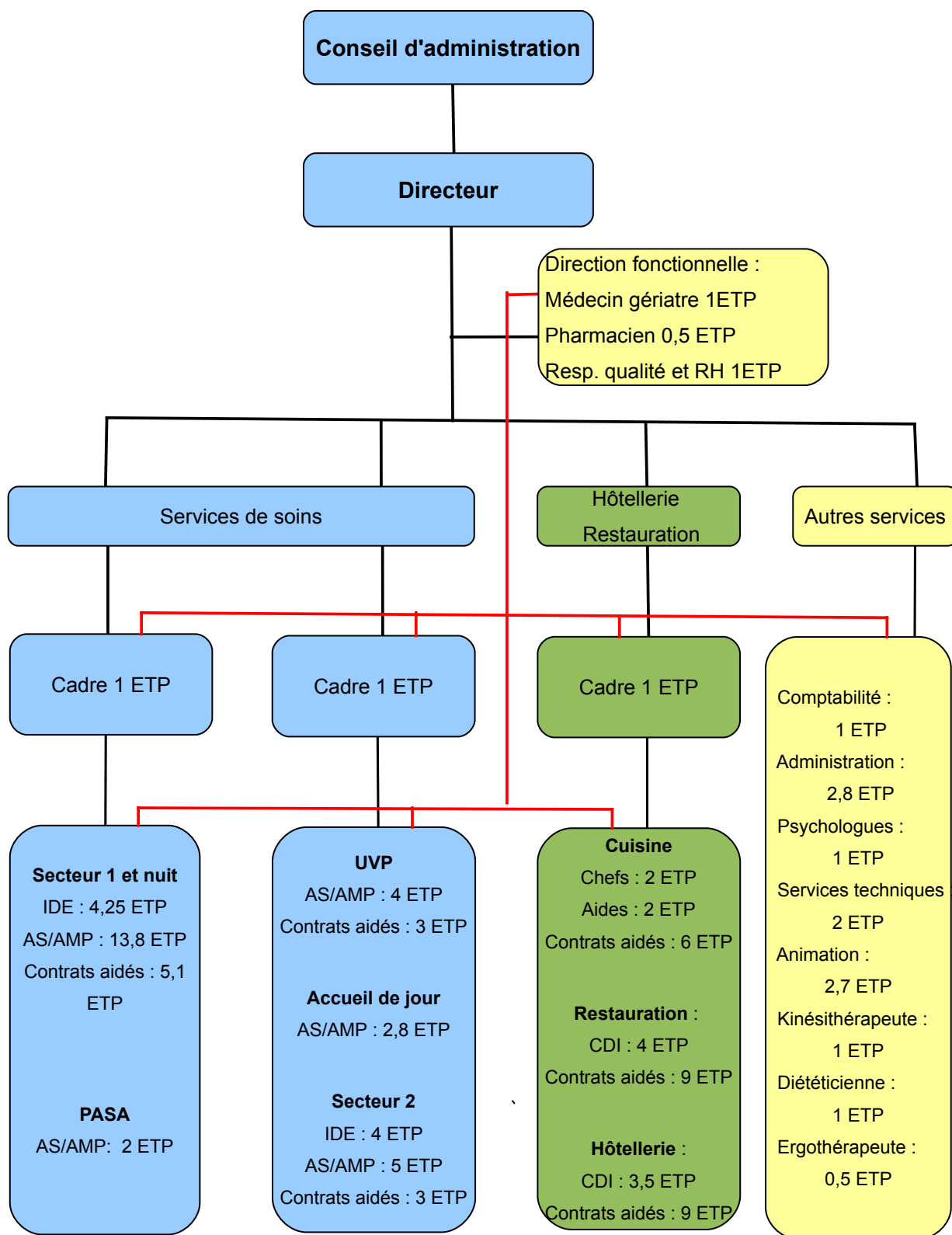
Annexe 1 : Grille GIR

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ou personne en fin de vie
Gir 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou Personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement ou Personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Annexe 2 : logo de la Roselière



Annexe 3 : Organigramme de la Roselière



liens hiérarchiques : —

liens fonctionnels : —

Annexe 4: tableau d'évolution des effectifs en moyenne annuelle

Personnel en ETP (équivalent temps plein)	2009	2010	2011	2012	2013
Direction, administration	5.00	4.78	4.80	4.97	5,05
Cuisine, services généraux	2.69	5.76	9.07	9.94	9,96
Animation	1.01	1.25	1.86	1.83	2
ASH	12.20	26.02	25.94	27.24	25,25
Aides-soignantes	17.98	27.39	28.24	28.22	30,09
Assistant de soins en gérontologie					2
Infirmière	6.06	7.95	8.85	10.62	10,5
Médecin	0.20	1.20	1.20	1.20	1,2
Pharmacien	0.09	0.50	0.50	0.71	0,5
Préparatrice en pharmacie		0.50	0.50	0.50	0,5
Psychologue	0.51	1.00	1.00	1.00	1
Formation dipl.			7.69	11.30	11,3
Veille de nuit	4.00	4.00	4.00	4.00	4,00
<i>Dont aide soignante</i>	3.00	2.00	2.00	2.00	2,00
Total	49.74	80.35	93.66	101.52	104,6

Annexe 5 : tableau des effectifs autorisés

Personnel en ETP (équivalent temps plein)	31/12/2011	31/12/2012	31/12//2013
Direction, administration	5.00	5.00	5.00
Cuisine, services généraux	8.70	8.70	8.70
Animation	2.00	2.00	2.00
ASH	27.10	27.10	27.10
Aides-soignantes	29.00	30.00	30.00
Ass. de soins en gérontologie			2
Infirmières	10.70	10.70	10.70
Médecin	1,5	1,5	1,2
Pharmacien	0.50	0.50	0.50
Autres auxiliaires médicaux	3.50	3.50	3.50
Psychologue	1.00	1.00	1.00
Total	89,00	90,00	91,69

Annexe 6 les formations diplômantes

Formation diplômante	Nombre	Hommes	Femmes
AMP	29	1	28
MCAD	5		5
Infirmier	1	1	
AS	1		1
Diplôme universitaire de gérontologie	4		4
Diplôme universitaire de psychogériatrie	2	2	
BTS	1		1
CAP	6		6
Master	3	2	1
Total	52	6	46

Nombre de personnes formées (année d'obtention du diplôme)	2008	2009	2010	2010	2012
AMP	5	1	10	7	6
MCAD			2		3
Infirmier			1		
AS			1		
Diplôme universitaire de gérontologie	2				2
Diplôme universitaire de psychogériatrie				2	
BTS				1	
CAP			3		1
Master de gérontologie		2			

Annexe 7 : les ressources de l'organisation

Les ressources tangibles		
	Forces	Faiblesses
Ressources physiques	<ul style="list-style-type: none"> • Locataire du bâtiment mais « lien étroit » avec le propriétaire • très bon niveau d'équipement (60% des chambres équipées pour la manutention des personnes à mobilité réduite) • des bâtiments récents (moins de 5ans) ou rénovés • un projet architectural d'aménagement de l'entrée avec salle d'animation et grand ascenseur permettant une circulation verticale facilitée • un projet autorisé et validé par le conseil d'administration • un cabinet dentaire installé • 2 véhicules 9 places équipés pour personnes à mobilité réduite (utilisés pour l'accueil de jour) + 1 voiture équipée pour personne à mobilité réduite 	<ul style="list-style-type: none"> • Un bâtiment en étages (3 niveaux)
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> • Une trésorerie couvrant 3 mois de charge • des fonds propres disponibles (divers placements) 	<ul style="list-style-type: none"> • Une dotation globale peu ou pas réévaluée depuis 3 ans (forfait soins avec une progression de 0%) • des postes de « faisant fonction de soignant » financés sur le budget hébergement
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Un taux d'encadrement conséquent • un encadrement impliqué • un médecin présent à temps plein dans l'établissement • compétences diverses (kiné – ergo - diététicienne) • des valeurs de bienveillance énoncées et partagées (reconnues dans la dernière évaluation externe de septembre 2014) • un personnel jeune et dynamique • 	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de formation peu discuté en équipe de direction • peu de réunions de l'équipe de direction (plus depuis mois) • pas ou peu de coordination de travail organisé • peu de présence du directeur laissant place à des jeux de pouvoir • un climat social fragile • nombreux personnel jeune avec peu de compétences • beaucoup de personnes en contrats aidés • 10 ETP en plus des postes autorisés (Régularisation peut être demandée)

Les ressources intangibles		
	Forces	Faiblesses
Ressources technologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Bon niveau d'équipement et logiciel informatique • utilisation de la technologie « Gériatimage » (permet une consultation médicale à distance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise insuffisante ou peu d'utilisation de l'outil informatique
Ressources organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Annualisation du temps de travail, permet une certaine flexibilité • un service ressources humaines et de la qualité au sein de l'établissement • une messagerie interne accessible aux salariés • encadrement renforcé en particulier dans l'équipe soignante • sectorisation bien définie • fiches de postes et de tâches • protocoles existants 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles ou procédures pas toujours suivis • impression d'organisation en « flux tendu » avec des impératifs horaires (repas à 12h – sacs à linges sales à descendre en lingerie avant 12h30....)
Ressources « image »	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement connu et reconnu auprès de ses partenaires – associé à la présence animale • charte graphique avec logo identifiable (également sur les véhicules) : <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • site internet maintenu à jour • contacts réguliers avec la presse pour les différents événements 	<ul style="list-style-type: none"> • Charte graphique pas toujours utilisée • pas de stratégie de communication formalisée

Annexe 8 : Les mécanismes d'information, de coordination et de régulation

	Objet	Participants	Rythme
Équipe de direction	Coordination – discussion orientation stratégique.	Directeur – 3 cadres – qualiticien/GRH	1h toutes les semaines prévue (plus faite depuis plusieurs mois)
Réunion de service	Organisation de travail à l'intérieur du service	Cadre avec son équipe	2 à 3 par année
Réunion d'équipe	Transmissions des informations du jour et échange autour de l'accompagnement à réaliser	Cadre – médecin – équipes du matin et de l'après-midi – psychologues (parfois)	2 x 30 minutes par jour
Groupe d'analyse des pratiques	Thèmes concernant la prise en soins de la personne âgée (nutrition, chute, dispensation des médicaments...)	Qualiticien – cadres – personnels concernés par le thème	1h par mois (réunions récentes suite au résultat de l'évaluation interne)
DP/CHSCT	Amélioration des conditions de travail	Directeur et membres des instances représentatives du personnel	1h par mois
CE	Expression collective des salariés	Directeur et membres des instances représentatives du personnel	1h par mois
Réunion projet d'accompagnement	Suivi des projets d'accompagnement des résidents	Cadre – psychologue – équipe de soins du jour – kiné – médecin - animatrice	30 minutes par semaine et par service
Réunions des bénévoles	Coordination et programmation des interventions des bénévoles	Bénévoles – animatrice – directeur – président du CA - cadre	1h par mois

Annexe 9 : avenant au contrat de séjour

AVENANT AU CONTRAT DE SEJOUR

En application du décret n° 2004-127 du 26 novembre 2004, relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, cet avenant précise les objectifs et prestations adaptés à la personne.

L'objectif du Projet personnalisé est l'accompagnement du résident, en prenant à la fois en considération ses besoins liés à son niveau de dépendance, l'identification et la réalisation des demandes et souhaits du résident, son histoire personnelle et l'élaboration du projet avec et pour le résident.

Il est établi suite au plan d'aide et d'accompagnement élaboré au regard des informations recueillies depuis le début du séjour du résident, en concertation avec le médecin coordonnateur, les cadres de santé, le psychologue et la personne concernée, avec son avis et accord, ou celui de son représentant légal.

Il est établi pour une durée de un an. Une modification de l'état de santé peut toutefois, à tout moment, aboutir à une réévaluation du plan d'action.

Vu le contrat de séjour signé le XXXXX et l'avenant au contrat de séjour signé le XXXX (dans l'hypothèse où il s'agit d'un renouvellement de projet d'accompagnement personnalisé et d'un nouvel avenant) entre :

- 1 L'EHPAD La Roselière, 4 rue Jules Vernes, 68320 KUNHEIM
Représenté par son directeur : Robert KOHLER

- 2 Le résident (ou son représentant légal) :
Monsieur/ Madame XXXXX

1 - Objectif général posé

2 - Détail des prestations adaptées

2.1 - Prestations thérapeutiques

(soins réguliers et coordonnés, accompagnement médical et paramédical)

2.2 - Prestations relatives à l'aide pour les actes quotidiens de la vie

(toilette, habillage, alimentation, élimination, déplacements)

2.3. - Soutien des relations avec l'environnement familial et social

2.4. - Animations et vie relationnelle

A Kunheim, le ... / ... / ...

Monsieur/Madame

Robert KOHLER

Avenant du Contrat de séjour – modèle 12/2014

MEYER

Paul

Novembre 2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ESTES – CFD Strasbourg**

**OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICE DE L'EHPAD EN ACCOMPAGNANT LES
PROFESSIONNELS LES MOINS QUALIFIÉS**

Résumé :

Les EHPAD sont confrontés aujourd'hui à un double défi : accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes et améliorer leur offre de service dans un cadre budgétaire contraint. Devant une charge de travail en augmentation, et un ratio d'encadrement reconnu comme trop faible, le risque est de considérer la personne accueillie comme un objet de soins et de la réduire à une somme d'actes à effectuer. Pour y répondre, l'EHPAD de La Roselière a fait le choix de faire appel à des personnes en contrat aidé.

Ce choix pose la problématique de la prise en soins des résidents dans un contexte de sous-qualification de certaines catégories de personnels venant travailler en EHPAD. L'optimisation de l'offre de service est en lien direct avec l'accompagnement des personnes en contrat aidé, les deux étant interdépendants.

Pour améliorer l'offre de service dans son double aspect de prestation technique et de relation humaine, j'ai élaboré le projet d'accueil et d'accompagnement des personnels les moins qualifiés pour les emmener vers une socialisation professionnelle.

La formalisation de ce projet s'appuie sur le principe d'une démarche RSE par la mise en œuvre de quatre axes pour rendre à la personne âgée dépendante sa place de sujet et d'acteur jusqu'au bout de la vie.

Mots clés:

PERSONNES AGES DEPENDANTES – LIEN SOCIAL – PERSONNEL PEU QUALIFIE –
RESPONSABILITE SOCIALE DES ENTREPRISES – TUTORAT – SOCIALISATION
PROFESSIONNELLE

L'École des Hautes Études 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.