



EHESP

DESSMS- Promotion Albert Jacquard

Promotion : **2014 _ 2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Le Projet d'établissement : un des
promoteurs de la qualité dans
l'établissement ?**

Paula BERGER

Je fais l'expérience que plus je vieillis plus je deviens utopiste, plus j'espère dans un avenir autre, plus je me dis «*Voilà, j'ai fait un parcours, j'ai beaucoup appris, je n'aurais pas le temps de tout faire. J'ai besoin de l'autre, j'ai espoir en lui, je l'espère.* »

Albert JACQUARD, 2010 in préface *Carnet de voyage intergénérationnel*, GADET C.

Remerciements

Mes premiers remerciements iront à la Directrice de la maison de retraite où j'ai pu découvrir et expérimenter mes premières responsabilités. Elle m'a confié une mission principale d'excellent niveau qui m'a permis de mesurer toute la complexité des fonctions de direction. Je remercie aussi les résidents, leurs proches et les équipes de l'EHPAD pour leur écoute et leur intérêt, avec une mention spéciale pour une assistante de direction qui m'a spécialement secondée dans ma mission.

Je remercie aussi très chaleureusement Madame Nicole BOHIC pour son attention, son écoute et ses précieux conseils. Elle a éclairé mon cheminement en ayant une grande disponibilité chaque fois que nécessaire. Je remercie aussi Madame Karine Chauvel Bourgeault pour avoir accepté de m'apporter ses éclairages techniques, en plus de sa mission de Conseil en Parcours de Formation.

Enfin, je remercie grandement mes proches qui ont su m'encourager, m'éclairer et contribuer à mon questionnement avec leurs remarques très pertinentes, je pense tout particulièrement à ma fille Anne-Sophie. Je n'oublie pas aussi à mes collègues de promotion, présents durant ces deux années, alors merci aussi à Agnès, Anne-Marie, Claire, Claudine, Latifa, Nadège, Nathalie, Paulo, Géo...

Sommaire

INTRODUCTION :	1
Chapitre 1 L'appropriation de l'histoire, du contexte et des outils : un enjeu indispensable à la conduite du projet d'établissement	7
1.1 <i>L'établissement et son environnement</i>	7
1.1.1 Les particularités de l'établissement sont des données indispensables à la pertinence du projet.	8
1.1.2 L'Inscription sur le territoire, un savoir-faire utile au service du projet d'établissement	12
1.1.3 Opportunités et menaces, une connaissance essentielle à la conduite du projet d'établissement, mises en exergue par l'évaluation externe.....	14
1.2 <i>Les outils propres à l'élaboration du projet</i>	17
1.2.1 L'intelligence normative, un prérequis nécessaire à la conduite du projet d'établissement	17
1.2.2 - Des outils en perpétuelle construction	21
1.3 <i>L'intégration de ces éléments à l'élaboration du projet d'établissement</i>	23
Chapitre 2 Le hiatus entre la théorie et la pratique : les atouts et limites de la conduite du projet d'établissement pour faire évoluer les pratiques professionnelles	25
2.1 <i>Les atouts du projet d'établissement dans la démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles</i>	25
2.1.1 Un outil de management pour l'établissement.....	26
2.1.2 Un outil de négociation auprès de l'ensemble des partenaires	30
2.1.3 Un outil de communication	31
2.1.4 Le décalage entre projet d'établissement pour les Floralies et l'absence de projet pour la résidence des Orchidées.....	32
2.2 <i>Les limites du projet d'établissement dans la démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles</i>	33
2.2.1 La difficile mobilisation autour du projet d'établissement	33
2.2.2 La temporalité complexe du projet d'établissement.....	35
2.2.3 Une communication à maîtriser	36
2.2.4 Le décalage entre projet d'établissement pour les Floralies et nouveau projet pour Les Orchidées.....	36
2.3 <i>Quel bilan après l'élaboration de ce projet d'établissement ?</i>	37
2.3.1 Rétablir le dialogue	38

2.3.2	L'accentuation de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	38
2.3.3	Rouvrir le champ des possibles.....	38

Chapitre 3 Comment est-il possible d'enrichir au quotidien la conduite du projet

d'établissement élaboré ?	41
----------------------------------------	-----------

3.1	<i>La nécessité de développer d'autres stratégies en matière d'amélioration continue de la qualité s'appuyant sur les techniques de gestion mise en œuvre.....</i>	42
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.1.1	Une stratégie pour investir sur les ressources humaines	42
-------	---------------------------------------------------------------	----

3.1.2	Une stratégie pour parfaire la fonction achats afin dégager des marges financières pour la réalisation d'actions qualitatives	48
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.2	<i>L'éthique, le directeur, un des garants des valeurs et de l'humanité de l'accompagnement</i>	51
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.2.1	Changer de regard	52
-------	-------------------------	----

3.2.2	Un autre regard de l'extérieur : l'ouverture sur l'extérieur	54
-------	--------------------------------------------------------------------	----

3.3	<i>COMMENT CES PRECONISATIONS S'IMBRIQUENT-ELLES DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT DES ORCHIDEES?</i>	55
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.3.1	D'autres mesures comme un complément au projet d'établissement	55
-------	----------------------------------------------------------------------	----

3.3.2	Les autres préconisations ?	56
-------	-----------------------------------	----

Conclusion.....	58
------------------------	-----------

Bibliographie.....	61
---------------------------	-----------

<i>textes législatifs et réglementaires.....</i>	<i>61</i>
--------------------------------------------------	-----------

<i>ouvrages.....</i>	<i>62</i>
----------------------	-----------

<i>articles (de périodiques).....</i>	<i>63</i>
---------------------------------------	-----------

<i>rapports.....</i>	<i>64</i>
----------------------	-----------

<i>thèses et mémoires.....</i>	<i>66</i>
--------------------------------	-----------

<i>sites Internet.....</i>	<i>66</i>
----------------------------	-----------

Liste des annexes	I
--------------------------------	----------

Liste des sigles utilisés

- **ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- **ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **ANSP** : Agence nationale des services à la personne
- **AMP** : Aide médico-psychologique
- **APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **AS** : Aide-soignant
- **ASH** : Agent des services hospitaliers
- **BFR** : Besoins en fond de roulement
- **CA** : Conseil d'administration
- **CD** : Conseil départemental
- **CH** : Centre hospitalier
- **CNRTL** : Centre national de ressources textuelles et lexicales
- **COPIL** : Comité de pilotage
- **CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CTE** : Comité technique d'établissement
- **CVS** : Conseil de la vie sociale
- **DARDE** : Document d'analyse des risques liés à la défaillance en énergie
- **DREES** : Direction recherche, études, évaluation et statistiques
- **EHESP** : Ecole de hautes études en santé publique
- **EHPAD** : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
- **EHPAD (PNL)** : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes, public non lucratif
- **EIPAS** : Espace Investigation Prévention Accompagnement du Stress
- **ESMS** : Établissements sociaux et médico-sociaux
- **GEPSO** : Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **ID** : *Idem*
- **IDE** : Infirmier diplômé d'état
- **IDEC** : Infirmier diplômé d'état coordonnateur
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **M** : Millions

- **Md** : Milliard
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PIB** : Produit intérieur brut
- **RBPP** : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- **RPS** : Risques psychosociaux
- **SAV** : Service après vente
- **SCIE** : Social care institute for excellence

INTRODUCTION :

Le défi dont il sera question est celui de l'élaboration d'un premier projet d'établissement au sein d'une structure ouverte depuis douze ans. Il était intéressant à relever, en raison de la perplexité qu'il provoquait. En effet, comment ne pas être interloqué ? Comment était-il possible pour un établissement de fonctionner depuis tant d'années sans cap, sans objectif, sans un avenir commun, partagé entre la direction, l'équipe et les personnes vulnérables hébergées ?

Face à ce constat, le premier mouvement pourrait être de penser que cet outil n'a pas de pertinence ou pas de caractère indispensable ou d'importance par exemple. C'est un discours qu'on peut entendre parfois. Mais avant d'en étudier la justesse, il est essentiel de commencer par une définition du projet. Le Littré et le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)¹ nous rappellent que ce mot est issu du latin *projectus*, et qu'il est question d'idée ou d'action visant à se jeter en avant, ayant trait : de la vie d'un individu (projet de vie) jusqu'à l'organisation d'une société (projet de loi). Jean Baptiste POQUELIN dit Molière réfléchissant sur le projet affirmait en son temps *On n'exécute pas tout ce qui se propose; Et le chemin est long du projet à la chose*², il est intéressant de relire ces lignes qui sonnent, comme un appel à la modestie, à l'humilité qu'il y a lieu de posséder avant de se lancer dans une telle démarche.

Mais le projet d'établissement, est-ce juste l'idée de se *jeter en avant* ou plus concrètement, est-ce uniquement une phase introduisant une salutaire dissociation entre la conception et la réalisation des grandes attentes qui habitent les professionnels que nous sommes ? Le projet possède, comme le rappelle l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et médico-sociaux (ANESM), cette volonté de formuler une anticipation opératoire, c'est-à-dire un lendemain envisageable, parce qu'il fait référence à un futur *qu'il va chercher à faire advenir [...] ouvrir la voie des possibles en s'éloignant de la tentation de l'irrationnel, comme le souhaite, sans pour autant être ancré dans une trop grande rationalité, comme l'impose le but. Il doit chercher indéfiniment à polariser l'action vers ce qu'elle n'est pas*³.

Pour faciliter cette élaboration, il est apparu essentiel de se rapprocher des référentiels de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) élaborés par l'ANESM. A l'occasion de la publication de sa recommandation *Élaboration, rédaction, et animation du projet*

¹ <http://www.littre.org/definition/projet> - <http://www.cnrtl.fr/definition/projet>

² [Tart.III,1]

³ *Repères concernant la notion de projet*, ANESM & Cabinet COPAS

d'établissement ou de service en mai 2010, l'agence a bâti des repères sur cette notion. A leur lecture, on apprend qu'à côté de la notion étymologique de se jeter en avant, se trouve celle liée à l'architecture, ainsi que celle ayant trait à la philosophie impliquant un effort pour sortir de soi. Ces trois visions du projet soulignent la complexité de son élaboration. Il s'agit bien d'essayer **de faire advenir un futur**, en distinguant le projet de son exécution, ce qui permet **d'effectuer le pas de côté nécessaire à l'analyse** de la démarche : *le point de vue de Sirius*⁴, mais aussi de **réaliser les efforts** qu'appellent celui-ci durant tout le processus : de son élaboration à son évaluation.

L'apprentissage des repères de l'ANESM facilite aussi la compréhension des deux typologies de démarches précisément décrites. On a d'un côté, la **gestion par projet** (*project management*). Il est expliqué qu'il s'agit d'une notion née aux États Unis dans les années 50. Elle facilite, favorise l'innovation et l'expérimentation d'un secteur d'activité en mettant en place une organisation se caractérisant par son horizontalité⁵ (ou une logique de réseau) avec une temporalité assez courte. Et de l'autre, le **projet d'institution** qui se fonde, lui, sur l'amélioration d'un existant de l'organisation globale sur un mode vertical (ou hiérarchique) et sur une temporalité longue. Quoi qu'il en soit ces deux notions ne sont pas si éloignées que l'on peut le croire car on sait que le projet d'établissement sera vraisemblablement porteur d'une ambition se déclinant sous forme de gestion de projets. L'appropriation de cette logique peut accroître l'embarras, en effet, comment légitimer la construction d'un projet d'établissement d'un EHPAD, sortant d'une évaluation externe n'ayant pas mis en avant suffisamment d'éléments critiques, ceci en dépit de l'absence de cet outil durant d'aussi longues années ?

Le projet ici qui alimentera le propos, sera celui d'un établissement d'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie (EHPAD) situé dans le Puy de Dôme qui possède des singularités qui seront évoqués ultérieurement. Pour autant, il ressemble à beaucoup d'autres aussi. La première étape a consisté à chercher, à convaincre, à démontrer aux équipes ce que pourrait être la valeur ajoutée de la construction d'un tel outil, ceci afin que cette élaboration ne se résume pas à une réponse à une obligation légale ou à la levée d'une réserve posée lors de l'évaluation externe. Il a fallu alors centrer le propos sur les valeurs que nous portions pour accompagner les personnes âgées accueillies.

Dans ce propos liminaire, il semble utile de retenir que le fondement essentiel du projet est de s'interroger sur la place accordée à la personne âgée vulnérable au sein de l'institution mais aussi, de façon systémique, au sein de l'environnement, c'est-à-dire la société.

⁴ Expression datant du XIX siècle, symbolisant la nécessité de voir les choses de très haut, Sirius est l'étoile du Grand chien, l'étoile la plus lumineuse du ciel après le soleil [...] In <http://www.expressions-francaises.fr>

⁵ cf. Boutinet, p. 222]. L. Boltanski - E. Chiapello [1999]

Interrogeons à ce sujet la notion : qu'est ce qu'être vieux ? On parle de trois étapes : *l'âge où l'on est âgé sans être vieux (la retraite), l'âge de la vieillesse (75 ans et plus), l'âge de la perte d'autonomie (facultatif)*⁶. On peut ajouter que Le Robert nous indique que cet adjectif est utilisé pour signaler celui qui a vécu longtemps, les caractères physiques ou moraux d'une personne âgée mais aussi pour afficher la volonté d'exprimer une différence d'âge, l'avancée en âge d'un tiers, ou un respect lié à la longévité, mais aussi le choix d'indiquer à son interlocuteur, pour les cas les plus limites, quelqu'un considéré comme démodé, dépassé, sans intérêt, ...

Ces dernières années, les discours sur la place des personnes âgées sont souvent emprunts de cette double logique⁷ : du respect mais aussi de la charge, celle de la dépendance pour la société. Leur orientation a privilégié souvent les questions financières, comme s'il ne s'agissait finalement que d'un problème financier de prise en charge d'un cinquième risque, celui de la dépendance, même s'il est vrai que cette évolution serait une avancée majeure : doit-il être question de solidarité nationale, à l'image des retraites, d'assurance privée car plus proche de la résolution d'affaires personnelles ou un savant compromis entre les deux ? Il est certain que les montants actuels sont préoccupants : en 2011 la dépense publique s'élevait à 24 Milliards (Md) €⁸ (Gir 1-6), soit 1,22 point de Produit Intérieur Brut (PIB) français, se décomposant en 14Md€ de dépenses de santé, 7,5Md€ pour la dépendance et 2Md€ pour l'hébergement. Les dépenses privées s'élèvent, quant à elles, à 7Md€ (+20% de la dépense globale), elles sont la somme de l'ensemble des tickets modérateurs soins, dépendance et reste à charge en établissement. A l'horizon 2060, en l'absence de réforme, l'augmentation de la dépense publique est établie par les experts⁹ à près de 50%, 35Md€, soit 1,77 point du PIB. A la lecture de ces données, on ressent l'impérieuse nécessité d'agir.

Ces constatations nous conduisent tous, trop souvent, à oublier que la vieillesse, quel que soit le lieu où elle se passe est d'abord *la chance de devenir vieux*¹⁰ au lieu d'une charge, celle de l'allongement de l'espérance de vie, elle a triplé en 250 ans. Au XVIII siècle¹¹, on vivait en moyenne jusqu'à 27 - 28 ans, quand aujourd'hui, l'espérance de vie se situe à plus de 78 ans pour les hommes et près de 85 ans pour les femmes. Cette évolution met en lumière les progrès de la science, essentiellement la baisse de la mortalité infantile, mais

⁶ 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de la population*, BROUSSY L.

⁷ Mai 2015, *Lourde charge pour des vieux jours : forte hausse du nombre de personnes âgées confrontées au défi des soins à apporter à leur conjoint diminué*, Dr DE JAEGER C., Atlantico.fr ; Octobre 2000, *Que faire pour nos vieux parents ?* L'express, TIBERGHEN N. ; LOUBAT JR *Elaborer un projet d'établissement ou de service* – p22 à 26 ; ...

⁸ En établissement et à domicile - Juin 2011, *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*, CHARPIN J.M.

⁹ Février 2014, *Le compte de la dépendance*, Dossiers Solidarité et Santé, Direction recherche, études, évaluation et statistiques

¹⁰ BUZZATI D. 2004 : *Le vieux a été jeune, et le jeune a de grandes chances de devenir vieux. De sorte qu'une lutte des âges reviendrait à une lutte contre soi-même*. Le K, nouvelle Chasseurs de vieux, Paris, Pocket

¹¹ Edition 2011, Insee.fr Espérance de vie- Mortalité

aussi l'amélioration de l'hygiène et des conditions de travail. Les moins optimistes rétorqueront que les comportements des individus sont très changeants, comme les conditions sociales et environnementales. Ils peuvent être à l'origine d'un infléchissement de ces tendances en ajoutant que l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure, progresse peu (1995-2014 : 63,8 ans pour les femmes et à 62,6 ans pour les hommes¹²), imposant à la société la nécessité de s'adapter. Ce que l'on peine à mémoriser également, c'est que parmi les 15 Millions (M) de personnes âgées de plus de 60 ans¹³, une majorité d'entre elles vieillira dans de bonnes conditions d'autonomie. En effet, les statistiques précisent que 8% des plus de 65 ans et 20% (1/5) des personnes des plus de 85 ans auront une perte d'autonomie, soit respectivement 92% et 80% des personnes âgées qui ne solliciteront pas d'aide de cette nature. On parle peu aussi de la vieillesse comme une accumulation de savoirs, de richesses à partager, avec ses proches ou d'autres jeunes pour égayer leur quotidien. Enfin, la vieillesse, c'est un processus qui conduit souvent au soutien de ses proches, on compte certes 1,2M de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mais on oublie trop fréquemment que 5M d'âgés sont engagés dans le milieu associatif, que la solidarité familiale est assurée à 31%¹⁴ par les 65 ans et plus et qu'elle donnera lieu à la création de plus de 350.000 emplois à l'horizon 2020 dans le médico-social¹⁵.

On le voit, on ne peut pas résumer la vieillesse à la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Pourtant le constat que l'on peut dresser aujourd'hui en France, c'est *l'absence de représentation du grand âge au-delà d'une citoyenneté souvent théorique* car il leur manque un pouvoir essentiel dans nos démocraties d'opinions pour qu'on les entende et qu'on les écoute, celui de *gueuler très fort* comme l'évoquait Luc BROUSSY dans son rapport¹⁶. Mais, la vieillesse, ça commence à quel âge ? On sait avec assurance que la vieillesse est un processus qui commence dès la naissance. Interrogez dix personnes, chacune aura sa propre définition du sujet, et si tout cela n'était, comme évoqué, que représentation ? JB GRIZE affirmait sur le sujet : *finalement, la représentation sociale est une forme de connaissance bien particulière, non réductible à une connaissance scientifique dégradée ou erronée. Elle puise ses contenus dans plusieurs champs, elle fonctionne par traduction, articulation, emprunt, ressemblance, elle produit un vraisemblable pour convaincre, elle est paradoxalement connaissance-méconnaissance en rapport réciproque avec la pratique*¹⁷. Dans le prolongement de cette réflexion, il est apparu nécessaire de s'interroger sur la représentation de la personne âgée que nous possédions,

¹² Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil Eurostat, fin 2012

¹³ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme

¹⁴ Sondage OpinionWay, 2013

¹⁵ 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de la population*, BROUSSY L.

¹⁶ ID .

¹⁷ 2003, *Logique naturelle et représentations sociales* par Grize JB, sous la direction de Jodelet D

nous les professionnels de l'EHPAD avant d'entamer des travaux sur le projet d'établissement¹⁸.

En entendant nos discours, parfois, on s'interrogeait, on s'étonnait, on s'inquiétait sur la place accordée à la personne âgée au sein de l'institution : *rupture, tristesse, solitude, indifférence, [...]*¹⁸. Il est vrai que régulièrement, il est possible de constater une prise en charge de bon niveau: les personnels vont être très vigilants au niveau des techniques à déployer sur les risques d'escarres, de dénutrition, de chutes, sans pour autant avoir la même implication dans le soin relationnel ou sur la qualité de l'accompagnement¹⁹. Le projet d'établissement semble apparaître alors comme l'un des outils à même de faire évoluer ces pratiques, si l'on veut s'éloigner du spectre d'un EHPAD « *qui ne s'occuperait plus que de prise en charge technique [...] d'une vieille femme « hypermédicalisée*²⁰» [...] . Une pratique où la personne âgée n'est plus considérée comme « *sujet* » mais comme *objet à qui l'on va techniquement, dispenser des soins [...] l'institutionnalisme*²¹. Durant mes stages, j'ai pu entendre des responsables exprimés l'intérêt de ce choix « *un EHPAD où seule la technique aurait sa place* » et par voie de conséquence la suppression des moyens ne s'y référant pas. Ce genre de perspectives semble nier les valeurs fondamentales du *care* qui s'intéresse à la personne vulnérable dans son entier, c'est-à-dire dans sa dimension physique, relationnelle et sociale employant des personnels qui s'interrogent sans cesse pour *inventer les comportements justes et appropriés à la singularité des cas afin d'actualiser et réactualiser chaque réponse à la spécificité des situations rencontrées*²². *Il faut réintroduire de l'humain, de la sensibilité, voire de la sobriété dans nos manière de dire et in fine ... de faire*²³. Les personnels en charge du *care* disposent certes des compétences techniques sur les problématiques des sujets âgés. Mais, ils possèdent aussi ce qu'on peut appeler un *supplément d'âme* qui les oblige à faire l'effort de placer la technique à une distance raisonnable pour chercher à apporter autre chose : un moment de plaisir pour les personnes vulnérables accueillies avec un regard, une écoute, un mot, un geste approprié, voire le partage d'un moment de complicité car comme l'écrit Marie de Hennezel : *la tristesse est bien plus redoutable que la vieille femme et la mort*²⁴.

¹⁸ Cf. annexe : Questionnement sur les représentations

¹⁹ Définition de la qualité de l'accompagnement : l'humanisation des pratiques, l'appropriation des lieux par la personne vulnérable, l'intégration au groupe rendue possible par des pratiques sociales et le développement des relations à l'autre. VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 2003, *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès/ Définition OMS 1993, qualité de vie : *La perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles, il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes*. ... ANESM (Qualité de vie, volet 2), *Point central la notion de perception*.

²⁰ Mars 2015, *Reboisons notre langage pour parler des vieux !* ASH VILLIAMSON R

²¹ Id VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F

²² RICOEUR P., 1990, *Soi même comme un autre*, Paris, Seuil

²³ Mars 2015, *Reboisons notre langage pour parler des vieux !* ASH WILLIAMSON R

²⁴ DE HENNEZEL M. & VERGELY B., 2011, *Une Vie pour se mettre au monde*, Paris, Le Livre de poche

Si on veut rajouter de la vie dans les EHPAD, c'est à dire si on opte pour le *prendre soin*²¹, il est important de s'assurer régulièrement que nous proposons bien aux résidents un accompagnement, c'est-à-dire un lieu où il fait bon vivre en étant sécurisé au niveau de sa santé. On sait que les problématiques d'équipe concernent le plus souvent *l'existence ou non de projet commun [...] d'éventuels conflits internes [...] l'absence de recensement du potentiel de chacun [...] et le manque de temps pour effectuer d'autres tâches que techniques[...]. Cette prise de conscience est, par ailleurs, fort peu suivie d'effet dans la mesure où les personnels préfèrent généralement s'en remettre à leurs tâches traditionnelles plutôt que d'y ajouter la dimension relationnelle que l'on attend d'eux[...]*²⁵. C'est dans cet état d'esprit que je m'interroge sur le projet d'établissement pour savoir dans quelle mesure, il peut permettre cette conformité avec les attentes des personnes âgées accueillies. **Autrement dit, comment le projet d'établissement peut-il faire évoluer les pratiques professionnelles ?**

Pour répondre à ce questionnement sur le lien entre le projet d'établissement et les pratiques professionnelles, il a semblé nécessaire **en premier lieu de répondre aux enjeux de la conduite du projet en proposant l'appropriation du contexte, de l'histoire, des valeurs, des opportunités et menaces propres à la structure, à son environnement parce que c'est cette particularité qui va forger les résultats du cheminement. Il sera fait référence aussi aux connaissances minimales, à la boîte à outils de toutes natures, utile à sa réussite (I). Dans un deuxième temps, il est apparu utile de s'interroger sur le hiatus entre la théorie et la pratique au sein du lieu stage, c'est-à-dire les atouts et les limites du projet d'établissement pour répondre aux attendus (II). Enfin, le questionnement se prolongera jusqu'à rechercher les possibilités d'enrichissement du projet d'établissement des Orchidées durant sa conduite (III).**

Le propos de ce mémoire s'appuiera sur la bibliographie citée, la mise en œuvre de la méthodologie proposée par l'ANESM²⁶, des enquêtes, des observations de terrains et des connaissances acquises durant ma formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) ainsi qu'à l'occasion de mon expérience professionnelle antérieure.

²⁵ VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F : Id

²⁶ *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*, Mai 2010

CHAPITRE 1 L'APPROPRIATION DE L'HISTOIRE, DU CONTEXTE ET DES OUTILS : UN ENJEU INDISPENSABLE À LA CONDUITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

La première partie de ce mémoire cherchera à s'interroger sur les éléments indispensables, utiles, voire essentiels à un directeur pour construire avec ses équipes, les résidents et leurs proches ainsi que les partenaires le projet d'établissement susceptible d'ouvrir le champ des possibles afin d'être en phase avec les enjeux d'une telle démarche.

On se demandera aussi si l'élaboration d'un projet d'établissement peut s'engager facilement quelque soit l'établissement. En théorie, on pourrait répondre par l'affirmative à cette question parce qu'il semble passionnant pour des professionnels d'engager une telle réflexion mais dans ce cas comment expliquer l'absence ou pire l'insuffisance de certains projets d'établissement se limitant à rassembler des banalités et des vœux pieux pour répondre à l'obligation légale, s'interdisant de fait, le moindre bénéfice à la démarche. Dans ce cas, comment mener à bien cette élaboration et avec quels outils ?

1.1 L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

Un projet d'établissement affirme les valeurs de la structure, élève la synthèse de ses différents projets (de vie, d'animation, médical & de soins, social ainsi qu'architectural) parce qu'il les explicite, en partant d'un recueil de données analysées stratégiquement qui décryptent le contexte, l'histoire, les valeurs, les attentes, les opportunités et menaces propres à la structure, aux résidents, aux équipes, au manager et à son environnement pour se projeter vers un futur qu'il définit. Il a vocation, d'abord, à d'être un outil de management parce qu'il *affirme un but, une position et une identité*²⁷ permettant de valoriser le sens de l'action quotidienne ainsi que le rôle, l'organisation de l'ensemble des professionnels en définissant les coopérations, limitant ainsi les zones d'incertitudes. Outil de management aussi car il explique le futur qu'il est question de faire advenir... C'est un véritable *marqueur de volonté humaine, [...] une prise de conscience [...] une utopie en imaginant un avenir qui n'est écrit nulle part*. Il est aussi un outil pour négocier avec les partenaires et se positionner au niveau institutionnel parce qu'il donne à la structure une bonne *lisibilité et traçabilité de [son] utilité sociale*. Enfin, il est un outil de communication

²⁷ LOUBAT J.R., 2012 *Elaborer un projet d'établissement ou de service*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod
Paula Berger - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

car c'est une interface entre les acteurs de l'entreprise et les partenaires externes : il imprime une direction et attribue une identité à une communauté d'action [...]²⁸.

1.1.1 LES PARTICULARITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT SONT DES DONNÉES INDISPENSABLES À LA PERTINENCE DU PROJET.

A) Historique sur l'établissement

Quand l'intérêt de l'outil est perçu, il devient possible d'entreprendre quelque chose. La première nécessité du pilote de la démarche, c'est-à-dire la direction, est une connaissance parfaite de l'institution concernée. Pour celle-ci, cela peut paraître une véritable gageure de prétendre connaître complètement la singularité d'un établissement. Il est alors indispensable que l'ensemble des acteurs soit impliqué. Il faut retenir que l'étude des documents institutionnels propres à l'EHPAD, mais aussi ceux des partenaires extérieurs, facilite un certain nombre d'apprentissages.

A l'EHPAD Les Orchidées, situé à proximité de l'agglomération clermontoise et du parc naturel régional des volcans d'Auvergne, le personnel a été confronté à une histoire un peu singulière car il s'agit d'un ancien hôpital thermal de 82 lits, aménagé en 1945 au sein d'un bâtiment datant de 1882. Il fut reconverti en 2003 en maison de retraite, en raison de la chute de son taux de fréquentation (-50% pour les saisons entre 1989 et 1996 – ouverture annuelle limitée aux mois d'avril à octobre) et de la restructuration de l'offre hospitalière engagée, à la faveur de la réforme de 1991. Sa transformation a été prononcée par l'arrêté préfectoral du 10 février 2003 après la suppression de l'hôpital prononcée par un arrêté du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation le 1^{er} janvier 2003. Ces décisions ont entraîné *de facto* le transfert de tous les éléments de l'actif mais aussi du passif, ainsi que de tous les droits et obligations à la structure nouvellement créée²⁹.

La spécificité de cet établissement tient aussi à sa taille relativement modeste, et son adossement à une falaise en granite arkose, entraînant des ruissellements sur la structure. Il se situe dans le cœur urbain d'une cité thermale, connue pour les bienfaits de son eau qui séduisit, jadis, comme les édiles de la ville aiment à l'évoquer encore aujourd'hui, Mallarmé, Churchill et Édith Piaf. La structure possède 40 logements³⁰ avec vue sur la cité, pour une capacité d'hébergement complet de 47 résidents dans des locaux appartenant à la commune, en partie réhabilités durant les années 2000 à 2003. L'occupation des lieux s'effectue sous la forme d'un bail emphytéotique. Ces quarante-sept places d'hébergement complet sont réparties sur quatre niveaux. Chaque étage accueille douze résidents en moyenne. Le rez-de-chaussée est dédié à la salle de

²⁸ Idem (ID)

²⁹ Informations extraites du dossier fourni pour le conseil d'administration actant ces transformations.

³⁰ Dont 7 logements partagés par deux résidents

restauration et au salon de télévision, contigus à la porte d'entrée. On peut regretter qu'il n'ait été possible de réserver que 12m² à la salle d'animation et qu'elle soit localisée au 4^{ème} étage. L'emplacement au sous-sol réservé à la cuisine ne semble pas complètement fonctionnel au quotidien. Enfin la blanchisserie, localisée au premier étage, rendue ergonomique avec les aménagements de ces dernières années, offre davantage de vie en raison de sa proximité avec les logements des résidents, certaines dames aiment y passer un moment en aidant au pliage du linge. Cependant, il faut retenir que l'implantation de la structure est aussi une force car elle est au cœur de la cité, donc d'un accès aisé pour les proches et les bénévoles, avec une ligne de bus qui s'arrête au pied de celle-ci. Elle favorise également la participation sociale des usagers en leur simplifiant l'accès à l'ensemble des loisirs et commerces (parc thermal, cinéma, salon de coiffure, boutiques,...). De plus sa taille humaine lui donne un caractère familial grandement apprécié des résidents et des professionnels y exerçant leurs fonctions.

La particularité de l'établissement, sa complexité majeure, vient de la rotation importante des personnels de direction. Dix se sont succédé entre 2003 et 2011. A présent, il a trouvé une stabilité propice à la construction d'un projet, l'actuelle direction est assurée depuis quatre ans par un Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ces nombreux changements ont largement contribué à compliquer la gestion administrative et financière de la structure et à favoriser la souffrance au travail des personnels. Ces données ont été prises en compte dans les possibles attendus³¹.

B) Identification des professionnels

Quand on étudie la situation du personnel, on peut constater pour ses forces : un organigramme mettant en évidence une équipe pluridisciplinaire³², près de 75% de personnels diplômés, un taux d'encadrement satisfaisant 0,85 équivalent temps plein (ETP)³³, un programme de formation ambitieux. Par exemple en 2014, 16K€ ont été répartis en trois thématiques : santé, bien-être des résidents (40% des crédits), maîtrise des outils de gestion (37%, planning et tableaux de bord) et qualité de vie au travail (22% gestion du stress et du travail de nuit), un taux très faible de jours d'absence au titre de l'accident du travail (6% - 10%) et une large ouverture aux stagiaires (32 pour une durée totale de 170 semaines) du stage de découverte en 3^{ème} jusqu'au qu'au bac professionnel.

Les menaces apparaissent cependant aisément à l'occasion de ce travail. L'organigramme, d'abord, il a été nécessaire de le retravailler pour le centrer autour du

³¹ Extrait du projet d'établissement écrit par mes soins en mai-juin 2015

³² Cf. annexe : Les données sur le personnel

³³ KPMG, Avril 2014, taux moyen dans les EHPAD 0,65 ETP/ taux médian 0,69ETP

résident. Ensuite, le programme de formation 2014, on peut regretter qu'une place aussi forte ait été laissée aux thématiques gestion des plannings et mise en œuvre de tableau de bord, alors même que les personnels sont encore aujourd'hui dans de grandes difficultés, voire dans l'impossibilité d'accomplir ces tâches de façon satisfaisante. Sur ce sujet, on peut surtout s'inquiéter qu'il soit si complexe au quotidien de laisser réellement partir les professionnels et qu'il n'existe pas un tableau de bord particulier aux actions suivies, ceci afin de ne pas limiter celles-ci aux seuls professionnels désireux de se former. Enfin, la structure souffre d'un fort absentéisme³⁴ soit en moyenne 6,5 postes par an³⁵, relevant principalement de la maladie ordinaire (60%), des CLM/ CLD (+30%). Ces résultats impactent fortement le tableau des emplois³⁶, donc les coûts de la structure mais aussi la qualité de la prestation qu'il est possible d'offrir aux résidents car durant leurs absences, un personnel-remplaçant est sollicité. Il connaît (et est connu des résidents) plus ou moins et la tâche pour lui est singulière : mémoriser les habitudes, peu ou pas tracées, de quarante-sept résidents, et d'une structure en deux jours au mieux, dans le plus favorable des cas, c'est une véritable gageure !

C) L'identification de l'EHPAD et de ses résidents

Il y a lieu de retenir pour l'élaboration du projet d'établissement qu'il s'agit d'un établissement public, autonome, d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), habilité à l'aide sociale, fonctionnant avec une dotation globale dépendance, c'est-à-dire le versement au douzième de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) des résidents présents et où il est possible de percevoir l'allocation personnalisée au logement. Il relève de l'article 312-1 du Code de l'action Sociale et des familles. A ce titre, il s'agit d'un établissement médicalisé, qui accueille, sauf dérogation particulière, *des personnes de 60 ans et plus, valides ou n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une présence médicale et une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins et une aide à l'insertion sociale*. Ses personnels dépendent du statut de la fonction publique hospitalière.

Son financement est assuré par la dotation dépendance versée chaque mois par le Conseil départemental, la dotation soins allouée par l'Agence Régionale de Santé ainsi que par la contribution des résidents, et à défaut par une indemnité allouée par le conseil départemental dans le cadre du dispositif de l'aide sociale, variable selon la situation des obligés alimentaires. Cette dernière est ensuite récupérable sur la succession du bénéficiaire. On peut ajouter que le reste à charge au sein de cette structure est

³⁴ 1348 jours d'absence en 2014, Taux moyen 43,20 jrs par agent, la moyenne déjà élevée, comme le souligne l'étude, se situe à 32,5 jrs, soit 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé (source KPMG Observatoire des EHPAD – Avril 2014)

³⁵ Pour une quotité de travail de 7h30, soit 206 jours travaillés en 2014 sans tenir compte du niveau d'absentéisme par agent.

³⁶ Tableau des emplois autorisés 31,20 ETP vs effectifs payés 40,13 ETP, annexé au présent document.

significatif pour la région³⁷, il s'élève à 64,45€ au budget prévisionnel 2015, en décalage aussi avec les taux nationaux³⁸, avec une année particulièrement complexe à venir en raison du nombre important de mises aux normes devant être entreprises. Ce constat doit conduire à une intense réflexion chaque fois qu'un plan d'actions conduira à de nouvelles dépenses à la charge des résidents, sans économies à mettre en regard.

La structure possède un taux d'occupation satisfaisant de **98,89%** pour l'année 2014, conforme aux taux moyens constatés. Le GIR moyen pondéré, référence du niveau de dépendance de ses résidents, s'élève à **678,94** (évaluation du médecin coordonnateur en aout 2014) soit une baisse de presque 8,44% pour la même année de référence (**741,49**). On retiendra que l'étude KPGM³⁹ précise qu'au plan national le GMP moyen est de **657** pour les EHPAD public non lucratif (PNL) et **709** pour les EHPAD publics, consacrant, pour une majeure partie d'EHPAD, une augmentation des poly-pathologies et des besoins en soins, confirmée par le pathos moyen pondéré (PMP) s'établissant autour de **172** pour les EHPAD PNL et à **187** pour les EHPAD Publics. Détail qui a son importance, le PMP de la structure s'élève à **280**, loin de l'actuelle moyenne nationale. Lors du renouvellement de la convention tripartite, on peut s'attendre à ce que la dotation en soins subisse une forte minoration. On peut donc penser au vu du GMP que cette année, les résidents des Orchidées ont besoin d'une prise en soins plus légère, cette situation est avantageuse pour toutes les propositions du projet d'établissement qui vont rayonner autour de la vie au sein de l'EHPAD. Elle est, en revanche, moins favorable pour les recettes provenant de la dépendance car elles risquent d'être minorées, et en conséquence limiter les crédits mobilisables. Autre particularité de la structure, son nombre de bénéficiaires à l'aide sociale est particulièrement bas: entre 12% et 17% pour les années 2011-2013 quand le taux moyen se situe à plus près de 25%⁴⁰. Cette situation s'explique, en partie, par l'origine des résidents. Avant leur entrée en institution, Ils habitaient à 83% dans l'agglomération clermontoise, et principalement dans des communes s'apparentant à des *banlieues aisées possédant une économie résidentielle*⁴¹. De ce fait, on pourrait penser que les résidents aient des attentes renforcées. L'enquête de satisfaction démontrera le contraire.

En plus de ces informations techniques, la connaissance des résidents de l'EHPAD se fait aussi en apprenant à connaître la singularité de chacun d'eux. La qualité du projet d'établissement, on peut en être convaincue, dépend largement de la connaissance de ses bénéficiaires autrement que dans les statistiques ou les études publiées, comme l'évoquait si justement l'Abbé Pierre : *Si vous savez tout sans savoir ce qu'est la misère*

³⁷ Prix moyen EHPAD en Auvergne 1.525€ soit ~ 51€, Pénurie annoncée des maisons de retraite en Auvergne d'ici 2020, La Montagne, 28 avril 2014

³⁸ Etude KPMG Observatoire des EHPAD – Avril 2014, EHPAD entre 41€ et 57€, médiane à 50€

³⁹ Etude KPMG (société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes) ID

⁴⁰ ID

⁴¹ Source : Union Nationale des CCAS, *Nouveaux indicateurs pour une meilleure connaissance locale de la pauvreté* – publié en septembre 2009

de ceux qui souffrent, vous serez, avec toutes vos connaissances, des chefs désastreux pour demain."⁴². Pour autant, il faudra s'inscrire dans la dynamique du territoire.

1.1.2 L'INSCRIPTION SUR LE TERRITOIRE, UN SAVOIR-FAIRE UTILE AU SERVICE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Comment cet EHPAD peut-il inscrire son action à venir sur le territoire ? Il s'agit là d'une question importante à se poser pour une direction et ses équipes lorsqu'il est question d'entamer une démarche prospective *parce que le service qu'apporte l'établissement est une réponse circonstanciée, qui vaut à tel instant, mais qui peut à moyen terme ne plus correspondre à la demande sociale*⁴³. On sait que les territoires de santé s'organisent autour de quatre niveaux : un **cadre régional** pour définir les axes stratégiques, ensuite, un cadre départemental pour assurer l'animation et la concertation sur les programmes territoriaux, puis un troisième niveau les **bassins de santé intermédiaires (BSI)** garantissant la coordination des offres de prévention, médico-sociale, ambulatoire et hospitalière ainsi qu'un dernier niveau, les **bassins de santé de proximité (BSP)** dédiés principalement à l'observation de l'offre de premier recours. Pour éclairer la conduite du projet retenue, une étude de l'environnement a été réalisée afin de s'inscrire au mieux dans les attentes et les besoins de la population auvergnate, et plus spécifiquement encore ceux du bassin de santé intermédiaire clermontois. Par contre, on ignore encore la nature des conséquences liées au redécoupage des territoires régionaux avec la suppression de la référence à la région Auvergne.

A) Rappel des données sociodémographiques de la région

Posséder l'intelligence du territoire conduit aussi à l'étude des caractéristiques démographiques. Il a été jugé utile de retenir quelques éléments : le territoire auvergnat possède une faible densité⁴⁴ et occupe le 10^{ème} rang des régions françaises au niveau de sa superficie, tout en étant **une des régions les plus âgées avec une part importante des plus de 75 ans**⁴⁵. Sur ce chapitre, il est intéressant de retenir pour le projet d'établissement des Orchidées que selon les projections de l'Insee⁴⁶, le nombre des personnes de plus de 75 ans résidant dans le Grand Clermont progresserait de 10% à l'horizon 2040 par rapport à 2007. Enfin, on doit prendre en compte aussi le fait que la qualité du niveau de l'offre de santé sur le territoire, plus particulièrement en matière

⁴² «All India Catholic University Federation », Bombay, décembre 1958

⁴³ LOUBAT JR *Penser le Management*

⁴⁴ Soit 52 hab./km² contre 115 hab./km² pour le territoire national- Ensemble des données issues de *Portraits de Santé, L'Etat des territoires auvergnats*, ARS, actualisation mai 2013

⁴⁵ Plus de 75 ans : 11% contre 8,8% sur le territoire national

⁴⁶ INSEE - Omphale 2010- scénario central

d'offre médico-sociale, est très attractive, sans être pléthorique au niveau du grand Clermontois⁴⁷. On peut ainsi déterminer les propositions de prestations susceptibles d'être acceptées par les financeurs, en raison de leur volume, leur nature et leur implantation : le besoin progresse, certes, mais sur un territoire mieux desservi que la moyenne.

B) Les orientations régionales et départementales

Pour analyser les orientations régionales et départementales, la réponse apportée par la structure est étudiée, ici elle s'inscrit complètement dans les objectifs médico-sociaux régionaux et départementaux, intégrant entièrement les particularités auvergnates : à savoir, un pôle d'attractivité clermontois, à deux pas d'une ruralité pouvant être très prononcée pour certains territoires⁴⁸, en ayant une population plus âgée qu'au niveau national. On peut voir la traduction de cette évolution au sein du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de la région Auvergne pour 2014-2018, cet instrument de programmation financière pluriannuel, est réactualisé chaque année au regard du schéma régional de l'organisation médico-social (SROMS). Pour le moment, ces programmations privilégient d'une part, *le maintien à domicile des personnes âgées, en favorisant le recours aux dispositifs de répit et leur diversification, et d'autre part, l'amélioration de la qualité en Institution, en achevant le déploiement des mesures médico-sociales du plan Alzheimer et en finalisant les opérations de restructuration autorisées antérieurement*⁴⁹.

De son côté, le schéma gérontologique du Puy de Dôme 2009-2013 animé par le Conseil Départemental du Puy de Dôme, en cours d'actualisation, répond à la même logique, en se déclinant en quatre axes : *Le développement de la coordination pour améliorer l'action, le soutien aux aidants, la promotion du développement d'un parcours résidentiel de la personne âgée et l'amélioration du pilotage de la politique gérontologique*⁵⁰. Il a noté que la collectivité territoriale mobilise près de la moitié de ses ressources pour l'action sociale.

C) Besoins et attentes du territoire

Cette connaissance de la structure et de son environnement, s'appuyant sur les documents institutionnels, nous interdit d'avancer plus avant sur une première idée émise qui consistait à bâtir un projet d'établissement autour de la reconstruction de la structure

⁴⁷ Confère annexes offre médico-sociale Auvergne : Taux d'équipement EHPAD France 98,8/ Auvergne 118,6

⁴⁸ Par exemple : Saint Flour (16,1 habitants au km²), Mont Dore (18,3 hab), Mauriac (20,5 hab.), Brioude (23,7hab) données issues de *Portraits de Santé, L'Etat des territoires auvergnats*, ARS, actualisation mai 2013

⁴⁹ Arrêté n°2014 – 379, modifiant l'arrêté n°2012-67 relatif à l'adoption des programmes régionaux et portant actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie pour la période 2014 - 2018 de la région Auvergne.

⁵⁰ Département du Puy de Dôme, Accompagner la vie, Schéma gérontologique 2009 – 2013 ; http://actionsociale.puydedome.fr/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=449566.PDF

avec une offre d'EHPAD s'ouvrant au secteur du handicap vieillissant. Ce secteur d'activité dispose aussi déjà d'une offre étoffée. Toutefois, avant de s'interdire complètement cette hypothèse, une rencontre a été organisée avec l'ensemble des décideurs : Conseil Départemental, l'Agence Régionale de Santé (ARS), Président du Conseil d'Administration, et direction de la structure. Ce fut l'occasion de conforter l'analyse : l'EHPAD, bien que disposant d'une taille critique, ne pouvait se projeter en ce sens en raison d'abord de son absence de maîtrise du foncier, ensuite de son lourd endettement⁵¹ et enfin de la nature du projet : les préconisations départementales tendent à privilégier le prolongement de l'offre en matière handicap au sein des structures *ad hoc* parce qu'elles disposent du savoir-faire, souvent moins développé en EHPAD (de la prise en soins jusqu'aux activités), cela permet aussi d'apporter une souplesse à l'offre existante en s'appuyant sur la restructuration de places surnuméraires. Enfin pour la personne vieillissant en situation de handicap, cela évite le déracinement fréquent (foyer via EHPAD), souvent source de tensions très fortes pour l'intéressée comme pour l'ensemble des populations accueillies, liées aussi à l'écart important d'âge et de mode de vie. Et puis il paraît opportun aussi à certains experts du domaine de familiariser les personnes en situation de handicap à cette notion de vieillissement qui tourmente ceux qui vieillissent⁵², compte tenu de leur méconnaissance complète de ce processus. L'autre école de pensées⁵³ vise les solutions plus souples, cherchant à intégrer les personnes en situation de handicap au droit commun quand cela est possible, c'est à dire en EHPAD⁵⁴. En Auvergne, ce type de développement apparaît plus complexe au regard des difficultés qui ont pu émerger⁵⁵. Il faut donc trouver pour la structure matière à projet loin de cette hypothèse.

1.1.3 OPPORTUNITÉS ET MENACES, UNE CONNAISSANCE ESSENTIELLE À LA CONDUITE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT, MISES EN EXERGUE PAR L'ÉVALUATION EXTERNE

Pour élaborer les grandes lignes du projet d'établissement, il a été jugé pertinent aussi d'analyser ses opportunités et ses menaces en étayant cette analyse sur le rapport produit par les évaluateurs en charge de l'évaluation externe. Leurs constats signalent différents points : ils indiquent que *la démarche d'amélioration continue a été initiée avec l'évaluation interne, en mettant en place un plan d'actions, des fiches d'évènements*

⁵¹ Plus de 70% d'endettement, principalement sur le bâti, restant la propriété de la collectivité territoriale

⁵² Les plus de 55 ans représentent entre 12% MAS - 16% FAM des personnes en situation de handicap, In Observatoire, 2012, Etude nationale, *Le Vieillissement des personnes en situation de handicap, quel impact sur l'accompagnement et les métiers ?*

⁵³ « *Priorité est donnée à l'avancée en âge en milieu ordinaire de vie* » L'avancée en âge des personnes handicapées : Contribution à la réflexion – Tome I, Groupe de travail animé par GOHET P, Membre de l'Inspection générale des affaires sociales, 2013

⁵⁴ Avant l'accueil en EHPAD, 50% des personnes vivaient en structure médico-sociale de type Foyer de vie, Foyer d'hébergement, Foyer d'accueil médicalisé et 14% en CHS In Enquête du GEPSO (Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux).

⁵⁵ Accueil parents, enfant en situation de handicap - EHPAD de Chabreloche en Auvergne

graves et indésirables. De ce fait, ils préconisent une amplification à mettre en place avec la formalisation des éléments de suivi du plan d'amélioration, un travail d'exploitation des fiches et la planification régulière d'enquêtes de satisfaction. S'agissant des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les évaluateurs ont constaté que les personnels les connaissaient sans toujours être en mesure de les rattacher à l'ANESM, un travail d'appropriation reste donc à conduire. Ils précisent aussi qu'il y a lieu de sécuriser la gestion de l'ensemble des risques, y compris au niveau du circuit du médicament, ou lié à la défaillance en énergie (DARDE), ou de l'usage des produits de bio-nettoyage, mais aussi au niveau des risques professionnels.

Dans les éléments de management, l'absence de projet d'établissement est remarquée, pour autant les évaluateurs ont vu que la structure possédait *des indicateurs de gestion*. La gestion des ressources humaines répond aussi aux modèles traditionnels: *entretien professionnel annuel, réunion hebdomadaire pluridisciplinaire*. Cependant cette dernière doit évoluer en proposant *des fiches de poste et leur prolongement des fiches de tâches ainsi qu'un suivi plus quotidien du fonctionnement des agents afin de mettre en place un travail sur les objectifs et les dysfonctionnements du quotidien. L'ouverture de l'établissement est repérée par le nombre de convention et l'accueil régulier des stagiaires.*

L'accompagnement de la population accueillie comporte les menaces les plus importantes: les évaluateurs signalent d'abord *la faiblesse de sa personnalisation*, ils notent *l'absence de projets de vie, l'absence de signature du résident et la faiblesse des lieux d'expression (2 Conseils de la vie sociale par an)*. Cependant, *la garantie des droits est assurée par le libre de choix des intervenants et un travail autour de la bientraitance qu'il reste à formaliser au sein d'une charte de bientraitance*. Enfin d'après les évaluateurs, il y a lieu également *d'engager une réflexion sur les chambres doubles non respectueuses de l'intimité des personnes accueillies*⁵⁶.

Pour compléter cette approche et commencer à répondre aux préconisations des évaluateurs, une enquête de satisfaction à l'attention des résidents et des personnels a été menée. Les questionnaires⁵⁷ ont été bâtis en sélectionnant les données les plus à même de répondre aux enjeux d'un projet d'établissement. Ce travail a facilité l'identification des points essentiels à travailler. Nombreuses sont les personnes accueillies qui ont accepté de participer à cette enquête (40%). Que disent –elles ? Elles se sentent en manque de repères, à l'arrivée dans la structure et durant leur séjour. Globalement, elles sont satisfaites des locaux, y compris du bruit de la ville. Quelques-

⁵⁶ 2014, Rapport d'évaluation externe, IQUALIS Santé, Paris

⁵⁷ Cf. Annexe : Synthèses des réponses.

unes sont plus réservées, celles qui partagent le même logement, mais pas toujours. Certaines ont sympathisé de ce fait. C'est la nourriture qui cristallise le plus de mécontentements : il est beaucoup question du service, on parle de précipitation, d'amabilité variable, d'horaires inadaptés, d'impossibilité de manger avec une personne dont on est proche, de menus à renouveler. Pour les soins, c'est un grand apaisement, une grande confiance, qui se manifestent, même si elles disent *je n'y connais rien*, y compris sur leurs propres médicaments. En revanche, un fort agacement, voire parfois une grande anxiété, s'expriment en raison de la lenteur (2h-3h) ou l'absence de réponse aux montres d'appel. L'animation est appréciée quand elle est connue, même si l'ennui est souvent évoqué aussi en raison du peu musique ou d'espaces de paroles.

S'agissant des personnels, ils affichent une satisfaction globale sur leur poste de travail et l'EHPAD en général ; même s'il est aussi question de charge de travail trop conséquente, de compétences à parfaire et d'inadaptation des locaux. De fortes critiques se font entendre aussi, au sujet de l'organisation du travail, la communication interne, le respect des consignes de sécurité et la reconnaissance professionnelle. L'élaboration du projet d'établissement leur fait espérer des changements rapides pour les résidents, l'organisation, ainsi qu'au niveau du respect de leurs valeurs.

A quelques pas de L'EHPAD Les Orchidées, se trouve une maison de retraite Les Florales, en direction commune, accueillant plus d'une centaine de résidents possédant un très haut niveau de qualité, assez éloigné des problématiques évoquées ci-dessus. Des marges de progression sont certes identifiées par les évaluateurs, les résidents ou les professionnels, mais le plus souvent, c'est la qualité de ses prestations qui est mise en avant. Cet établissement possède une belle réputation puydômoise en matière de bienveillance : du soin, en passant par l'animation jusqu'à la gestion des risques. Durant l'élaboration du projet d'établissement, c'est cet écart entre ces deux réalités qu'il a été intéressant d'explorer, c'est lui qui permet aussi de se construire des repères qualité, ou d'aller chercher des réponses là où la difficulté avait déjà été surmontée.

A la lecture de ces lignes, on voit à quel point la structure est fragilisée, comme les professionnels qui concourent à son bon fonctionnement, et cela sur un territoire ne laissant pas beaucoup de latitudes de développement. On le voit à présent comment la construction du projet d'établissement commence par se nourrir de l'histoire même de la structure et de son environnement, mais est ce suffisant ? Et sinon quels sont donc les autres outils indispensables à celle-ci ?

1.2 LES OUTILS PROPRES À L'ÉLABORATION DU PROJET

A côté de l'histoire de la structure et de son environnement, n'est-il pas nécessaire, voire indispensable aussi d'examiner les possibles à la lueur des standards normatifs et référentiels qualitatifs ? Le directeur d'établissement ne peut entreprendre la conduite d'un projet d'établissement, il me semble, sans posséder a minima l'esprit des textes qui s'y reportent au plan juridique, comme au niveau des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'objet même de l'élaboration du projet d'établissement, n'est-il pas de se saisir d'un outil normatif pour garantir, notamment, le respect des normes législatives, réglementaires et des recommandations se référant aux droits des individus et à la qualité de l'accompagnement ?

1.2.1 L'INTELLIGENCE NORMATIVE, UN PRÉREQUIS NÉCESSAIRE À LA CONDUITE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

A) Des normes législatives & réglementaires

Dans les outils normatifs, on se doit, donc, en premier de repérer les grandes étapes de la construction du secteur médico-social. Aujourd'hui, on sait que le XVIIème est le siècle de l'institutionnalisation, avec la création de l'hôpital général qui accueille en réalité peu de malades mais qui vise plus *le grand renfermement*⁵⁸, c'est à dire la purification de la société de ses marginaux. Il faut attendre le XIXème siècle pour que se développent les prises en charge à temps complet avec les maisons hospitalières, les asiles d'aliénés mais le véritable essor de ce secteur est relativement récent. Il s'effectue vraiment dans les années 60, à la faveur de l'investissement du monde associatif dans le domaine et des travaux de Pierre Laroque sur le mal-logement des personnes âgées⁵⁹, mettant en avant leur isolement aussi et sur un plan global, la pauvreté qui frappe cette catégorie de la population. Dans les années 70, on note une grande expansion du secteur, sans recherche d'un maillage du territoire et avec une qualité inégale entre les différentes structures s'expliquant par la conjonction de plusieurs phénomènes, certes le vieillissement de la population mais aussi l'avènement de la société de consommation et le déclin de la valeur-refuge qu'incarnait la famille. Un cadre normatif pour ce secteur s'impose alors, les deux premières grandes lois du secteur seront votées le 30 juin 1975, l'une dédiée aux personnes en situation de handicap et l'autre ébauche un cadre aux institutions sociales et médico-sociales tout en leur accordant une autonomie complète par rapport au monde sanitaire. Il faut attendre les années 90 (Loi hospitalière de 1991, Loi de financement de la sécurité sociale en 1998) pour les premiers dispositifs de

⁵⁸ 1976, FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard

⁵⁹ 1962, LAROQUE P., *Politique de la vieillesse*

planification et d'opposabilité des enveloppes financières avec un rapprochement du monde sanitaire. Les établissements de santé sont habilités à gérer des ESMS.

La grande étape normative est incontestablement la loi du 2 janvier 2002, elle avait pour objet de prendre en compte les conclusions du rapport de l'inspection générale de l'action sociale en 1995⁶⁰ qui soulignaient les limites de la loi de 1975, notamment dans *la grande disparité de l'offre sur le territoire oscillant entre excès ou insuffisance selon le lieu, l'inadaptation des procédures de planification et d'autorisation, le manque de variété des prestations proposées - la faiblesse des accueils de jour ou temporaires est signalé - et enfin l'inégale qualité des prestations* allant de l'excellence à de très graves dysfonctionnements. Une loi qui s'appuie aussi sur les conclusions du rapport de Pascal Terrasse⁶¹ qui invitait les professionnels à *replacer l'usager au cœur des dispositifs d'accompagnement*. Ces travaux ont fait émerger une loi essentielle qui centre l'ensemble des dispositifs autour des besoins des populations vulnérables accueillies dans les structures relevant du secteur social, par exemple en affirmant les droits fondamentaux des usagers gravés dans les outils utiles au quotidien - livret d'accueil, contrat de séjour, la Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, le règlement de fonctionnement de l'établissement, conseil de la vie sociale - au service d'une ambition globale : la qualité de l'accompagnement inscrite dans le projet d'établissement. Cette loi offre aussi aux acteurs des moyens facilitant les dispositifs expérimentaux et les mécanismes de contrôles, tels que l'évaluation interne et externe ainsi que la personne qualifiée extérieure à l'établissement, disponible pour le résident et ses proches. Plus de dix ans après cette loi, il est bon de savoir que des constats plutôt favorables sont dressés sur l'ensemble de ces outils avec une réserve, l'absence de médiateur au sein d'un grand nombre de département (personne qualifiée). On pourrait ajouter qu'un peu de retard a été pris au niveau des évaluations externes par rapport aux dates initiales, seulement 54% au 30 juin 2014⁶².

Le niveau de l'activité des EHPAD s'explique aussi par certaines réformes. Il faut retenir également que cette même année 2002, c'est l'année de la mise en œuvre de l'allocation perte d'autonomie (APA) issue de loi du 20 juillet 2001, c'est alors la mise en œuvre de la solidarité nationale pour prendre en charge la dépendance, et donc la fin d'un dispositif, celui de la prestation spécifique dépendance mise en place avec la loi du 24 janvier 1997. Cette prestation fonctionnait en s'appuyant sur la solidarité nationale pour le quotidien, en

⁶⁰ 1995, *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales*, GUERRIN MF, JOIN-LAMBERT MT, MORLA S. VILAIN D.

⁶¹ 2000, *Rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*, TERRASSE P., Député, Président et rapporteur de la mission d'informations.

⁶² http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d%27information%20Bilan%20EE%20au%201er%20juillet%202014%20_1er%20janv-30%20juin%202014_.pdf

laissant toutefois, *in fine* son financement à une affaire privée puisque récupérable sur les successions des individus concernés. Cette même loi approfondit parallèlement la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes⁶³ en permettant son versement par dotation globale, privilégiant ainsi la démarche d'amélioration continue de la qualité et la progression de la médicalisation. Cette évolution s'est appuyée sur la conclusion de conventions tripartites entre les établissements, les conseils généraux et l'État, qui fixaient, en contrepartie de l'octroi de moyens supplémentaires, les marges de progression à réaliser sur les cinq années après le conventionnement. Cependant, il faut attendre la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées pour que de réels moyens, à travers différents plans⁶⁴, puissent être alloués à l'accompagnement des personnes âgées avec la création de la journée nationale de la solidarité après le bilan catastrophique de la canicule de 2003⁶⁵. On peut penser que ces changements ont contribué à améliorer le recours aux professionnels, mettant ainsi un terme à un certain nombre de huis-clos maltraitants, qui existent, hélas, encore assez souvent en raison notamment du reste à charge toujours trop élevé, ou d'un contexte économique difficile, par exemple avec une pension de retraite, une allocation perte d'autonomie qui sont parfois les seules ressources de la famille, à travers l'emploi d'un(e) fille ou fils auprès de son parent.

2002, c'est aussi l'année de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle renforce le droit des malades, notamment ceux disposés par la loi du 9 juin 1999 garantissant l'accès aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur, en rappelant en plus la nécessité de consentir à ses soins, la qualité de l'information donnée, la désignation d'une personne de confiance, l'accès direct à l'ensemble des dossiers les concernant. C'est également l'augmentation des attentes en matière de qualité et la mise en œuvre d'un parcours d'indemnisation pour les victimes du risque sanitaire ou d'une faute médicale ou de service, faisant jouer pour le premier cas la solidarité nationale. Cette loi inspire le monde des établissements de santé mais elle fait également partie du quotidien des établissements médico-sociaux à l'occasion des soins réalisés et elle est donc à intégrer pleinement à la conduite du projet, plus particulièrement lors de la construction du projet médical et de soins.

Enfin, c'est la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap qui prend en

⁶³ Décret du 26 avril 1999 instituant la réforme de la tarification

⁶⁴ Plan canicule depuis 2004, plan « Solidarité grand âge » 2007-2012, plan Alzheimer 2008 – 2010 (Maladie d'Alzheimer, grande cause nationale en 2007, plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019

⁶⁵ Surmortalité s'élevant à 15.000 personnes âgées entre le 1^{er} et 20 Août 2003, INED

compte la classification de 2001 de l'OMS⁶⁶ sur la notion de situation de handicap quel que soit l'âge, et surtout l'obligation de la société de s'adapter à celui-ci. Dans son article 114, la loi dispose que *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*. Prendre en compte cette avancée et l'afficher comme une valeur forte de l'établissement constitue une avancée essentielle, lève le voile sur cette évidence méconnue, celle de l'environnement facteur d'incapacités, et en conséquence de la nécessité pour chacun de concourir à la réduction de cette inégalité dont sont victimes les personnes en situation de handicap.

B) Des recommandations qualitatives

Il faut retenir que *les recommandations ne sont pas des dispositions réglementaires, ... Elles représentent l'état de l'art qui fait consensus à un moment donné, en fonction des connaissances existantes.*⁶⁷ La mise en place de la démarche qualité suppose pour son pilote, le directeur, là aussi de posséder les fondamentaux qualitatifs attachés à l'établissement médico-social dont il a la responsabilité. Régulièrement, ces domaines sont apparus comme une affaire de spécialistes n'étant que trop peu souvent intégrés à l'analyse des moyens de la structure. Or, il paraît désormais difficile pour un directeur d'œuvrer à un projet de quelque nature, sans effectuer sans cesse des allers et retours entre la gestion quotidienne et ses marges de manœuvre. Les projets les plus qualitatifs pourront être chiffrés, hiérarchisés, et donc programmés.

On le sait la démarche qualité a été initiée à la faveur de la signature des premières conventions tripartites. Elle a été renforcée avec l'obligation d'une évaluation interne, externe et avec la création de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui fut instaurée à la faveur de la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, succédant au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Le renouvellement de l'autorisation de fonctionner pour un établissement médico-social est désormais conditionné aux résultats de l'évaluation externe. Les marges de progression identifiées lors de celle-ci s'intègrent donc complètement à la construction du projet. C'est l'agence qui porte la responsabilité de fournir aux établissements sociaux et médico-sociaux les

⁶⁶ OMS (Organisation mondiale de la santé) La classification de 1980, renonce à la définition préalable par pathologie, il est défini la conjonction de trois éléments : Déficience (en termes de santé), incapacité (à participer aux activités), un désavantage (le préjudice qui en résulte). Sa révision en 2001 laisse la place à quatre catégories composant la situation de handicap : la fonction organique, la structure anatomique, l'activité et la participation ainsi que les facteurs environnementaux.

⁶⁷ ANESM, Qualité de vie en EHPAD, volet 2

données propices à l'évaluation de la qualité de leurs activités en permettant aux autorités de tarification de disposer de ces éléments. Depuis sa création, l'agence a produit quarante recommandations, tout en s'ouvrant sur différents organismes, tels que la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP), le ⁶⁸Social Care Institute for Excellence (SCIE) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Avant cette date, l'analyse, l'amélioration des pratiques se jouait dans le huis clos professionnel. Aujourd'hui, le débat est à présent dans l'espace public. Cette notion devra donc être présente à l'esprit du directeur lorsqu'il va s'attacher avec ses équipes à élaborer le projet d'établissement ou de service ainsi que le bilan du précédent projet.

En matière de projet d'établissement au sein d'une maison de retraite, le directeur et ses équipes devront s'emparer, s'approprier, posséder les standards⁶⁹ produits par l'ANESM⁷⁰ en lien avec les fondamentaux (bienveillance, questionnement éthique), l'expression et participation des personnes vulnérables, la prévention des risques, le soutien aux professionnels, les relations avec l'environnement ainsi que la qualité de vie au sein de ces structures. Toutefois, il ne sera pas possible de s'arrêter aux seules RBPP de l'ANESM. D'autres recommandations élaborées par les sociétés savantes⁷¹ seront utiles pour parfaire le projet médical et de soins ; leur traduction dans le projet d'établissement exigera des compétences pluridisciplinaires (médicales, paramédicales, logistiques, ...).

1.2.2 - DES OUTILS EN PERPÉTUELLE CONSTRUCTION

Comme on peut l'imaginer, il n'est pas envisageable de recenser l'intégralité des outils à maîtriser pour la conduite du projet d'établissement, on peut retenir ceux déjà évoqués : une connaissance fine de l'établissement, de son environnement et des différentes normes et recommandations propres au secteur médico-social. Un directeur d'établissement qui se lance dans cette démarche, devra, outre cela, s'intéresser aussi aux normes en construction, aux débats de société, aux ateliers de réflexions, à divers ouvrages, et aux formations proposées.

Pour illustrer ce propos, on évoquera l'actualité 2015 : par exemple, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement⁷² qui comprend *trois axes : L'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement. L'anticipation vise à combattre les premiers facteurs de*

⁶⁸ SCIE homologue de l'ANESM au Royaume Uni

⁶⁹ Standard au sens premier du terme : modèle

⁷⁰ Cf. bibliographie

⁷¹ Par exemple, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs www.sfap.org

⁷² Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, Premier Ministre, 14 octobre 2013

risque de la perte d'autonomie, en multipliant la prévention au domicile, en lien avec les caisses de retraite et en luttant contre l'isolement et le suicide des âgés. L'adaptation des politiques publiques porte l'ambition d'adapter les villes, les logements aux aînés, y compris en offrant des solutions nouvelles. L'adaptation consiste aussi à reconnaître, valoriser l'investissement des séniors dans la cité. Quant à l'accompagnement, le volet plus familier aux EHPAD, il est question de réaffirmer les droits et libertés des personnes âgées avec l'amélioration du recueil du consentement, avec la désignation d'une personne de confiance, à l'image du monde sanitaire, et en développant les procédures de mandat de protection future. Enfin, il est question aussi à cette occasion d'assurer l'accessibilité financière des prestations, autrement dit d'un côté, réduire le niveau du reste à charge, et de l'autre, réguler les tarifs des maisons de retraite, ceci en facilitant l'ensemble des démarches liées à la perte d'autonomie. A la lecture de ces quelques lignes, on comprend rapidement l'intérêt de telles informations dans la conduite du projet d'établissement. Par ailleurs, on s'intéressera aussi utilement à la proposition de loi sur la fin de vie⁷³, ne serait ce que pour suivre l'évolution des directives anticipées. A côté de l'actualité du moment, il paraît utile également de s'intéresser à tous les ouvrages ou rapports qui faciliteront la connaissance de la personne âgée et des politiques à son sujet. Le projet de loi de santé sera analysé aussi, au niveau de la mise en œuvre du service territorial de santé structurant cinq domaines : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées avec l'ensemble des acteurs concernés. Après l'information, la formation trouve utilement sa place aussi dans ce cheminement, peut-être pour se familiariser avec la conduite du projet d'établissement ou avec la vulnérabilité des personnes accueillies auprès d'organismes ou à travers du parangonnage auprès d'autres directeurs d'établissement. En accumulant ces savoirs, le responsable de l'établissement va ainsi mesurer la complexité de son entreprise, celle qui consiste à faire advenir un autre futur. Tout au long de ce travail, différentes propositions se déclinent, il y aura alors la nécessité d'un choix vers ce qui correspond le mieux aux valeurs que veut privilégier le directeur, ses équipes et ses partenaires au service des aînés vulnérables accueillis. Fort de ces outils, le pilote de l'élaboration du projet d'établissement se doit de se pencher à présent sur la méthodologie la plus appropriée à l'aboutissement optimum de sa démarche.

⁷³ Proposition de loi créant de Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin vie, en cours de lecture au Sénat en juin 2015, Rapporteurs : CLAEYS A. & LEONETTI J

1.3 L'INTÉGRATION DE CES ÉLÉMENTS À L'ÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Pour intégrer l'ensemble de ces éléments à la construction du projet d'établissement, on lira fort utilement la RBPP de l'ANESM *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (mai 2010) apportant un éclairage très instructif pour ce faire. Cette RBPP explique, après avoir rappelé les principes fondateurs, les thématiques importantes à aborder, illustre très concrètement la méthodologie à respecter, notamment en matière de comité de pilotage (COPIL), par exemple, elle précise les invités incontournables. Elle donne des préconisations sur les groupes de travail, leur rôle en décrivant les caractéristiques importantes des plans d'actions. Enfin, elle décrit les caractéristiques optimales de circulation de l'information. L'ensemble est assorti de nombreuses références bibliographiques. Durant ce travail, cette recommandation a été pleinement utilisée en mettant en place, le COPIL, les ateliers de réflexions, le plan d'actions, l'ensemble soutenu par une communication très présente. Les professionnels autour de nous ont été agréablement surpris par ce formalisme assez nouveau. Il est vrai que la recommandation est particulièrement récente.

Pourquoi cette démarche somme toute classique a suscité un tel enthousiasme? Tout d'abord parce que cette méthodologie fut complètement efficace : peu de réunion (maximum trois pour chaque groupe), des attendus discutés et validés en groupe évitant les malentendus et une clarté des objectifs, des actions auprès des participants mais aussi à l'égard des autres professionnels.

Ensuite, ce choix méthodologique a permis d'associer complètement les acteurs extérieurs, notamment l'ARS, les représentants du Conseil départemental et de la commune, les médecins traitants, ... pour ceux qui l'ont souhaité. L'apport est intéressant pour bâtir une stratégie. C'est comme cela que les cinq axes qui occuperont l'établissement sur la période 2016 – 2020 ont été arrêtés. Pour les personnes accueillies, Il s'agira de *pérenniser la démarche d'amélioration continue des prestations, développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement, d'accroître la visibilité du projet médical et de soins*. Il sera aussi question de continuer à *valoriser les professionnels et à réfléchir au devenir architectural de l'établissement*.

En interne aussi, les professionnels, quelque soit leur grade ont pu discuter de la validité des objectifs retenus en les liant à leur contexte particulier et discuter les actions les plus appropriées pour y parvenir. Pour répondre à ces sujets, les ateliers ont été constitués sur la base du volontariat, dès l'inscription la limite du nombre et de la durée des réunions a été mise en avant pour faciliter l'adhésion en explicitant leur déroulé : la première réunion

était conçue pour définir le nombre de thématiques comprises dans l'objectif. Pour la qualité, par exemple, il a été acté la nécessité d'améliorer l'accueil, de parfaire le respect des droits et la participation sociale des résidents, d'accroître la personnalisation et l'accompagnement du séjour, de faire de l'animation l'affaire de tous et de poursuivre l'amélioration de la qualité des derniers moments de la vie. Sur chaque thématique, le groupe a cherché les déclinaisons communes, les opportunités et menaces propres à la structure, ceci en s'engageant à ne pas perdre de vue la gestion des risques et des paradoxes, tels la liberté d'aller et venir versus (vs) la protection des résidents ou l'autonomie, l'individualisation vs le collectif, ... La deuxième réunion a eu pour objet de définir les actions très précises à mener pour s'améliorer mais aussi pour enrayer les menaces. La dernière réunion a été utile pour relire les plans d'actions, discuter de leur échéancier, des moyens à mobiliser et des indicateurs d'évaluation.

Enfin la large publicité a été proposée autour des travaux afin de faciliter l'adhésion du groupe. Un porte-vue contenant l'ensemble des documents⁷⁴ a été mis à la disposition des participants et des autres professionnels. Pour élargir le consensus, des discussions ont été menées sur les plans d'actions et le pré-projet d'établissement auprès d'un groupe élargi de professionnels durant la réunion hebdomadaire de « grandes transmissions ». Un conseil de famille exceptionnel a également été organisé sur l'axe qualité pour multiplier les chances de réviser des propositions d'actions qui pourraient sembler maladroites aux yeux de certains pensionnaires ou de leurs proches. Cette publicité a garanti la sérénité des travaux en évitant les éventuels malentendus.

La connaissance de la structure et des outils appropriés cadrée par une méthodologie précise⁷⁵ permet, certes, la construction et l'écriture du projet d'établissement. Pour autant, on s'interrogera utilement au terme de ces travaux sur leurs atouts et leurs limites, pour peut-être mettre en œuvre d'autres stratégies au service de l'amélioration du quotidien des résidents et des professionnels.

⁷⁴ Compte-rendu du COPIL, des ateliers, lettre d'information, plans d'actions, ...

⁷⁵ Méthodologie : *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* de l'élaboration ne sera pas reprise plus dans le détail au sein de ce mémoire afin de ne pas alourdir le propos.

CHAPITRE 2 LE HIATUS ENTRE LA THÉORIE ET LA PRATIQUE⁷⁶ : LES ATOUTS ET LIMITES DE LA CONDUITE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT POUR FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le directeur d'établissement s'interrogera naturellement sur ce qu'apportera à l'établissement la conduite du projet d'établissement, dès lors que son élaboration aura répondu aux standards qualitatifs énoncés par l'ANESM. Pour mener cette interrogation à bien, après la mise en avant des notions très classiques, il est apparu pertinent d'établir un rapprochement avec le deuxième établissement en direction commune avec celui objet principal du propos, car c'est un EHPAD possédant un très bon niveau de prestation en matière d'accompagnement, disposant de personnel compétent dans de multiples domaines qualitatifs.

2.1 LES ATOUTS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT DANS LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le réflexe le plus spontané serait de s'interroger sur la possibilité de gérer un EHPAD en l'absence de projet d'établissement. En effet, comment donner un cap, partager des valeurs, unir ses efforts vers des objectifs d'amélioration si à aucun moment, ils ne sont définis, formalisés, partagés et officialisés ? Le projet d'établissement est naturellement incontournable, il possède d'importants atouts, notamment, en matière d'outils de management, de négociation et de communication. On sait aussi qu'*en l'absence de projet véritable susceptible de lui conférer une identité, les personnels se retrouvent dans des identités d'appartenance professionnelle (corporations) ou d'appartenance groupales (microculture)[...] avec des organisations qui se structurent autour de contraintes et non plus d'objectifs*⁷⁷. Pour autant, si la démarche est intellectuellement fondée, il s'agit néanmoins de l'évaluer pour chercher à en percevoir les limites à corriger.

Au plan global, on peut, en préambule, indiquer que ce projet d'établissement et l'ensemble des travaux qui ont rayonné autour ont cherché à faire la synthèse des attentes, celles exprimées par les résidents, les personnels à l'occasion des enquêtes de

⁷⁶ Hiatus : du latin *hiare* : être béant, vide, lacune (Le Littré)

⁷⁷ LOUBAT J.R., 2014 *Penser le management*, 2ème édition, Paris, Dunod

satisfaction, mais aussi celles en lien avec l'évaluation des risques psychosociaux⁷⁸ et l'évaluation externe. Il est ambitieux de croire que le projet d'établissement à lui seul peut tout contenir mais cette élaboration a provoqué des réflexions qui ont pu se développer ensuite sous d'autres formes. Le bénéfice du projet d'établissement est aussi là.

2.1.1 UN OUTIL DE MANAGEMENT POUR L'ÉTABLISSEMENT

A) Un outil de management au service de la qualité dans l'établissement

Si on s'interroge uniquement sur l'intérêt du projet d'établissement, on pourra répondre qu'il est un outil de management pour la structure. Il facilite, notamment, le travail sur les valeurs de l'établissement, sur la qualité de l'accompagnement proposé, sur la façon la plus appropriée de valoriser les personnels, tout en réfléchissant à l'ouverture sur l'extérieur et le devenir architectural de la structure, ceci sans oublier les limites financières qui s'imposent dans certains cas, par exemple, lorsque le reste à charge pour le résident frôle la limite du coût acceptable⁷⁹. S'agissant des valeurs attachées aux professionnels de la structure, nous nous sommes tous retrouvés durant les ateliers autour des nécessités suivantes : **accueillir avec bienveillance, individualiser l'accompagnement, donner du temps, du plaisir, de l'écoute, respecter les droits, protéger, attendre le consentement... c'est-à-dire en synthèse, la volonté d'engager une dynamique de bientraitance**⁸⁰, une évidence qui s'impose à tous les professionnels ayant des responsabilités auprès des personnes vulnérables. Après l'énoncé de ces valeurs, le travail a consisté à définir les actions-clés d'amélioration de la qualité de l'accompagnement dans les différents domaines essentiels⁸¹:

- En matière d'accueil, on a pu noter que certaines difficultés se produisaient parfois à l'arrivée d'un nouveau résident : un logement sale, professionnels non informés de l'arrivée, résident stressé et perdu. Pour mettre un terme à ces dysfonctionnements, il a été retenu l'écriture d'un protocole d'admission, la présentation de l'ensemble des professionnels pendant quinze jours sur un mode itératif, la réalisation d'un trombinoscope des personnels, et la mise en place d'un groupe de résidents « référents » acceptant de guider le nouveau venu pendant quelques jours.
- En matière d'amélioration du respect des droits et de la participation sociale, il fut surtout question d'apporter plus de légalité aux pratiques, en prenant le temps de faire signer son contrat au résident, en l'associant encore plus à la vie de la structure dans

⁷⁸ Cf. annexe : Rapport sur l'évaluation des risques psychosociaux - Dr LANOIR, 2013.

⁷⁹ Seuil limite d'aide sociale 65€

⁸⁰ Valeurs inscrites au projet d'établissement de la structure.

⁸¹ Exemples des choix retenus pour le plan d'actions 2016-2020 *Pérenniser la qualité de la Résidence*, Cf. annexes

son quotidien⁸² et en développant les lieux où il sera possible de tisser du lien⁸³ avec ses proches ou ses pairs.

- S'agissant de la personnalisation de l'accompagnement de la personne âgée, il est apparu essentiel d'initier réellement le recueil, le partage et la fiabilité des projets de vie et des projets de soins. Il a été jugé indispensable aussi d'engager une réflexion sur la grande difficulté pour le résident d'obtenir une réponse à son appel dans un temps limité.
- L'animation, a également été ciblée, car jugée assez critique par les évaluateurs et les résidents. Il a été décidé d'en faire l'affaire de tous, notamment, en apportant plus de convivialité durant les repas, en respectant les plans de table, en laissant aux résidents qui le souhaitent l'occasion de s'attarder à table pour discuter, un possible qui advient avec l'adjonction d'un peu plus de souplesse dans les organisations de travail⁸⁴. Il a été retenu aussi l'obligation d'apporter davantage de lisibilité aux animations proposées avec un planning mensuel, avec des rendez-vous réguliers pour des activités recueillant un grand succès⁸⁵ et quelques événements festifs comme chacun aime à le réaliser chez soi⁸⁶.
- Le dernier angle qualitatif où l'ensemble des professionnels se sont retrouvés, c'est sur la nécessité de parfaire l'approche des derniers moments de la vie. Les actions retenues visent à une mobilisation complète des professionnels autour de ce temps fort pour faciliter le recueil des souhaits, l'organisation de derniers instants, mais aussi d'officialiser le décès d'un résident autour d'une table aux souvenirs, d'un temps d'échanges avec ceux qui l'appréciaient, plutôt que le silence actuel. Ceci, en développant aussi le soutien psychologique auprès des pairs et des professionnels, dès lors que cette démarche correspond aux attentes des habitants de la résidence.

B) Un outil de management au service de la valorisation des professionnels

Le travail suivant a consisté à s'intéresser à la qualité de vie au travail, tant il est vrai que l'amélioration de la qualité de l'accompagnement prend son ancrage dans ce domaine, comme on vient de le voir, par exemple, en progressant en matière de soutien psychologique des personnels, lorsque la charge mentale est trop forte. Il a été acté aussi durant l'élaboration du projet d'établissement de réserver un axe à la valorisation des personnels afin d'utiliser pleinement le ressort du projet d'établissement sur cette thématique. A l'occasion du rapport du Dr LANOIR⁸⁷, des questionnaires, et durant

⁸² Par exemple : mise du couvert, pliage du linge, distribution du courrier

⁸³ Par exemple : salon de télévision, groupe de discussion à chaque étage

⁸⁴ Avis 53 du Conseil national de l'alimentation, Décembre 2005

⁸⁵ Les résidents de cet EHPAD préfèrent : les chants, les films anciens, ...

⁸⁶ Par exemple, pour ceux qui le souhaitent : anniversaire, repas de bienvenue, fête des voisins, ...

⁸⁷ Cf. annexe : Rapport sur l'évaluation des risques psychosociaux - Dr LANOIR, 2013

l'atelier *Motivation des personnels*, certains professionnels⁸⁸ ont pu exprimer leur souffrance. Elle prend son origine principalement à travers, un défaut de considération au niveau pluridisciplinaire, c'est-à-dire qu'il s'est mis en place dans la maison de retraite une sorte de hiérarchie entre les différents grades, conduisant également parfois à un manque de respect aussi au sein d'une même équipe, en plus de la traditionnelle démotivation liée à quelques personnes qui travaillent moins que leurs collègues. Le constat était édifiant, il a alors été décidé de responsabiliser les équipes, à travers des documents de suivi. À côté des feuilles de traçabilité d'activité, il a été retenu la nécessité de réorganiser le travail pour supprimer finalement la trop grande latitude laissée aux professionnels présents dans la structure. La nécessité de développer les lieux où l'on parle, s'informe et où l'on apprend s'est aussi imposée, il sera question de réunion hebdomadaire soit à l'initiative de la direction pour apporter et recevoir de l'information, soit d'analyse des pratiques professionnelles mais aussi de temps à autre, des moments de convivialité pour favoriser l'esprit d'équipe. Le dernier axe de valorisation retenu concerne l'amplification de la gestion des risques professionnels, en réalisant leur recensement, en poursuivant la dynamique de lutte contre les troubles musculo-squelettiques et les risques chimiques avec les gants et produits d'entretien, par exemple.

C) Un outil de management au service d'une stratégie globale

Le projet d'établissement, son élaboration est un outil de management aussi au niveau de la stratégie globale d'établissement, en plus de la qualité de son accompagnement, de la qualité de vie au travail, quel devenir global est-il proposé ? L'exercice s'est révélé singulièrement complexe car l'EHPAD est situé, rappelons-le, dans un bâtiment appartenant à la commune, mis à disposition sous forme de bail emphytéotique. On peut ajouter que la structure n'est pas en capacité d'alourdir son endettement pendant les dix prochaines années. On sait que les lieux ne sont pas dès plus adaptés, un salon à côté de la porte d'entrée, les logements des résidents sont répartis sur quatre niveaux le long d'un étroit couloir. Les salons à chaque étage se sont transformés au fil du temps en lieu de stockage d'équipements divers. Des travaux de réfection des planchers des logements et couloirs ont été engagés en fin d'année dernière. Outre le grand inconfort pour le résident et la complexité de la gestion d'une telle opération de travaux supervisée par un conducteur d'opération, cela a donné lieu à la découverte d'un défaut de solidité de la structure conduisant à des réfections de la charpente en urgence. Il est important de noter que l'ensemble des travaux impacte le prix du séjour, sans qu'il soit possible de considérer cela comme de l'investissement, quel que soit son imputation budgétaire,

⁸⁸ Cf. annexe, Synthèse des réponses des personnels.

puisque l'immeuble appartient à la commune, en cas de revente, le bénéficiaire lui reviendrait intégralement au moment de la cession de l'immeuble ou au terme du bail.

La volonté d'un directeur de structure le porte naturellement à chercher à mettre un terme à cette situation : des locaux inadaptés, et un investissement conséquent sans bénéfice réel sur le long terme. Plus précisément, on peut expliquer que ces dernières années, près de cinq cent mille euros ont été investis (réfection de la couverture, des stores...) en comprenant les travaux de planchers en cours, auxquels il faudra ajouter presque cent mille euros pour réparer les derniers désordres découverts (problème de solidité lié d'une part à la structure mais aussi aux eaux de ruissellement de la falaise). Pour autant, il demeurera des non-conformités aux prescriptions techniques, par exemple, l'impossibilité d'installer un groupe électrogène, une chaudière de secours, l'absence de locaux dédiés aux poubelles, d'asservissement des portes de secours et d'escalier entre le rez-de-chaussée et le 1^{er} étage. Le lien entre défaut de qualité et l'environnement s'effectue assez naturellement, ceci sans que la sécurité incendie de la structure puisse être mise en cause. La commission de sécurité a émis en 2014 un avis favorable sur son fonctionnement. On peut constater les limites de l'établissement avec cet exemple : pour remédier à l'absence d'asservissement des portes de secours à chaque étage, le seul remède trouvé conduit à obstruer les portes d'évacuation incendie ⁸⁹, un palliatif qui ne pourra perdurer. On peut rappeler aussi que la salle d'animation climatisée est limitée à 12m², en période de canicule, on mesure les tensions que cela peut susciter vu l'impossibilité d'accueillir quarante sept résidents dans un espace si confiné. On peut ajouter que l'étroitesse de certains logements et l'absence de lieu de stockage conduisent à encombrer les rares espaces de convivialité extérieurs avec du matériel. Enfin, on peut surenchérir en évoquant le retentissement de l'agencement des locaux sur la qualité de vie au travail, déjà en raison de l'absence de lumière naturelle, l'ensemble des locaux professionnels possède une vue sur la falaise sur laquelle l'établissement est adossé, parce que bien naturellement la vue sur la cité a été réservée aux locaux fréquentés par les résidents. De plus, l'insuffisance des locaux (salle de réunion et de repos) conduit régulièrement à les partager, ce qui peut créer des tensions avec ou entre les résidents, notamment, lorsqu'arrive le moment de la pause ou la nécessité de déprogrammer une activité pour l'organisation d'une réunion essentielle.

En termes de stratégie globale, la construction du projet d'établissement a permis d'engager une concertation avec les représentants de la commune et les autorités de tarification (ARS, CG) pour qu'un véritable travail soit engagé sur le devenir architectural

⁸⁹ Le personnel place un fauteuil devant ces issues en cas de fortes déambulations.

de structure, par exemple, en mettant gratuitement à la disposition de l'EHPAD une réserve foncière pour rebâtir.

2.1.2 UN OUTIL DE NÉGOCIATION AUPRÈS DE L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES

A) La négociation auprès des autorités de tarification

Le projet d'établissement est bien, on l'a vu, un outil essentiel de management pour la structure. Outre cette qualité, il s'avère être un très bon élément de négociation auprès de l'ensemble des partenaires. D'abord, parce que ce travail de projection, surtout lors de l'élaboration des plans d'actions, oblige à recenser les moyens existants et ceux à obtenir pour mener à bien le projet fixé. Ce travail fouillé (motivations, apports, indicateurs d'évaluation, calendrier de programmation) est ensuite présenté, discuté, approuvé par le COPIL « Projet d'établissement ». Il est ensuite approuvé par le Conseil d'Administration, après l'avis du conseil de la vie social et du conseil technique d'établissement. On peut penser qu'il sera plus aisé d'aborder le chapitre des moyens supplémentaires à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite ou du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)⁹⁰, lorsque les objectifs sont partagés par l'ensemble des partenaires. Durant l'élaboration du projet, outre les nécessités architecturales, il a été possible de mesurer et mettre en avant différentes nécessités, par exemple :

- l'augmentation du temps de psychologue d'un côté pour accompagner la souffrance psychologique des résidents et de leurs proches et de l'autre pour soutenir le personnel et pour conduire à l'analyse des pratiques professionnelles.
- L'augmentation des crédits de remplacement pour faciliter l'organisation des formations pour les professionnels afin de parfaire leurs connaissances au niveau de la prévention des chutes, de l'incontinence, des escarres, du syndrome d'immobilisation. Dans le projet d'établissement⁹¹, il est aussi question de formations au sujet des contentions, de la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, ou de l'évaluation des médicaments psychotropes ou anxiolytiques.
- L'augmentation du budget alimentaire apparaît aussi nécessaire à l'horizon 2017, évaluée par le chef des cuisine à près de onze mille euros (soit une augmentation potentielle de 0,64€ du tarif d'hébergement). Ces crédits supplémentaires auront vocation à permettre la progression de la part des laitages et le nombre de repas thématiques.

Il s'agit là d'un véritable outil de négociation car il facilite l'approbation d'un axe validé lors de l'élaboration du projet d'établissement, par exemple, lors du conventionnement. On

⁹⁰ Dans l'actualité professionnelle, on parle de plus en plus du passage généralisé au CPOM pour les ESMS.

⁹¹ Plan d'actions projet médical & de soins, Cf. annexes

peut souligner que les besoins en équipement pour l'amélioration de la sécurité des soins⁹² et de la convivialité⁹³ pourront être financés sans effort particulier. La structure peut investir quarante mille euros chaque année pour assurer ses besoins en matériel et outillage et possède une provision affectée à l'investissement de près de sept cent mille euros.

B) Les autres négociations

Outre la négociation auprès des autorités de tarification, le projet d'établissement pourra utilement être mobilisé pour engager un partenariat auprès d'un établissement similaire ou d'un autre domaine. Il s'avérera aussi un précieux allié pour solliciter les édiles pour des aides ponctuelles ou de plus grande envergure, voire pour obtenir un mécénat, si celui-ci revêt un caractère particulièrement innovant ou intéressant. Outre cette facilité apportée par le projet d'établissement pour manager, négocier, on retiendra qu'il est un formidable outil de communication.

2.1.3 UN OUTIL DE COMMUNICATION

Il est important durant la construction du projet de matérialiser la force de communication de celui-ci. Durant son élaboration, à chaque étape, les acteurs ont été associés à travers : une lettre d'information dédiée à l'explication des travaux en cours, des comptes rendus des ateliers, la transmission des projets de plans d'actions et du pré-projet d'établissement afin que chacun puisse suggérer des amendements, y compris ceux qui n'avaient pu être présents aux séances de travail. Se contraindre à cette force de communication favorise l'appropriation et met en avant l'impact d'une telle démarche. En effet, il faut prendre rapidement la mesure que le projet d'établissement est l'ambassadeur de la structure et qu'il contribue à son ouverture vers l'extérieur en affichant ses valeurs et ses ambitions vis-à-vis des personnes intéressées pour venir y résider, mais aussi vis-à-vis des personnes engagées sur le territoire. Il intéressera aussi les professionnels du domaine au-delà de son influence territoriale. Le projet d'établissement est également un prodigieux outil de communication interne, il officialise les valeurs et les engagements de l'établissement. Pour faciliter son appropriation par le plus grand nombre, il sera opportun de réaliser une large communication d'une brève synthèse limitée à quatre pages qu'on prendra soin de rendre les plus claires, attractives, représentatives de l'équipe et de ses engagements sur le futur à advenir. A la sortie du dernier COPIL, on pouvait lire sur le visage de chacun des participants, une connaissance

⁹² Au niveau suivi informatique

⁹³ Acquisition de télévisions et de fauteuils

bien plus grande de l'établissement : de ses valeurs, de ses forces mais aussi de ses marges de progression.

Il paraît important de s'interroger sur les conséquences de cette absence de projet d'établissement pendant plus de douze ans. Dans ce dessein, le décalage entre l'établissement Les Orchidées, et le second établissement en direction commune, de très bon niveau, Les Floralties, a été mesuré.

2.1.4 LE DÉCALAGE ENTRE PROJET D'ÉTABLISSEMENT POUR LES FLORALTIES ET L'ABSENCE DE PROJET POUR LA RÉSIDENCE DES ORCHIDÉES

A) Un écart conséquent au niveau des professionnels

Pour conduire cette réflexion, le décalage entre ces deux établissements a été étudié. Ces deux exemples illustrent pleinement la démonstration qui précède. D'abord en terme de management des personnels, d'un côté un nombre régulier de candidatures spontanées pour répondre à l'éventualité d'un poste vacant, de l'autre, très rarement et seulement au niveau des personnels non diplômés. Régulièrement, il a été nécessaire de solliciter les collègues basés sur l'autre site pour la transmission des curriculum vitae reçus, ceci dit, ils n'ont abouti que rarement à une prise de fonctions effectives. Il a été possible de mesurer l'écart important entre les motivations des personnels : quand aux Orchidées, on parlait de *bricolage*, de l'autre il n'était question, la plupart du temps, que de discours plein de fierté de maîtriser la méthode de validation de Naomi Feil, l'humanité® et la méthode Montessori, par exemple, donc d'un côté une insatisfaction et de l'autre une grandeur affirmée avec des personnels-acteurs, demandeurs de formation continue. En termes de management de la qualité, les personnels des Floralties rencontrés montrent qu'ils se sont approprié le projet d'établissement. On peut affirmer que cette connaissance du niveau de qualité⁹⁴ était partagée par les habitants du grand clermontois, vu le nombre d'appels et de lettres reçus au quotidien pour solliciter un hébergement au sein de la structure. De l'autre côté, une connaissance des concepts de bientraitance mais sans que cela forge l'identité du professionnel. Et pour les personnes accueillies, c'était le plus souvent la disponibilité au sein de la structure qui conduisait à l'emménagement plutôt que la réponse à une de ses attentes de premier niveau⁹⁵. Enfin, au niveau de la stratégie globale, l'absence de projet d'établissement laisse croire à l'absence d'avenir pour la structure, alors que l'autre côté, porté par sa culture de bientraitance, des moyens sont régulièrement alloués, encore dernièrement pour la construction d'un pôle d'activités en soins adaptés.

⁹⁴ Le niveau du reste à charge aussi était attractif 60€.

⁹⁵ Attentes exprimées sur ATTENTUM en Auvergne: système informatisé partagé entre tous les EHPAD pour gérer les demandes d'institutionnalisation, classement par ordre de préférence.

B) Des marges de négociation plus que limitées

L'absence de projet d'établissement aux Orchidées n'a pas pu octroyer des marges de négociations avec les partenaires ou en faire un outil de communication. Les moyens se reconduisent donc d'années en années, sauf complexité particulière à traiter. Pour le reste, quand les personnels de cette structure étaient interrogés, ils se disaient surtout préoccupés par la pérennité de l'emploi sur ce site, en vantant son caractère familial (*on se connaît tous..* ce qui n'empêchait pas le résident d'être souvent perdu – *on ne sait plus qui est qui* - lorsqu'il y avait des personnels de remplacement en trop grand nombre). Ceci sans que les personnels revendiquent une singularité particulièrement attractive dans leurs pratiques, par exemple une forte solidarité entre eux, ou la nécessité d'une évolution du quotidien pour les transformer ou les parfaire, pour expliquer la nécessité de la pérennité de leur exercice dans un bâtiment aussi inadapté.

J'ai donc senti d'un côté les professionnels, les résidents des Floralties et leurs proches manifestant un contentement d'être là, intégrés à la marche de l'établissement, donnant le sentiment d'être à l'aise, un peu comme chez eux, et de l'autre une petite musique complètement différente constituée davantage de mécontentement, de souffrance, de questionnements, et de solitude. On l'a vu le projet d'établissement est porteur de nombreux atouts : outil de management de la qualité, de négociation des moyens, de communication ; cela signifie t-il que cet instrument ne possède aucune limites ?

2.2 LES LIMITES DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT DANS LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Au fil de l'élaboration du projet d'établissement, des limites apparaissent aisément qui ne me semblent pas relever d'une singularité de l'établissement, lieu de stage. J'ai relevé trois complexités : d'abord celle de la mobilisation des acteurs, ensuite celle de la temporalité propre à cette construction, et enfin, celle de l'appropriation du document.

2.2.1 LA DIFFICILE MOBILISATION AUTOUR DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

A) Les professionnels

Le premier constat un peu rude a été de s'apercevoir du manque de mobilisation autour de la démarche. Le plus préoccupant dans cette expérience a été de remarquer que les

professionnels saisissaient peu l'occasion qui leur était donnée de changer leur quotidien, alors même qu'ils étaient ravis durant l'enquête, et l'exprimaient *c'est la première fois qu'on nous demande notre avis*. Des conditions plutôt favorables étaient pourtant réunies, les réunions se tenaient en début d'après midi, après les transmissions, le temps de réunion était comptabilisé sur le temps de travail. Les agents s'étaient inscrits pour participer mais on pouvait voir qu'au moment où la réunion annoncée (un, deux, trois mois plus tôt, avec un rappel quelques jours auparavant) se tenait, finalement bien peu souhaitait effectivement y participer. Il était nécessaire alors de mobiliser des représentants en poste. Cette attitude assez contradictoire posait question, pour seule réponse, il a été obtenu « *on n'est jamais entendu* » bien qu'il leur soit fait observer que leur absence ne pouvait que contribuer à cela, le mode de participation demeura le même. Cette réaction peut apparaître comme surprenante car il s'agit vraiment d'une opportunité réservée aux petites structures que de pouvoir convier l'ensemble du personnel à cette élaboration. Après, on devine d'autres raisons. D'abord, celle de la compétence, le terme de projet d'établissement, pour le moins ambitieux, peut susciter quelques inquiétudes, on voit souvent aussi les personnels les moins diplômés se dévaloriser assez facilement et préférer s'abstenir dans ce genre de circonstances. Ensuite, on peut imaginer aussi la fatigue de certains au terme de leur journée de travail et comprendre qu'ils n'aspirent qu'à une chose : se reposer l'après-midi après s'être levés à cinq heures du matin. Enfin, la faible mobilisation des professionnels peut aussi s'analyser en lien avec l'évolution des représentations. Hier, on se construisait uniquement à partir de son identité professionnelle⁹⁶, avec l'avènement notamment de la société de consommation de nombreux éléments sont pris en compte, les propres passions, ou les activités de chaque individu, par exemple. Quand la journée s'achève, les pas se pressent vers des occupations d'une toute autre nature, on doit l'intégrer comme une difficulté de ce travail.

B) Les résidents

L'autre surprise, ce fut la découverte de la curiosité limitée des résidents et de leurs proches dans le déroulé du processus. Seuls deux points essentiels ont suscité leur attention, l'initiation du travail, avec l'enquête de satisfaction et sa conclusion, avec la restitution autour d'un conseil de famille. Durant les ateliers, soit pendant quatre mois, il n'a été question que d'un intérêt poli, pour faire plaisir aux gestionnaires que nous étions. Leurs motifs peuvent se comprendre, ils souhaitaient signaler leurs problèmes, et, à

⁹⁶ *Une mobilisation collective devenue de plus en plus difficile [...] s'expliquant par la différenciation croissante des conditions d'exercice et des intérêts des professionnels, l'abaissement des identités professionnelles et de la notion de solidarité, la très faible représentativité des syndicats français demeurés très politiques (8% des salariés syndiqués) et la constante augmentation des droits des salariés.* LOUBAT JR, *Penser le management* p338.

l'achèvement s'assurer qu'ils avaient été entendus en ayant d'autres plaisirs au quotidien que celui de participer à la résolution de ceux-ci.

C) Les autorités de tarification

Enfin, on a pu voir aussi une mobilisation timide des partenaires (autorités de tarification ou représentant des collectivités territoriales). La légitimité des propositions n'a pas été mise en cause mais les pressions qui sont exercées sur leurs budgets interdisent la manifestation d'un trop grand enthousiasme. En effet, comment connaître les latitudes d'actions à cinq ans quand on ignore parfois déjà celles de l'année en cours ? Mais est-ce la seule limite du projet d'établissement ? Sa temporalité ne serait-elle sa deuxième limite ?

2.2.2 LA TEMPORALITÉ COMPLEXE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Cette temporalité rend perplexe. Quelle doit être la nature du projet pour qu'il s'étale sur un temps aussi long. Pour certains participants, il devra forcément être très ambitieux pour justifier de ce délai. Temporalité longue mais dans le cadre d'une conduite de courte durée, ici quatre mois. Il est clair que les projets les plus ambitieux devront donc être discutés largement en amont du commencement des travaux pour qui veut privilégier le mode participatif. Dans l'exercice présent, ce n'est pas la complexité des actions mais plutôt leur accumulation et le nombre limité d'acteurs pour les piloter qui ont conduit à l'adoption d'une programmation aussi longue. Pour autant, il peut être complexe pour une direction d'annoncer, par exemple, deux ans à l'avance, à travers le projet d'établissement, l'ambition de mettre en place une table aux souvenirs à l'attention des résidents décédés afin de taire les peurs irraisonnées de certains de leurs pairs. Il est vrai qu'il faut se méfier de la standardisation des réponses proposées, il y aura lieu de recueillir l'avis de chacun, ce qui prend du temps, en dépit du réel intérêt qu'à suscité cette suggestion durant le conseil de famille. Globalement, il est certain que l'ensemble des actions représente une charge de travail indéniable, les officialiser dans le projet d'établissement garantit leur accomplissement à moyen ou long terme, si on s'attache à en suivre leur exécution. Pour autant, cela ne peut-il pas produire un effet délétère auprès des personnes accueillies, leurs proches et le personnel ? On a pu voir, à ce niveau là, une certaine déception durant le conseil des familles. La temporalité est donc à apprivoiser, à expliquer, à justifier, afin de ne pas décourager les résidents, leurs proches, et les professionnels, face à la masse des actions à mener. Il faudra conserver sa vigilance pour ne pas oublier avec le temps les objectifs fixés. Pour ce faire, on pourra

s'appuyer sur une réunion annuelle des acteurs du COPIL ou, plus simplement, l'inscrire à l'un des points de l'ordre du jour du conseil d'administration et des autres instances.

2.2.3 UNE COMMUNICATION À MAÎTRISER

A côté de la temporalité complexe, on voit aussi que l'extraordinaire outil de communication qu'est le projet d'établissement peut rebuter parfois en raison de son épaisseur ou si les choix des mots ne sont pas de bon aloi. La difficulté de l'exercice consiste à rendre ce document lisible, intéressant, voire captivant par un ensemble d'acteurs bien différents : des personnes vulnérables, leurs proches, des professionnels internes externes à la structure, les autorités de tarification, des représentants de la collectivité, des bénévoles. La multitude des lecteurs potentiels complique l'exercice, comme la longueur du propos. Si l'on veut mettre en lumière son établissement, il sera donc nécessaire d'élaborer une plaquette permettant de saisir l'essence du projet en suscitant même la curiosité, l'envie d'approfondir et donc d'ouvrir le projet d'établissement. La diffusion de cette brochure, limitée à un format A4 recto verso sera à assurer largement, s'il est question de favoriser l'adhésion autour du projet d'établissement. Il s'imprimera dans les esprits. On pourra le considérer comme un signe de bienvenue, d'annonce, de partage des valeurs et des ambitions en le remettant au nouveau venu, qu'il s'agisse d'une personne âgée ou d'un professionnel.

Ces limites continuent à interroger. Mais ce constat est-il propre à cet établissement de taille modeste, sans projet pendant de longues années ou peut-on penser qu'il s'agit d'une généralité propre aux établissements médico-sociaux ?

2.2.4 LE DÉCALAGE ENTRE PROJET D'ÉTABLISSEMENT POUR LES FLORALIES ET NOUVEAU PROJET POUR LES ORCHIDÉES

A) Mobilisation des acteurs démultipliée.

On peut trouver quelques points de convergence mais beaucoup plus de divergences pour ces deux structures qui s'expliquent par différentes raisons. Au niveau de la mobilisation autour du projet, pour les personnels le mode participatif s'encadre plus facilement, puisque les personnels des Floralties sont convoqués, quelque soit la réflexion à mener, sur leur temps de travail et non par un système d'heures supplémentaires récupérables. Le planning laisse plus de latitude que celui de la petite structure, la présence est donc obligatoire. Le volontariat est privilégié mais la force de conviction du cadre supérieur de santé parvient également à décider les plus réticents. On peut voir aussi une meilleure mobilisation des personnes accueillies et de leurs proches, il n'est

pas possible de l'attribuer à un déclin cognitif qui serait moins prononcé : au contraire, les GIR 4 à 6 représentent aux Orchidées 46% des résidents et aux Floralties seulement 35%. On l'expliquera plutôt par un cadre supérieur de santé très impliqué dans l'amélioration de la qualité, un intérêt des équipes lié à la fierté d'avoir réussi à entrer dans un établissement si renommé. On peut noter aussi une attention différente des acteurs extérieurs, ici il s'agit d'un outil de très bonne qualité, favoriser son adaptabilité aux évolutions des connaissances est une nécessité, à plus forte raison dans le contexte financier plutôt favorable de cette structure.

B) La temporalité très stratégique au service des projets.

En terme de temporalité, la problématique est très différente car le projet à écrire en 2016 aura à rendre compte, outre le cadre habituel, de la définition et de l'organisation un pôle d'activité en soins adaptés. Il se penchera aussi très certainement sur le développement de la plateforme de répit pour les aidants. Pour ce qui des actions proposées par Les Orchidées, aux Floralties, elles se sont inscrites au fil de l'eau dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en raison de la présence d'une qualitiçienne à 20%.

C) Une communication toujours complexe à gérer.

Quant à la communication, elle est certes facilitée aux Floralties, la presse locale s'y intéresse fortement. Pour autant, le développement d'une stratégie sur le sujet⁹⁷ semble tout aussi utile dans un contexte où aujourd'hui l'écrit peine à trouver sa place.

On peut donc retenir que les limites ciblées sont spécifiques, non à la structure, mais à sa taille singulière.

2.3 QUEL BILAN APRÈS L'ÉLABORATION DE CE PROJET D'ÉTABLISSEMENT ?

Ces atouts et ces limites interrogent. Doit-on se lancer dans une telle démarche lorsqu'on a la charge d'un établissement si petit, avec une autre motivation que celle de respecter une obligation légale ? Quel bilan peut-on tirer de la conduite de cette élaboration dans un établissement aussi singulier ? Quelle satisfaction pour les acteurs concernés ?

⁹⁷ Plaquette A4 de communication à développer – cf. ci-dessus

Les plus sceptiques penseront sans doute que l'outil est un peu lourd pour les avancées dont il est porteur mais il n'était pas question ici de rivaliser avec un autre établissement, mais plus plutôt de partager des valeurs et d'écrire un futur à la structure. De plus, en étant actrice et observatrice des différents protagonistes, je peux ajouter qu'ici, cette élaboration a été à l'origine de trois progrès.

2.3.1 RÉTABLIR LE DIALOGUE

D'abord la rupture des non-dits de plusieurs ordres, on pense en priorité à ceux entre les professionnels de l'établissement. Travailler sur la qualité en concertation avec la direction a conduit à pointer les points à parfaire, chose qui avait été seulement esquissée durant l'évaluation interne, réalisée par un prestataire extérieur. Ce fut l'occasion de reconnaître les attentes des résidents et la nécessité d'y répondre tous ensemble, chacun à sa façon : actions, études, décisions. Rupture des non-dits également liés aux propos délétères de certains professionnels : les noms d'oiseau volaient durant les transmissions et la hiérarchie l'ignorait. Rupture des non-dits aussi entre les acteurs sur l'inadaptation des locaux de l'établissement, l'officialisation d'une problématique majeure qui n'était évoquée jusqu'à présent qu'à mots couverts en petits groupes, là, tous autour d'une table : directrices d'établissement, le président du conseil d'administration les autorités de tarification, le représentant du personnel, le devenir de la structure a été abordé.

2.3.2 L'ACCENTUATION DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ.

Le deuxième progrès de ce travail a été l'accentuation de la démarche d'amélioration de la qualité continue en réfléchissant tous ensemble aux actions nécessaires et à la façon concrète pour y parvenir (pilote, moyens, indicateurs) comme une promesse mutuelle entre professionnels « d'être meilleur » et un engagement vis à vis des résidents plutôt que de laisser l'insatisfaction s'installée au point de perdre la fierté de son quotidien professionnel. *Le projet écrit est une base pour l'avenir [...] un point de départ, et non une ligne d'arrivée*⁹⁸.

2.3.3 ROUVRIRE LE CHAMP DES POSSIBLES

Troisième progrès, celui de rouvrir le champ des possibles, en rallumant l'étincelle dans les yeux des professionnels : de la direction jusqu'aux agents hospitaliers qualifiés qui peuvent arrêter de penser que l'établissement où ils travaillent ne possède d'autres perspectives que celles de la fermeture ou de la maltraitance. C'est aussi le sentiment d'avoir fait bouger

⁹⁸ VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 2003, *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès

les lignes. Il a ouvert l'horizon aussi des résidents et de leurs proches, qui en se penchant sur la qualité délivrée par la structure, ont voulu aussi apporter leur contribution au bien-être du groupe. Leur rôle d'acteurs de la structure est sorti, renforcé de ce travail. Comme l'évoquait Albert Jacquard dans *Mon Utopie : vieillir c'est continuer à participer avec des moyens qui changent. Bien sûr, je cours moins vite, je saute moins haut, mais, tant que je peux fabriquer en moi des émotions nouvelles, partager quelque chose avec d'autres, faire que les autres s'enrichissent à mon contact, alors je ne suis pas un être trop vieux, je suis vieux, au sens africain du mot : quelqu'un vers qui on vient comme à une source* »

Qu'on ne se trompe pas, il n'est pas question de dire : qu'écrire un projet d'établissement change la réalité d'une situation complexe mais qu'en parler, réfléchir sur ce qui peut évoluer permet de reprendre l'avantage sur celle-ci. Ces bienfaits sont présents, pour autant, ils sont fragiles. Ils risquent de disparaître à la première crise, au premier professionnel grincheux, au prochain arrêt de travail un peu long d'un collègue, à la prochaine prise en soin d'un résident un peu compliquée sans l'apport d'expertise ou au prochain non respect insistant entre professionnels non sanctionné.

Comme on vient de le voir, l'élaboration du projet d'établissement comporte des atouts et des limites, mais quoi qu'il en soit, elle est toujours profitable à la structure et à ses hôtes même s'il s'agit d'un défi au quotidien. Pour autant, il s'agira pour le directeur de la structure, de renforcer les atouts et de repousser les limites énoncées. C'est à ce titre, qu'il semble essentiel de proposer tous les moyens susceptibles d'enrichir au quotidien le projet d'établissement. Il y a lieu d'avoir en permanence à l'esprit les objectifs poursuivis au sein du projet d'établissement pour permettre leur déclinaison en s'appuyant sur les plans d'actions validés mais aussi d'autres mesures complémentaires ou parallèles. Cet ensemble mis à contribution permettra seule l'évolution de la culture et des pratiques professionnelles.

CHAPITRE 3 COMMENT EST-IL POSSIBLE D'ENRICHIR AU QUOTIDIEN LA CONDUITE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT ELABORÉ ?

A présent, nous allons étudier les mesures susceptibles d'être mobilisées dans chacun des actes du quotidien afin d'enrichir la conduite du projet d'établissement. Si j'étais en responsabilité sur cet établissement, je les retiendrais, il s'agit d'un côté, de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de l'autre une réflexion éthique permanente.

Il me semble utopique de penser parvenir à un changement au long cours à la faveur de la seule élaboration du projet d'établissement : on ne décrète pas le changement, le progrès, l'amélioration se forment au fil des jours en s'interrogeant face à chaque situation. A force de petits pas, c'est la philosophie globale d'un établissement et de ses professionnels qui évolue.

Dans la situation qui nous intéresse, la conduite du projet d'établissement porteuse d'une amélioration au quotidien sera complexe à mettre en œuvre, car, outre la lourdeur du processus d'écriture et de mise en œuvre d'un projet d'établissement, la direction⁹⁹ ne peut réellement trouver de relais sur place. Elle est obligée de s'impliquer. J'identifie, en marge de l'équipe, quatre grands professionnels relais : le médecin coordonnateur, le cadre de santé, l'animatrice et le chef de la cuisine. Or cet EHPAD possède certaines particularités. Le médecin coordonnateur¹⁰⁰, en dépit de l'intérêt bien réel qu'il porte à l'établissement, est peu présent d'avril à octobre chaque année, seulement un jour par semaine, parce qu'à cette époque de l'année ; il assure ses fonctions de médecin thermal. On voit aussi au niveau du cadre de santé, dans les faits il s'agit plutôt d'une infirmière faisant fonction, pleine de bonne volonté mais ne possédant pas encore la culture et les savoir-faire propres à ce type de fonction, et pour compliquer l'exercice elle est en fin de parcours professionnel. Elle annonce son départ à la retraite dans les deux ou trois ans, en expliquant assez librement qu'elle ne souhaite pas s'engager dans une formation au long cours. Quant à l'animatrice, présente depuis l'ouverture de la structure en 2003, sur différentes fonctions, elle semble plutôt déçue par ses actuelles responsabilités, notamment parce qu'elle ne croit pas beaucoup à l'intérêt des actions développées. Bien que recadrée régulièrement, elle tient des discours assez négatifs¹⁰¹ sur certains résidents en particulier et plus largement sur l'ensemble des personnes

⁹⁹ Rappel : il s'agit d'une direction commune entre deux EHPAD

¹⁰⁰ Médecin coordonnateur est présent depuis son ouverture et exerçait ses fonctions au sein de l'hôpital thermal.

¹⁰¹ Extrait d'un discours : *ce sont des personnes très dégradées [...] pour ceux qui entrent dans la structure, c'est le choc en entrant, vous n' imaginez pas à quel point [...].* alors qu'on se souvient que l'établissement possède un GMP à 678.

accueillies. Cette dernière conçoit donc difficilement qu'il soit possible de faire mieux que l'existant avant l'écriture du projet d'établissement. Un dernier élément contraignant appelle un fort engagement de la direction, c'est l'absentéisme des équipes, il est très important¹⁰². En revanche, le Chef de la cuisine est très dynamique, il s'investit même dans le service à table. Ces singularités imposeront à la direction d'aborder l'amélioration des pratiques professionnelles de multiples façons en élaborant différentes stratégies et en insufflant aussi un cheminement éthique.

3.1 LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER D'AUTRES STRATÉGIES EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ S'APPUYANT SUR LES TECHNIQUES DE GESTION MISE EN ŒUVRE.

3.1.1 UNE STRATÉGIE POUR INVESTIR SUR LES RESSOURCES HUMAINES

Le travail sur le projet d'établissement et les différentes situations de crises¹⁰³, sources aussi d'évolution, conduisent à penser qu'un important travail en matière de ressources humaines est nécessaire. On l'articulera en plusieurs phases : d'abord une évaluation encore plus précise de la situation, ensuite un travail sur les organisations, enfin le renforcement de l'accompagnement des professionnels.

A) Une évaluation fine de la situation de l'équipe

Le travail sur le projet d'établissement, et surtout la mise en œuvre de certaines de ses préconisations¹⁰⁴, a libéré un peu la parole mettant au jour des tensions, des rejets et leurs impacts sur l'organisation du travail. Dans le même temps, l'absentéisme a continué de croître¹⁰⁵. En étant en responsabilité sur cette structure, après l'actualisation de la documentation de chaque professionnel¹⁰⁶, des entretiens individuels aurait été menés afin de faire un point sur la situation précise, mais aussi sur le projet professionnel de chacun : difficultés du quotidien, compétences mobilisées et à parfaire, connaissance de leur fiche de poste, et de fonction, projets, autres difficultés, ceci afin d'initier une gestion

¹⁰² 6,5 postes par an sur les 31,2 budgétisés au tableau des emplois

¹⁰³ Épidémies fortes (niveau de signalement à l'ARS) de gastro-entérite, gripes, et gestion des travaux de planchers dans les logements.

¹⁰⁴ Réunion hebdomadaire : soit d'informations (Direction Equipe) soit d'analyse des pratiques professionnelles

¹⁰⁵ En plus des arrêts sporadiques, 4 nouvelles absences au long cours (1 ide, 1 AMP, 1 ASH), 1 non renouvellement de contrat

¹⁰⁶ Documentation : déroulé de carrière, formations suivies, absentéisme, notation, mobilité, ...

prévisionnelle des emplois et des compétences, selon les préconisations des experts venus auditer le site¹⁰⁷. Ce travail demandera un investissement important, on peut comptabiliser environ seize heures à vingt heures de travail pour la direction (± 25 mn par agent), mais il semble être un prérequis indispensable pour lever les freins à l'amélioration des pratiques professionnelles.

L'évaluation précise de la situation passerait aussi par un travail approfondi à mener avec l'IDEC en la remobilisant autour d'objectifs précis, en y ajoutant de la pédagogie : par exemple en lui apprenant à organiser son travail, à rendre compte. Cela pourrait se construire au quotidien, mais aussi plus sûrement, à travers des entretiens particuliers hebdomadaires. Il serait judicieux aussi de conforter son positionnement en effectuant une distinction en matière de droit entre elle et l'équipe afin qu'elle s'identifie davantage à l'équipe de direction, en lui octroyant l'avantage d'un travail par objectifs, à savoir, les dix-neuf jours de réduction de temps de travail, plutôt que les quatorze jours dont elle dispose actuellement avec des horaires élastiques assortis de l'interdiction de récupérer ou d'obtenir le paiement des heures supplémentaires surnuméraires.

B) Une organisation du travail fondée sur les projets de vie individualisés

Là aussi, c'est le travail sur le projet d'établissement qui autorise à définir comme nécessaire l'approfondissement du travail sur les organisations car il a mis en évidence la possibilité d'importants points de progression. Cette réorganisation doit se mener en deux temps, et c'est là la singularité proposée: d'abord celui du recueil des projets de vie individualisés, puis celui de l'étude de la charge de travail et de l'organisation.

Il a été possible d'initier une nouvelle façon de collecter les habitudes de vie¹⁰⁸, les souhaits des résidents pour parfaire l'accompagnement et répondre aussi à certaines critiques¹⁰⁹ émises. Dès lors que la personne accueillie l'accepte, il est désormais possible de n'oublier aucune thématique pour la découverte du nouvel hôte : visites, événements importants, loisirs, intérêts. L'entretien a été testé, il dure en moyenne vingt minutes et a notamment conduit à proposer des après-midis belote, musique, ... en réponse aux goûts exprimés. Il paraît intéressant d'accélérer ce travail. Si on considère que l'intégralité des recueils est à réaliser, cela implique seize heures de travail réparties sur cinq semaines, soit trois heures de travail par semaine pour la construction de neuf projets. Pour ce faire, l'animatrice et un soignant pourraient être sollicités en raison du lien

¹⁰⁷ Evaluation externe 2014 et évaluation des risques psychosociaux 2013 (RPS).

¹⁰⁸ Nb : les projets de soins seront achevés en juin 2015 (3/4 effectués début juin)

¹⁰⁹ Cf. Annexe Questionnaire et synthèse pour le personnel : 17% des personnels en conflit avec leurs valeurs personnelles et 11% qui ne se prononcent pas, manque d'intérêt de certaine, ...

logique avec la construction du projet d'animation de la structure. Après ces recueils, une discussion, validation en réunion pluridisciplinaire sera à mener, afin de collecter les savoirs de tous. Il semble cohérent de ne pas envisager plus de trois projets par semaine durant une heure de travail collectif, intégrée aux réunions hebdomadaires du mercredi. Quatre à six mois de travail permettront de rendre actif l'ensemble des projets de vie.

Le second volet sur l'organisation visera à collecter l'activité de l'ensemble des professionnels afin d'essayer de parfaire sa réalisation quotidienne¹¹⁰ : le constat de départ est que le déroulé de la journée s'effectue de façon convenable bien que la charge de travail soit fluctuante selon les étages, dès lors qu'une aide soignante (AS) est disponible par niveau avec une équipe d'au moins deux agents hospitaliers qualifiés pour les quatre niveaux (ASH). Or le week-end, on est sur une organisation dégradée, seules trois AS sont présentes. L'enquête de satisfaction des résidents, des personnels, le quotidien aussi et le travail des groupes à laisser entendre des plaintes. Le recensement de l'activité, c'est-à-dire un recueil journalier¹¹¹, apparaît donc comme la solution la plus adaptée pour mettre en perspective le travail réel avec les attentes des résidents. Il permettra la construction d'une étude sur la charge de travail car ces recueils vont montrer la dissonance entre les accompagnements (seul ou en binôme / aide mécanique ou non / durée de l'accompagnement). Il s'agira d'en évaluer le bien-fondé en équipe, pour ensuite être en mesure de proposer une nouvelle organisation, par exemple, des fonctions non plus par étage mais selon la réalité du travail avec des coopérations entre acteurs, ne reposant plus uniquement sur la sympathie ou l'antipathie entre professionnels mais plutôt sur la responsabilisation des acteurs. L'organisation du week-end pourra également être ainsi fiabilisée. C'est l'IDEC qui sera surtout mobilisée, le médecin coordonnateur pour les fonctions de soins et d'accompagnement dans le cadre de réunions de travail en équipe pluridisciplinaire. Pour autant, la direction devra dans cette structure l'épauler dans son travail. A défaut, l'IDEC serait en grande difficulté.

Après la révision de l'organisation générale, on devra envisager l'actualisation et la mise en place de fiches de poste partagées, quelques soient les fonctions y compris celle des fonctions-supports¹¹², ceci pour améliorer la qualité de l'accompagnement et aussi veiller à la bonne répartition de la charge de travail¹¹³ entre les professionnels. Ce travail devra s'effectuer sur un mode concerté et pluridisciplinaire. On peut citer, par exemple, les

¹¹⁰ Cf. Annexes : Synthèse enquête du personnel et aussi les pistes d'amélioration sur les RPS *Veiller à l'équité dans la répartition de la charge de travail*

¹¹¹ Phase en 2 temps : 1) Recueil journalier : heure de début et fin de chaque mission avec un libellé succinct, et des observations en cas de particularités. 2) Analyse de l'activité par un groupe de professionnels : fonctions concernées, tâche spécialisée ou spécialisée, niveau de maîtrise, de satisfaction et besoins de formation. Loubat JR, *Penser le Management*

¹¹² Logistiques, techniques, administratives

¹¹³ Cf. Annexe, recommandation de 2013 sur l'évaluation des risques psychosociaux

fiches de postes des infirmières¹¹⁴ de l'EHPAD, il existe un poste du matin et un l'après-midi. Pour comprendre la nécessité de l'évolution de ces fiches, on doit savoir que les piluliers sont préparés et livrés par une pharmacie en ville, et que les prélèvements sont réalisés directement par un laboratoire extérieur. Dans cette organisation, l'infirmière est chargée principalement de la distribution des médicaments, qu'elle délègue aussi par moment à l'AS. Elle accomplit quelques pansements¹¹⁵ et gère certains appels téléphoniques¹¹⁶. On peut ajouter que le planning permet parfois l'adjonction d'un renfort à partir de 8h30, soit trois infirmières dans la journée. Ce constat peut être dressé sans qu'il soit possible de mettre en perspective une qualité renforcée au sein de l'EHPAD. L'écriture du projet d'établissement a mis en exergue les éléments suivants : de nombreux protocoles sont à actualiser voire à créer, l'absence de classeurs de contrôle pour la distribution des médicaments, un travail en lien avec les éléments d'informations sur les chutes reste à mener, les plans de soins sont incomplets et les projets de vie inexistant. On a noté aussi l'absence de dépistages bucco-dentaires et des déficits sensoriels, sauf si le résident le sollicite. Un investissement plus important apparaît nécessaire au niveau de la qualité des soins, mais aussi pour l'encadrement des stagiaires, la continence, voire en favorisant la coopération entre professionnels durant l'aide aux toilettes si l'intervention de l'infirmier diplômé d'état (IDE) est nécessaire pour un soin. Cela permettrait d'éviter d'interpeler l'AS pour qu'elle vienne lever le résident, alors même que cette dernière a déjà réalisé les soins relevant de son champ de compétences. Ce travail conjoint permettrait de vérifier, d'expliquer, voire de réexpliquer à l'AS l'intérêt de certains gestes pour le bien-être du résident.

La direction aura également à entreprendre une réflexion sur l'activité des professionnels chargés de fonctions-supports, parce qu'il était possible de voir certains d'entre eux rester sans activité particulière pendant de grands laps de temps comme la lingère ou le technicien. Il ne s'agit pas de stigmatiser ces professionnels mais plutôt d'enrichir leurs activités. Par le biais d'essai de révision de leur fiche de poste, il serait possible de demander un plus, à la lingère, par exemple, pourquoi pas collecter le linge sale des résidents avec la remise d'une fiche¹¹⁷ ou de n'effectuer la distribution du linge propre qu'en présence du résident ? Ceci répondrait aux interrogations de ces derniers sur la perte de leur linge. Il serait envisageable aussi de proposer de prendre du temps pour vérifier les poches des blouses. Ceci mettrait un terme à la perte régulière de plusieurs kilos de linge en lavant celui-ci avec un stylo resté malencontreusement dans une poche. Pour le technicien, une démarche similaire pourrait être effectuée, d'abord en

¹¹⁴ Postes infirmiers : 5 infirmières (dont 1 poste de remplacement et 1 temps partiel thérapeutique)+ 1 IDEC à 100%

¹¹⁵ Pansements plutôt rares, 3-4 selon le médecin coordonnateur quand la semaine est lourde

¹¹⁶ Les appels concernant les nouvelles aux familles, les visites des médecins, la prise de rendez-vous médicaux

¹¹⁷ Fiche proche de ce que l'on peut trouver dans les pressings (vêtements mis à laver et date dépôt)

s'interrogeant sur la pertinence de ses horaires, régulièrement des entreprises viennent dans les locaux après son départ (15h30 / 15H45) et doivent être gérées par l'équipe administrative, sans qu'elles puissent être en mesure de comprendre les problématiques des entreprises. Ensuite, il serait possible de proposer d'élargir ses responsabilités à la gestion des produits d'entretien et non pas seulement à leur déplacement de la réserve à leur lieu d'usage. Enfin si la demande était formulée de façon formalisée, il serait peut-être mieux à même d'élaborer un programme mensuel de petits travaux qu'il se sentirait en capacité de réaliser. L'ensemble serait suivi par une feuille d'activité quotidienne comme cela peut exister dans certains établissements.

Ces évolutions comme d'autres doivent être évaluées de façon informelle régulièrement. Cela pourrait être aisément le cas durant le point bimensuel animé par la direction. Durant ce temps, c'est l'occasion pour chacun d'exposer à l'équipe son actualité, l'état d'avancement de ses travaux et ses interrogations. Cette organisation des réunions est traditionnelle dans un certain nombre de structures, le partage étant considéré comme naturel. Il permet aussi d'inscrire la réunion dans l'échange, en ne limitant pas celles-ci, comme c'est actuellement le cas à un lieu d'informations uniquement descendantes. Il est important de rappeler que l'ensemble de ces actions ne pourra être entrepris que sur un mode concerté et échelonné afin de permettre d'ajuster les différents processus inventoriés.

C) L'accompagnement des professionnels

La dernière proposition en matière de ressources humaines concerne l'accompagnement des professionnels. En effet, les difficultés exprimées durant l'atelier *Valorisons les professionnels* ne s'éteindront pas avec la seule réorganisation des acteurs. La volonté d'amélioration en profondeur les pratiques professionnelles conduit aussi, d'un côté à offrir aux professionnels un cadre plus sécurisant et de l'autre à renforcer leurs compétences.

a) Renforcer le cadre sécurisant de la structure

Le cadre sécurisant peut certes être vécu uniquement comme une contrainte, mais son insuffisance met aussi régulièrement en difficulté les personnels. Le directeur doit proposer aux instances un règlement intérieur dédié au personnel après avoir initié un travail d'appropriation à leur attention. Dans le même temps, il sera intéressant de proposer un livret d'accueil à destination des nouveaux professionnels, des stagiaires comportant une fiche de consultation pour qu'ils découvrent rapidement la singularité de chaque profession, de la structure, ses valeurs, leurs droits et leurs obligations et qu'ils

éclaircissent la structure avec leur avis. Le livret d'accueil facilite *l'intégration de l'acteur dans l'organisation mais aussi prolonge en quelque sorte la relation contractuelle entre celui-ci et son entreprise [...]'*¹¹⁸. Une première diffusion serait assurée auprès des professionnels en poste. Ces documents prévoient en plus des mesures qualitatives, telles que la désignation d'un tuteur ou référent pour chaque nouveau professionnel de la structure pendant une durée de six à douze mois, des éléments d'informations sur les temps de concertations pluridisciplinaires, d'analyse des pratiques professionnelles, de coordination, la place des documents essentiels¹¹⁹, le mode de gestion participatif et l'engagement d'une enquête périodique de satisfaction des personnels. Enfin pour finir, le recensement des risques professionnels serait au livret comme ses modalités de prévention.

b) *Le renforcement des compétences des professionnels*

En plus du cadre sécurisant, il semble nécessaire de renforcer les compétences des professionnels¹²⁰ de la structure. Actuellement, il n'existe pas de document de suivi permettant d'être en mesure de connaître le nom des professionnels qui ont bénéficié ou non de la formation sur la dénutrition ou la fin de vie, par exemple. L'inscription s'effectue selon les choix des intéressés, souvent sur les thématiques essentielles proposées par l'organisme gestionnaire de formation continue. Régulièrement, les actions de formations sont annulées au dernier moment pour motif d'absentéisme, sans qu'il soit toujours possible d'annuler leur coût. Pour améliorer cette organisation, il semble intéressant d'abord de mettre en œuvre un suivi permettant de mobiliser certains professionnels, ensuite, de profiter du CTE pour partager, expliquer, amender si nécessaire, les choix annuels effectués en la matière, ceci en maintenant le bilan des réalisations au terme de l'exercice. En retenant que le plus rapidement possible, le directeur devra inscrire sur le plan de formation, une action à destination de l'infirmière faisant fonction de cadre de santé pour parfaire ses connaissances en matière d'encadrement et de démarche d'amélioration continue de la qualité afin de faciliter son positionnement. Enfin, il apparaîtrait pertinent aussi de favoriser les formations-actions *in situ* afin qu'il soit possible de créer une dynamique de groupe et aussi de mesurer que les attentes qualitatives sont réalistes. Comme les moyens ne sont pas extensibles, on pourra commencer à améliorer le taux de retour de la cotisation à l'organisme pour l'instant seulement 62%¹²¹. Il y aura lieu aussi de réduire progressivement les coûts, si possible, de la part des formations

¹¹⁸ LOUBAT JR, *Penser le management*

¹¹⁹ Protocoles, fiche d'événements graves et indésirables, fiches de suivi

¹²⁰ Cf annexe, synthèse des réponses des personnels : le niveau de compétences des collègues est évalué satisfaisant pour seulement 67% et 34% estiment être obligé de compenser ce manque de compétence

¹²¹ Rapport d'activité de l'EHPAD

consacrées à la gestion de la structure, par exemple en mutualisant leur déroulement avec d'autres EHPAD.

Dernière remarque globale en matière de ressources humaines, il y aura lieu de favoriser le travail en interdisciplinarité et de proposer rapidement un ou deux événements festifs chaque année pour développer, sans attendre, l'esprit d'équipe et la convivialité au sein de la maison de retraite. A ce travail sur les ressources humaines ayant pour objet de motiver, remotiver, sécuriser et renforcer les équipes, il y aura lieu d'ajouter un travail de fond pour chercher à libérer des ressources mobilisables à l'amélioration de la qualité.

3.1.2 UNE STRATÉGIE POUR PARFAIRE LA FONCTION ACHATS AFIN DÉGAGER DES MARGES FINANCIÈRES POUR LA RÉALISATION D' ACTIONS QUALITATIVES

Le directeur aura aussi à sa charge de réaliser un travail sur les achats afin de disposer d'une certaine latitude pour prendre des mesures qualitatives favorables à l'amélioration des pratiques professionnelles. On a pu voir comme durant l'élaboration du projet d'établissement, il n'était pas envisageable de financer une portion supplémentaire de fromage pour les résidents le soir, alors même que l'ensemble des professionnels¹²² était d'accord sur l'intérêt d'une telle mesure, à plus forte raison qu'il n'existait pas de conformité entre les menus de l'EHPAD et les recommandations en matière de laitages pour les personnes âgées. Dans le projet d'établissement, Il a fallu repousser cette mesure à 2017. Il est vrai que la situation financière de l'EHPAD s'annonçait comme critique dès le premier trimestre de l'année, au niveau des produits d'entretien, des produits lessiviels et des produits d'incontinence. L'exercice 2015 avait amené des changements de prestataires qui se sont révélés défavorables pour la structure. A titre d'exemple, on peut citer les produits lessiviels, le niveau des dépenses annuelles était en passe d'être atteint au mois de juin. Dans de telles circonstances, il y aurait lieu d'entreprendre un travail de professionnalisation de la fonction achat d'autant que le coût à la place aux Orchidées se chiffre à 42.399€ quand le coût médian est proche de 35.000€¹²³.

A) Le regroupement des achats

On le sait les structures de petites tailles n'ont pas forcément les moyens en personnel appropriés pour mener à bien la fonction achat, à moins de posséder une certaine appétence sur le sujet. Il semble utile d'accepter l'aide d'établissement en mesure de

¹²² Direction, médecin coordonnateur, cadre de santé, chef de la cuisine, diététicienne ... devis reçu 11K€ pour une portion de fromage supplémentaire (40 grammes) pour 47 résidents pendant 1 an.

¹²³ ATIH 34.707€, chiffrage 2014 avec les données de 2012/ KPMG Avril 2014 : 35.399€

structurer cette fonction. Il s'agirait de rejoindre, dès 2016, un groupement d'achat pour les produits d'entretien en place dans un centre hospitalier à proximité. De même, il serait envisageable de chercher à rejoindre des groupements en place dans le domaine alimentaire. Cette évolution s'effectuerait après un travail mené avec les responsables de secteur (cuisine, entretien) afin de regrouper les achats les plus importants¹²⁴ en se rapprochant des standards et en conservant l'autonomie de l'établissement sur les produits non coûteux et sur les rares produits indispensables au bon fonctionnement. Certaines réticences existent parfois au sujet de ces groupements, pour autant, il faut savoir que les motifs de satisfaction sont nombreux, souvent la qualité est supérieure pour un coût identique, voire inférieur à ce qu'un établissement seul peut acquérir. De plus, l'ensemble des adhérents du groupement participe au choix. Il semble intéressant aussi, à défaut de groupement en place, de proposer aux ESMS à proximité de se regrouper pour effectuer ensemble quelques achats. Ces changements mettraient un terme aux principales difficultés rencontrées en facilitant l'évolution de la qualité au sein de la résidence sans progression du reste à charge.

B) Le recours aux centrales publiques d'achats

On pourrait aussi développer le recours à des centrales d'achat, type UGAP ou RESA Ile de France, pour disposer d'une offre plus intéressante pour l'acquisition des matériels et mobiliers. On peut voir certains privilégier exclusivement l'offre locale à un prix bien supérieur par crainte de difficultés en matière de service après vente (SAV) par rapport à celle de la centrale d'achats. C'est un élément à ne pas négliger, pour autant, il est possible de négocier le montant des matériels avec le marché local en expliquant les contraintes budgétaires, lorsqu'on leur montre une proposition concurrente à qualité égale plus intéressante que la leur, à défaut, on explique qu'on ne peut que leur réserver la prestation SAV. Ces arguments sont le plus souvent compris de tous.

C) La mutualisation de la fonction achat

A terme, le dernier axe à travailler serait vraisemblablement le regroupement de la fonction achat sur un seul EHPAD. Sur le plus petit, la mission n'est pas assurée, l'administratif en charge du paiement des fournisseurs, est déjà en responsabilité sur les admissions, les frais d'hébergement, la gestion des instances, le suivi des formations professionnelles, l'élaboration du compte administratif, ... Dans l'autre établissement, l'adjoint des cadres en charge des finances et des achats possède complètement la compétence et la vigilance nécessaire pour réaliser ce travail. Il dispose d'une certaine

¹²⁴ Principe de Pareto : 20% des produits représentant 80% des dépenses

latitude sur son poste. Intervenir sur cet EHPAD ne devrait pas poser de difficulté. Ce regroupement ne pourra se mener qu'avec l'adhésion de l'intéressé et en expliquant aux équipes des Orchidées les avantages qu'il y aura, à savoir : des gains financiers permettant d'acquérir des moyens supplémentaires pour améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents. Cela pourrait être une première expérience concluante qui favoriserait le développement d'une collaboration plus étroite entre les deux établissements.

D) Des premiers investissements sans accroître le reste à charge

Parallèlement, il paraîtrait opportun de proposer au conseil d'administration d'opérer quelques investissements. Par exemple, en sollicitant une mission d'accompagnement d'experts financiers pour comprendre l'écart constaté entre les modalités de tenue des comptes de l'établissement et les enseignements théoriques reçus à l'EHESP. A titre d'exemple, on peut s'interroger sur l'étendu du fond de roulement d'activité s'élevant à 180 jours comme seulement 4% des EHPAD¹²⁵, l'intérêt de disposer d'une trésorerie à hauteur de 39 fois son besoin en fonds de roulement (BFR) depuis trois exercices, sans motif de travaux à venir, d'autant que la réserve de couverture du BFR est stable depuis quatre ans au moins, bien qu'elle corresponde à 3 fois le BFR. La structure possède aussi une réserve de compensation des déficits stable depuis plusieurs années puisque elle réalise des résultats excédentaires depuis 2011 au moins¹²⁶. On voit aussi que la dette des fournisseurs d'exploitation est conséquente car ces trois dernières années elle se situe à un niveau de rotation élevée¹²⁷. De même, l'établissement possède un niveau d'endettement élevé (70%), ne serait-il pas judicieux d'accélérer certains mandatements, d'anticiper certains remboursements compte-tenu du niveau de trésorerie, mais aussi d'investir ? Le plan pluriannuel de financement laisse apparaître un niveau de provision aux amortissements insuffisante pour couvrir le capital à rembourser de l'ordre de 30K€, dès 2016. Une expertise apparaît comme légitime.

En raison de ces éléments et de la situation de l'établissement, il semble opportun aussi de proposer au conseil d'administration d'agir en matière d'amélioration de la qualité, en effectuant un audit aussi de la fonction d'appels malades pour mettre un terme aux difficultés rencontrées¹²⁸ ; afin de savoir si cela vient du système d'appel dédié aux résidents, des téléphones portables qui relaient l'appel ou d'une mauvaise utilisation de ceux-ci. En suivant le même processus, la direction aura intérêt à proposer l'acquisition

¹²⁵ KPMG avril 2014 4% des EHPAD possèdent un fond de roulement d'activité supérieur à 120 jours.

¹²⁶ Bilan financier de la structure, résultats excédentaires : 2011 _77K€/2012 _ 99K /2013_120K€/2014_43K€

¹²⁷ Idem: Rotation de la dette fournisseurs d'exploitation : 2012_47jrs / 2013_80jrs / 2014_120jrs

¹²⁸ Cf. remarques des résidents durant l'enquête de satisfaction (attente en moyenne 2h-3h)

d'une prestation de travaux d'environ huit mille euros pour asservir l'ensemble des portes de secours afin de mettre un terme au risque de chutes accidentelles de résidents dans les escaliers de secours, en sachant qu'il existe une réserve d'investissement d'environ 700K€

A côté de la stratégie d'investissement dans la fonction ressources humaines et celle des achats, il semble important aussi de chercher à améliorer les pratiques professionnelles en favorisant le développement régulier d'une éthique professionnelle, comme on peut le lire entre les lignes du projet d'établissement.

3.2 L'ÉTHIQUE, LE DIRECTEUR, UN DES GARANTS DES VALEURS ET DE L'HUMANITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT

Le CNRTL nous indique qu'il s'agit de la *science qui traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale*¹²⁹. C'est ce qu'on appelle un *supplément d'âme*, c'est à dire que l'on ressent un appel ou d'autres sentent une obligation, comme l'exprimait si bien Paul Ricœur : *L'obligation cesse d'être une contrainte quand les valeurs illustrées par les mœurs prennent le visage de quelqu'un, sont portées par l'élan de décisions vivantes, bref sont incarnées par des personnes authentiques*¹³⁰. Ce supplément d'âme, qui interdit de se réfugier dans la technique, habite, les professionnels en charge du *care* et conduit comme l'indique là aussi Paul Ricœur à s'interroger sans cesse pour ¹³¹*inventer les comportements justes et appropriés à la singularité des cas afin d'actualiser et réactualiser chaque réponse à la spécificité des situations rencontrées*. Le directeur est un acteur, un des garants de ce travail. Pour favoriser cela, deux axes semblent pertinents, en interne en changeant le regard sur l'autre et en externe en s'ouvrant davantage aux autres. On s'appuiera pour ce faire sur la recommandation de l'ANESM¹³² qui met en avant, s'agissant d'éthique, sa proximité avec la morale ... *se fonde sur une définition du bien et du mal et se traduit par des injonctions, des interdits, des prescriptions catégoriques. Elle renvoie à une culture, une histoire et à des traditions sociales. Elle est un ensemble de règles destinées à assurer une vie en société harmonieuse et s'incarne collectivement pour les pays démocratiques dans « des institutions justes et des comportements raisonnables*¹³³ ». En ajoutant que *si le*

¹²⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/ethique>

¹³⁰ RICOEUR P., 1963, *Le Volontaire et l'involontaire*, Paris, Point

¹³¹ RICOEUR P., 1990, *Soi même comme un autre*, Paris, Seuil

¹³² Octobre 2010, ANESM, *Le Questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*

¹³³ J.RAWLS

fondement de la morale est l'impératif, le questionnement permanent constitue l'essence de l'éthique.

On le comprend l'éthique renvoie donc à la déontologie, aux bonnes pratiques, à la responsabilité institutionnelle, professionnelle et personnelle. Elle s'inscrit complètement dans la démarche d'amélioration de la qualité retenue au sein du projet d'établissement. Il s'agit donc de mettre en place une réflexion éthique au cœur du quotidien, à bas bruit pour ne pas effrayer, afin de *faciliter une prise de décision la plus juste possible*¹³⁴. Pour favoriser le réflexe du questionnement éthique qui apparaît dans la volonté de *pérenniser la qualité*, deux points semblent importants, d'un côté le changement du regard et de l'autre l'ouverture aux autres.

3.2.1 CHANGER DE REGARD

A) Changer le regard sur la personne âgée

Changer le regard, cela peut sembler simple et pourtant c'est une évolution complexe. Il s'agira d'abord de changer le regard sur la personne âgée. L'essentiel de la démarche passera par la personnalisation, c'est-à-dire la généralisation des projets de vie individualisés avec de véritables référents qui facilitent la connaissance, la reconnaissance de la personne, de son entourage, en la laissant être actrice de son quotidien, en favorisant et protégeant les liens avec ses proches, notamment, avec les conseils de famille, les repas à thème, certaines animations, Internet, comme inscrit sur le projet d'établissement. Changer le regard sur la personne âgée s'effectue aussi par des moyens moins conventionnels, par exemple, en utilisant un journal interne à l'usage des habitants de la résidence pour partager un moment de vie, une passion passée, une histoire, ... Il s'agirait d'un document très simple, quatre ou huit pages selon les informations à partager. La collecte des quelques informations utiles se réaliserait naturellement à l'occasion des événements de la journée avec une photographie, le ressenti des participants, ... Contribueront à ce partage : les projets de vie, si le résident le souhaite, pour par exemple une rubrique « La Personnalité du mois », il serait possible de vanter le talent de couturière, de blanchisseuse, de restauratrice de Madame X et parler de sa plus belle réalisation ou de son souhait le plus cher comme l'évoque si simplement Peter May : *Quand on entre dans une maison de retraite, on voit un tas de vieux, simplement assis là. Le regard dans le vide, le sourire triste [...] Et pourtant, derrière chacun de ces regards, il y a une vie, une histoire qu'ils pourraient nous raconter*

¹³⁴ Idem ANESM

*de douleur, d'amour, d'espoir et de détresse. Toutes ces choses que nous ressentons, nous aussi*¹³⁵.

B) Changer le regard de la personne âgée sur la structure

La deuxième étape de la progression du questionnement éthique cherchera à changer le regard de la personne âgée sur la structure. Elle s'alimentera de la personnalisation et de la communication proposées ci-dessus. La personne vulnérable en voyant son stress diminuer, évoluera favorablement dans sa représentation de la maison de retraite, souvent vue comme un mouvoir. Toutefois, on peut trouver cela encore insuffisant, il pourrait être utile de chercher à développer des alternatives en soumettant cette proposition aux autorités de tarification. En cas d'autorisation, il serait possible de créer à peu de frais un logement d'hébergement temporaire afin d'éviter certaines situations de crise, en offrant du répit aux aidants. Le cadre et les premiers contacts noués rendraient compte de la vie en institution, dédramatiseraient le changement de domicile, ainsi serait facilité le retour vers le lieu de vie ou l'entrée en institution. Cette réussite répondrait complètement à la volonté d'améliorer l'accueil des résidents et de respecter leurs droits au sein de l'établissement.

C) Changer le regard des professionnels sur leurs pratiques

La dernière étape du développement de l'éthique consistera à changer le regard des professionnels sur leurs pratiques¹³⁶. Les étapes précédentes, là encore, auront leur importance car mieux connaître l'autre participe à l'évolution des représentations qui enferment la personne vulnérable dans son état présent sans penser un instant, qu'avant aussi, il s'agissait sans doute aussi d'une personne dynamique, aimante, loin des souffrances du moments. De même, si la personne nouvellement arrivée voit son angoisse diminuée, les professionnels auront des pratiques facilitées. Pour autant, le travail sur les pratiques professionnelles en réunion pluridisciplinaire n'est pas un exercice aisé comme le rappelle ¹³⁷Dominique Le Doujet ce n'est jamais simple, *Prendre et faire sien, cela suppose l'exercice actif de l'intelligence [...] Mais les états stables antérieurs de la conviction peuvent-ils se revisiter sans anxiété ? [...] La conviction acquise et stabilisée sert en effet de pare-feu à une inquiétude insupportable à beaucoup [...] il est possible d'être victime d'une idée au point de ne pas être en mesure de s'en détacher [...] Dans le cadre d'un groupe d'analyse des pratiques [...] il devient ainsi moins dangereux d'examiner dans le détail ce qui auparavant avait cette fonction protectrice, intérieur à soi.*

¹³⁵ MAY P., 2013, *L'Homme de Lewis*, Paris, Actes sud

¹³⁶ Cf. annexe synthèse des réponses : Conflit avec les valeurs de bienveillance et d'écoute

¹³⁷ LE DOUJET D., 2014, *Pour une revalorisation du corps : Intimité, dignité et service à la personne*, Rennes, Les Presses de l'EHESP

Tout le travail du contradicteur consiste à obtenir du questionnement à propos de la conviction ancrée. On se rappelle que ce point a été inscrit dans le plan d'actions visant la valorisation des personnels, j'ajouterais un élément essentiel la réalisation d'un relevé de conclusions, manuscrit si nécessaire. Il est possible de constater l'inutilité des réunions ou groupes de travail qui s'effectuent sans aucune traçabilité, cela interdit une traduction réelle des questionnements, décisions, projets pour les jours à venir.

Changer de regard c'est aussi celui des autres, ceux présent à l'extérieur de la structure. Il apparaît important de développer la stratégie d'ouverture sur l'extérieur, peut-être un peu plus amplement que ce qu'il a été possible de retenir au sein du projet d'établissement.

3.2.2 UN AUTRE REGARD DE L'EXTÉRIEUR : L'OUVERTURE SUR L'EXTÉRIEUR

A) Ouvrir les portes de la structure

Il s'agirait ici d'ouvrir plus largement sur l'extérieur. La meilleure façon de s'ouvrir aux autres commencerait par une participation plus forte aux événements extérieurs en se transformant pour de courts moments, par exemple, en lieu d'exposition de peinture, en démonstration d'artisans, cela suppose d'intensifier les liens avec les différents acteurs locaux. Il serait possible de fixer cet objectif à l'animatrice en débutant sur le rythme semestriel, trimestriel puis enfin bimensuel, en y apportant la contribution de la direction chaque fois que nécessaire. Dans le prolongement de cette action, il est important également de faciliter la venue et l'intégration des bénévoles en cessant de les voir, presque exclusivement comme des sources de problèmes ou comme des héros du simple fait d'avoir passé la porte d'entrée. Pour réussir cette évolution, il serait nécessaire de réaliser un toilettage de la charte du bénévole, de solliciter régulièrement les proches lors de la mise en œuvre des conseils de familles. Le premier conseil, réalisé en mai dernier, a réussi à intéresser une personne à cette démarche, elle s'est proposée de créer un blog, une page Facebook pour la structure afin de la mettre en valeur. Une autre s'est, ensuite, porté volontaire pour venir avec quelques amis pour jouer de la musique, celle appréciée par nos anciens. Il faut valoriser ces initiatives pour qu'elles se multiplient.

B) Une ouverture sélective

L'ouverture des portes de la structure doit se faire intelligemment à chaque fois en prenant les précautions liées au public hébergé : des personnes âgées vulnérables. Dans ce cas, il serait nécessaire d'avoir des exigences renforcées pour tous, mais aussi par

rapport aux stagiaires¹³⁸. L'établissement a accueilli un nombre conséquent d'entre eux parmi lesquels on compte pour l'essentiel, beaucoup de stages de découverte (9), de baccalauréat professionnel (12), et donc très peu de formations aboutissant à un diplôme comprenant les soins relationnels. Seulement quelques stagiaires disposaient de ce profil : deux aides médico-psychologiques, autant pour le diplôme d'auxiliaire de vie sociale et un étudiant en soins infirmiers. L'accueil des stagiaires exige, à mon sens, un investissement des professionnels en charge de celui-ci, cela suppose d'apporter une très grande attention aux choix de ces personnes. Une petite structure n'est pas en capacité de solliciter autant son personnel sans qu'il soit possible d'en recevoir un bénéficiaire. Il faut donc être sélectif en ne retenant que des futurs professionnels à même de comprendre l'intérêt de l'enseignement de terrain reçu, en étant en capacité aussi d'apporter une fraîcheur susceptible d'enrichir les pratiques. On peut ajouter que l'afflux de ces stagiaires à provoquer à certains moments une perte de repères pour les résidents mais aussi pour les professionnels. Quand on compte chaque jour, un ou deux stagiaires présents sur le long cours, aidant pour le nettoyage des locaux, cela facilite la perte de l'organisation optimum. Il y a lieu de mettre un terme à ces excès de stagiaires.

Après avoir élaboré ces propositions visant à développer différentes stratégies mais aussi la réflexion éthique, il semble intéressant à présent de discuter de leur imbrication avec le projet d'établissement. Au préalable, une trame de la programmation des actions proposées a été élaborée¹³⁹ afin d'avoir une visibilité sur le sujet, ceci permettant de corriger une programmation trop hâtive, trop tardive, ou en venant perturbée d'autres travaux.

3.3 COMMENT CES PRECONISATIONS S'IMBRIQUENT-ELLES DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT DES ORCHIDEES?

On l'a vu les suggestions énoncées parfois complètent ce projet d'établissement des Orchidées ou se proposent de cheminer de conserve.

3.3.1 D'AUTRES MESURES COMME UN COMPLÉMENT AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Ce sont toutes les mesures d'amélioration de la qualité de l'accompagnement, tel que l'accentuation du recueil des données pour la réalisation des projets de vie, en insistant sur une organisation fondée sur ces projets, en proposant des modalités précises

¹³⁸ Rappel : 32 stagiaires ont été accueillis en 2014 durant 170 semaines.

¹³⁹ Cf. annexe, Tableau de programmation des travaux annexes

permettant d'associer l'ensemble des acteurs impliqués par cet outil indispensable au quotidien d'une ASH, AS, IDE, animatrice, IDEC, médecin coordonnateur ou directrice d'établissement. Il serait complexe d'inscrire précisément ces travaux dans le projet d'établissement sans obérer la qualité même du travail. Une co-construction suppose des latitudes dans le respect des objectifs fixés. On voit que les choix proposés ici, alourdissent la charge de travail, en privilégiant un travail participatif. Ceci s'intègre difficilement avec la temporalité retenue pour ce projet d'établissement (4mois)¹⁴⁰.

Pour autant, ce travail parallèle permet d'adopter une certaine souplesse propre à l'évolution du quotidien, cette liberté est moins présente dans le projet d'établissement qui suppose l'accomplissement des actions énoncées selon un canevas validé par le comité de pilotage, même si celui-ci suit la vie de la structure en s'actualisant chaque fois que nécessaire. Qu'en est-il alors des préconisations allant au delà du projet d'établissement ?

3.3.2 LES AUTRES PRÉCONISATIONS ?.

Les autres préconisations sont aussi au service de l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles, objectif majeur du projet d'établissement mais elles empruntent des chemins plus techniques, directement à la charge de la hiérarchie et du manager : la nécessité de ces préconisations s'est fait jour avec les travaux sur le projet d'établissement, par exemple, le travail participatif sur l'organisation du travail ou en développement de la politique renforcée sur les achats et les finances de l'établissement. On est loin de grandes mesures mais c'est l'ensemble de ces actions conjugué au projet d'établissement qui permettra l'accomplissement de l'objectif global de la structure. Ces actions pourront prendre corps parce que le projet d'établissement aura été partagé avec les équipes et validé par les instances. Une publicité au moment opportun sur chaque sujet facilitera une progression sereine, sans l'anxiété provoquée par une longue liste de travaux qui peuvent décourager les plus valeureux, autorisant, encore une fois, une souplesse salutaire à l'acceptation du changement.

Intégrer l'ensemble de ces mesures au projet d'établissement n'a pu être envisagé, la plupart du temps, en raison du temps de travail nécessaire¹⁴¹ pour mener à bien l'action repérée, mais aussi parfois en raison de sensibilités différentes dans la priorisation des actions. Il est clair que les préconisations énoncées dépendent largement de la sensibilité et des connaissances de chaque directeur d'établissement : faire évoluer la fonction

¹⁴⁰ Travail projet d'établissement : sur 8 à 12mois, voire des plusieurs années p137- Loubat JR, *Elaborer un projet d'établissement ou de service*.

¹⁴¹ Rappel : le poste de direction est à 10% sur cette structure

achats ou ressources humaines peut sembler essentiel à certains parce que familier du quotidien professionnel, quand d'autres choisiront d'autres chemins. De même, préférer la traçabilité des protocoles, des fiches de postes, au silence sur le sujet peut laisser penser qu'on dispose d'une plus grande latitude, relève de la culture professionnelle propre à un exercice professionnel, tout comme la nécessité de comprendre, d'expliquer et d'accompagner les équipes. C'est là que s'incarne l'empreinte singulière du manager. Il en va de même de la force du projet d'établissement : les projets inexistant, insuffisants ou ne relevant que de vœux pieux ne sont le plus souvent que le reflet d'une autre sensibilité, peut-être ce qu'on pourrait appeler un manque d'adhésion à la démarche de l'équipe en charge de son élaboration.

CONCLUSION

D'abord, il m'apparaît essentiel de rappeler que l'élaboration du projet d'établissement exige la mise en œuvre de multiples compétences de l'ensemble des acteurs. D'abord en terme de communication : il y a lieu de choisir avec la plus grande attention ses mots, il est aisé de proposer des améliorations mais l'essentiel est de parvenir à convaincre sans blesser en donnant l'envie à l'équipe de s'inscrire dans la qualité et non dans la conviction d'un manque de professionnalisme, entraînant la démotivation. Ce travail enseigne aussi la complexité du travail sur les organisations, l'intérêt du management participatif en démontrant que l'intelligence est pluriel. Cette réalisation permet aussi de mettre en place une réflexion, des actions sur l'ensemble des leviers de l'établissement : qualité de l'accompagnement, ressources humaines, finances, achats, partenariats extérieurs.

Le projet d'établissement : est-il un des promoteurs de la qualité dans l'établissement ? On l'aura compris à la lecture de ce mémoire, la construction et le projet d'établissement, lui-même, permettent de se mettre en conformité avec les attentes des personnes âgées accueillies dès lors que l'on n'oublie pas la recommandation essentielle de Richard Pierre Williamson visant à ***réintroduire de l'humain, de la sensibilité, voire de la sobriété dans nos manière de dire et in fine ... de faire***¹⁴². Ce sont des outils indispensables au développement et à la pérennité de la qualité de l'accompagnement. D'abord parce qu'ils favorisent l'appropriation des valeurs, ensuite parce qu'ils facilitent le questionnement sur les pratiques professionnelles dans un cadre pluridisciplinaire, enfin parce qu'ils orchestrent la mise en marche du changement durant l'élaboration des plans d'actions attachés aux objectifs retenus par la structure. Les mesures du quotidien seront nécessairement utiles, elles révèlent principalement des valeurs, des sensibilités et techniques attachées à chaque manager, ceci en ajoutant la bonne distance nécessaire à toute action, comme l'évoque la célèbre formule d'Arturo Toscanini¹⁴³: *Il y a deux sortes de chefs d'orchestre : ceux qui ont la partition dans la tête et ceux qui ont la tête dans la partition.*

A mon sens, il est essentiel de retenir aussi ce pourquoi un directeur d'établissement est présent au sein d'une structure : pour mettre en œuvre les meilleures techniques de gestion, mais indéniablement aussi, pour que celles-ci permettent l'expression d'un accompagnement le meilleur possible. Aussi il est plaisant de mémoriser les mots d'Alain JEAN parlant de ce que l'on doit éviter si on veut que les personnes âgées de demain

¹⁴² Mars 2015, *Reboisons notre langage pour parler des vieux !* ASH WILLIAMSON R

¹⁴³ Célèbre Chef d'orchestre, 1867- 1957, italien, ayant exercé à La Scala, au Metropolitan, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/arturo-toscanini/>

forment un jour le projet de s'installer dans un maison de retraite : *Ce qui est en cause, c'est la médecine en tant que discours totalisant, dans lequel les vieux ne sont plus qu'un objet d'investigation [...] ¹⁴⁴. Une « personâgé » [qui] n'existe plus en tant qu'acteur social ¹⁴⁵*. Les établissements du secteur médico-social sont d'abord et avant tout des lieux de vie, et les professionnels que nous sommes en charge du *care*, chacun à sa façon : actions, études, décisions ne doivent pas l'oublier. Dans mes futures fonctions de Directrice d'établissements, j'y veillerai. Peut-être cela passe t-il aussi par une meilleure connaissance des personnes vulnérables ? Pour l'expliquer, je laisserai à Albert Jacquard, le parrain de notre promotion, le soin de conclure ce mémoire : ***Ne pas enfermer les personnes âgées dans le récit de leur passé, les inviter à raconter leur présent, à dire leur espérance est vital [...] quand [Leur] univers relationnel est riche, la mort devient un événement qui n'est pas enfermé dans le tragique. On réalise le vœu de Montaigne qui disait « J'aime vivre mon mourir » ¹⁴⁶***.

¹⁴⁴ JEAN A., 2015, *Le Vieillesse n'est pas une maladie, Alzheimer un diagnostic bien commode*, Paris, Albin Michel

¹⁴⁵ VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 2003, *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

¹⁴⁶ id Albert Jacquard

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, JORF du 1er juillet 1975
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JORF du 1er juillet 1975
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF du 2 août 1991
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JORF du 25 janvier 1997
- Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, JORF du 18 décembre 1997
- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, JORF du 10 juin 1999
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JORF du 20 juillet 2001
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002
- Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002
- Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF du 1er juillet 2004
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'Egalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF du 12 février 2005
- Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, JORF du 22 décembre 2006
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009
- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de 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). JORF n° 0185 du 11 août 2011

- Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, Premier Ministre, 14 octobre 2013
- Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin vie, en cours de lecture au Sénat en juin 2015, Rapporteurs : CLAEYS A. & LEONETTI J.
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles
- 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 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création
- Arrêté n°2014 – 379, modifiant l'arrêté n°2012-67 relatif à l'adoption des programmes régionaux et portant actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie pour la période 2014 -2018 de la région Auvergne.

OUVRAGES

- BADEY –RODRIGUEZ, 1997, *Les personnes âgées en institution, vie ou survie: Pour une dynamique de changement*, Paris, Seli Arslan
- BADEY –RODRIGUEZ, 2003, *La Vie en maison de retraite : Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris, Albin Michel
- BOUTINET JP, 2014, *Psychologie des conduites à projet*, Paris, PUF
- BUZZATI D, 2004 : *Le K*, Paris, Pocket
- CHRISTEN-GUEISSAZ E., 2008, *Le Bien-être de la personne âgée en institution : Un défi au quotidien*, Paris, Seli Arslan
- CONNANGLE S. & VERCAUTEREN R, 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Saint Agne, Ères.

- DE HENNEZEL M. & VERGELY B., 2011, *Une Vie pour se mettre au monde*, Paris, Le Livre de poche
- FEIL N, 1993, *Validation*, 2^{ème} édition, Naves, Pradel.
- FOUCAULT M, 1976, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- JEAN A., 2015, *Le Vieillesse n'est pas une maladie, Alzheimer un diagnostic bien commode*, Paris, Albin Michel.
- LE DOUJET D., 2014, *Pour une revalorisation du corps : Intimité, dignité et service à la personne*, Rennes, Les Presses de l'EHESP.
- LOUBAT J.R., 2012 *Élaborer un projet d'établissement ou de service*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod.
- LOUBAT J.R., 2014 *Penser le management*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.
- MAISONDIEU, J. 2011 (5^{ème} édition), *Le Crépuscule de la raison*, Montrouge, Bayard.,
- MAY P., 2013, *L'Homme de Lewis*, Paris, Actes sud
- PELLISSIER J, 2003, *La Nuit, tous les vieux sont gris, La société contre la vieillesse*, Paris, Bibliophane-Daniel Radford
- RICOEUR P., 1963, *Le Volontaire et l'involontaire*, Paris, Point
- RICOEUR P., 1990, *Soi même comme un autre*, Paris, Seuil.
- VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 2003, *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

ARTICLES (DE PÉRIODIQUES)

- CAIRN Espace partagé de santé publique constitué à l'initiative du CHU de Nice, *Innover pour un EHPAD du futur : les propositions des professionnels des Alpes Maritimes*, 2015, http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_114_0329
- Dr DE JAEGER C, *Lourde charge pour des vieux jours : forte hausse du nombre de personnes âgées confrontées au défi des soins à apporter à leur conjoint diminué*, 2015, Atlantico.fr
- GRIZE JB, sous la direction de JODELET D *Logique naturelle et représentations sociales*, 2003, <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-170.htm>
- La Montagne, 2014, *Pénurie annoncée des maisons de retraite en Auvergne d'ici 2020*, http://www.lamontagne.fr/auvergne/actualite/2014/04/28/penurie-annoncee-de-maisons-de-retraite-en-auvergne-d-ici-2020_1984146.html
- PEREZ M., *L'importance de la solidarité familiale face à la dépendance*, Le Figaro, 2013, <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/04/22/20408-limportance-solidarite-familiale-face-dependance>
- Sondage OpinionWay, 2013, <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/04/22/20408-limportance-solidarite-familiale-face-dependance>
- TIBERGHIE N., *Que faire pour nos vieux parents ?* L'express, Octobre 2000

- WILLIAMSON R, *Reboisons notre langage pour parler des vieux !* Mars 2015 ASH.

RAPPORTS

- Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), *Premiers résultats de l'enquête de coût en EHPAD*, données 2012, publication, Avril 2014
- Agence Régionale de Santé Auvergne,
 - *Portrait de santé*, 2013, <http://www.ars.auvergne.sante.fr/Portraits-de-sante.159075.0.html>
 - *Schéma régional d'organisation médico-sociale, Projet régional de santé, 2012-2016*,
http://ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/votre_ars/PRS_MINI_SITE/documents/ARS_sroms.pdf
- Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux
 - 1- Les fondamentaux :
 - *La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Juillet 2008, 51 p http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf
 - *Le Questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 92p, Octobre 2010,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf
 - 2-L'expression et la participation
 - *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique*, 87p, Juillet 2012,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_09_protection-juridique_CS4_web.pdf
 - 3-Les points de vigilance et la prévention des risques
 - *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, 52p, Décembre 2008,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf
 - *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*, 64p, Septembre 2009, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_a_domicile_anesm.pdf
 - 4-Le soutien aux professionnels
 - *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*, 80 p, Mai 2010,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf
 - *Repères concernant la notion de projet*, 6 p, Mai 2010,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf
 - 5-Les relations avec l'environnement
 - *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, 56 p, Décembre 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ouverture.pdf
 - 7-La qualité de vie

- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, 52 p, Novembre 2009,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf
 - *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 52 p, Décembre 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf
 - *Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 76 p, Février 2011,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_qualite-de-vie_web.pdf
 - *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, 64 p, Septembre 2011,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf
 - *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpads*, 70 p, Janvier 2012,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf
 - *Qualité de vie en EHPAD (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, 114 p, Novembre 2012,
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf
- BROUSSY L., *L'adaptation de la société au vieillissement de la population*, 2013,
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000173.pdf>
 - Février 2014, Dossiers Solidarité et Santé, Direction recherche, études, évaluation et statistiques *Le compte de la dépendance*,
 - CLEIRPA, *EHPAD cherche futur*, EYMAR D., DENORMANDIE P., BESSAC.G., YON E., SEMARD A., ZIELINSKI D., LEEHARDT H., Paris, 32p, Février 2013,
 - Commission Nationale consultative des droits de l'homme, *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*, Assemblée plénière, 2013,
 - Département du Puy de Dôme, *Accompagner la vie*, Schéma gérontologique 2009 – 2013 ;
http://actionsociale.puydedome.fr/portal/pls/portal!/PORTAL.wwwpob_page.show?_do_cname=449566.PDF
 - Dr LANOIR D. *Evaluation des risques psychosociaux*, Rapport de l'Espace Investigation Prévention Accompagnement du Stress – Septembre 2013,
 - Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux, *Enquête relative à l'accueil des personnes en situation de handicap en EHPAD* menée par la commission nationale *Vieillesse des personnes handicapées*. Avril 2013,
 - Inspection générale des affaires sociales
 - *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales*, Inspection Générale de L'action Sociale, GUERRIN MF, JOIN-LAMBERT MT, MORLA S. VILAIN D. 1995,

- *L'avancée en âge des personnes handicapées : Contribution à la réflexion – Tome I*, Groupe de travail animé par GOHET P, Membre de l'Inspection générale des affaires sociales, 2013,
- INSEE,
 - Insee.fr Espérance de vie- Mortalité, Edition 2011,
 - Estimations de population et statistiques de l'état civil, Eurostat2012
- KPMG
 - Observatoire des EHPAD, Paris, 68 p. 2013,
 - Observatoire des EHPAD, Paris, 68 p. 2014,
- LAROQUE P., *Politique de la vieillesse* Président de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. 1962,
- Observatoire, Etude nationale, *Le Vieillissement des personnes en situation de handicap, quel impact sur l'accompagnement et les métiers ?* Travaux sous la direction de la DRED d'Unifaf, avec le concours de COURGENOU L., chargée d'étude, 2012,
- *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*, CHARPIN J.M., Juin 2011,
- TERRASSE P, Rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Député, Président et rapporteur de la mission d'informations, 2000,

THÈSES ET MÉMOIRES

- ALVAREZ R., 2000 *Engager un projet d'établissement au service de la personne en maison de retraite : d'un lieu de soins à un lieu de vie*, Mémoire pour le diplôme du CAFDES, ARAFDES LYON
- NGOMBI M., 2009, *De L'opportunité d'impulser une dynamique de projet en EHPAD*, Mémoire pour diplôme DESSSM : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 62p.

SITES INTERNET

- Actualité juridique : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Actualités professionnelles
 - APM, <http://www.apmnews.com/>
 - Hospimédia <http://www.hospimedia.fr/>
- Agence Régionale de Santé Auvergne, <http://www.ars.auvergne.sante.fr/>

- Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et médico-sociaux <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail, <http://www.anact.fr/>
- ALMA FRANCE – Allo Maltraitance des personnes âgées et / ou des personnes handicapées : <http://www.alma-france.org/>
- CAIRN Info, Chercher, Repérer, Avancer, <https://www.cairn.info/>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr>
- Conseil départemental du Puy de Dôme, http://www.puydedome.com/Action_sociale-954.html?1=1
- Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins
 - <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>
 - <http://www.cclin-est.org/>
 - <http://www.cclin-sudouest.com/>
- Littré, dictionnaire du XIX siècle <http://www.littre.org/definition/>
- Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/>
- Expressions françaises <http://www.expression-francaise.fr/>
- Fondation MEDERIC ALZHEIMER, <http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/>
- Gérontologie en Institution ... comme à domicile, <http://papidoc.chic-cm.fr/>
- Recherche, <https://www.google.fr/>
- Institut national d'études démographiques <http://www.ined.fr/fr/>
- Institut national de recherche et de sécurité <http://www.inrs.fr/>
- Institut national de la statistique et des études économiques, <http://www.insee.fr/fr/>
- Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes, <http://www.social-sante.gouv.fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé ; <http://www.who.int/topics/fr/>
- Presse écrite
 - Le Figaro, <http://www.lefigaro.fr/>
 - Le Monde <http://www.lemonde.fr/>
 - La Montagne : <http://www.lamontagne.fr/accueil.html>
 - Le Parisien : <http://www.leparisien.fr>
- Soignant en EHPAD, <http://www.soignantenehpad.fr/>
- Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs www.sfap.org
- Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, <http://www.unccas.org/>

LISTE DES ANNEXES

Liste des annexes	I
Questionnement sur les représentations.....	II
Tableau de programmation des travaux annexes au projet d'établissement.....	I
Plans d'actions - ehpad les orchidées.....	III
L'offre médico-sociale en Auvergne.....	I
Les données sur le personnel	III
Synthèse des réponses des résidents - 20 réponses sur 47 résidents	IV
Synthèse des réponses des personnels 18 réponses sur 40 agents	VI
Rapport sur l'évaluation des risques psychosociaux– Dr LANOIR D. Septembre 2013.....	X

QUESTIONNEMENT SUR LES REPRÉSENTATIONS

Les personnels inscrits à l'atelier *Pérennisons la qualité* ont donc été interrogés en ce sens à partir de trois questions simples, inspirées des représentations sur la pathologie d'Alzheimer, afin de déterminer le chemin qu'il y aurait lieu de parcourir pour se retrouver dans ce travail de co-construction du projet d'établissement.

- **Pour moi, être une personne âgée en EHPAD, c'est...** : *être une personne fragile, en fin de vie, un être à part entière, en souffrance, c'est finir bien, vieillir, ne plus vivre chez soi, un lieu de vie, perdre son autonomie et sa liberté, une rupture avec le quotidien passé.*
-
- **Quand je pense à une personne âgée en EHPAD, je ressens...** : *du respect, de l'empathie, de l'émotion, la richesse, de la compassion, sa solitude, de la tristesse.*
-
- **Selon moi, la chose la plus difficile à vivre pour un patient âgée en EHPAD, c'est...**: *la coupure avec la famille, la peur de la mort, la dépendance, l'indifférence, la fin de vie, voir moins sa famille, la vie collective, le déracinement, la cohabitation et la perte d'autonomie¹⁴⁷.*

¹⁴⁷ Atelier : Pérennisons la démarche d'amélioration continue (DAC) des prestations

TABLEAU DE PROGRAMMATION DES TRAVAUX ANNEXES AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

PLANS D' ACTIONS - EHPAD LES ORCHIDÉES

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 1: ATELIER PERENNISER LA QUALITE					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif n°1 : Améliorer l'accueil des résidents								
Action 1: Ecriture du protocole d'admission des résidents	Cadre Santé (CS)						Enquête (10 questions maximum), 1 mois après l'entrée	Créer un formulaire + 1/2 heure de temps professionnel
Action 2: Réalisation d'une visite du résident par l'ensemble des professionnels de la structure - y compris cuisine, techn., adm., pour explication du domaine - Présentation à l'entrée de la chambre pendant 8-10jrs - Mise en place d'un trombinoscope	CS						Enquête (10 questions maximum), 1 mois après l'entrée	Temps visite (1/4 heure par pers) + Atelier pour la création du trombinoscope (favorisera la connaissance des personnels) + identification des blouses (badge pour les personnels sans blouse)
Action 3: Mise en œuvre d'un parrainage par un groupe de résidents "référents"	Animatrice						Enquête (10 questions maximum), 1 mois après l'entrée	Recherche de 2 volontaires, et explications de leur rôle
Objectif n°2 : Parfaire le respect des droits et la participation sociale des résidents								
Action 1 : Valoriser les droits des résidents - Demander à chaque résident de signer son contrat de séjour, - Restituer les projets de vie au résident et à ses proches	Responsable des Admissions						Nbre de contrats signés par le résidents .. Sinon DIPEC	A l'occasion de la visite de présentation, quelques jours après l'entrée ... Si problème à traiter avec les proches, le CS et la psychologue
Action 2 : Associer les résidents à la vie de la structure : - Aide aux repas (couvert), linge (pliage), distribution du courrier, date et proverbe du jour dans les étages et au RDC - Etc...	Animatrice + CS						Enquête de satisfaction	Sensibiliser les personnels à cette thématique
Action 3 : Parfaire la gestion des conflits entre (ou avec) les résidents	CS						Enquête de satisfaction	Réunions régulières d'analyse des pratiques professionnelles + formation
Action 4 : Maintenir et faciliter les relations avec les proches	Animatrice						Retours au sein des instances de concertation	Salons de télévision (1er, 3ème et 4ème étages, créer des événements)

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 1: ATELIER PERENNISER LA QUALITE					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif n°3 : Accroître la personnalisation de l'accompagnement et du séjour du résident								
Action 1 : Améliorer le recueil des projets de vie en associant l'ensemble des personnels à leur élaboration	CS						Respect plus grand des habitudes de vie	- Travail de concertation (2 pers) 1/2h - 1h + travail de présentation en réunion des transmissions pour adhésion de l'équipe. - Revoir l'horaire, la composition, et la réalisation du travail préalable des réunions de synthèse projet vie
Action 2 : Achever l'informatisation des projets de soins	CS						Diminution des événements indésirables	Temps de saisie + Postes informatiques supplémentaires
Action 3 : Réflexion sur la gestion des appels des résidents	CS						Enquête de satisfaction permettant d'évaluer le temps d'attente	Groupe d'analyse des pratiques professionnelles
Objectif n°4 : Faire de l'animation l'affaire de tous								
Action 1 : Prévenir la perte de confiance et d'estime de soi	IDE & Psychologue						Bilan hebdomadaire aux grandes transmissions	Multiplier les occasions d'échanges avec les résidents (ensemble des professionnels) + Gpe de paroles entre résidents animé par la psychologue (Temps supplémentaire de psychologue)
Action 2 : Plus de convivialité pour le repas - Présentations aux autres résidents, pas de changement plan de table sauf si validé par le CS (à défaut IDE), Temps à table : 1H minimum (alimentation + Présentation activités du jour + discussion)	IDE						Bilan aux réunions d'encadrement	Mise en propreté de la salle à réaliser par les équipes après midi (repas midi) et nuit (repas du soir)
Action 3 : Développer des activités favorisant les relations entre tous les résidents sur un rythme régulier: Chants? Journal ? Etc... .. - Régularité des horaires des repas et collations à respecter (12h- 16h- 18h30 ou 19h00 selon le goût de chacun)	Animatrice						Taux de participation aux animations globales / par résident	Lieu: salle de vie ouverte à tous (jour, heure fixes) et feuille d'activités mensuelle distribuée à chaque résident
Action 4 : Développer les événements festifs - Galette, chandeleur, repas à thème pour Paula Berger - anniversaires du mois (ou prénoms ou nouveau résident), journée de la femme, 1er avril, fête des voisins, de la musique, etc... (minimum un par mois)	Animatrice						Enquête de satisfaction	Selon projet de vie : Gâteaux, fleurs, bouchées chocolat, etc...

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 1: ATELIER PERENNISER LA QUALITE					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif n°5 : Poursuivre le développement de la qualité des derniers moments de la fin de vie								
Action 1 : Créer un climat favorable au recueil des directives anticipées ... derniers souhaits	Psychologue							Temps psychologue
Action 2 : Soutenir le résident et ses proches	Ensemble de l'équipe							Réalisation d'un petit plaisir, temps d'échange (IDE, AS, ASH, animatrice, cuisine, lingère, technicien)
Action 3 : Organiser une table aux souvenirs et un moment de recueillement avec les résidents qui le souhaitent (proches du disparu).	Animatrice						Diminution du stress pour les résidents proches (ou non) du disparu (moins d'alitement des proches)	Acheter table, cadre photographie + Temps de réunion de recueillement + signature commune d'une carte du souvenir
Action 4 : Organiser le soutien psychologique des personnels	CS & IDE						Enquête de satisfaction des personnels	Réunion d'analyse des pratiques professionnelles + soutien psychologue si nécessaire

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 2: ATELIER DEVELOPPER L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)	
		2016	2017	2018	2019	2020			
		Objectif n°1 : Développer les liens avec les proches							
Action 1: Mettre en place un conseil des familles	Direction							Nbre de réunions par an	Tps de réunion : Directrice, cadre de santé, animatrice (2h)
Actions 2: Réaliser l'actualisation mensuelle du site internet en y ajoutant un certain nombre d'informations	Direction							site Internet actualisé	Tps de prestataire extérieur (mise à jour du site + formation d'une personne ressource au sein de l'ehpad pour l'actualisation mensuelle)
Action 3: Mettre en œuvre un espace de discussion à distance	Direction							Nbre d'inscriptions à l'utilisation de l'ordinateur	- Aménagement d'un espace - Mobilier : table, fauteuil, ordinateur adapté aux personnes âgées - Gestion d'un agenda des réservations de l'espace
Action 4: Elaboration du plan annuel d'animation en concertation avec les résidents et les proches, comprenant la présentation du bilan de l'année précédente	cadre de santé							Augmentation du nombre de participants aux animations	- Tps de réunion : Directrice, cadre de santé, animatrice (2h) - Tps : 2H d'analyse et de concertation cadre de santé + animatrice
Objectif n°2 : Favoriser la régularité des activités et partenariats									
Action 1: Développer les partenariats existants pour obtenir l'augmentation du nbre d'animations conjointes, en lien avec l'histoire de vie des résidents présents	cadre de santé							Augmentation du nombre de visites de partenaires au sein de la structure	- Tps animatrice de rdv auprès des partenaires (~10h) par an - Tps : 2H d'analyse et de concertation cadre de santé + animatrice
Action 2: Mettre en place un programme d'animation avec des rendez-vous hebdomadaires réguliers et en informer tous les résidents	Animatrice							Augmentation du taux de participation des résidents aux activités	- Information : Programme d'animation individuel pour le mois + annonce faite auprès des résidents durant le déjeuner - Acquisition d'un lecteur CD/USB et lecteur DVD - Sollicitations: associations, familles, jeunes retraités, pour participer à la vie de l'établissement :
Action 3: Favoriser le bénévolat en l'accompagnant	Animatrice							Augmentation du nombre de bénévoles	-20 courriers par an et entretien(8h par an) -Temps de formation et charte du bénévole : 5h à 7h (animatrice, cadre de santé et psychologue)
									- Mise en place d'un planning mensuel des interventions des bénévoles + cahier de transmissions (à localiser au niveau du poste IDE)

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 2: ATELIER DEVELOPPER L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		2016	2017	2018	2019	2020		
		Objectif n°3 : Développer les échanges entre la structure et les acteurs locaux						
Action 1 : Prospector auprès des artisans pour connaître leur intérêt à la structure en conviant la presse locale	cadre de santé						Augmentation du nombre de visites au sein de la structure	- Envoi de courrier de présentation du projet auprès des artisans, artistes de Royat, etc : ~30 courriers par an (3h par an) - Tps d'entretien auprès de intéressés : 5h - Tps : 2H d'analyse et de concertation cadre de santé + animatrice
Action 2 : Développer les partenariats auprès des établissements médico-sociaux	cadre de santé						Augmentation du nombre de visites au sein de la structure	- Envoi du projet commun d'animation auprès des structures aux alentours (EHPAD, IME, FAM, MAS): 3h par an, 30 courriers - Temps d'entretien avec les structures intéressées : 5h - Tps : 2H d'analyse et de concertation cadre de santé + animatrice

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 3: ACCROITRE LA VISIBILITE DU PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)	
		PLANIFICATION							
		2016	2017	2018	2019	2020			
Objectif n°1 : Gestion de l'urgence, fiabiliser le dossier de liaison d'urgence									
Continuité des soins									
- Fiabiliser l'utilisation de l'outil informatique de saisie	Direction							DLU fiabilisé	Prestation informatique pour remédier au temps trop long de connexion
- Envoi d'un courrier à l'ensemble des médecins traitants pour leur rappeler leurs responsabilités dans l'actualisation du dossier informatisé du patient	Médecin coordonnateur							DLU fiabilisé	Tps: méd. Co 2h et secrétariat 2h
- Proposition de formation des médecins concernés	Médecin coordonnateur							DLU fiabilisé	tps méd. Co : 1 h par méd. Traitant -10h
- Mise à jour l'ensemble des dossiers des résidents actuels (compte rendu d'hospitalisation et nouvelles pathologies)	Cadre de santé							DLU fiabilisé	Temps cadre de santé: 1h / heb.
Objectif n°2 : Parfaire l'organisation des soins									
Prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation									
- Actualisation du protocole de réhydratation, renutrition	Médecin coordonnateur							Courbe des poids, contrôle de l'albumine	- tps pesée des résidents : 1 h par semaine à 1 ou 2 agents - Tps d'analyse et de correct° des régimes : 1h méd. Co + diététicienne
- Étudier les modalités de plus grand enrichissement des repas	Direction & cadre de santé							Courbe des poids, contrôle de l'albumine	- Travail sur les repas : plus de laitages (3 à 4 par jour) et de sucres lents - Étude économique de la mesure
Bon Usage du Médicament									
- Mettre en place un suivi sur la distribution des médicaments comportant la prescription et la photographie de chaque résident	Cadre de santé							- Information actualisée sur le chariot de soins - Limitation des risques d'erreurs médicamenteuses	- Tps de mise à jour des traitements : 1 j méd. Co + cadre de santé - Achat d'une tablette informatique à poser sur le chariot de soins - Installation du WIFI dans la structure - Adaptation ou acquisition d'un chariot
- Mise en place du livret thérapeutique	Médecin coordonnateur							Diminution de l'éventail des médicaments, amélioration du repérage des professionnels	Tps de méd. Co et CS: 50h - Courrier aux méd. traitants - Élaboration du livret en le confrontant avec les prescriptions - Courrier aux médecins: Transmission du livret + info sur les pb avec les prescriptions

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 3: ACCROITRE LA VISIBILITE DU PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
- Mise en place du protocole d'évaluation de l'utilité d'un médicament psychotrope et/ou anxiolytique	Médecin coordonnateur						Diminution du nbre de prescriptions et de leur durée	Temps méd. Co et cadre de santé: 1,5 j
Prévention et prise en charge des escarres								
- Réévaluation du protocole " Prise en charge des escarres" (PE) et de la "Fiche de changements de positions"	Médecin coordonnateur						Évolution des statistiques sur le nbre, la durée, et le stade des escarres	- Tps méd. Co et CS: statistiques 1H/mois - Gpe de travail PE & syndrome d'immobilisation: 1/ semestre: méd. Co + CS + IDE + 2 AS (1h à 2h selon nbre de cas)
Prévention et prise en charge des chutes et usage des contentions								
- Réévaluation du protocole lié aux chutes et aux contentions	Cadre de santé						Diminution du nbre de chutes et de leur gravité	- Tps CS, med.co : 1h/mois - Gpe chutes, 1/mois: Med Co, CS, 1IDE, 2 AS, 1 ASH (1h-2h selon nbre de chutes)
- Formation du personnel à la rédaction des déclarations de chutes sur PSI	Direction						% d'agents formés	Moyens financiers: 2 fois 1/2 j de formation par an
Prise en charge de la douleur								
- Rédaction du protocole "Prévention et prise en charge de la douleur"	Médecin coordonnateur						Évolution des statistiques sur la consommation des antalgiques (y compris, comparaisons des ≠ palier entre les résidents), la douleur ressentie échelle ECPA et visuelle	- Temps méd. Co, CS, rédaction du protocole et suivi: 3h à 4h - Temps de formation et suivi: med co + CS + IDE et AS - > 2 présentations 1h maxi
Prévention et prise en charge de l'incontinence								
- Protocole de prévention et prise en charge de l'incontinence	Cadre de santé						Niveau d'utilisation des produits d'incontinence	- Données statistiques fournies par le prestataire - Réunion semestrielle : CS et 2 AS (1h)
Prévention et prise en charge du syndrome d'immobilisation								
- Rédaction du protocole "Prévention et prise en charge du syndrome d'immobilisation"							Statistiques escarres et protections incontinence	- Temps méd. Co, CS, rédaction du protocole et suivi: 3h à 4h - Temps de formation et suivi: med co + CS + IDE et AS - > 2 présentations 1h maxi
- Formation des personnels								- Gpe de travail Escarres et syndrome ...: 1/ semestre: méd. Co + CS + IDE + 2 AS

ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 3: ACCROITRE LA VISIBILITE DU PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Perte du lien social et souffrance psychique								
- Renforcer la coordination et la complémentarité des actions mise en œuvre en formant l'ensemble des personnels à l'évaluation de la souffrance psychique (formation assurée par la psychologue)	Cadre de santé						% d'agents formés	- Temps de formation de l'équipe + tps de formateur (3 demi-journées de formation)
- Augmentation du temps d'accompagnement des résidents	Direction						Augmentation du nbre d'entretiens avec les résidents	- Augmentation du temps de travail de la psychologue: +3,5h/heb
Transmissions								
- Quotidiennes: à cibler plus particulièrement, juste le nécessaire à la prise en charge d'après midi	IDE jour						- Amélioration de l'accompagnement - Réduction du nbre d'heures supplémentaires	***
- Hebdomadaires réservées à l'usage des problèmes spécifiques des résidents	Cadre de santé						- Amélioration de la coordination des professionnels autour du résident	Tps de réunion équipe jour: 1h - 8 agt maxi
Dossier de soins et dossier médical								
- Mise en œuvre du plan de soins AS élaboré en 2015	Cadre de santé						Plan de soins opérationnel	Tps: Présentations des 2 AS référents à l'équipe AS (1h à 2h X 2 réunions)
- Former l'ensemble des AS à l'actualisation des plans de soins	Cadre de santé						Plan de soins opérationnel	Tps Formation: 2 As formateurs + 7 AS à former; 2 fois 1/2J
Dépendance et charge en soins								
- Actualisation journalière des plans de soins IDE	Cadre de santé						Plan de soins opérationnel	Tps: 1/2 J méd. Co + CS + 1IDE
- Actualisation régulière (dès qu'un changement est constaté) du plan de soins AS et au minimum biannuelle	Cadre de santé						Plan de soins opérationnel	Tps : 1h/mois 2 AS + cadre de santé
- Réévaluation semestrielle des grilles AGIR et biannuelle des grilles PATHOS	Médecin coordonnateur						GMP actualisé	Tps méd. Co + CS+ AS + IDE + psychologue: 3h à 4h X 2 fois par an
La fin de vie								
- Formation de l'ensemble des personnels à la fin de vie	Direction						% d'agents formés	- Moyens financiers - Tps agents

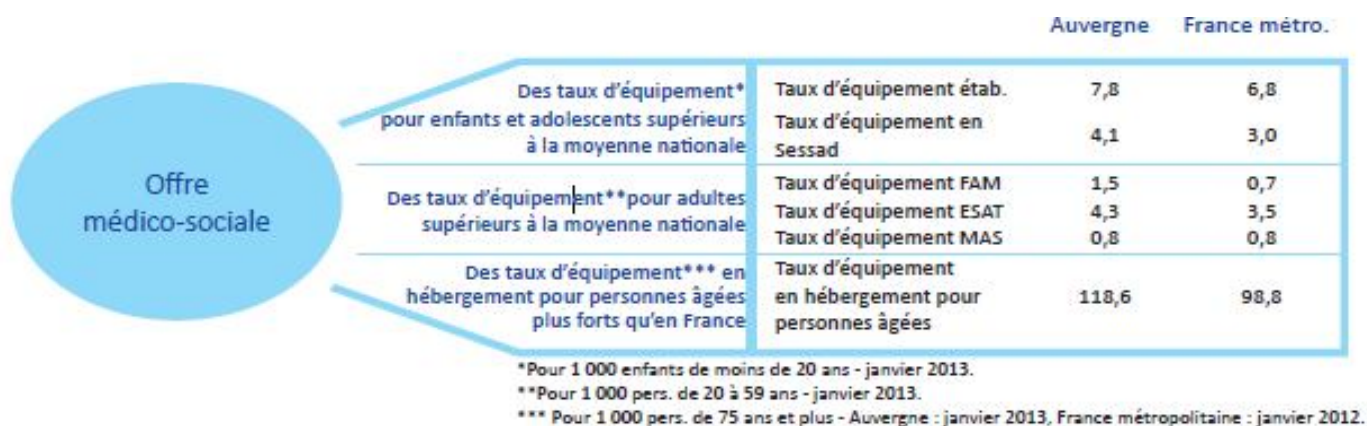
ACTIONS D'AMELIORATION	Pilote	AXE 3: ACCROITRE LA VISIBILITE DU PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif 3: Enrichir la gestion des risques								
- Mise en place du groupe d'évaluation des événements indésirables	Cadre de santé	■					Augmentation du nbre de déclaration	Tps de réunion gpe EI (1 jeudi ts les 15 jrs - 1h/2h): 1 pers. du gpe pilote (CD-FC-AC) + med co + 1 IDE + 2 AS + 1 ASH
- Élaboration du protocole risques infectieux nosocomiaux	Médecin coordonnateur			■			Baisse du nbre de cas d'infections	Tps de méd. Co et CS : écriture du protocole et élaboration des statistiques 3h-4h (dépistage global réalisé en 2015) - Suivi ds le gpe EI
- Élaboration du protocole dépistage bucco-dentaire	Médecin coordonnateur			■	■		Augmentation du nbre de RDV auprès des dentistes	Tps de méd. Co et CS: écriture du protocole et élaboration des statistiques 3h-4h et Suivi ds le gpe EI
- Élaboration du protocole sur les déficits sensoriels	Médecin coordonnateur					■	Augmentation du nbre de RDV auprès des professionnels	Tps de méd. Co et CS: écriture du protocole et élaboration des statistiques 3h-4h et Suivi ds le gpe EI

<u>ACTIONS D'AMELIORATION</u>	Pilote	<u>AXE 4: POURSUIVRE LA VALORISATION DE LA MOTIVATION DES PERSONNELS</u>					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif n°1 : Responsabiliser les équipes								
Action 1: Mettre en place un document permettant la traçabilité des missions réalisées au quotidien	cadre de santé							Document individuel de traçabilité
Action 2 : Adapter l'organisation du travail (en fonction projets de vie et charge de travail)	cadre de santé & IDE							Reunions d'analyse des pratiques professionnelles + Questionnaire de satisfaction Document de suivi hebdomadaire
Action 3: Mettre en place des documents internes favorisant le repérage et l'identification des compétences des personnels nouvellement recrutés ou en remplacement ponctuel	Cadre de santé & Responsable personnel							Meilleure intégration dans la structure Elaboration du livret d'accueil + fiche d'activité selon le poste + fiche d'évaluation
Objectif n°2 : Améliorer la communication interne								
Action 1: Mettre en place tous les 15 jrs une réunion régulière concertation	Direction							1 mercredi sur 2 : CS, cuisine, techn, animatrice, adm, IDE, AS, ASH
Action 2: Optimiser l'usage du logiciel Projet de soins en améliorant son accessibilité	Direction et Cadre Santé							Réunion de transmissions et accompagnement plus pertinents Intervention de l'informaticien + formation en interne
Action 3: Mettre en œuvre des événements ponctuels de convivialité	Direction et Responsable Personnel							Organiser un repas à thème à 20h30, 2 fois par an

<u>ACTIONS D'AMELIORATION</u>	Pilote	<u>AXE 4: POURSUIVRE LA VALORISATION DE LA MOTIVATION DES PERSONNELS</u>					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif n°3 : Développer les compétences professionnelles								
Action 1 : Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques professionnelles	cadre de santé							tous les quinze jours : cadre et équipe (IDE, AS, ASH) 1 Mercredi sur 2
Action 2 : Organiser des "Actions d'informations" sur les sujets posant des difficultés au personnel (Evoqués à l'occasion de l'analyse des pratiques professionnelles, en attendant de formation)	cadre de santé							Enquête satisfaction des personnels 1H groupe de 5 personnes
Action 3 : Améliorer les protocoles existants et former les personnels à leur usage	médecin coordonnateur & cadre de santé							Temps de rédaction - Tps formation (1/2h-1h - 5 personnes)
Objectif n°4 : Amplifier la gestion des risques professionnels								
Action 1 : Réaliser le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels	Direction							Mobiliser un stagiaire sur ce travail
Action 2 : Mettre en place chaque fois que nécessaire la signalétique sol mouillé	cadre de santé							
Action 3 : Proposer régulièrement des groupes de paroles à l'attention des personnels	Psychologue							Augmentation du temps de travail du psychologue
Action 4 : Poursuivre la politique d'acquisition du matériel nécessaire à la réduction des risques TMS (troubles musculosquelettiques)	Direction & cadre de santé							Mobilisation d'une partie des crédits d'investissement
Action 5 : Actualiser les fiches de données sécurité transmises au médecin du travail (sur les pdt chimiques utilisés)	cadre de santé							à mettre en œuvre à chaque changement de produits

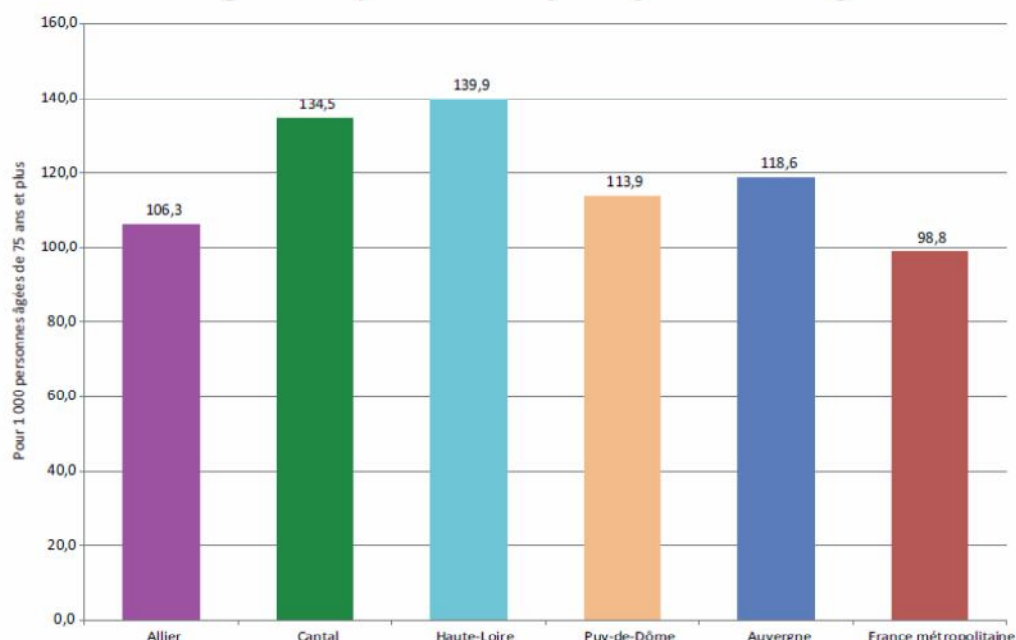
<u>ACTIONS D'AMELIORATION</u>	Pilote	<u>AXE 5: REFLECHIR AU DEVENIR ARCHITECTURAL DE L'ETABLISSEMENT</u>					INDICATEURS EVALUATION	BESOINS ASSOCIES (Personnel, formation, locaux, matériel)
		PLANIFICATION						
		2016	2017	2018	2019	2020		
Objectif n°1 : Mise en sécurité de la structure								
Action 1: Réfection des poutres	Direction							
Actions 2: Réfection des balcons								
Action 3: Travaux remédiant à l'humidité produite par la falaise								
Action 4: Asservissement des portes à chaque étage								
Objectif n°2 : Travaux d'amélioration de l'établissement								
Action 1: Mettre en œuvre un bureau pour le cadre de santé et le médecin coordonnateur, si possible ?	Direction							
Action 2: Réfection régulière des chambres des résidents								
Objectif n°3 : Etudier les axes de développement de la résidence en lien avec son architecture								
Action 1 : Définir l'étendue des besoins nécessaires au développement de l'activité, le cas échéant	Direction							Ressources financières, humaines, superficie

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN AUVERGNE



Ces schémas montrent qu'en 2013, on comptait déjà plus de 23.000 lits et places installés, réservés à l'accompagnement des personnes âgées (EHPAD, logement-foyer, hébergement temporaire, accueil de jour, hors USLD) mettant en avant la qualité du taux d'équipement en lits médico-sociaux auvergnat qui se situe à 118,6, alors qu'au niveau national, il plafonne à 98,8. Le Puy de Dôme a, quant à lui, une offre un peu plus limitée, mais néanmoins confortable à 113,9.

Taux d'équipement* (capacité installée en lits médicalisés) en hébergement permanent pour personnes âgées



* France métropolitaine : taux d'équipement en lits Ehpads au 1^{er} janvier 2012. Auvergne et BSI : taux d'équipement en lits médicalisés en Ehpads et en section de cure médicale, hors lits USLD, en janvier 2013.

Sources : Drees - Finess - Extraction janvier 2013, Insee, RP 2009

Enfin, on retiendra que l'offre de prise en charge de la maladie d'Alzheimer est singulièrement attractive sur le territoire auvergnat avec une offre de diagnostic très accessible, un développement intéressant des adaptations de structure (accueil de jour, de nuit, hébergement temporaire, plateformes d'accompagnement et de répit, PASA, ...)

LES DONNÉES SUR LE PERSONNEL

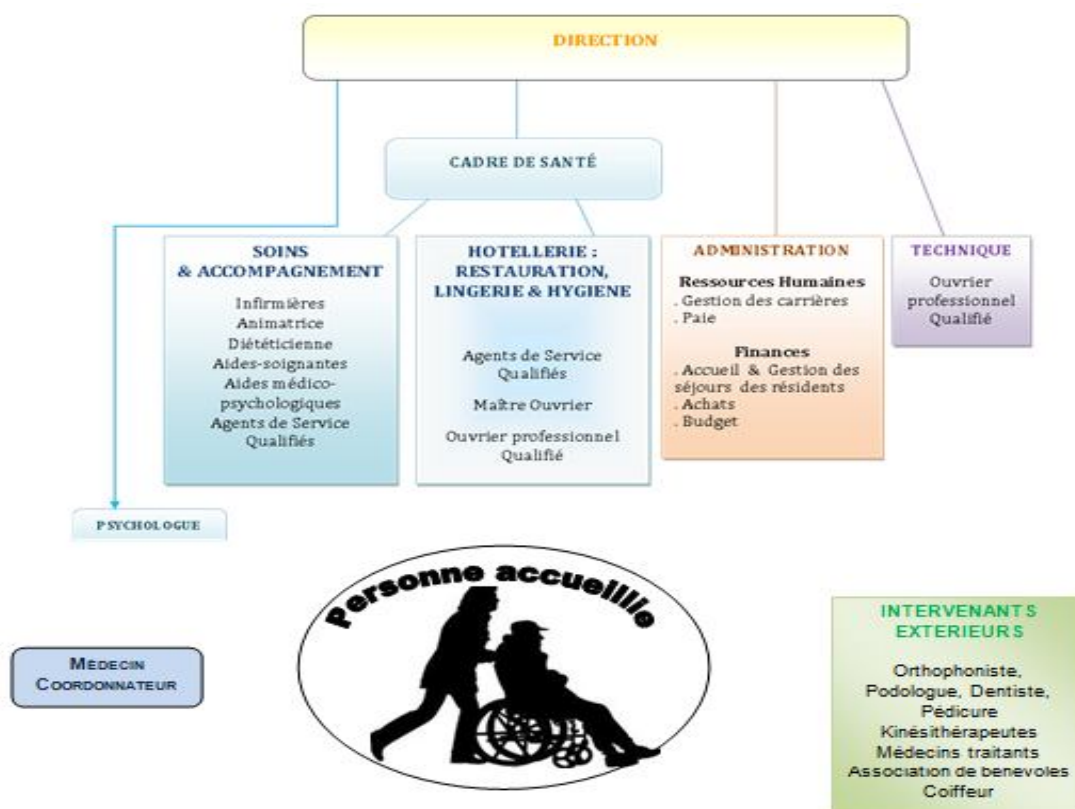


	TABLEAU DES EMPLOIS		EFFECTIF PAYES AU 31 DECEMBRE 2014	
Direction	0.1		0.1	
Adjoint Administratif	2		2	
ASHQ	7		10.71	
Maître Ouvrier	Atelier : 1, cuisine : 2.5	3.5	Atelier : 1, cuisine : 2.5	3.5
O.P.Q.	blanchisserie : 1	1.0	blanchisserie : 1	1.0
Animateur	1.0		1.0	
Diététicienne	0.10		0.10	
S/TOTAL	14.20		18.41	
Cadre Infirmier			1.0	
Infirmières	4		6.22	
Ergothérapeute	0.10		0.0	
A.S. / AMP	12		14.10	
Médecin Coordonnateur	0.30		0.3	
Psychologue	0.10		0.1	
S/ TOTAL	16.50		21.72	
TOTAL EHPAD	31.20		40.13	

SYNTHÈSE DES REPONSES DES RESIDENTS - 20 REPONSES SUR 47 RESIDENTS

GRILLE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE		
THÉMATIQUES	POINTS DE SATISFACTION	MARGES DE PROGRESSION
Sur l'accueil au sein de l'EHPAD		<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'être un perdu • L'aide a été fournie par les proches • Absence de présentation aux autres résidents (dans la même logement ou dans la salle à manger)
Écoute, amabilité et disponibilité du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • 80% des résidents • L'intimité est respectée • L'horaire de l'intervention de la professionnelle • Le nom du résident est utilisé, le vouvoiement de rigueur • On frappe avant d'entrer 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% au niveau de l'intervention de l'encadrement • L'identification des personnels est jugée complexe dans certains cas (trop de nouvelles têtes, pas de nom sur la blouse) • Certains aimeraient manger plus tard (10% à 9 :30) • On entre sans attendre l'invitation du résident (les logements donnent sur la cité, relativement bruyante). • On oublie de refermer complètement la porte dans 20% des cas.
Que pensez vous des lieux, autre que votre logement?	<ul style="list-style-type: none"> • Salle de restauration : appréciée par 80% • Salle d'animation à 55% 	<ul style="list-style-type: none"> • Couloirs 40% craignent de les utiliser • Salle de télévision : 65% sont mécontents mais parce que c'est toujours la même chaine (France 3)
Et votre logement ?	<ul style="list-style-type: none"> • 70% sont très satisfaits : ils disent être en sécurité (100%), au calme, au confort, en capacité de la personnaliser (90%), le cadre extérieur est apprécié (75%), la qualité de la literie (70%), le silence (65%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les reproches : logements trop petits, bruits très désagréables des moteurs de matelas médicaux. • Les appels persistants de certains résidents laissés sans réponse.
Et le repas ?	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la nourriture à midi 80% • Présentation de nourriture (90%) quantité (80%), durée et amabilité (75%), diversité (65%), aide fournie (60%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur les menus à revoir pour 85% • Insatisfaction pour les repas du soir 75% • Les attentes : service à table moins vite, personnel plus aimable, avoir la possibilité d'être avec les personnes que l'on apprécie, ne pas être changé de table sans raison.
Et les soins ?	<ul style="list-style-type: none"> • 100% apprécient 	<ul style="list-style-type: none"> • 99% mécontents sur la rapidité des réponses pour eux ou pour leurs pairs entre 2h à 3h... La rapidité c'est ½ heures.

GRILLE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE

THÉMATIQUES	POINTS DE SATISFACTION	MARGES DE PROGRESSION
Et l'animation ?	<ul style="list-style-type: none"> • intérêt pour 55% • les invitations ravissent 65% mais souvent au dernier moment 	<ul style="list-style-type: none"> • l'affichage ne convient pas à 75% • le nombre d'activité ne satisfait pas à 70% • 80% des résidents aimeraient du chant, des jeux de cartes, regarder la télévision à plusieurs pour discuter ensemble, discuter autour d'un souvenir, faire des promenades, ...
Et la participation sociale ?	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique du culte 75% • Gestion du budget 70% • Organisation des journées 85% • Contact avec les proches 65% 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice du droit de vote n'intéressent pas 60% • Ne savent pas comment exprimer les insatisfactions à 55% • Pas suffisamment aidés à 63% • 60% expriment des souhaits non pris en compte
Conseilleriez-vous la résidence à un proche ?	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • oui à 45%
Ce que vous aimez le plus dans la résidence ?	<ul style="list-style-type: none"> • Le logement, la propreté, le calme, les discussions avec les autres 	ce qu'on aime le moins : les repas, les week-ends (pas assez de personnel), les disputes...
Si vous aviez une baguette magique, vous changeriez quoi ?	<p>Les repas, le service à table, un ascenseur en plus, plus de personnel Plus de chants, de musique, de danse, de discussions Un jardin, le prix ... c'est trop cher, plus d'espace pour chacun</p>	

SYNTHÈSE DES REPONSES DES PERSONNELS 18 REPONSES SUR 40 AGENTS

GRILLE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE		
THÉMATIQUES	POINTS DE SATISFACTION	MARGES DE PROGRESSION
<u>SUR LE POSTE DE TRAVAIL,</u> Sur l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> Matériel adapté pour 72% 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation des locaux pour 34%
Sur les conditions de travail		
Charge de travail		<ul style="list-style-type: none"> Adaptée pour 28%
Sentiment d'un travail utile	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 95% 	
Possible d'utiliser ses compétences	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 100% 	
Sensation d'être motivé	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 100% 	
Respect des règles de sécurité		<ul style="list-style-type: none"> 67% sont satisfaits
Sentiment ne pas être en conflit avec ses propres valeurs	<ul style="list-style-type: none"> 73% d'accord 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'accord pour 17% et pas d'avis pour 11%
Sur la connaissance de l'étendue de la mission et des tâches	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 83% 	
Clarté et précisions des informations de la hiérarchie	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 72% 	
Possibilité de prendre des initiatives	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 84% 	
Reconnaissance professionnelle		<ul style="list-style-type: none"> 61% estiment être reconnus à leur juste valeur
Niveau professionnel satisfaisant des collègues		<ul style="list-style-type: none"> Accord à 67% 34% estiment être obligés de compenser ce manque de connaissances
<u>L'EHPAD EN GÉNÉRAL</u>		
THÉMATIQUES	POINTS DE SATISFACTION	MARGES DE PROGRESSION
Sur la gestion de l'EHPAD		
Gestion dynamique		<ul style="list-style-type: none"> Accord à 67%
Bonne gestion	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 72% 	
Confiance en la hiérarchie, la direction	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 78% 	
Confiance en les organisations syndicales		<ul style="list-style-type: none"> Accord à 50%
Sur l'organisation du travail		
Permet le maintien des compétences	<ul style="list-style-type: none"> Accord à 72% 	
Adaptée pour répondre aux besoins		<ul style="list-style-type: none"> Accord à 44%
Des moyens existent pour aider les personnels en difficulté		<ul style="list-style-type: none"> Accord à 39%
Conditions d'accueils sont satisfaisantes		<ul style="list-style-type: none"> Accord à 61%

GRILLE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE		
THÉMATIQUES	POINTS DE SATISFACTION	MARGES DE PROGRESSION
THÉMATIQUES	POINTS DE SATISFACTION	MARGES DE PROGRESSION
Les réponses d'ordre administratif sont satisfaisantes	• Accord à 78%	
Discrétion et confidentialité sont respectées		• Accord à 56%
Vous vous sentez bien au niveau de l'équipe de travail	• Accord à 78%	
Les besoins en remplacement sont pris en compte	• Accord à 73%	
Vos horaires sont compatibles avec votre vie privée	• Accord à 83%	
Votre planning prévisionnel est souvent respecté		• Accord à 55%
Sur l'information		
L'information circule bien		• Accord à 34%
Vous avez des infos de la direction	• Accord à 78%	
Vous avez des infos de votre hiérarchie		• Accord à 67%
Vous avez des infos des collègues		• Accord à 56%
Vous avez des infos des syndicats		• Accord à 34%
Sur le maintien et l'évolution des compétences		
Choix de la formation	• Accord à 72%	
Satisfaction sur l'évolution professionnelle	• Accord à 72%	

• **Recensement des avis & suggestions**

- **VALEURS** : me sent en conflit avec mes valeurs de bienveillance et d'écoute [...] reconnaissance professionnelle à augmenter [...] manque d'encouragement de la hiérarchie [...] sentiment de ne pas être entendu, sentiment de faire du bricolage [...].
- **COMPETENCES** : Former et doubler les remplaçantes, problème de formation pour les agents hospitaliers (pas la même vision des responsabilités), service et petit déjeuner : compétence à développer, grande hétérogénéité des niveaux professionnels, postes aménagés à créer, demande d'un accès au catalogue complet des formations.
- **ORGANISATION** : Manque d'organisation et d'intérêt de certains collègues [...] les remarques de l'équipe peuvent être contredites par une infirmière (ide) [...] précision du travail en fonction des membres de l'équipe [...] problème de changement de cadre et de

coordination avec certaines ide [...] revoir l'organisation des remplacements d'été [...] manque de stabilité de l'équipe [...] les horaires en coupé des ide ne sont pas favorables à la satisfaction des besoins des résidents

- **CHARGE DE TRAVAIL** : Surcharge de travail le week-end [...] manque de personnel le soir pour les couchers [...] temps d'intervention auprès des résidents très limité [...] niveau de l'organisation du travail variable [...] problème de compatibilité avec la vie privée avec le travail tard le soir et tôt le matin, plus de personnel le soir et le week-end [...] besoin d'effectif variable selon l'équipe (nombre, envie, compétences) [...] politique de remplacement en amélioration, manque de moyens
- **COMMUNICATION** : Communication facile avec la direction [...]. Communication difficile avec certaines IDE qui ne s'intéressent pas aux résidents [...] problème de coordination entre ide et aide-soignant[...] améliorer les transmissions par étage en mettant des transmissions sur psi et des objectifs par résidents [...]. Oui à la réunion flash mais pas le vendredi [...] réunion de travail avec l'ensemble des personnels (nuit et jour) [...] souhaite une meilleure cohésion d'équipe. Créer un livret d'accueil pour le personnel [...] bonne circulation de l'info car petite structure [...] communication difficile au sein de l'EHPAD [...].
- **LOCAUX** : Office rez-de-chaussée trop petit [...] sécurité impossible avec ces locaux [...]. Locaux inadaptés pour les résidents et le personnel : une pièce de repos pour le personnel, ... Locaux inadaptés car absence de bureau pour un travail particulier [...] demande locaux plus grands et plus de pièces de rangement [...] problème de sécurité incendie avec les fauteuils dans les couloirs [...] gros problème de locaux, immeuble vétuste.

• **Si vous aviez une baguette magique**

- **RESIDENTS** : Plus de visites de famille [...] intégration des résidents à la vie en société [...] plus d'animations
- **ORGANISATION DU TRAVAIL** : Plus d'équité au sein de l'équipe "aide-soignant" [...] éclaté un noyau bien précis pour une cohésion d'équipe et moins d'injustice [...] plus de personnel le week-end ou changer les horaires des aides-CUI (18h15-20h15); elles partent au moment du dessert et du besoin d'aide pour la plonge et la salle.
- **CHARGE DE TRAVAIL** : 2 personnes par étage matin et soir ...
- **COMMUNICATION** : Une meilleure communication avec la hiérarchie directe .
- **LOCAUX** : Un ascenseur en plus [...] je raserai pour reconstruire un ehpad digne de ce nom [...]. J'agrandirais les locaux pour les rendre fonctionnels [...] superficie des logements trop petite [...] des locaux plus spacieux avec du terrain [...] changement des locaux trop petits et trop étroits (beaucoup de contraintes) [...] des locaux en plus pour les résidents [...] de nouveaux locaux !

- **forces de la structure :**

- **PROFESSIONNELS** : L'équipe [...] Le professionnalisme des agents [...] Son équipe malgré les problèmes relationnels [...] Unité, soutien, entente, convivialité, amitié, aide, altruisme.
- **LOCAUX** : la taille de la structure [...] Petite structure familiale où tout le monde se connaît [...] Structure à caractère familial. [...] Structure de taille humaine avec bon emplacement géographique [...] Petite structure familiale proche des résidents.

- **Points à améliorer**

- **VALEURS** : Faire entrer la vie dans la résidence [...] Plus d'humanité @ [...] meilleures anticipations des besoins des résidents.
- **COMPETENCES** : La formation et l'investissement de tous les agents [...] Meilleur choix des remplaçants quelque soit la catégorie
- **ORGANISATION DU TRAVAIL** : Le respect d'autrui et du matériel au sein de l'ehpad [...] Le travail collectif [...] Le partage d'expérience.
- **COMMUNICATION** : La communication (manque d'information : direction, hiérarchie, collègues, syndicat) [...] Information sur l'arrivée des stagiaires et des directives à son sujet [...]. Plus de cohésion dans les informations [...]. Réunions plus claires, communication, écoute [...]. Plus de communication entre les équipes
- **LOCAUX** : Plus de locaux.

- **QU'ATTENDEZ-VOUS DE LA DEMARCHE D'ECRITURE D'UN PROJET D'ETABLISSEMENT ?**

- **RESIDENTS** : Favoriser les conditions de vie des résidents et résidents [...]. Améliorer la vie sociale des résidents, permettre de créer une bonne relation (confiance entre les aidants et les résidents) [...]. Meilleures prises en compte de la détresse psychologique des résidents [...]. Permettre la mise en place des moyens en vue d'améliorer la qualité de vie des résidents et leur bien-être au sein de l'établissement. Des améliorations pour les résidents et le personnel.
- **VALEURS** : C'est important car c'est l'écrit qui véhicule les valeurs de l'établissement [...]. Il sert de repère pour les projets individuels [...]. Plus de cohésion et d'esprit d'équipe moins de "chacun pour soi" plus de partage et d'échange, le "Castel Bristol" vivrait mieux.
- **REFLEXIONS GLOBALES** : Du changement [...]. Formaliser un objectif commun [...] créer de l'engagement [...]. Une réflexion sur l'évolution de notre établissement [...]. Que les têtes pensantes arrêtent de penser et nous consultent un peu plus [...]. Qu'il s'écrive vite pour que l'on puisse avoir un milieu adapté à tout niveau (résidents et professionnels) [...]. Prise en compte par le ministère de la santé du besoin de personnel dans les Ehpad pour une meilleure prise en charge générale de l'être humain.

RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX– DR LANOIR D. SEPTEMBRE 2013

Remis par l'Espace Investigation Prévention Accompagnement du Stress

Principales mesures d'amélioration :

- **Continuer à renforcer le cadre de fonctionnement** : compléter les fiches de postes, continuer à développer les fonctions de référent et à améliorer l'utilisation de leurs compétences ; développer les points de rappel sur les protocoles par le médecin coordonnateur et le cadre de santé.
- **Continuer à améliorer le management** : Régulation de la charge de travail, remplacement des absences, planning des AS. Veiller à l'équité dans la répartition de la charge de travail. Former la cadre au management assertif et à la gestion des conflits.
- **Améliorer la communication** : remettre en place les réunions d'informations animées de la Direction.
- **Continuer à améliorer la circulation de l'information**, optimiser l'usage du logiciel PSI
- **Continuer à développer les ressources techniques et formations** : continuer à former les ASH aux soins de toilettes, mettre en place selon les besoins des formations concernant la bientraitance et les soins palliatifs.
- **Améliorer la cohésion** : organiser une réunion générale annuelle, créer des événements de convivialité.
- **Sensibiliser les agents** à la gestion du stress, aux techniques de relaxation et au comportement assertif.

BERGER

Paula

Décembre 2015

DESSMS

Promotion 2014 - 2015

Le Projet d'établissement : Un des promoteurs de la qualité dans l'établissement ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : RENNES

Résumé :

Les lignes qui vont suivre ont la vocation d'apporter un éclairage sur l'élaboration du « Projet d'établissement » menée au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie et sur les enseignements qu'il est possible d'en tirer. Elles cherchent aussi à apporter un point de vue à d'autres professionnels, qui comme on peut l'être, se lancent dans cette démarche d'écriture d'un projet d'établissement sans disposer nécessairement de l'ensemble des outils utiles pour ce faire.

Ces lignes s'adressent prioritairement à eux, sachez que l'élaboration, que vous allez entreprendre, est passionnante, et tout ce qui y concourent aussi. Vous allez devoir vous confronter à l'ensemble des outils liés au management dans tous leurs aspects : qualité, ressources humaines, finances, achats, partenariats, communication, ...

Mots clés :

Projet d'établissement, qualité, management, EHPAD, éthique, accompagnement, bientraitance, technique.

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