

**PILOTER LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL EN EHPAD  
EN MOBILISANT LA COMPETENCE COLLECTIVE  
POUR AMELIORER LE PARCOURS DE VIE**

*Marie Saladine LIBOURNET*

2018



---

# Remerciements

---

Comment remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation finale de ce mémoire ? Il me semble impossible de le faire tant les bonnes volontés se sont mobilisées autour de mon projet d'évolution professionnelle. Je tenterai malgré tout de le faire, tout en étant persuadée d'en oublier au passage, et en priant tous ceux pour lesquels ce serait le cas de bien vouloir m'en excuser.

Tout d'abord, pour commencer, je souhaite témoigner ma gratitude aux personnes âgées. À celles de l'EHPAD de Biscarrosse, mais aussi, plus généralement, à toutes les autres, ainsi qu'à celles qui les ont précédées, car une personne âgée est, avant tout, une personne, vivante, avec son vécu, avant d'entrer en situation de dépendance. Et sans la contribution de chacune de ces personnes, aussi infime soit-elle, la société ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui, et je n'aurais donc pu être ce que je suis.

Ensuite, je tiens à remercier en premier lieu l'IRTS Nouvelle-Aquitaine et tous les intervenants qui m'ont accompagnée, et, tout particulièrement Monsieur Alain DEWERDT, mon directeur de mémoire, qui m'a guidée avec beaucoup de bienveillance dans l'écriture de celui-ci. Je sais aussi gré à mes camarades de promotion pour leur soutien pendant la durée de cette formation.

J'ai également une pensée reconnaissante pour l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH), l'organisme paritaire collecteur agréé qui a fait en sorte que je puisse suivre cette formation en acceptant son financement.

Je remercie également les professionnels de l'EHPAD de Biscarrosse pour leur accompagnement et leur soutien dans ma démarche, et notamment Madame Marine JOSLET, la directrice, pour la confiance qu'elle m'a accordée.

Je sais également gré à tous ceux qui ont eu la patience de me relire et de m'apporter de précieuses recommandations pour finaliser ce mémoire.

Je veux également dire merci à tous mes proches, qui ont su faire preuve de patience, de sollicitude et d'égards pour me ménager, pendant toute la durée de ma formation et aussi pendant la réalisation de ce mémoire.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude à tous les membres de ma famille, et tout particulièrement à mes deux filles, pour leur soutien indéfectible, leur confiance, leur appui et leur amour, sans lesquels je n'aurais pu arriver là où je suis parvenue aujourd'hui.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'EHPAD de Biscarrosse au confluent de problématiques imbriquées.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Une évolution de l'accompagnement des personnes âgées.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Des personnes âgées de plus en plus dépendantes .....	3
1.1.2 Un environnement en perpétuel mouvement.....	6
1.1.3 L'EHPAD de Biscarrosse, une variété de services, du domicile à l'institution .....	11
1.1.4 Des professionnels évoluant dans un contexte contraint .....	14
<b>1.2 Des tensions à tenter d'amoindrir.....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Des réponses politiques attendues face à l'évolution prévisible des besoins et attentes des personnes âgées .....	18
1.2.2 L'avenir de l'accompagnement des personnes âgées à considérer par les pouvoirs publics et les établissements .....	19
1.2.3 Le positionnement éthique et l'organisation de l'établissement en question pour améliorer l'accompagnement .....	21
<b>1.3 Les enjeux de l'établissement.....</b>	<b>22</b>
1.3.1 Un changement de dynamique institutionnelle indispensable .....	22
1.3.2 Le management par projet, support de mobilisation de la compétence collective .....	23
1.3.3 Le libre choix du parcours de vie en axe stratégique .....	23
<b>1.4 Conclusion de la 1<sup>e</sup> partie.....</b>	<b>24</b>
<b>2 La compétence collective à la source du changement organisationnel pour irriguer l'amélioration de l'accompagnement.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Les particularités d'un établissement d'accompagnement pour personnes âgées dépendantes .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Spécificités en lien avec la personne âgée.....	25
2.1.2 Concepts corrélés à l'établissement d'accompagnement .....	28
<b>2.2 La compétence collective en étayage du management par projet pour une amélioration du parcours de vie.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 L'intérêt du "pouvoir d'agir", ou " <i>empowerment</i> ".....	31
2.2.2 ...pour mobiliser les compétences professionnelles, développer la compétence collective et piloter le changement organisationnel.....	33
2.2.3 ... au bénéfice du "parcours de vie" amélioré des personnes âgées.....	40

<b>2.3</b>	<b>L'essor contributif pluridisciplinaire pour garantir la qualité de l'accompagnement .....</b>	<b>43</b>
2.3.1	Une enquête méthodologique surtout issue de la compilation de documents.....	43
2.3.2	Résultats de l'investigation : inconvénients et avantages d'une orientation vers le management par projet.....	44
2.3.3	Analyse de l'étude : enjeux escomptés au bénéfice de l'établissement et des personnes accompagnées.....	46
<b>2.4</b>	<b>Conclusion de la 2<sup>e</sup> partie .....</b>	<b>46</b>
<b>3</b>	<b>Le pilotage organisationnel en pratique : la compétence collective pour fluidifier le parcours de vie.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>Renforcer le pilotage .....</b>	<b>47</b>
3.1.1	Actualiser et partager une vision commune qui s'est perdue.....	47
3.1.2	Responsabiliser l'encadrement par le pouvoir d'agir à chaque niveau.....	50
<b>3.2</b>	<b>Mobiliser la compétence collective .....</b>	<b>54</b>
3.2.1	Encourager l'uniformisation des pratiques .....	54
3.2.2	Animer le projet d'établissement qui devient référent des pratiques .....	56
3.2.3	Repenser les temps de coordination à chaque niveau .....	57
3.2.4	Favoriser la qualité de vie au travail et le parcours promotionnel .....	59
3.2.5	Combiner les potentiels individuels pour mobiliser la compétence collective.....	62
3.2.6	Développer l'information à tous les niveaux .....	64
3.2.7	Évaluer l'adaptation du changement organisationnel au regard de l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées .....	65
<b>3.3</b>	<b>Conclusion de la 3<sup>e</sup> partie .....</b>	<b>68</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>69</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>71</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource
AJA	Accueil de Jour Alzheimer
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Agent des Services
ASH	Agent des Services Hospitaliers
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifiés
ASV	Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi)
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODIR	Comité de direction
COSTRAT	Comité stratégique
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRÉDOC	Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie
CTE	Comité Technique d'Établissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DEAS	Diplôme d'État d'Aide-Soignant
DR	Direction Régionale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUD	Document Unique de Délégation

DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPA	Équipe Pluridisciplinaire d'Appui aux sorties d'Hospitalisation
ESA	Équipe Spécialisée Alzheimer
ESLD	Établissement de Soins de Longue Durée
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FORAP	Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	GIR moyen pondéré
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRHAF	Groupe Ressources Humaines Associatives et Formations
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IADES	Inter Association Dourdan Essonne Sud
ICPD	Instance de Consultation du Pôle Domicile
IDE	Infirmier(ère) en soins généraux (diplômée d'État)
IME	Institut Médico Éducatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRTS	Institut Régional du Travail Social
KPMG	Cabinet d'audit, de conseil et d'expertise comptable dont le nom est issu des initiales des noms de ses fondateurs : Klynveld, Peat, Marwick, Goerdeler
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services de soins et d'aide dans le champ de l'Autonomie
MAMA	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS	Outil de mesure du degré de médicalisation des personnes âgées, basé sur un thésaurus de 50 "états pathologiques"
PEC	Prise en charge
PFR	Plate-forme de Répit
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRS	Projet Régional de Santé

QVT	Qualité de Vie au Travail
RBPP	Recommandations de de bonnes pratiques professionnelles
RH	Ressources Humaines
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USLD	Unité de Soins de Longue Durée



## Introduction

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) focalisent l'attention des médias régulièrement, en particulier dernièrement, en fin d'année 2017 et début d'année 2018. Des tensions, communes à la plupart d'entre eux, sont à l'origine de l'intérêt qu'ils suscitent. Souffrance au travail, pénibilité des tâches, démobilisation des professionnels, manque de personnel ou d'attrait des métiers soignants, défaut de surveillance, voire maltraitance, sont autant de sujets qui inspirent la plume journalistique sur ces institutions, sans que cette liste ne soit exhaustive.

Ces établissements font suite à d'autres dispositifs ayant existé en préalable. Jusqu'à l'ère industrielle, les personnes âgées restaient dans la cellule familiale ou étaient prises en charge par l'assistance. Mais, face au déploiement de l'industrie, à l'exode rural et au délitement des liens familiaux qui s'en est suivi, d'autres modes de prises en charge des aînés ont dû être trouvés. Des hospices aux maisons de retraite, leurs lieux de vie ont donc évolué au fil des ans et ce n'est qu'à partir de 2002 que les EHPAD se sont progressivement imposés en réponse à l'aggravation de la dépendance. Aujourd'hui, face au vieillissement de la population, aux pathologies multiples liées à l'avancée en âge, à la perte d'autonomie des personnes âgées et au manque de places en EHPAD, d'autres solutions doivent se développer. Les politiques publiques ont dû s'orienter vers le déploiement de services d'accueil alternatif, conformément aux souhaits de la population âgée de vivre le plus longtemps possible à domicile.

*“Entre 2007 et 2011, les capacités d'accueil des établissements accueillant des personnes âgées ont augmenté de 5,3 %, soit une nette accélération par rapport à la période 2003-2007 (+ 1,4 %). [...] En 2012, [les] soins à domicile représentent une valeur de 1,5 milliard d'euros, soit trois fois plus qu'en 1998”<sup>1</sup>.*

L'EHPAD Léon Dubédat de Biscarrosse, dont l'origine remonte à plus d'un siècle, a pris son appellation actuelle en signant sa première convention tripartite en 2003<sup>2</sup>. La configuration de l'établissement fait suite à une opération de restructuration agrandissement qui s'est achevée en 2012. Situé en centre-ville, à proximité des commerces et administrations, l'établissement s'étend sur une surface d'environ 1500 m<sup>2</sup> et bénéficie de locaux agréables. Son offre de service se décompose en 2 pôles, le pôle

---

<sup>1</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), INSEE Références, Tableaux de l'Économie Française, Édition 2014

<sup>2</sup> Convention signée entre le Conseil Général des Landes, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et l'EHPAD le 26 mai 2003 - Source : Projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse 2008-2013

institution et le pôle domicile. Le pôle institution dispose d'une capacité d'accueil totale de 77 lits, dont 12 spécialisés dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles de type Alzheimer<sup>3</sup>, et propose de l'hébergement permanent et temporaire, pour permettre aux familles de bénéficier d'un temps de répit. Le pôle domicile rassemble 5 services : un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), un Accueil de Jour Alzheimer (AJA), une Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA), une Plate-forme de Répit (PFR) et une Équipe Pluridisciplinaire d'Appui aux sorties d'hospitalisation (EPA). L'ensemble de ces services, témoignant de la diversification des modes d'accueil qui s'est opérée à partir de l'année 2010, est autorisé à accompagner 167 personnes.

Afin d'assurer la qualité de prise en charge sur tous ces services, environ 120 personnes travaillent à l'EHPAD de Biscarrosse. Le management de ces professionnels requiert une constante vigilance. Au cours des 8 dernières années, l'établissement a dû faire face à des transformations qui ont complexifié l'organisation et fragilisé son équilibre. Ainsi, sa surface a été augmentée et sa capacité d'hébergement s'est accrue de 12 lits, l'offre de services s'est diversifiée par la création de 6 des 9 modes d'accompagnement et le nombre de professionnels a été renforcé de près de 50%, pour pouvoir assurer l'ensemble des missions. De plus, après avoir été dirigé pendant plus de 8 ans par la même personne, l'EHPAD a connu 2 changements successifs de direction depuis 2015. De fait, l'établissement connaît une période où les tensions sont fortes.

**Il convient donc de s'interroger afin de cerner et analyser plus en détail les difficultés, d'en comprendre les causes et conséquences pour savoir en quoi ces éléments posent problème.**

Pour cela, je commencerai par un diagnostic préalable de l'existant, établi sur les caractéristiques des personnes âgées accompagnées, les politiques publiques qui encadrent ce secteur d'activité, la description de l'établissement que je dirige et des moyens humains disponibles, pour aboutir sur des hypothèses de travail.

Puis, je vérifierai la concordance de ces postulats à la situation de l'EHPAD grâce à un étayage théorique, pour tenter de limiter les écarts constatés. Ces concepts serviront à expliquer les arguments qui me conduisent à faire ces propositions et à déterminer la méthodologie que je dois employer pour concrétiser mes axes stratégiques.

Enfin, je présenterai le plan d'actions opérationnel que je déploierai en utilisant la dynamique intrinsèque au projet, fondée sur le renfort du pilotage de l'établissement et sur le développement de la compétence collective, pour tenter d'apporter des solutions concrètes à la problématique de l'établissement.

---

<sup>3</sup> Le "Service Spécialisé Alzheimer" de l'EHPAD de Biscarrosse ne peut prendre l'appellation ni de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ni d'unité d'hébergement renforcé (UHR) car il ne répond pas à leurs cahiers des charges

# **1 L'EHPAD de Biscarrosse au confluent de problématiques imbriquées**

L'état des lieux initial de l'EHPAD de Biscarrosse sera réalisé au travers des constats et des écarts, pour aboutir à la question centrale et en cerner les points dominants.

## **1.1 Une évolution de l'accompagnement des personnes âgées**

Les constats seront basés sur l'étude de la population, de l'environnement, de l'offre de service dans son contexte institutionnel et politique et de ses ressources humaines.

### **1.1.1 Des personnes âgées de plus en plus dépendantes**

Le public accompagné par l'EHPAD de Biscarrosse est une population en situation de dépendance, aggravée par le vieillissement démographique.

#### **A) Une population dépendante...**

L'EHPAD de Biscarrosse a vocation à accompagner des personnes âgées dépendantes, dont les besoins dépendent de l'état de santé. Fragilisées, elles doivent recourir aux services d'accompagnement. À ce stade, elles ont des besoins en matière de santé physique et mentale, car un choc émotionnel, une chute, une baisse de revenus, un problème de logement, une maladie ou l'isolement peut les faire basculer dans la dépendance, l'avancée en âge réduisant la faculté d'adaptation. À mesure que la dépendance s'amplifie, les besoins augmentent, tant en matière de soins, de participation sociale, d'aide et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, que de soutien psychologique. Les personnes accompagnées sont, pour la plupart, dépendantes, voire très dépendantes. Ainsi, en fonction de leur degré de dépendance et de leurs pathologies, souvent multiples, les personnes âgées auront surtout besoin d'aide pour la prise de médicaments, les déplacements, les soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, l'alimentation ou les tâches ménagères. Il est important de respecter leurs choix, car le consentement est capital pour ne pas induire d'aggravation de l'état de santé et de la dépendance. Chaque déficience installée multiplie les incapacités des personnes, accroissant leur besoin de compenser la dégradation de leurs aptitudes. Dans les institutions, les personnes âgées ont aussi besoin d'occupation, tandis qu'à domicile, les besoins de leurs aidants, qui nécessitent soutien ou répit, pour limiter leur épuisement, doivent aussi être considérés pour que l'état des personnes âgées accompagnées ne s'aggrave par répercussion. Dans la mesure du possible, 90 % des Français souhaitent

rester à domicile<sup>4</sup>. Avant de résider en EHPAD, près de 48 % des personnes vivent à leur domicile privé ou au domicile d'un proche et plus de 46 % viennent d'un autre établissement<sup>5</sup>. Face au vieillissement, chaque personne âgée affiche sa propre volonté concernant l'accompagnement dont elle souhaite bénéficier.

B) ... dont le vieillissement accroît les besoins d'accompagnements

La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans devrait doubler entre 2005 et 2050<sup>6</sup>. Le vieillissement démographique et les mesures en faveur du maintien à domicile des personnes âgées voient l'âge d'entrée et l'âge moyen des personnes hébergées en EHPAD augmenter. Des données nationales de 2015 estiment que l'âge moyen des personnes âgées accueillies en EHPAD est de 85 ans et 8 mois<sup>7</sup>. *“L'augmentation de l'âge à l'entrée se poursuit. Les entrants sont, en moyenne, de neuf mois plus âgés (85 ans et 2 mois) que ceux arrivés durant l'année 2011”*<sup>8</sup>. Cette élévation s'accompagne simultanément par une hausse de l'âge moyen des personnes accompagnées à domicile. L'âge moyen des résidents de l'EHPAD de Biscarrosse s'est faiblement accru entre 2013 et 2017, mais, à l'AJA, ces valeurs varient de 82 ans<sup>9</sup> à 83 ans<sup>10</sup> sur la même période.

Les personnes accueillies en EHPAD sont habituellement classifiées en termes de dépendance et en fonction de leurs pathologies.

La dépendance est mesurée par la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource (AGGIR)<sup>11</sup>. Cette grille, basée sur 10 critères, aboutit à la classification de la dépendance physique et psychique selon 6 Groupes Iso-Ressource (GIR) allant de 1 à 6. Le GIR 1 est attribué aux personnes les plus dépendantes, le GIR 6 qualifie les personnes encore relativement autonomes, et les classifications intermédiaires permettent une graduation selon l'état des personnes. À l'échelle nationale, en 2015<sup>12</sup>, 83 % des résidents ont un GIR de 1 à 4. *“La proportion de personnes nouvellement entrées avec une faible*

---

<sup>4</sup> Cour des comptes, Chambres régionales & territoriales des comptes, Rapport public thématique, “Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler”, juillet 2016

<sup>5</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), site Data.Drees, Études et statistiques, Rapports publics / Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux / L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) / Edition 2015

<sup>6</sup> INSEE Première, “Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050”, N°1089, paru le 07/07/2006

<sup>7</sup> Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dossier de presse, conseil du 5 juillet 2016, p. 18

<sup>8</sup> MULLER M., Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Etudes et Recherches, “728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015”, juillet 2017, p. 6

<sup>9</sup> Projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse 2015-2019, p.13

<sup>10</sup> Rapport d'activité 2017 de l'EHPAD de Biscarrosse

<sup>11</sup> Cf. Annexe 1 : Grille AGGIR

<sup>12</sup> MULLER M., DREES, “728 000 résidents en EHPAD en 2015”, p. 3

dépendance (GIR 5 et 6) passe de 17 % en 2011 à 15 % en 2015”<sup>13</sup>. À l’EHPAD de Biscarrosse, en 2017, 95,9 %<sup>14</sup> des personnes sont classées en GIR 1 à 4. Le GIR moyen pondéré (GMP) d’un établissement est basé sur la moyenne des GIR des résidents. Au niveau national, il passe de 693 en 2013 à 723 en 2015<sup>15</sup>. Pour le pôle institution de l’EHPAD de Biscarrosse, il évolue de 731 en 2007, 755 en 2010 et 775 en 2017, et au domicile il varie de 574 en 2015, 619 en 2016, à 625 en 2017<sup>16</sup>.

Détachée de la notion de dépendance, la coupe PATHOS<sup>17</sup> sert à mesurer les besoins en soins médicaux et médicotechniques nécessaires aux personnes. Elle est réalisée sur la base d’un outil<sup>18</sup> qui référence les 50 pathologies gériatriques les plus communes aux personnes âgées. Les mesures individuelles servent à calculer le Pathos Moyen Pondéré (PMP) de l’établissement. En France, le PMP passe de 198 en 2013 à 208 en 2015<sup>19</sup>, quand celui de l’EHPAD de Biscarrosse, validé à 105 en mai 2008<sup>20</sup>, à 196 en 2010<sup>21</sup>, a été revu à la baisse à 167 en 2015<sup>22</sup>. Or, le PATHOS est conditionné par le travail de traçabilité des équipes, mais aussi par celui des médecins et intervenants libéraux, que l’établissement peine à associer pour recenser les soins réellement nécessaires.

Les indicateurs de dépendance et de besoins en soins impactent le financement reçu par les EHPAD sous forme de dotations de l’Agence Régionale de Santé (ARS) et du Conseil Départemental. De plus, la classification suivant la grille AGGIR sert à calculer l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA), dont la personne peut être bénéficiaire à domicile ou en établissement. Participant au financement d’un accompagnement à domicile, l’APA “*aide à payer une partie du tarif dépendance facturé aux résidents*”<sup>23</sup> en institution.

En somme, le vieillissement démographique accroît la dépendance et augmente les besoins quantitatifs d’accompagnement et de soins. Les solutions alternatives de maintien à domicile engendrent un accueil en EHPAD de plus en plus tardif.

---

<sup>13</sup> Ibid., p. 6

<sup>14</sup> Cf. Annexe 2 : Mesure de la dépendance à l’EHPAD de Biscarrosse

<sup>15</sup> CNSA, dossier de presse, conseil du 5 juillet 2016, p. 18

<sup>16</sup> Données issues des logiciels interne de soins

<sup>17</sup> Fédération de l’Hospitalisation Privée F.H.P. – Direction des Ressources Documentaires, Liste des sigles et acronymes, 16 avril 2012, Outil PATHOS : “Thésaurus de 50 « états pathologiques ». Outil pour mesurer le degré de médicalisation des personnes âgées”, p. 81

<sup>18</sup> Cf. Annexe 3 : Outil PATHOS

<sup>19</sup> CNSA, dossier de presse, conseil du 5 juillet 2016, p. 18

<sup>20</sup> Projet d’établissement de l’EHPAD de Biscarrosse 2008-2013, p. 3

<sup>21</sup> Rapport d’activité 2015 de l’EHPAD de Biscarrosse

<sup>22</sup> Rapport d’activité 2017 de l’EHPAD de Biscarrosse

<sup>23</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie (CNSA), Pour les personnes âgées : Portail national d’information pour l’autonomie des personnes âgées et l’accompagnement de leurs proches, L’Allocation personnalisée d’autonomie (APA)

### 1.1.2 Un environnement en perpétuel mouvement

Pour s'ajuster à l'évolution des besoins du public, le cadre réglementaire s'adapte, et vise actuellement à privilégier le libre choix du parcours.

A) Des politiques publiques favorisant le maintien à domicile et l'inclusion sociale...

En Europe, le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance touchent la quasi-totalité des pays. Les politiques publiques en faveur des personnes âgées y font face selon 3 systèmes dominants coexistant. Le Nord de l'Europe, par le biais de l'impôt, a privilégié l'inclusion de la personne âgée à la vie de la cité. Ils ont fermé les institutions et déployé des services de proximité. Les pays continentaux financent le risque dépendance par les actifs. Les prestations sont librement utilisées par les bénéficiaires, mais leur accès est limité. Enfin, le Sud de l'Europe s'est tourné vers la solidarité familiale et sociale, mais confronté au délitement familial, les possibilités d'entraide sont limitées. Tous les pays européens ont pris un virage de désinstitutionalisation depuis les années 1980, mais la pérennité de l'accompagnement des personnes âgées, en institution ou à domicile, bien que diversement organisée, ne semble pas acquise<sup>24</sup>.

En France, avant le XIX<sup>e</sup> siècle, les vieillards, selon la dénomination alors d'usage pour désigner les personnes âgées, travaillaient jusqu'à leur décès ou étaient admis dans un hospice et ils se retrouvaient ainsi parmi les indigents et les malades, tributaires de la charité chrétienne, en cas d'incapacité et sans autre recours. Durant la révolution française, l'assistance publique a évolué et a remis en cause l'enfermement des vieillards dans ces institutions. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, l'assistance est dévolue aux hospices et le soin aux hôpitaux, puis, en 1905<sup>25</sup>, le devoir d'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables bouleverse la prise en charge des personnes âgées.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la branche vieillesse de la Sécurité Sociale et un système de retraite sont créés, basés sur la solidarité intergénérationnelle, et permettent d'offrir un revenu aux anciens travailleurs, financé par ceux qui travaillent.

La notion de « politique vieillesse » apparaît à partir de 1960 et le rapport Laroque, publié en 1962, porte sur les conditions de vie des personnes âgées au regard de l'évolution démographique. Il préconise leur valorisation, le soutien à la préservation de leur emploi, le développement de la prévention, la coordination intersectorielle et une orientation vers le maintien à domicile. Peu à peu, les visions et orientations évoluent.

Au début des années 1980, les lois de décentralisation désignent le département comme chef de file de l'action sociale, en particulier pour les personnes âgées. La notion de

---

<sup>24</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère du Travail et de la Solidarité, Études et Résultats, "La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale", N° 74, juillet 2000

<sup>25</sup> Loi du 14 juillet 1905 relative aux vieillards, aux infirmes et aux incurables

dépendance apparaît en 1984 et, une dizaine d'années plus tard, la grille AGGIR est créée pour l'évaluer. Plusieurs lois tentent de répondre aux besoins des personnes âgées, en particulier en matière d'aides sociales. Le système des retraites, trop lourd en raison de l'augmentation du nombre de retraités, est réajusté à plusieurs reprises.

L'année 2002 voit la transformation des maisons de retraite en EHPAD. Depuis, les EHPAD relèvent de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales<sup>26</sup> et de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>27</sup>. Les conséquences de la canicule de 2003 obligent les politiques à repenser la prise en compte de la dépendance. Plusieurs plans voient le jour pour favoriser cette orientation, dont celui en cours, le "Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie"<sup>28</sup>. Les personnes souffrant de troubles de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA)<sup>29</sup> bénéficient aussi de plans spécifiques à leur accompagnement, notamment le tout dernier "Plan Maladies Neuro-Dégénératives"<sup>30</sup>. Les EHPAD doivent également respecter la "Charte des droits et libertés de la personne accueillie"<sup>31</sup> et la "Charte des droits et libertés de la personne en situation de handicap ou de dépendance"<sup>32</sup>. La loi de 2009<sup>33</sup> a également modifié le droit du secteur social et médico-social, encadrant les EHPAD, par les dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)<sup>34</sup>. En 2013, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) constate une "*organisation fragmentée et cloisonnée*"<sup>35</sup> et encourage à "*Promouvoir la continuité des parcours de vie*"<sup>36</sup> pour plus de fluidité.

---

<sup>26</sup> Légifrance, Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>27</sup> Légifrance, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>28</sup> Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, "Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie", septembre 2015

<sup>29</sup> Sigle utilisé par le Haut Conseil de la Santé Publique, Rapport "Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées", Collection Avis et Rapports, Décembre 2017, p. 2

<sup>30</sup> Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, "Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014 - 2019"

<sup>31</sup> Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Ministère de la Famille et de l'Enfance, Direction Générale de l'Action Sociale, "Charte des droits et libertés de la personne accueillie"

<sup>32</sup> Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, "Charte des droits et libertés de la personne en situation de handicap ou de dépendance"

<sup>33</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)

<sup>34</sup> Code de l'action sociale et des familles, Partie réglementaire, Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services

<sup>35</sup> La Lettre CNSA, La Lettre d'information de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, N°24, Septembre 2013, Dossier "Promouvoir la continuité des parcours de vie"

<sup>36</sup> Ibid., titre

Une loi entrant en vigueur en 2016<sup>37</sup>, venue renforcer le cadre en faveur des personnes âgées, prévoit d'améliorer leur accompagnement et celui de leurs proches, de parfaire la considération et l'appui aux aidants, de prévenir la perte d'autonomie, de communiquer plus efficacement sur les tarifs des EHPAD et de favoriser le respect des droits et libertés des personnes. Elle intègre aussi le volet de la réforme tarifaire des EHPAD, dénoncé par plusieurs rapports, dont ceux de Mmes Iborra et Fiat<sup>38</sup> et de M. Bonne<sup>39</sup>. Ils considèrent que la hausse des besoins en soins, sans moyens supplémentaires, entraîne une dégradation des conditions de travail et de la qualité d'accompagnement en EHPAD.

Tout dernièrement, en mai 2018, la Ministre de la Santé et de la Solidarité a présenté ses orientations "Grand Âge et autonomie"<sup>40</sup>, qui visent à promouvoir la prévention, les parcours de santé, le maintien à domicile, la qualité de l'accompagnement, la confiance des personnes âgées et de leurs proches et la qualité de vie au travail.

Au niveau local, certaines orientations pour les établissements sociaux et médico-sociaux sont attendues avec le nouveau "Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine 2018-2028"<sup>41</sup> et le "Schéma Landais en faveur des personnes vulnérables 2014/2020"<sup>42</sup> décline les orientations départementales. Enfin, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) concernent les EHPAD, en particulier "Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes"<sup>43</sup>.

Aujourd'hui, la mesure des besoins en soins des personnes âgées est controversée et le rapport de M. Bonne de juin 2018<sup>44</sup> préconise la remise en cause du PMP pour une orientation vers un outil de mesure rapporté aux statistiques. En effet, si la coupe PATHOS cerne les besoins en soins individuels, le PMP n'est pas assez représentatif des besoins thérapeutiques de l'ensemble des personnes accueillies en EHPAD. Or, de cette

---

<sup>37</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV

<sup>38</sup> Rapport d'information des députées Monique Iborra et Caroline Fiat sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mars 2018, Bibliothèque des rapports publics, La Documentation française

<sup>39</sup> Rapport d'information de Bernard Bonne fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), mars 2018 - Bibliothèque des rapports publics, La documentation française

<sup>40</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme, Dossier de presse : Grand âge et autonomie

<sup>41</sup> Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028 - ARS Nouvelle-Aquitaine

<sup>42</sup> Conseil Général des Landes, "Schéma Landais en faveur des personnes vulnérables 2014/2020"

<sup>43</sup> Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Quelques recommandations, "Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes", Octobre 2007

<sup>44</sup> Rapport d'information de Bernard Bonne sur la situation dans les Ehpad, p. 7

variable dépend la dotation soins attribuée aux établissements pour leur fonctionnement. Il convient de préciser que le financement des EHPAD est basé sur 3 sections, avec toute la complexité que ce système de tarification ternaire implique. En règle générale, la section hébergement est à la charge des familles, la section dépendance est assumée par les départements et l'ARS finance la section soins. Le forfait global dépendance dépend du GMP, du nombre de places d'hébergement permanent et de la valeur du point GIR départemental. La dotation soins tient compte du GMP, du PMP, du tarif choisi par l'établissement et de la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur.

Il ressort donc que, depuis le rapport Laroque, les politiques publiques favorisent progressivement le maintien à domicile et le respect de la volonté de la personne âgée, qui doit disposer de la liberté d'exercer ses choix à tout moment, sans suivre un parcours linéaire imposé. Cette orientation participe à la diversification de l'offre et au renforcement de la médicalisation des structures d'hébergement, réservées à des personnes de plus en plus dépendantes. Mais, quel que soit le mode d'accompagnement, les charges financières s'accroissent avec les besoins grandissants à satisfaire sans augmentation corrélée des recettes, dans une période de restriction budgétaire généralisée.

#### B) ... et un environnement local dynamique

L'EHPAD de Biscarrosse est implanté dans un département peu dense, avec 44 habitants par km<sup>2</sup>, mais attractif, puisque sa population augmente de 1,2 % par an<sup>45</sup>. Il est situé sur une commune du nord-ouest des Landes, en zone littorale, entre mer, lacs et forêt landaise, zone géographique dont le taux d'évolution de la population est l'un des plus importants du département<sup>46</sup>. Bien que participant au rajeunissement de la population landaise, 8 600 personnes de plus de 60 ans se sont aussi installées dans le département entre 2003 et 2008<sup>47</sup>. En 2015, 23,2 % des landais sont âgés de plus de 65 ans, quand le taux national est de 18,6 %<sup>48</sup>. L'établissement se situe sur l'ancien territoire de santé du Nord des Landes, dont les caractéristiques principales sont de disposer de peu de dispositifs de santé, avec des indicateurs de santé défavorables, et sur l'actuel territoire de démocratie sanitaire des Landes. La notion de territoire, polysémique et protéiforme, est complexe et difficile à cerner tant il est intangible et lié au ressenti individuel. En rapport principalement avec une notion d'espace, il évolue selon les époques et les sujets qui y font référence. Le territoire d'intervention de l'EHPAD de Biscarrosse correspond aux limites géographiques au sein desquelles il a une influence par le biais de ses

---

<sup>45</sup> RÉGNIER V., INSEE, Analyses Nouvelle-Aquitaine N°11, paru le 03/03/2016, "Les Landes à grands traits", p. 1

<sup>46</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Direction Régionale (DR) Insee Poitou-Charentes, "Les Landes en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes", p. 10

<sup>47</sup> Ibid., p. 11

<sup>48</sup> Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Statistiques locales

différents services, et varie selon le service et la distance d'accès à une offre de services similaire. Il est indiqué pour chaque service dans l'arrêté d'autorisation délivré par les autorités de tutelle.

Ce territoire répond aux orientations politiques en favorisant le maintien à domicile, grâce à l'association de nombreux acteurs locaux, et, en particulier par le biais de 3 dispositifs MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services de soins et d'aide dans le champ de l'Autonomie). Associations et entreprises privées, Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS), Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou Espaces Seniors, s'associent à la volonté de permettre aux personnes âgées de disposer d'un éventail de choix pour organiser leur parcours de vie comme elles l'entendent.

Concernant les modes d'accompagnement à domicile pour personnes âgées, les Landes disposent de 26 accueils de jour, 17 SSIAD, 2 Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), 4 ESA, 4 points d'information, 2 PFR et 1 EPA.

Au niveau de l'offre d'hébergement, le département compte 59 EHPAD et 5 Établissements de Soins de Longue Durée (ESLD, ex-Unités de Soins de Longue Durée : USLD), parmi lesquels 32 proposent de l'hébergement temporaire. Les personnes souffrant de troubles de MAMA dans le département peuvent recourir à 25 unités spécifiques, 17 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et 3 Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), et, puisque *“la première pierre du village Alzheimer est posée”* à Dax, celui-ci devrait venir augmenter cette offre en fin d'année 2019<sup>49</sup>. Ces différents modes d'hébergement sont complétés par 2 résidences autonomies existant sur le département. Pour l'aide au financement de l'hébergement, 43 établissements sont conventionnés pour l'allocation personnelle de logement (APL) et 57 pour l'aide sociale à l'hébergement.

Depuis 2013, le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) Nord-Landes rassemble une quinzaine de structures, dont l'EHPAD de Biscarrosse.

La capacité d'accueil pour personnes âgées place le département à la 77<sup>e</sup> place sur les 96 départements métropolitains français avec 132 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 148 à l'échelon national<sup>50</sup>.

L'établissement se situe donc dans une zone touristique et dynamique, dont la population s'accroît, avec une moyenne d'âge supérieure à la moyenne nationale. Depuis plusieurs années, le département a développé une offre diversifiée pour l'accompagnement des personnes âgées, tout comme l'EHPAD de Biscarrosse.

---

<sup>49</sup> Article *“Dax : la première pierre du village Alzheimer est posée”*, Publié le 04/06/2018, Journal Sud-Ouest

<sup>50</sup> Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2015, Comparaisons régionales et départementales, Chiffres clés, Paru le : 15/12/2017

### 1.1.3 L'EHPAD de Biscarrosse, une variété de services, du domicile à l'institution

Dans cette logique, l'EHPAD de Biscarrosse s'est peu à peu engagé dans le déploiement de nombreux services, offrant un choix élargi à la population de personnes âgées locale.

A) L'histoire d'une diversification graduelle des services pour les personnes âgées...

L'histoire de l'EHPAD de Biscarrosse, établissement autonome de la fonction publique hospitalière (FPH), remonte à plus d'un siècle. En 1907, le Conseil Municipal de Biscarrosse décide de la construction de l'actuel EHPAD, d'abord hôpital-hospice communal de 22 lits de médecine et de chirurgie d'urgence, ouvert en 1912. À l'instar de nombreux établissements, il a ensuite servi de centre de convalescence pendant le premier conflit mondial et s'oriente dans la prise en charge des personnes âgées dans les années 1960. Une première rénovation lui permet d'accueillir 45 résidents en 1976, puis il est converti en maison de retraite en 1983 tout en créant une section de cure médicale pour 25 lits. En 1985, 10 lits supplémentaires sont créés et, en 1999, une rénovation-extension permet l'ouverture de 10 nouvelles places, amenant sa capacité à 65 lits. En 2001, un premier lit est dédié à l'hébergement temporaire, avant que la loi du 2 janvier 2002 et la signature de la première convention tripartite ne conduise la structure à devenir EHPAD en 2003. Enfin, une opération d'extension et de restructuration, réalisée entre 2009 et 2012, aboutit à la configuration actuelle de l'établissement.

Le SSIAD du pays de Born, créé en 1994, est fusionné à l'EHPAD depuis début 2014. En 2010, un AJA de 10 places est créé, puis un ESA de 10 places et une PFR pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée sont ajoutées en 2012. Enfin, 2014 a vu la création de 10 places d'EPA. Cette configuration a permis à l'EHPAD de Biscarrosse, d'une capacité totale autorisée de 167 lits et places, de s'organiser selon 2 pôles, le pôle institution et le pôle domicile, et de disposer de 9 modes d'accompagnement différents<sup>51</sup>. À ce jour, le pôle institution accompagne 77 personnes et le pôle domicile en suit plus de 90. L'offre de service proposée par l'EHPAD de Biscarrosse<sup>52</sup> se démarque des autres structures nationales<sup>53</sup> par sa diversité et par son orientation vers l'accompagnement à domicile.

Par ailleurs, depuis 2017, le CIAS des Grands Lacs - regroupant les communes de Biscarrosse, Gastes, Luë, Parentis-en-Born, Sainte-Eulalie-en-Born, Sanguinet et Ychoux - et l'EHPAD de Biscarrosse, se sont unis pour créer un SPASAD intégré de 30 places, porté par le CIAS. Ce service a vocation à coordonner au mieux l'action sociale

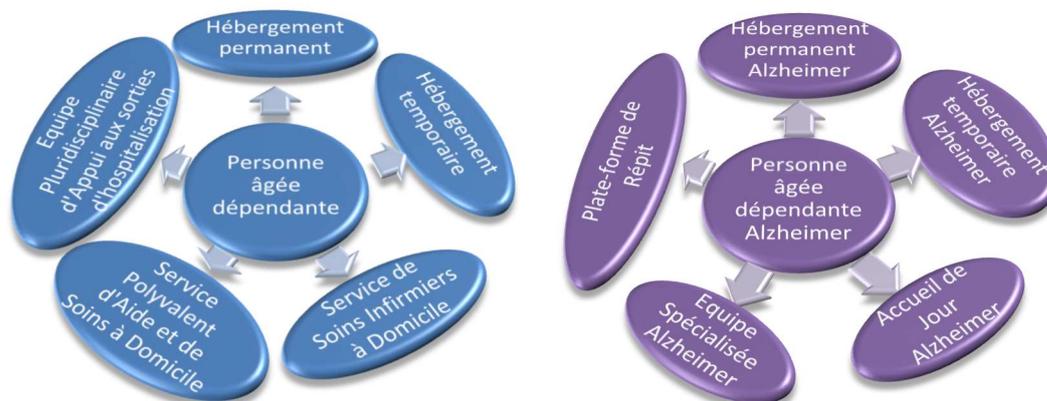
---

<sup>51</sup> Cf. Annexe 4 : Offre d'accompagnement et d'hébergement de l'EHPAD de Biscarrosse

<sup>52</sup> Cf. Annexe 5 : Modalités d'accompagnement de l'EHPAD de Biscarrosse en nombre de places

<sup>53</sup> Cf. Annexe 6 : Modalités d'accompagnement des structures d'accueil pour personnes âgées en nombre de places

et médico-sociale auprès des personnes âgées, pour éviter aux familles la contrainte de solliciter et organiser l'intervention de 2 services différents, sans places supplémentaires, mais avec des moyens financiers accordés pour une meilleure mutualisation des moyens.



L'actuel projet d'établissement priorise l'adaptation des moyens aux nouveaux services ouverts, le renforcement de l'accompagnement à domicile des personnes âgées et la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Au fil du temps, l'EHPAD de Biscarrosse s'est orienté vers une diversification de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes souffrant d'une maladie neurodégénérative et est considéré comme avant-gardiste dans son domaine.

#### B) ... un dispositif répondant aux besoins locaux

L'offre de service de l'EHPAD de Biscarrosse permet aux personnes âgées du bassin de vie de disposer d'une offre leur laissant l'opportunité de rester à domicile, en bénéficiant d'aide et de soutien, ou d'intégrer l'établissement, selon leur volonté ou leur perte d'autonomie. Ainsi, au cours des 10 dernières années, l'établissement s'est orienté vers le domicile et spécialisé dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une MAMA.

Grâce à l'extension-restructuration achevée en 2012, l'EHPAD de Biscarrosse est doté de locaux et d'équipements modernes. Chaque chambre, individuelle, dispose d'une salle de bains privative et de mobilier chaleureux, et peut être personnalisée par les résidents, dans la limite d'une bonne circulation, pour agrémenter leur séjour et faciliter leur appropriation des lieux en vue d'une meilleure intégration.

L'EHPAD de Biscarrosse a fait le choix d'être au plus près de la personne âgée en optant pour la réalisation de toutes ses prestations en interne. Ainsi, l'établissement dispose d'un service de lingerie, d'une équipe de maintenance et d'une équipe de cuisiniers, pour que les repas s'approchent au plus près du "fait maison".

L'offre de services de l'EHPAD de Biscarrosse semble répondre à des besoins réels de la population locale, puisque les listes d'attentes des différents services sont souvent remplies, comme le révèle l'engouement pour l'hébergement temporaire, pour lequel il est

difficile d'obtenir une place avant un délai d'une année. De plus, une moyenne de 25,5 sorties par an est comptabilisée sur les 5 dernières années<sup>54</sup>, alors que plus de 90 demandes d'admission sont en attente<sup>55</sup>, ce qui suppose qu'en ne tenant compte que de l'ordre d'arrivée d'une demande, celle-ci attend plus de 3,5 ans avant de pouvoir être satisfaite. Cependant, ce délai est à relativiser au regard des différents critères retenus par la commission d'admission, des relais assurés par le pôle domicile et des partenariats avec les structures extérieures. Les taux d'occupation des différents services sont très bons, comme en témoignent les données chiffrées entre 2012 et 2017<sup>56</sup>. Dans le pôle institution, l'hébergement permanent affiche entre 98 % et 99 %, avec un taux moyen de 98,57 %, alors qu'à l'échelle nationale il est estimé à 98 % pour les établissements publics autonomes et à 97 % pour les EHPAD dont la capacité est comprise entre 60 et 99 places<sup>57</sup>. Ce taux varie entre 90 % et 99 % pour l'hébergement temporaire avec une moyenne de 94,63 %, quand, en France, il est considéré que *"le taux d'occupation d'un hébergement temporaire peut difficilement atteindre les 100 %"*<sup>58</sup>, et qu'en 2009, il peut être estimé en moyenne à 65 %, pour atteindre 80 % s'il est spécialisé<sup>59</sup>, ou, en 2012, à 56 %<sup>60</sup>. Le taux d'occupation du pôle domicile, plus variable, oscille entre 80,6 % et 94 % pour l'AJA avec un taux moyen de 85,62 %, quand le taux national est de 62 % pour les accueils de jour spécialisés<sup>61</sup>, et varie entre 91 % et 97 % pour le SSIAD, avec une moyenne de 94,33 %, comparé à un taux global d'occupation national de 93 %<sup>62</sup>.

L'EHPAD, qui en est à son troisième projet d'établissement, dispose des outils de la loi 2002 et répond aux recommandations en offrant une ouverture à et sur son environnement, avec un rayonnement conséquent sur son territoire d'intervention.

Un service d'accueil familial, dont l'ouverture a été autorisée en 2014, est en attente de mise en œuvre, et des appels à projet ont été préparés, notamment pour une infirmière de nuit mutualisée entre une dizaine d'établissements du secteur, un PASA de nuit, un

---

<sup>54</sup> Données issues du logiciel de soins interne

<sup>55</sup> Décompte des demandes inscrites sur ViaTrajectoire, outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires ou en structure médico-sociales

<sup>56</sup> Rapport d'activité 2017 de l'EHPAD de Biscarrosse

<sup>57</sup> CNSA, "La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD", p. 31

<sup>58</sup> Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Dossier technique, Octobre 2011, "État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées", p. 15

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), "Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2012 des établissements et services médicosociaux – Année 2012", Septembre 2013, p. 40

<sup>61</sup> Ibid., p. 33

<sup>62</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État, Études et Résultats, "Les services de soins infirmiers à domicile en 2008", N° 739, septembre 2010, p. 1

centre ressources, et un service de télémédecine, souhaité par les soignants en réponse à l'éloignement géographique des centres hospitaliers et des consultations.

Cependant, le manque de services à domicile spécifiques sur des zones du département interfère sur des services de l'établissement, sollicités pour couvrir les besoins, sans bénéficier des contreparties financières. Et, certains services pâtissent du chevauchement avec d'autres, si bien qu'ils ont connu des périodes de fréquentation moindres.

Avec des taux d'occupation élevés en comparaison aux données nationales, l'EHPAD de Biscarrosse répond aux besoins du territoire, mais, l'augmentation de la population locale et le nombre de demandes en attente préfigurent une saturation des services à venir.

#### 1.1.4 Des professionnels évoluant dans un contexte contraint

Pour proposer cette offre de services étendue, l'EHPAD de Biscarrosse nécessite d'imposants moyens humains, soumis à des tensions.

##### A) Des ressources humaines conséquentes...

Au niveau des ressources humaines, les personnels de la FPH sont régis par le titre I<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires<sup>63</sup>, et par le titre IV du même statut<sup>64</sup> relatif à la FPH. Les contractuels de droit public sont soumis en partie aux mêmes droits et obligations, mais relèvent par ailleurs d'un décret spécifique<sup>65</sup>. Certains contractuels de droit privé relèvent encore du code du travail et des conditions stipulées dans leur contrat.

L'EHPAD dispose d'une direction, aussi désignée "autorité investie du pouvoir de nomination et de gestion", qui doit soumettre aux instances obligatoires tout changement d'orientation stratégique et l'approbation des comptes, si bien que les décisions sont présentées pour avis au Conseil de la Vie Sociale (CVS), à l'Instance de Consultation du Pôle Domicile (ICPD), au Comité Technique d'Établissement (CTE) ou au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), selon le cas, avant d'être délibérées devant le Conseil d'Administration (CA), organe décisionnel.

L'établissement emploie environ 120 professionnels diplômés, d'un âge moyen de 43 ans, et dispose d'un taux d'encadrement autorisé de plus de 0,88<sup>66</sup>, quand le taux moyen est de 0,658 dans les établissements de même nature<sup>67</sup>. En 2017, l'effectif réel de

---

<sup>63</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi Le Pors

<sup>64</sup> Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

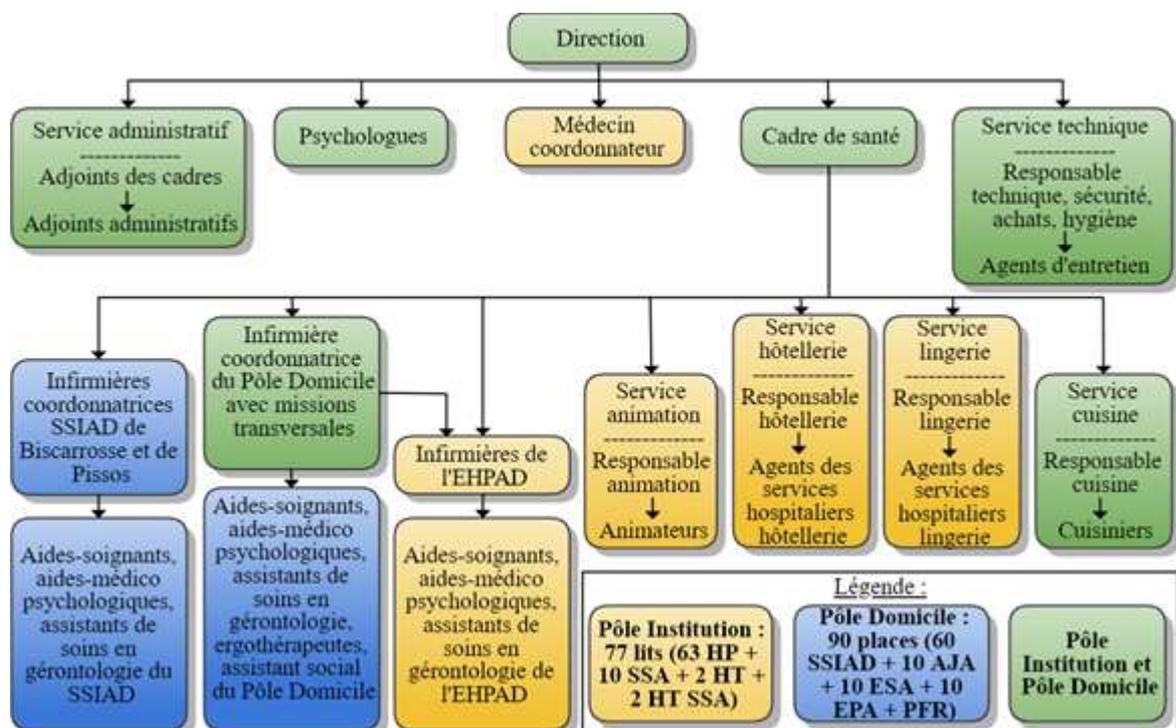
<sup>65</sup> Décret n° 91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la FPH

<sup>66</sup> Rapport d'activité 2017 de l'EHPAD de Biscarrosse

<sup>67</sup> Article de Valérie Lespez, Journaliste, pour Gerontonews.com, "Hébergement pour personnes âgées : un taux d'encadrement en hausse", publié le 18/09/2017

l'établissement, supérieur à l'effectif autorisé, ramène le taux d'encadrement réel à 0,98, soit 1,5 fois supérieur à la moyenne<sup>68</sup>, essentiellement pour compenser l'absentéisme.

De nombreux professionnels collaborent auprès des personnes âgées pour tenter de préserver au mieux leurs aptitudes restantes, au domicile comme en institution. Le service administratif gère les finances et les ressources humaines. La cadre de santé supervise les équipes travaillant auprès des personnes âgées et les psychologues leur viennent en appui pour aider les personnes accompagnées à accepter leur perte d'autonomie. Pendant que les infirmières s'occupent plus précisément des actes techniques de soins, les professionnels soignants s'activent pour aider les personnes en perte d'autonomie à se lever, à faire leur toilette, à prendre leur repas, à se déplacer, à communiquer ou à se coucher. Au domicile, des ergothérapeutes et une assistante sociale aident les personnes dans les actes quotidiens ou les démarches administratives. Dans l'institution, le médecin coordonnateur est l'interlocuteur privilégié des médecins car il connaît la personne institutionnalisée et est à même de constater les évolutions de son comportement. Le service animation propose des activités culturelles et de loisir aux résidents, et les agents des services hospitaliers servent les petits déjeuners et les repas aux résidents, et veillent à l'hygiène générale des locaux individuels et collectifs. Le service lingerie garantit le lavage et le repassage du linge, tandis que le service technique répare les pannes et maintient l'état général des locaux. Enfin, le service cuisine prépare de bons plats pour régaler les résidents. Au total, près d'une vingtaine de métiers est représentée à l'EHPAD de Biscarrosse, et ces professionnels s'organisent selon l'organigramme suivant :



<sup>68</sup> Rapport d'activité 2017 de l'EHPAD de Biscarrosse

En moyenne, entre 2010 et 2017, l'établissement a offert 7,6 jours de formation par personne et par an<sup>69</sup>, soit plus du double de la moyenne nationale, établie à 3,3 jours<sup>70</sup>.

Les professionnels de l'EHPAD de Biscarrosse disposent d'un cadre de travail agréable et d'équipements facilitant les manutentions. Malgré des moyens supérieurs aux moyennes nationales, l'établissement doit faire face à une diversification de services qui complexifie et sature l'organisation, sans que les formalisations ne soient suffisamment établies.

B) ... en proie à de multiples difficultés

L'EHPAD de Biscarrosse connaît un fort taux d'absentéisme, passant de 10,42 % en 2015 à 12,65 % en 2017, quand, pour les EHPAD de la région Nouvelle-Aquitaine, il était de 10,08 %<sup>71</sup> en 2015. Les arrêts-maladies d'au moins 30 jours dépassent 48 %, les temps partiels thérapeutiques frôlent 19 %, les accidents de travail avoisinent 16 % et les arrêts courts représentent presque 12 %<sup>72</sup>. Malgré des bâtiments réhabilités, du matériel récent et des formations conséquentes, des accidents de travail liés à l'utilisation de matériels continuent d'être déclarés. Pour pallier la hausse constante de l'absentéisme depuis 4 ans, les autorités ont octroyé à l'établissement 50 000€ de crédits non reconductibles en fin d'année 2017<sup>73</sup>. Les remboursements des assurances pour l'absentéisme, n'incluant pas les arrêts de moins de 10 jours, correspondent à 4,3 % des dépenses de fonctionnement, tandis que les charges de personnel de l'EHPAD représentent 71 % de ce budget<sup>74</sup>, contre 67 % en 2014 à l'échelle nationale<sup>75</sup>, et avant d'être ajournée, la réforme sur la convergence tarifaire prévoyait une diminution des moyens de l'établissement sur les sections soins et dépendance d'environ 3,5 % par an.

Hors saison estivale, l'établissement reçoit de nombreuses candidatures spontanées, facilitant les recrutements de remplaçants. Cependant, en été, les listes de candidats s'amenuisent, en lien avec l'activité touristique. Par ailleurs, actuellement, sans distinction de saison, l'établissement manque de postulants formés dans les métiers du soin, si bien que les remplacements des infirmières, aides-soignants ou accompagnants éducatifs et sociaux<sup>76</sup> sont compliqués. Le poste de médecin coordonnateur, tenu jusqu'en 2012 et pendant plus de 20 ans par la même personne, a été aussitôt remplacé lors de son

---

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> Ministère de l'action et des comptes publics, Faits et Chiffres, Chiffres clés 2017 du rapport annuel sur l'état de la fonction publique, p. 35

<sup>71</sup> Fédération Hospitalière de France (FHF), Aquitaine Limousins Poitou-Charentes, "Enquête sur les pratiques des Conseils départementaux de la région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes, Niveau régional, Tous établissements confondus, (autonomes et rattachés)", p. 7

<sup>72</sup> Cf. Annexe 7 : L'absentéisme de l'EHPAD de Biscarrosse

<sup>73</sup> Rapport d'activité 2017 de l'EHPAD de Biscarrosse

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> KPMG, Observatoire des EHPAD, Avril 2014, p. 63

<sup>76</sup> Les accompagnants éducatifs et sociaux regroupent les anciens métiers d'aide-médoco-psychologique et d'auxiliaire de vie sociale

départ. Puis, suite à une démission en 2016, le poste, resté vacant pendant plus d'un an, a été pourvu pour seulement 6 mois. Une nouvelle vacance de 5 mois a eu lieu avant que l'actuel médecin coordonnateur ne prenne ses fonctions en mai 2018. Quand les remplacements ne peuvent être assurés, le travail en mode dégradé complique la tâche des professionnels présents, mais compromet également la qualité de la prestation. En 2017, des familles ont envoyé aux autorités des courriers d'insatisfaction et une organisation syndicale a émis un courrier d'alerte pour témoigner d'un climat social dégradé. Actuellement, les équipes présentent des signes d'épuisement physique et psychique, voire une perte de sens au travail. Le management, variable selon l'aptitude des responsables à gérer l'urgence, engendre sentiments d'injustice et clivages.

Au niveau organisationnel, un défaut de formalisation et de communication est constaté, malgré des réunions régulières. Des comptes-rendus d'instances témoignent de pratiques différentes selon les équipes, créant des tensions supplémentaires. Ainsi, des désaccords sont constatés entre des équipes intervenant à des horaires différents, comme celles de nuit et de jour, tout comme au sein d'une même équipe, telles celle de nuit, ou celles de jour de l'hébergement traditionnel ou spécialisé Alzheimer. L'un des derniers points de désaccord entre équipes de nuit et de jour concerne le réveil des personnes âgées pour le changement des protections. Certains professionnels se refusent à interrompre le sommeil du résident, quand d'autres sont d'avis que les soins à dispenser et le bien-être de la personne sont essentiels. Des considérations d'ordre logistique viennent se mêler à cette question et compliquent encore la situation. L'établissement est aussi soumis à des positionnements professionnels inadéquats. Ainsi, à la fin du mois de juin 2018, un événement au cours duquel un professionnel a eu un comportement déplacé à l'encontre d'une personne âgée a tardé 3 jours à faire surface, quand la responsable du service avait eu accès à l'information sans délai mais sans la communiquer. De plus, depuis longtemps, l'EHPAD de Biscarrosse utilise le dispositif des contrats aidés et sa remise en cause depuis 2017 pose problème. En 2013, 2 personnes ont été intégrées dans les soins par ce biais, puis, au fur et à mesure, l'organisation en a absorbé 4. Des problèmes existent aussi tenant de la sécurité. Ainsi, des événements indésirables évitables sont déclarés, parmi lesquels certains sont considérés comme graves.

Globalement, la situation témoigne d'une démobilité des professionnels, que les moyens supplémentaires n'ont pas réduits et qui se répercute sur l'accompagnement proposé. Les causes peuvent être liées à l'augmentation du vieillissement et de la dépendance de la population, mais aussi à la charge de travail qu'elles impliquent. Néanmoins, une réflexion régulière sur l'organisation, l'éthique, les pratiques et la bientraitance peut s'avérer être efficace dans la résolution des difficultés.

## **1.2 Des tensions à tenter d'amoindrir**

Les écarts issus du diagnostic seront considérés par croisement entre les différents domaines, à savoir le public et les politiques publiques, l'environnement et les prestations proposées, puis l'offre de service et les besoins et attentes des personnes âgées.

### **1.2.1 Des réponses politiques attendues face à l'évolution prévisible des besoins et attentes des personnes âgées**

En comparant l'environnement de l'EHPAD de Biscarrosse au public accompagné, certains écarts peuvent être posés. Le territoire d'intervention de l'EHPAD de Biscarrosse bénéficie d'une forte attractivité, voyant sa population en croissance régulière depuis les dernières décennies, et les projections prévoient encore une augmentation de la population locale. Si bien que la population des personnes âgées et la dépendance qui va de pair devraient fortement augmenter dans les prochaines années sur le territoire d'intervention de l'EHPAD. Or, l'accroissement des places d'hébergement n'est pas privilégié par les politiques publiques, de telle sorte que les prestations des institutions vont tendre vers le domaine sanitaire.

La validation de la dernière coupe PATHOS à l'EHPAD de Biscarrosse a généré une incompréhension face à sa baisse, mais, malgré un courrier de contestation, sa révision n'a pas été possible. Pourtant, la coupe PATHOS, tributaire des actes de soins tracés, n'est représentative des réels besoins des personnes âgées que lorsque la charge de travail permet aux soignants de recenser exhaustivement tous les actes qu'ils pratiquent, ce qui tend à diminuer à mesure qu'augmentent les besoins en soins. De fait, les actes non recensés ne sont pas pris en compte dans la mesure. Or, en considérant l'évolution du GMP et du PMP moyen national, ces 2 variables suivent une évolution assez comparable toutes proportions confondues<sup>77</sup>, ce qui n'est pas le cas pour l'EHPAD de Biscarrosse<sup>78</sup>, donnant crédit aux conclusions du rapport de M. Bonne<sup>79</sup> et au ressenti d'estimation trop basse faite lors de la dernière coupe PATHOS réalisée. Une réflexion sur l'inclusion des libéraux dans le fonctionnement institutionnel peut présenter un intérêt pour que le PMP soit plus en adéquation avec les besoins réels des établissements. Par ailleurs, la coupe PATHOS est réalisée à un instant donné, sans revalidation régulière, et s'avère donc être une représentation assez figée dans le temps.

Par ailleurs, une réflexion nationale sur la création d'un risque dépendance doit prochainement être lancée, avec l'objectif du vote d'une loi dans ce sens courant 2019. Mais, la considération de l'accompagnement de la hausse du nombre de personnes

---

<sup>77</sup> CNSA, "La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire PEC résidents en EHPAD", p. 29

<sup>78</sup> Cf. Annexe 8 : Évolution du GMP et du PMP de l'EHPAD de Biscarrosse comparée aux données nationales

<sup>79</sup> Rapport d'information de Bernard Bonne sur la situation dans les Ehpads, p. 7

dépendantes ne doit pas se faire sans accorder d'attention à la notion du consentement éclairé. En effet, confortée par la loi de 2002<sup>80</sup>, la prise en compte de la volonté des personnes accompagnées est d'autant plus importante qu'elles en sont demandeuses. C'est dans ce sens que les possibilités de réponses doivent être adaptées et multipliées pour satisfaire au mieux toutes les demandes et ainsi éviter au maximum les ruptures de parcours de vie auxquelles les personnes âgées pourraient être confrontées.

### **1.2.2 L'avenir de l'accompagnement des personnes âgées à considérer par les pouvoirs publics et les établissements**

En rapprochant l'environnement de l'offre de service, les forts taux d'occupation et les longues listes d'attente des différents services de l'EHPAD de Biscarrosse laissent interrogateur sur la résorption future des demandes, sachant que la population des personnes âgées est amenée à fortement s'accroître à l'avenir et que la part des personnes âgées du territoire d'intervention est déjà supérieure à la moyenne nationale.

De plus, l'existence de "zones blanches" sur le territoire avec des besoins se reportant sur les services de l'EHPAD de Biscarrosse interroge, alors que les activités et listes d'attente sont bien remplies par les demandes du territoire. Pourtant, une incitation est faite par les autorités de tarification pour le traitement de ces demandes hors territoire, alors que la réponse se fait au détriment de la satisfaction des besoins des personnes du secteur.

Au niveau des ressources humaines, l'organisation actuelle de l'EHPAD n'est pas conforme aux attendus. Les personnes embauchées en contrat aidé dans les soins, sans avoir suivi de formation, l'ont été contrairement aux objectifs de ces contrats, puisque, dans le secteur non marchand, ces contrats sont prévus pour "*proposer des solutions d'emploi aux jeunes sans emploi peu ou pas qualifiés*"<sup>81</sup>, comme c'est le cas du contrat emploi d'avenir. En 2017, et après plus de 4 ans, la remise en cause du renouvellement de ces contrats pose problème, car les professionnels se sont habitués à la participation de ces personnes dans la réalisation des tâches quotidiennes. Le travail supplémentaire induit par cette suppression est perçu comme inatteignable, alors que ce travail n'aurait pas dû être confié à des personnes non qualifiées pour ne pas compromettre la responsabilité de l'établissement. Deux de ces contrats sont arrivés à échéance au second semestre 2017, un autre au mois d'avril 2018 et il en reste encore un présent dans les soins jusqu'à la fin de l'année. À l'heure actuelle, les tensions sur le sujet sont fortes et susceptibles de mettre en difficulté l'accompagnement des personnes âgées. Une réflexion doit être menée pour accompagner les professionnels dans la

---

<sup>80</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>81</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), DARES analyses, N° 021, mars 2017, "Les contrats aidés : quels objectifs, quel bilan ?", p. 2

réorganisation indispensable. De plus, pour faire face au nombre élevé d'arrêts de travail, l'établissement est régulièrement confronté à une recherche difficile de remplaçants, et, malgré la sollicitation régulière de Pôle Emploi, des établissements médico-sociaux du secteur, des écoles de formation et des agences d'intérim, il arrive que l'établissement soit contraint de pallier les absences par des professionnels n'ayant pas suivi de formation soignante, à défaut de pouvoir en trouver des diplômés. Les écoles de formation les plus proches expriment par ailleurs avoir elles-mêmes des difficultés à remplir les places de formation ouvertes, notamment en ce qui concerne la formation d'aide-soignant, ce que semble confirmer l'actualité<sup>82</sup>. Cette situation semble témoigner d'un désintérêt pour le métier dont les pouvoirs publics doivent se préoccuper, car il peut présager de difficultés à venir pour l'accompagnement des personnes. Pourtant, dès 2013, alors que la situation ne semblait pas encore poser question, un rapport d'étude préconisait déjà d' "*Améliorer l'attractivité des métiers et de certains secteurs*"<sup>83</sup>, qui rencontraient, déjà, "*des difficultés de recrutement concentrées sur les domaines de l'aide à domicile et de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ces derniers, en effet, peinent à attirer les jeunes*"<sup>84</sup>. Enfin, l'isolement de l'équipe du service spécialisé interroge à l'EHPAD de Biscarosse, mais aussi bien au-delà de l'enceinte de la structure. Ainsi, le sujet a largement fait débat au lendemain de plusieurs affaires dans lesquelles des résidents, sortis à l'insu des professionnels des établissements où ils étaient hébergés, ont connu une fin tragique. De nombreuses questions se sont alors posées suite à l'augmentation du nombre d' "unités fermées" dans les EHPAD. Si bien qu'en 2012, le contrôleur général des lieux de privation de liberté a déposé un avant-projet de loi en vue d'étendre ses compétences aux EHPAD<sup>85</sup>. Cette question a trouvé réponse dans un décret paru en 2016<sup>86</sup>, qui prévoit que des dispositions individuelles soient prises "*pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure*"<sup>87</sup>. L'application de ces dispositions peut remettre en cause le placement de plusieurs résidents dans le service spécialisé Alzheimer de l'EHPAD, voire le maintien en position fermée des portes de ce

---

<sup>82</sup> Article du journal Le Monde, "Le nombre de candidats aux écoles d'aides-soignants en baisse", François Béguin, 11.05.2018

<sup>83</sup> PARDINI B., Rapport d'étude, défi métiers, Le carif-oref francilien, Ensemble, pour l'Emploi Formation, région Île-de-France, "Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale", novembre 2013, p. 59

<sup>84</sup> Ibid., p. 11

<sup>85</sup> COQUELET A., Fondation Médéric Alzheimer, Dossier thématique : "Le droit et la maladie d'Alzheimer", avril 2015, p. 50

<sup>86</sup> Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

<sup>87</sup> Ibid., Annexe 3-9-1, "Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir", II. - Modèle-type d'annexe au contrat de séjour, Article 1<sup>er</sup>, Objet de l'annexe

service, ce qui, en conséquence, annulerait la question de l'isolement. Pour autant, d'autres questions sont d'actualité, puisque le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé s'interroge sur le sens à donner "*à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement*"<sup>88</sup>, laissant dubitatif sur la création du village Alzheimer dans les Landes, mais aussi sur le devenir des EHPAD.

### **1.2.3 Le positionnement éthique et l'organisation de l'établissement en question pour améliorer l'accompagnement**

L'offre proposée par l'établissement comparée au public accueilli comporte des aspects positifs à souligner. L'EHPAD de Biscarrosse dispose d'une offre de service diversifiée, permettant aux personnes âgées du secteur de bénéficier de plusieurs possibilités d'accompagnement, en fonction de leurs besoins et de leurs attentes. De plus, la spécialisation de l'EHPAD de Biscarrosse sur l'accompagnement des pathologies de type Alzheimer bénéficie aux personnes âgées du secteur, mais aussi à leurs aidants.

Malgré tout, des écarts ressortent de cette comparaison, essentiellement du ressort des ressources humaines. Aujourd'hui, l'importance de l'absentéisme se traduit par de nombreux remplacements. Mais, ceux-ci ne sont pas aussi efficaces que les professionnels habitués à travailler dans l'établissement, surtout quand ils ne sont pas diplômés, du fait de la pénurie de candidatures. La difficulté de la situation s'accroît encore quand les remplacements ne peuvent être assurés. La charge de travail des professionnels habituels se trouve donc accrue, augmentant les risques de fatigue, d'usure ou d'accidents et engendrant des répercussions sur la qualité de l'offre de service. L'augmentation de la dépendance des personnes âgées au cours des dernières années, qui ne devrait cesser de s'amplifier, risque de compromettre la baisse espérée de l'absentéisme, un lien entre les risques musculo-squelettiques des professionnels et la dépendance des personnes accompagnées devant exister.

En outre, en faisant abstraction des restrictions budgétaires aujourd'hui remises en cause, le budget est cependant serré, et maintenir le taux d'encadrement actuel semble donc relever de l'utopie. Si la nécessité de réajuster les effectifs s'impose, une dégradation de l'accompagnement et des conditions de travail peut en découler. Cumulé à la morosité ambiante, la situation ne devrait pas soulager les équipes, or, l'absentéisme est budgétairement lourd, chronophage et préjudiciable à la qualité de l'accompagnement.

---

<sup>88</sup> Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), Avis n° 128 (15 février 2018), Enjeux éthiques du vieillissement, "Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?"

Il semble que la notion de bienveillance préconisée par les recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM ne soit pas suffisamment prise en considération. La question éthique semble donc trouver toute sa place dans ce contexte. Ni l'investissement conséquent en matériel, ni les nombreuses formations dispensées dans l'EHPAD depuis de nombreuses années n'inversent la tendance de l'absentéisme.

Par ailleurs, si les listes d'attente des différents services sont bien remplies, comme l'ont déjà montré les taux de fréquentation de certains d'entre eux du fait de l'admission des personnes dans d'autres services de l'établissement, il est nécessaire de toujours veiller à l'adaptation de l'offre aux réels besoins de la population. La multiplicité des services demande donc une attention toute particulière.

Concernant les différences de pratiques entre les professionnels, il est opportun d'unifier les modes de fonctionnement pour ne pas perturber les personnes âgées, qui n'ont pas à s'adapter aux professionnels, d'autant plus que leurs facultés dans ce domaine s'amenuisent à mesure de leur avancée en âge. Il revient donc au professionnel de s'adapter. La bienveillance est "*une réflexion et une collaboration continues à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné*"<sup>89</sup>, elle ne peut donc se résumer à des positionnements personnels de la part des professionnels.

### **1.3 Les enjeux de l'établissement**

Les constats et tensions de l'EHPAD de Biscarrosse imposent un changement pour démultiplier ses forces et améliorer la continuité du parcours de vie des personnes âgées.

#### **1.3.1 Un changement de dynamique institutionnelle indispensable**

Après avoir fait état des constats et écarts de l'EHPAD de Biscarrosse, plusieurs points doivent être pris en compte. Les tensions entre les politiques publiques et le public accompagné révèlent que des positionnements sont attendus des pouvoirs publics concernant l'évolution grandissante du nombre d'accompagnements, la question du financement de l'augmentation des besoins en soin, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et la création du risque dépendance, tout en garantissant le libre choix du parcours de vie. Des écarts sont aussi issus de la comparaison entre l'offre de service et son environnement. Ainsi, l'offre départementale ne couvre pas les besoins et l'offre de service de l'EHPAD de Biscarrosse paraît saturée par le nombre de places autorisées. De plus, les EHPAD doivent être valorisés et l'établissement doit veiller à son aspect sécuritaire. Enfin, le croisement entre l'offre d'accompagnement proposé et le public permet de constater que l'organisation doit être repensée pour contenir

---

<sup>89</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, "La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre", p. 15

l'absentéisme et limiter son coût, maintenir les taux d'occupation et résorber les demandes, uniformiser les pratiques et envisager d'autres modes d'accompagnement.

Au terme de ce diagnostic, nombre de questions restent en suspens, pouvant être récapitulées par les questions suivantes. Comment résorber la hausse des besoins à venir du fait de l'augmentation de la population âgée, face à des places d'hébergement limitées et à des politiques publiques non favorables à leur extension ? Comment concilier l'augmentation projetée de la dépendance et la réduction du taux d'absentéisme des professionnels ? Comment faire face aux contraintes budgétaires tout en assurant un accompagnement de qualité auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ? Comment apaiser le climat social au bénéfice d'un accompagnement amélioré des personnes âgées ? Et, enfin, comment fluidifier la coordination des différents services proposés par l'EHPAD, surtout s'ils sont amenés à se développer ?

Les principales tensions issues du diagnostic de l'EHPAD de Biscarrosse sont essentiellement liées à une organisation de travail défavorable à un accompagnement qualitatif des personnes âgées. C'est pourquoi, la question centrale est : Comment permettre de rétablir une organisation de travail favorable à une amélioration de la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes âgées ?

### **1.3.2 Le management par projet, support de mobilisation de la compétence collective**

Après avoir fait état de toutes les questions qui découlent du diagnostic, il faut tenter d'y apporter des réponses. La situation peut être résumée en disant que l'établissement est en proie à une démobilité institutionnelle ayant des répercussions protéiformes, impactant in fine la qualité de l'accompagnement des personnes âgées. Il me semble donc primordial de redonner du sens au travail pour que le besoin d'épanouissement des professionnels soit satisfait et rejaillisse sur le bien-être dispensé. Le management par projet me paraît être en capacité de valoriser les compétences individuelles afin de mobiliser la compétence collective.

Ce mode de fonctionnement, fertilisé par la conjugaison des compétences, doit favoriser un changement de dynamique en apportant du sens pour une amélioration de l'accompagnement des personnes âgées et une fluidification de leurs parcours de vie.

### **1.3.3 Le libre choix du parcours de vie en axe stratégique**

Pour opérationnaliser mon hypothèse théorique, j'envisage de recourir à la mise en place d'une nouvelle dynamique institutionnelle s'appuyant sur le renforcement du pilotage et le développement de la compétence collective pour permettre une multiplication des opportunités et une accélération de l'orientation des pratiques professionnelles vers l'amélioration de la continuité du parcours de vie des personnes âgées.

## 1.4 Conclusion de la 1<sup>e</sup> partie

Les mesures de santé publique ont permis un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement de la population, provoquant un accroissement de la dépendance et de ses besoins intrinsèques. Les politiques publiques ont adapté l'offre en favorisant l'accompagnement à domicile et en médicalisant l'offre en EHPAD. Le département des Landes a diversifié son offre depuis plusieurs années et l'EHPAD de Biscarrosse a suivi cette évolution et développé un pôle institution, qui propose de l'hébergement traditionnel et Alzheimer, et un pôle domicile, avec SSIAD, AJA, ESA, PFR et EPA.

Pendant la période de changement liée à la diversification de l'offre, l'organisation s'est diluée au gré de l'affaiblissement du pilotage et des stratégies d'acteurs. Les professionnels s'en trouvent déstabilisés, malgré un taux d'encadrement et un effort de formation supérieurs aux moyennes nationales, et en dépit de moyens matériels modernes et adaptés. Le manque de temps d'analyse des pratiques professionnelles et de réflexion éthique engendrent une hétérogénéité des pratiques, ni régulée, malgré des réunions fréquentes, ni compensée, du fait d'un défaut de formalisation et de communication. L'aggravation des troubles de la population accompagnée, pesant sur les conditions de travail des professionnels, la remise en cause des contrats aidés, et le pilotage, débordé par les situations, génèrent, en interne, un climat social tendu et une démobilisation. De fait, le taux d'absentéisme est en hausse constante et s'accompagne de difficultés de remplacement et d'une efficacité moindre des remplaçants, liée à leur méconnaissance de l'établissement et des personnes accompagnées. Or, les termes de maltraitance et d'institution sont souvent juxtaposés. Les contraintes du lieu collectif, mais aussi les moyens alloués, imposant des rythmes de travail aux professionnels et, donc, de vie pour les personnes âgées hébergées, effrénés et peu individualisés, en sont les principales causes. L'ajout de conditions de travail défavorables ne peut qu'accentuer ce risque.

Il est donc nécessaire de renforcer le pilotage de l'organisation pour recentrer les pratiques sur le perfectionnement de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées. Cependant, la culture de l'organisation n'accepterait pas une reprise en main autoritaire. Il faut donc piloter un changement organisationnel défini avec les professionnels de façon partagée, utilisant la compétence collective pour harmoniser les pratiques, dans une organisation rassemblée qui prend sens à partir d'un projet commun centré sur l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées.

Pour assurer ce pilotage, il convient de déterminer les axes à privilégier pour la nouvelle organisation, de repérer les facteurs de remobilisation des professionnels susceptibles de créer une compétence collective qui dépasse les clivages actuels des pratiques et d'identifier la manière de centrer l'ensemble des pratiques sur l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées.

## **2 La compétence collective à la source du changement organisationnel pour irriguer l'amélioration de l'accompagnement**

Pour parvenir à piloter le changement organisationnel, avant de chercher la manière de procéder, il convient d'en saisir les raisons, car le sens développe la motivation. Cette compréhension singulière conduira son intégration conceptuelle et pratique par la compétence collective, fruit de la fusion des compétences individuelles. Une explication des enjeux spécifiques aux EHPAD précédera donc la présentation des moyens. Les bénéfices attendus et l'analyse des concepts seront ensuite envisagés.

### **2.1 Les particularités d'un établissement d'accompagnement pour personnes âgées dépendantes**

Les concepts caractéristiques des EHPAD sont importants à cerner, non seulement pour percevoir les opportunités de l'action, mais aussi pour en limiter les menaces. Ils relèvent de la population accompagnée tout autant que de l'établissement.

#### **2.1.1 Spécificités en lien avec la personne âgée**

Les notions en lien avec la personne âgée doivent être gardés en fil conducteur pour comprendre les risques, positifs et négatifs, qui l'entourent. Des réflexions autour de la personne âgée seront présentées, avant d'aborder la maltraitance et la bientraitance.

##### **A) Réflexions autour de la « personne âgée »**

Les spécificités des personnes âgées déboucheront sur la notion d' « âgisme ».

##### **a) Définition de l'âge et extension à la personne âgée**

L'âge est la *“durée écoulée entre la naissance d'une personne ou d'un animal et une date donnée”*<sup>90</sup>. Tout être humain ou animal a un âge donné. L'expression “personne âgée” paraît donc impropre, puisqu'une personne âgée est une personne qui a un âge, mais elle est d'usage pour désigner une personne d'un âge avancé, ayant atteint un certain niveau de vieillesse. Le vieillissement, qui débute dès la naissance, est aussi interprété en fonction de l'époque, de l'endroit et de la culture, et renvoie à la perte de l'autonomie du fait d' *“une dégradation progressive des capacités physiques et mentales”*<sup>91</sup>. Beaucoup de

---

<sup>90</sup> Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne, Dictionnaires de français

<sup>91</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Centre des médias, Principaux repères, Détail, Vieillesse et santé

nations<sup>92</sup>, dont la France, jaugent l'entrée dans la vieillesse, ou 3<sup>ème</sup> âge, à 60 ans. Du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées, elles sont classées en sous-groupes, des jeunes « seniors » aux « personnes âgées très dépendantes ». Personnifier la personne âgée permet au professionnel de l'assimiler à lui-même, de développer tolérance et empathie pour elle, notions nécessaires pour améliorer son parcours de vie.

b) *Explications sur l' « âgisme »*

L' « âgisme » est *“le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. [...] L'âgisme divise la société entre les jeunes et les vieux. [...] Ces stéréotypes empêchent parfois les personnes âgées de participer pleinement aux activités sociales, politiques, économiques, culturelles, spirituelles, civiques et autres.”*<sup>93</sup>. L'âgisme est donc une inacceptation des personnes âgées, une barrière mise entre elles et les autres âges de la vie, quand, fragilisées, elles ont moins de moyens de défense. Cette notion questionne sur la part d'humanisme de ceux qui en usent, mais aussi sur le sort qu'il convient de réserver aux EHPAD en tant qu'institutions d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et aux unités fermées existant dans certaines institutions. En effet, tous deux peuvent être considérés comme un lieu de désunion entre les personnes âgées et le reste de la société, a fortiori quand l'organisation de l'établissement n'intègre pas d'ouverture à et sur l'extérieur. Quoiqu'il en soit, ils limitent la participation sociale et servent le lien intra générationnel au détriment de l'intergénérationnel. L'organisation doit donc prendre en compte le risque d' « âgisme » dans la mesure où il peut entraver le libre choix de la personne âgée.

B) La maltraitance opposée à la bienveillance

Ce stéréotype m'interroge d'ailleurs sur la maltraitance et la bienveillance, notions très utilisées par opposition l'une à l'autre, suggérant même en paraître manichéennes. Du fait de l'amalgame récurrent entre comportement incivil et représentation institutionnelle, il est aussi nécessaire de bien les distinguer pour que les pratiques s'imprègnent de leur sens.

a) *La maltraitance...*

*“La maltraitance consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, [...] qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime. Tous les types de maltraitance des personnes âgées ont des*

---

<sup>92</sup> Ibid.

<sup>93</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Thèmes de santé, Vieillesse et qualité de la vie, Vieillesse et parcours de vie, Lutter contre les stéréotypes qui touchent la vieillesse

*conséquences en termes de santé et de bien-être*<sup>94</sup>. Un dommage, même occasionnel, entre donc dans la maltraitance. Sujet tabou, l' "*Augmentation de la maltraitance des personnes âgées : 1 personne sur 6 est touchée*"<sup>95</sup> laisse penser que tout établissement y est, cependant, probablement confronté. En réponse à ces chiffres éloquentes, l' "*Assemblée générale des Nations Unies [...] a proclamé le 15 juin Journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées*"<sup>96</sup>. Adoptée en fin d'année 2011<sup>97</sup>, cette journée n'est pas célébrée à l'EHPAD de Biscarrosse. La maltraitance trouve son origine dans les représentations dévalorisantes de la vieillesse, dans les faiblesses organisationnelles, dans l'insuffisance de projet, de personnel ou de valorisation, et dans l'épuisement professionnel. En considérant les tensions de l'EHPAD de Biscarrosse, ce risque de dérive comportementale n'est pas exclu, si bien que l'établissement ne peut se dispenser de le prévenir pour ne pas la laisser s'installer.

b) *...trouve la bientraitance en écho*

La maltraitance peut être contrecarrée par le développement de la bientraitance, qui est "*une démarche globale dans la prise en charge [...] visant à promouvoir le respect des droits et libertés [...] Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs*"<sup>98</sup>. Elle implique les professionnels, l'institution, l'entourage et la personne âgée, et passe obligatoirement par un examen des pratiques et un positionnement, individuel et collectif. La bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à sa prévention. "*La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes [...] dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable, car il existe une profonde résonance entre maltraitance et bientraitance*"<sup>99</sup>. La bientraitance est un ensemble d'actions prenant source dans l'empathie pour l'autre, dans une volonté de perfectionnement de l'accompagnement, où l'établissement doit lier son projet d'ensemble aux projets individuels. Dans l'absolu, maltraitance et bientraitance sont des notions divergentes, mais dans la réalité, tout n'est jamais parfait ou imparfait, de telle sorte que les deux peuvent coexister chez un seul individu ou dans une même institution.

---

<sup>94</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Centre des médias, Détail, "*Augmentation de la maltraitance des personnes âgées : 1 personne sur 6 est touchée*"

<sup>95</sup> Ibid., titre

<sup>96</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Assemblée nationale des Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 décembre 2011, 66/127. Suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, A/RES/66/127, § 21, p. 4

<sup>98</sup> Groupe Bientraitance Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP) – Haute Autorité de Santé (HAS), *Le déploiement de la bientraitance, Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*, p. 15

<sup>99</sup> Ibid., p. 7

Cependant, la bientraitance servir de guide dans un souci de perfectionnement constant, en particulier dans le cas de l'EHPAD de Biscarrosse, où elle ne trouve pas tout l'écho qu'elle mérite, malgré l'intérêt qu'elle gagnerait à être assimilée. Car le recours à la bientraitance répond au besoin d'estime de soi<sup>100</sup> des professionnels et implique que leurs besoins fondamentaux soient préalablement satisfaits. C'est pourquoi, garantir la bientraitance des professionnels, en développant leur pouvoir d'agir, aura des impacts sur celle qu'ils dispenseront aux personnes qu'ils doivent accompagner. La volonté de déployer la bientraitance peut rassembler les professionnels, favorisant ainsi le recours au partage et donc au développement de la compétence collective.

### 2.1.2 Concepts corrélés à l'établissement d'accompagnement

Pour expliquer ce que va représenter le changement organisationnel, les caractéristiques institutionnelles et l'organisation propre à l'EHPAD de Biscarrosse seront considérées.

#### A) Le contexte institutionnel

L'entrée en institution est un moment émotionnellement pesant<sup>101</sup>. Étape importante de la vie, voire traumatisante, c'est le passage du lieu de vie intime, sûr et réconfortant, vers un inconnu collectif, risqué et angoissant, dont l'adaptation nécessite un bouleversement des relations de la personne et de son entourage. C'est l'abandon d'un endroit marqué par l'histoire de vie, par la liberté d'action et de choix d'y accueillir des personnes extérieures. Dans ce cadre, l'appréhension jette un voile sur l'établissement, qui est alors perçu par rapport aux autres, à ceux qui y résident ou qui doivent y entrer. Il représente une perte de contrôle et des repères, sur les locaux et les individus. La survenue de la dépendance, souvent subie comme une perte de contrôle de son corps, amène la personne ou ses proches à réfléchir différemment. La dépendance masque de nombreuses individualités et oblige à accepter d'être aidé. Mentalement, attentes, craintes, mêlées à des sentiments d'échec, de désarroi et de culpabilité se confrontent. Ils peuvent muer en passivité ou pulsions, du fait de l'incompréhension, donc au rejet ou au refus, voire à la colère. Le sentiment d'inversion des rôles ou d'infantilisation peut aussi altérer l'estime de soi. L'institution, "*c'est souvent le dernier lieu de vie, le lieu de la fin de vie*"<sup>102</sup>. La personne et ses proches vont devoir y trouver leur place, sous le regard des professionnels de l'institution, dans une relation triangulaire. La personne s'accommode, par choix ou obligation. Ses proches souhaitent être informés et veulent que la personne bénéficie d'un

---

<sup>100</sup> Conçue à partir de la théorie du psychologue A. Maslow dans les années 1940, la pyramide de Maslow hiérarchise les besoins dans l'ordre où ils doivent être satisfaits : besoins physiologiques, de sécurité, d'affiliation ou d'appartenance, d'estime de soi et d'autoréalisation

<sup>101</sup> DONNIO Isabelle, "L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes", *Gérontologie et société*, vol. 28 / 112, (1), 2005, 73-92. Doi : 10.3917/g.s.112.0073

<sup>102</sup> Ibid., § 35

bon accompagnement. Les professionnels aspirent à un comportement conforme à leurs attentes tant de la personne que de ses proches. Mais les idéaux sont souvent irréalistes. Des efforts doivent être faits pour harmoniser les relations, notamment par une recherche respectueuse de l'histoire de vie de la personne. Les risques de conflits existent. Une information ou un accompagnement jugés insuffisants ou la dégradation de l'état de santé de la personne, peuvent compliquer la relation. La personne nécessite la présence de ses proches, car, dépendante, elle n'en est pas moins vivante, humaine, et, par conséquent, mortelle. De cette vérité naît l'angoisse de la perte, voire la dénégation. En laissant trop peu de place aux proches et à la gestion de la violence des émotions, l'institution peut être maltraitante. Elle doit veiller à communiquer, à solliciter et à accepter les proches, voire à adoucir la relation, pour faciliter le délicat passage du domicile vers l'institution. Sans remettre en cause l'intérêt des 2 pôles de l'EHPAD de Biscarrosse, vu l'importance de la préparation préalable et alors que 45,16 % des personnes entrées en 2017 ont été suivies à leur domicile, la coordination entre les 2 pôles peut être améliorée, en recentrant le rôle de chacun et en permettant qu'une communication efficiente s'installe.

#### B) L'organisation en détail

Pour définir l'orientation que doit prendre la nouvelle organisation, il faut d'abord comprendre l'existant. Sous le double effet de l'isomorphisme institutionnel en lien avec les politiques publiques et le statut d'établissement public, l'organisation de l'EHPAD de Biscarrosse est assise sur un système de "*bureaucratie professionnelle*"<sup>103</sup>, avec des qualités de stabilité mais des difficultés à s'adapter aux changements. Logique d'acteurs, normes de comportement, organisation et relations de pouvoir interfèrent sur le fonctionnement de l'établissement<sup>104</sup>. Or, sa stabilité est exposée si l'un de ces 4 piliers subit des contraintes. L'affaiblissement de la ligne hiérarchique, dérivé de la multiplication des unités opérationnelles, conjugué à un défaut de formalisation, à la faiblesse des instances de conseil et d'anticipation, et à l'importance des services supports, a généré une saturation de la direction et, par conséquent, du pilotage. De plus, les compétences techniques des professionnels, se dispensant de conseils externes, ont centré le pouvoir dans les unités opérationnelles. Basé sur un système de flux de communication informelle, le pouvoir se joue à côté de la ligne hiérarchique établie et l'organigramme affiché ne reflète qu'une partie des jeux d'acteurs. L'ajustement mutuel régit le mécanisme de l'organisation, parfois de façon inertielle. Des limites sont perceptibles dans les tensions existantes et dans les fragilités induites dans l'accompagnement des

---

<sup>103</sup> MINTZBERG Henry, Structure et dynamique des organisations, Éditions d'Organisation, Paris, 1982, p. 63

<sup>104</sup> BERNOUX Philippe, La Sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques, Éditions Points, Paris, 2014

personnes. La diversification de l'offre de service a créé des zones d'incertitudes où certains professionnels ont pris initiatives et pouvoir du fait de l'affaiblissement du pilotage, renforçant l'inadaptation et les incohérences dans l'accompagnement<sup>105</sup>. La souffrance des professionnels tient de leur besoin insatisfait de pratiques harmonisées et modernisées pour assurer les nouvelles responsabilités qui leur sont dévolues, mais il est difficile d'obtenir leur adhésion dans un système d'acteurs qui ne peut pas se diriger par simple injonction. Il faut donc s'intéresser aux moyens de créer un nouveau jeu d'acteurs. La diversification de l'offre de service, en augmentant le nombre d'unités opérationnelles, réclame un changement d'organisation, ayant généré l'éclatement de la précédente. Or, l'établissement affiche des valeurs, partagées par les professionnels, qui sont fondamentales pour guider l'action. Il faut décliner les axes de changement, à savoir recréer une ligne hiérarchique pour dé-saturer la direction, notamment en instaurant des cadres intermédiaires et en formalisant les délégations, renforcer les capacités de pilotage et leur allouer des moyens, et remettre à leur place les services supports pour créer une technostructure. Le savoir est détenu par tous et l'intérêt manifesté aux professionnels et à l'unité du groupe trouve, en général, résonance. L'organisation doit donc intégrer une part d'humanisme, de valorisation et de stimulation pour être efficiente et ne pas être source d'insatisfaction, dont s'abreuve l'absentéisme. Elle doit être participative, intégrative et doit accompagner le changement. La direction doit aussi rappeler le cadre et prendre des décisions, voire sanctionner si nécessaire. Dans l'entreprise, il n'y a pas que des jeux d'acteurs en fonction de leurs centres d'intérêt individuels, il y a aussi des désirs d'appartenance au groupe et de collaboration à la détermination des objectifs<sup>106</sup>. L'identité professionnelle, les rites, les valeurs, les mythes communs, inclus dans le projet partagé, sont force de cohésion sociale. Les professionnels de l'EHPAD de Biscarrosse ont une culture du service public à rendre aux personnes âgées, en leur dispensant les meilleurs soins. Les évaluations, individuelles et collectives, témoignent de leur vocation à exercer auprès des personnes âgées et de leur souci de bien faire. Il s'agit d'un puissant levier pour rassembler les forces dispersées autour d'un projet qui donne sens à la vie de chacun, surtout dans ce type d'activité. Pour que les professionnels acceptent la nouvelle organisation et pour adapter l'organisation à la diversification de l'offre, il faut un management qui fasse appel à ces valeurs et à leur vocation, qui restaure leur sens des responsabilités, qui reconnaisse leur expertise et leurs compétences, tout en leur demandant de s'impliquer à l'unisson dans un projet partagé décliné dans des pratiques harmonieuses. Il faut donc développer les

---

<sup>105</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, "L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective", Editions du Seuil, 1977

<sup>106</sup> SAINSAULIEU Renaud, "Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement", Edition Presses de Science Po et Dalloz, 1995

compétences collectives, qui se construisent dans le management par projet, avec la visée de l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées. Mais, pour cela, il convient d'être dans une démarche d'adaptation permanente, de disposer d'un projet et de marges de manœuvre, et de restaurer le pouvoir d'agir des personnes âgées et de leurs proches, tout comme celui des professionnels.

## **2.2 La compétence collective en étayage du management par projet pour une amélioration du parcours de vie**

Le "pouvoir d'agir" peut mobiliser la compétence collective pour un changement d'organisation et l'amélioration du parcours de vie des personnes âgées de l'EHPAD.

### **2.2.1 L'intérêt du "pouvoir d'agir", ou "empowerment"...**

Le pouvoir d'agir offre un double intérêt, pour les personnes âgées et les professionnels.

A) Les bienfaits du pouvoir d'agir pour les personnes accompagnées...

Le pouvoir d'agir sera vu par rapport à ses objectifs, sa mise en œuvre et ses bénéficiaires.

#### *a) Éclaircissements sur le pouvoir d'agir et ses objectifs*

Le modèle du pouvoir d'agir, ou "empowerment"<sup>107</sup>, est un concept émergent en France. Il s'agit d'un "processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté"<sup>108</sup>. L'engouement actuel pour ce concept est surtout centré sur la participation sociale des personnes et a été favorisé par la loi de 2002 visant à rendre la personne actrice de son accompagnement. Grâce à la considération et l'intégration de l'avis des personnes concernées par un changement organisationnel, l'objectif du pouvoir d'agir est d'améliorer la dynamique et la perception de cette transformation. Le pouvoir d'agir passe par l'identification des obstacles, qu'ils soient d'ordre individuel ou structurel, puis par la mise en place d'actions pour le dépassement de ces barrières. Il "désigne la possibilité de mener à terme un changement souhaité et défini par la personne"<sup>109</sup> et propose d'interagir avec l'environnement pour faciliter la participation sociale. L'institutionnalisation est un moment charnière dans la représentation intra et interpersonnelle. Le regard porté par le professionnel sur la personne déteint sur la considération qu'elle aura d'elle-même. Si le professionnel la considère « inférieure » ou « diminuée », son ressenti identitaire tendra vers cette orientation, d'autant que le regard du professionnel est perçu comme celui d'un

---

<sup>107</sup> VALLERIE Bernard, LE BOSSE Yann, "Le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement", Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, vol. 39, n°3, 2006, pp. 87-100

<sup>108</sup> Ibid., § 1

<sup>109</sup> Ibid., § 4

expert. Le sentiment de « toute puissance » sur la personne vulnérable peut alors s'installer et influencer, plus ou moins inconsciemment, sur les attentes de la personne et l'attention qui leur sera accordée par les professionnels. Le risque est d'amoindrir l'objectif ultime visé, à savoir sa considération et sa participation sociale. Parfois, les professionnels usent de discours normalisateurs et moralisateurs, dépassant les frontières de l'attention qu'ils doivent accorder, ce qui les conduit à faire de l'ingérence sur les choix de vie normalement dévolus aux personnes accompagnées. Ainsi, le choix de participer à une animation incombe à la personne âgée. De plus, par nature peu enclins à interroger leurs pratiques, les professionnels peuvent rejeter la cause d'un échec sur la personne accompagnée quand leur objectif n'est pas atteint. Le pouvoir d'agir vise à effacer ces habitudes ancrées pour offrir plus de liberté de choix et d'action aux personnes accompagnées. En valorisant le soignant dans sa qualité d'expert en soin technique et en considérant la personne accompagnée comme experte dans sa connaissance d' « elle-même », avec ses propres envies et désirs, un certain équilibre est rétabli et le sentiment de toute puissance évité.

*b) Implantation et bénéfices du pouvoir d'agir*

La mise en place du pouvoir d'agir exige d'opérer dans plusieurs directions. La personne doit s'interroger pour savoir si sa pratique est autant axée sur la suppression des obstacles que sur l'adaptation à ces derniers, mais aussi négocier sur les objectifs à atteindre. Le pouvoir d'agir doit systématiquement être revu en fonction de la situation, et situer le projet dans son contexte global. La personne accompagnée est concernée et partie prenante dans cette dynamique, tout comme le professionnel qui l'accompagne. Sans l'interaction réciproque de cette relation, le développement du pouvoir d'agir ne peut aboutir. Il faut donc changer le regard porté sur la personne, sur ses capacités, sur ses désirs, sur les éléments facilitateurs ou les obstacles à la réalisation de ses objectifs. C'est donc une quête continue d'amélioration qui est visée par le pouvoir d'agir pour redonner aux personnes le droit de vivre comme elles l'entendent. Le retour d'expérience de formations-actions sur le pouvoir d'agir dévoile qu'il permet de mieux "*gérer le sentiment d'impuissance*"<sup>110</sup>, de limiter "*l'usure au travail*"<sup>111</sup>, de considérer chaque individu et de favoriser l'adoption d'objectifs atteignables. Les chefs de service disent aussi avoir tiré parti du pouvoir d'agir, par la réflexion sur les enjeux qu'il suppose, le repérage et l'appui sur des alliés qu'il recommande. L'assimilation de ce modèle passe par la connaissance de ses bases, et exige donc une formation, qui doit intégrer l'étude de cas pratiques, à adapter à chacun des contextes.

---

<sup>110</sup> VALLERIE B., LE BOSSE Y., "Le développement du pouvoir d'agir", § 14

<sup>111</sup> Ibid.

B) ... peuvent être étendues aux professionnels

Comme le laisse deviner le point précédent, si le pouvoir d'agir trouve un intérêt pour les personnes accompagnées, il permet aussi aux professionnels de tirer parti de sa mise en œuvre. Impossible de faire en sorte de promouvoir la participation sociale des personnes accompagnées sans la volonté des professionnels pour les y encourager et les soutenir dans cette démarche. Sans questionnement de la personne accompagnée sur ses aspirations et ses choix, ses objectifs ne peuvent être connus. Sans volonté de dépasser les barrières qui la freinent dans la réalisation de ces objectifs, ces barrières ne pourront être franchies. Mais, le développement du pouvoir d'agir peut-être une quête en soi, non seulement pour la personne accompagnée, mais aussi pour le professionnel en tant qu'individu. Sans questionnement du professionnel sur sa volonté et son projet, ses objectifs ne peuvent lui être révélés. Sans sa volonté de dépasser les barrières qui l'arrêtent dans le parcours du chemin qui mène à son projet, ces barrières ne pourront être dépassées. *“Pratiquer l'empowerment [...] vise à mieux tirer parti des compétences des acteurs dans l'intérêt général de l'entreprise, ainsi que pour une meilleure qualité de travail, et à les valoriser pour des bénéfices réciproques”*<sup>112</sup>. Il semble difficile de demander au professionnel de développer le pouvoir d'agir de la personne accompagnée sans lui laisser l'opportunité de développer le sien. Or, en permettant de limiter *“l'usure au travail”*, le développement du pouvoir d'agir trouve intérêt à l'EHPAD de Biscarrosse.

### **2.2.2 ...pour mobiliser les compétences professionnelles, développer la compétence collective et piloter le changement organisationnel...**

Le passage des compétences d'individuelles à collectives va alimenter le management par projet.

A) Des compétences professionnelles...

Évoluant de la qualification vers la qualité, la réactivité et l'innovation, la notion de compétences a participé à l'intérêt que les entreprises ont manifesté pour faire évoluer les formations et les adapter à leurs besoins de performance. Elle s'appuie sur la supériorité de la demande sur l'offre qui offre un choix parmi les professionnels<sup>113</sup>. La compétence est difficile à définir tant elle évolue selon la période et le lieu. Prise d'initiatives, capacité à travailler en équipe et aptitude à solliciter les ressources disponibles sont autant de facteurs inclus actuellement dans cette notion et qui permettent de préciser les caractéristiques de ce qu'il convient d'évaluer. Elle se base sur le savoir-faire et sur le

---

<sup>112</sup> LOUBAT JR, Penser le management en action sociale et médico-sociale. Dunod, “Santé Social”, 2014, p. 214

<sup>113</sup> LE BOTERF Guy, Construire les compétences individuelles et collectives, Paris, Editions d'Organisation, 2000, 2<sup>ème</sup> édition

savoir-agir de la personne, dosé selon les besoins de l'organisation. La compétence doit prendre en compte l'activité, les résultats, les ressources mises en œuvre et la réflexivité. Celle-ci, issue de la réflexion que peut s'imposer la personne au terme de la réalisation d'une tâche, contribue à sa compréhension pour adapter sa pratique à une nouvelle situation. La réflexivité est à l'origine du développement des compétences et de leur transférabilité, mais nécessite un retour sur le vécu pour l'observer, le conceptualiser et l'adapter à de nouvelles situations. Prévoir des moments pour cette prise de recul sur les pratiques professionnelles, facilitée par l'échange, est donc indispensable.

L'évaluation des compétences dépend des compétences attendues. Le savoir-faire est évalué sur la comparaison des résultats obtenus avec les objectifs fixés, le savoir-agir s'apprécie sur la valeur, la pertinence et le sens de la pratique professionnelle. En tout état de cause, l'évaluation doit considérer les ressources physiques et psychiques dont disposent les personnes, rapprocher la performance réalisée au regard des attendus et confronter la conformité du déroulé de la réalisation avec les nécessités professionnelles. La formation participe à la professionnalisation dans la mesure où elle permet de donner les moyens à la personne de savoir-agir, en lui dispensant les ressources nécessaires à la construction de réponses adaptées et les instruments pour accroître sa capacité d'apprendre et de s'autoévaluer dans une démarche d'amélioration continue. Tant l'évaluation que la formation participent donc au développement des compétences.

À l'EHPAD de Biscarrosse, la compétence existe. La plupart des professionnels de l'établissement sont formés et ont choisi de travailler auprès des personnes âgées pour leur apporter aide et soutien. Leur vocation n'est pas remise en cause. Ces fondements stables doivent servir à revaloriser leurs métiers et compétences, et à les considérer pour les apports qu'ils peuvent offrir à l'établissement. S'agissant d'individus, la tâche n'est pas simple, d'autant que leur confiance dans l'organisation s'est étiolée. Pour la regagner, il sera nécessaire de miser sur l'honnêteté, l'équité et l'impartialité, et accorder donc une attention soutenue au respect des engagements, à la qualité et aux temps de communication. Ces précautions vont permettre de valoriser et d'étendre les compétences professionnelles au bénéfice simultané de l'établissement et de la satisfaction des professionnels.

B) ... à la faculté multiplicatrice de la compétence collective...

En progressant dans la reconnaissance des compétences individuelles des professionnels, en regagnant leur confiance et en leur donnant les moyens de partager leurs savoirs et expériences, le développement de la compétence collective est rendu possible. Pour répondre à des exigences de performance en constante croissance sans moyens supplémentaires, les organisations recourent progressivement à la compétence collective. Les situations professionnelles ne cessent de se complexifier, les demandes

d'innovation et de rapidité de réaction se densifient, les changements organisationnels appellent davantage de transversalité, le développement de nouvelles technologies réclame plus de connaissances, l'accroissement des normes et règles requiert plus de vigilance et d'adaptabilité. En somme, la compétitivité appelle à une mise en commun des compétences. La compétence collective, concept en construction, est le fruit de la mise en interrelation des compétences individuelles pour gagner en rapidité, en volume et en qualité. Mais, elle pose question sur les indicateurs à utiliser pour évaluer la collaboration et ses résultats. L'évaluation doit examiner des facteurs fondés sur la compétence collective et sur la contribution des intervenants. Déployer la compétence collective nécessite le renforcement des valeurs communes, l'incitation au partage de connaissances, l'invitation à l'échange d'expériences, la création d'un organe d'arbitrage et de valorisation, l'incorporation de formations sur la coopération ou le soutien des pratiques collégiales. Ces contributions seront facilitées par l'utilisation d'outils de communication, d'évaluation et de relevés de compétences. Favoriser la compétence collective, c'est aussi lui donner du sens, en communiquant pour faire état des avancées auprès du collectif et en facilitant l'entraide et les moments conviviaux.

La compétence collective a pour effet de délayer la responsabilité entre les participants, depuis la source, avec sa mise en œuvre, jusqu'à l'embouchure, avec ses résultats. Elle s'alimente de l'implication des managers et nécessite des dispositions consensuelles. Elle se nourrit de l'investissement dans le développement des compétences individuelles et collectives, consubstantielles l'une de l'autre. *“Les deux axes sont en interaction : l'efficacité de la coopération repose en partie sur la richesse des compétences individuelles acquises et sur leurs dimensions relationnelles et méthodologiques. Les compétences individuelles s'enrichissent de l'expérience de la coopération. [...] Le salarié sera appelé à agir de manière plus autonome tout en devant coopérer davantage”*<sup>114</sup>.

Les compétences collectives sont aussi basées sur la dynamique des groupes<sup>115</sup>. Ainsi, dans un groupe, le pouvoir, détenu par l'ensemble des membres, peut être délégué. Pour surmonter les inévitables tensions, le groupe doit recourir aux activités liées aux objectifs fixés et à des activités de cohésion. La maîtrise des conflits peut être facilitée par l'identification des besoins du groupe, la recherche d'une solution consensuelle et l'explication claire des décisions. La considération donnée à une décision peut être mesurée par sa pertinence vis-à-vis de l'objectif et par l'ampleur de l'adhésion qu'elle suscite. Toute décision prise par un groupe réduit le degré d'opposition au changement. Les normes de fonctionnement du groupe doivent être explicitées et adoptées, impliquant

---

<sup>114</sup> Ibid., p. 183

<sup>115</sup> ANZIEU Didier et MARTIN Jacques Yves, La dynamique des groupes restreints, Presses Universitaires de France - PUF, Quadriges Manuels, Collection Le Psychologue, Paris, 2<sup>e</sup> édition, 2013

de former au travail de groupe les participants aux prises de décisions. Le management des compétences doit *“favoriser la coopération entre les divers acteurs de l’entreprise et la mise en synergie de leurs multiples compétences”*<sup>116</sup>. Pour que les compétences individuelles puissent évoluer vers la compétence collective à l’EHPAD de Biscarrosse, il sera donc nécessaire de recourir aux valeurs sûres sur lesquelles l’établissement peut s’appuyer, mais aussi promouvoir l’essor des compétences individuelles, prévoir des moments de partage et instaurer des temps dédiés à la communication.

C) ... pour déboucher sur le management par projet, une voie au long cours

Le management par projet nécessite implication managériale et communication, mais aussi accompagnement et évaluation, pour fédérer les équipes.

a) *Le management par projet...*

Le management ne peut se dispenser du projet. *“On ne peut présider ni diriger une organisation, si performante soit-elle, avec la gestion quotidienne pour seule ambition. Les usagers, les salariés [...] ne peuvent se satisfaire d’une gestion statique. L’institution doit ouvrir des perspectives, tracer des pistes, affirmer des valeurs. Tous ces éléments sont autant de points d’ancrage pour l’avenir, mais aussi de références immédiates pour fédérer et harmoniser au quotidien le fonctionnement des équipes. Le projet, fenêtre sur l’avenir, sert également le présent”*<sup>117</sup>. Il a donc trait à une notion d’effort et de maîtrise de la temporalité par anticipation incluant une certaine volonté de changement. Le concepteur d’un projet définit *“un certain horizon temporel à l’intérieur duquel il évolue”*<sup>118</sup>. La notion de projet ne peut se départir de celle de progrès et est obligatoirement associée à celle d’opérationnalité. Or, de manière inappropriée, ce dernier terme est davantage associé actuellement à sa dimension quantitative que qualitative. Le projet inclut une volonté d’adaptation, mais s’inscrit dans une continuité avec l’existant. *“En définitive, [...] le projet qui se veut délibérément organisation du futur ne nous appartient jamais en propre. Il agit à travers nous autant que nous agissons par lui”*<sup>119</sup>. Les personnes ne peuvent plus se dispenser de projets individuels et les organisations doivent également être porteuses de projets. Les différents projets doivent nécessairement être conciliés entre eux et prendre en compte la temporalité. Ils ne peuvent pas être détachés de la stratégie d’organisation, laquelle doit clairement identifier ses attentes, pour pouvoir être déclinée en tactique organisationnelle, avec intégration de la notion de temps, et décomposée en opérations. Cet enchevêtrement donne au management par projet sa

---

<sup>116</sup> MIRAMON Jean-Marie, Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Presses de l’EHESS, Rennes, 2009, 3<sup>e</sup> édition, p. 82

<sup>117</sup> Ibid., p. 69

<sup>118</sup> BOUTINET JP, Anthropologie du projet, PUF. Paris 1990, p. 77

<sup>119</sup> Ibid., p 158

dimension systémique<sup>120</sup>. Le management par projet intègre donc une notion de dynamique, opposée à l'immobilisme. Toutes les organisations doivent s'emparer du management par projet, qui implique l'acceptation d'une part d'insécurité à gérer. Cependant, au vu de l'instabilité actuelle créée par la multitude de changements que l'EHPAD de Biscarrosse a traversé, la prise de risques ne devrait pas être augmentée mais seulement détournée dans une autre direction. Le management par projet demande une adéquation avec l'organisation interne et une cohérence avec les valeurs et missions de la structure. Il exige donc de repenser le fonctionnement et de prendre appui sur le projet d'établissement.

b) ... *demande engagement managérial et communication...*

Implication managériale et communication sont indispensables au management par projet. Quand une organisation s'engage dans la dynamique volontariste de ce type de management et que la direction sollicite les équipes, même lorsqu'elles sont dans "*un climat social très dégradé*"<sup>121</sup>, pour les réunir autour de la construction d'un plan d'action visant à "*mieux accompagner les équipes dans la montée en puissance de l'activité, encourager l'écoute et le dialogue sur l'activité et rétablir la confiance*"<sup>122</sup>, le plan d'actions peut rapidement aboutir, sans que les différentes équipes n'en prennent réellement conscience. Le management par projet a connu des échecs du fait du manque d'implication des dirigeants, sachant que leur investissement est un élément incontournable pour sa bonne réalisation<sup>123</sup>. L'identification des attentes et une communication réfléchie et coordonnée sont encore indispensables. Plus la décomposition des différents niveaux de la stratégie d'organisation sera expliquée clairement, plus les managers seront libres pour définir leurs projets à l'intérieur de cette stratégie. Le management par projet requiert, par conséquent, une communication tant verticale qu'horizontale pour parvenir à fonctionner. Il demande donc un style de management particulier, à savoir le management participatif, lequel appelle notamment communication, compréhension et délégation pour être efficient<sup>124</sup>. Le management, indissociable du projet et de la gestion des ressources, est une des conditions à une conciliation des différents individus en interaction au sein d'une organisation. Comme la

---

<sup>120</sup> PAQUIN JP, LE MÉHAUTÉ A, KOPLYAY T et al., "L'alignement de projets sur la stratégie d'organisation. Une démarche systémique", La Revue des Sciences de Gestion, 2006/2 (n°218), p. 87-96. DOI : 10.3917/rsg.218.0087

<sup>121</sup> GREVIN A, Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnisme", Gestion et management. Université de Nantes, 2011, HAL Id: tel-00683586, p. 273

<sup>122</sup> Ibid., p. 320

<sup>123</sup> PAQUIN JP, LE MÉHAUTÉ A, KOPLYAY T et al., "L'alignement de projets..."

<sup>124</sup> LOUBAT JR, Penser le management

maltraitance des organisations va de pair avec l'opacité, une démarche managériale plus transparente apporte plus de sérénité dans les conditions de travail et plus de bienveillance des personnes accompagnées. La maîtrise de l'art d'animer les réunions est indispensable à une bonne communication, tout comme la fixation d'objectifs précis par les managers, car, faute de savoir où elles doivent précisément aller, les équipes sont confrontées à l'insécurité provoquée par la peur de l'inconnu. En somme, le management par projet nécessite une inversion de la logique hiérarchique, pour que tous les membres de l'équipe contribuant au projet soient pris en considération. Le responsable du projet, chef d'orchestre, ne peut avancer qu'avec l'adhésion pleine et entière de tous. C'est pourquoi, il m'incombe de communiquer pour conforter sa position, et il nous revient de prendre le temps d'expliquer les objectifs, délais et implications que revêt chaque mission, qui doit être clairement définie et identifiée et faire l'objet de délégations écrites.

c) *... accompagnement et supports d'évaluation...*

Le management par projet demande aussi accompagnement et évaluation, car la crainte du changement qu'il impose tient au fait qu'il n'est pas convenablement présenté, car insuffisamment clarifié dans la pensée managériale<sup>125</sup>. Les projets doivent donc être définis pour intéresser les équipes et les impliquer dans l'action. Cependant, les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont éloignés de ce type de management, ce qui crée la difficulté de mise en œuvre de ce fonctionnement. Les nouveaux challenges auxquels les dirigeants sont confrontés sont d'être toujours dans une attitude d'adaptation, et, par conséquent, de faire en sorte que les établissements qu'ils pilotent soient dans une dynamique de perpétuelle mouvance, alors que les changements sont souvent perçus comme synonymes d'inquiétude. Toute évolution s'entend à partir d'une base initiale et maîtriser l'état des lieux de départ est impératif pour pouvoir établir un comparatif<sup>126</sup>. Mais, chaque indicateur servant de base de départ doit être étudié et débattu avec les parties prenantes qu'il implique, car l'écart entre les objectifs fixés et ceux réalisés doit être le plus faible possible pour ne pas démotiver les acteurs par une trop grande déception. Le projet doit commencer par être prévu et donc se baser sur un état existant connu pour tendre à rassurer face à l'inconnu auquel l'individu est de plus en plus confronté<sup>127</sup>. C'est la raison pour laquelle le recours au projet augmente à mesure que l'incertitude grandit. Le projet doit également s'inscrire dans une dimension globale, tout en développant son identité propre, et être en mesure d'évoluer pour s'adapter aux contraintes et aléas auxquels il sera confronté durant sa vie. Ces domaines relèvent de l'orientation stratégique du management, tout comme celui de

---

<sup>125</sup> Ibid.

<sup>126</sup> PAQUIN JP, LE MÉHAUTÉ A, KOPLYAY T et al., "L'alignement de projets..."

<sup>127</sup> BOUTINET JP, Anthropologie du projet

l'évaluation, que tout projet doit intégrer, pour permettre un enrichissement et une intégration de la culture qualité. Toute la démarche du projet revêt une importance, de son amorce à sa conclusion, si bien que l'évaluation doit porter autant sur le processus que sur les résultats des projets. La gestion des risques liés à chaque niveau doit aussi être assurée pour les prévenir au mieux<sup>128</sup>, afin qu'à chaque niveau, le risque soit limité, pour pouvoir parvenir à un écart minimum entre objectifs fixés et réalisés. En fin de compte, le management par projet doit faire l'objet d'un suivi constant, d'ajustements mutuels entre les différents membres, d'évaluations régulières, de décisions intermédiaires pour la résolution des problèmes et pour l'adaptation du projet aux contraintes rencontrées. Le responsable du projet devra également savoir valoriser et mobiliser les membres de l'équipe pour organiser leur coopération. Mais, la maturation exigée par le management par projet existe à l'EHPAD de Biscarrosse, puisqu'il s'est considérablement appuyé sur la dynamique de ce mode de fonctionnement pour disposer d'une telle offre de services. Il s'agit donc simplement de réactiver cette énergie en faisant prendre conscience à chacun de la somme d'intérêts personnels et institutionnels qu'elle peut procurer.

*d) ... pour susciter l'adhésion des équipes*

L'engagement managérial, la communication, l'accompagnement et l'évaluation peuvent permettre au management par projet de fédérer les professionnels. Chaque personne pouvant influencer le projet à un quelconque niveau en devient partie prenante à son propre niveau, et essaie de peser sur le niveau inférieur ou supérieur, pour orienter la réussite du projet<sup>129</sup>. L'identification des différents groupes susceptibles d'incidence et de leurs intérêts propres est d'autant plus indispensable à la cohérence du projet avec la dimension stratégique de l'organisation. La gestion par projet est porteuse non seulement de dynamisme<sup>130</sup>, mais aussi et surtout de mobilisation, car la dimension participative du projet attire l'adhésion des équipes. Dans les organisations qui l'emploient, les équipes parviennent à un consensus d'équilibre plutôt que d'être dans un positionnement de tensions. Le projet détient une valeur positive, car il incarne l'espoir de sa réalisation, mais il possède également une connotation plus négative dans le sens où il a nécessairement une fin, synonyme d'angoisse quant à l'avenir non projeté. Les compétences individuelles vont permettre de créer de l'action collective. Des objectifs précis vont amener les équipes à s'emparer des projets concrets qui leur auront été confiés<sup>131</sup>. Valorisation et mobilisation sont des outils pour faire adhérer les équipes aux projets visés. Les individus seront de plus en plus amenés à entrer dans

---

<sup>128</sup> PAQUIN JP, LE MÉHAUTÉ A, KOPLYAY T et al., "L'alignement de projets..."

<sup>129</sup> Ibid.

<sup>130</sup> BOUTINET JP, Anthropologie du projet

<sup>131</sup> LOUBAT JR, Penser le management

l' "empowerment", ou pouvoir d'agir, c'est-à-dire qu'il faudra les solliciter dans leur capacité à décider et à faire des choix, avec une organisation claire et détaillée. Diriger impacte les conditions de travail, qui se répercutent directement sur l'absentéisme. "*Si la motivation est une affaire personnelle, la mobilisation est l'art et la manière de la susciter*"<sup>132</sup>, d'où l'importance d'un management étudié et efficient. Il s'avère donc que le management par projet, par la dynamique qu'il suppose, par le sens et les orientations qu'il propose et par le développement de l'esprit d'équipe qu'il suscite, amène la mobilisation des équipes. Aujourd'hui en proie à une démobilité, les professionnels de l'EHPAD de Biscarrosse nécessitent précisément ce genre de catalyseur. En les responsabilisant et en valorisant leurs compétences, le management par projet est facteur de motivation, mais il améliore aussi leur confiance en eux et, en développant l'esprit d'équipe, il facilite aussi la confiance en leurs collègues et procure la satisfaction de leur besoin de reconnaissance. Le management par projet va à l'encontre de l'immobilisme, générateur de repli sur soi et de centrage des priorités sur des problématiques individuelles, et permet donc de le compenser, en détournant les préoccupations des professionnels sur les objectifs à atteindre, et donc en faveur de l'amélioration la qualité de la prestation délivrée aux personnes accompagnées.

### 2.2.3 ... au bénéfice du "parcours de vie" amélioré des personnes âgées

Les solutions actuellement trop morcelées et peu souples ont axé la réflexion sur le parcours de vie pour répondre aux attentes des personnes âgées. Cette notion présente le double avantage d'être un moyen d'action, tout en étant également une finalité.

A) Une réponse trop fragmentée et rigide requiert la considération du "parcours de vie" des personnes âgées...

Le concept du parcours de vie est né dans les sciences sociales il y a une vingtaine d'années. Il existe "*deux niveaux d'analyse du parcours de vie : c'est-à-dire, sous l'angle sociétal, [et] sur le plan individuel*"<sup>133</sup>. Une personne s'inscrit obligatoirement dans le temps qui passe et, dans certaines sociétés communautaires, son âge lui confère un positionnement par rapport aux autres membres. En revanche, les sociétés étatiques s'organisent selon une division en classes sociales, qui, suite à l'allongement de l'espérance de vie, n'ont pu se baser seulement sur la catégorie socioprofessionnelle et ont organisé le parcours de vie selon des normes admises liées à l'âge. La tendance à l'individualisme des sociétés industrielles a aussi participé à la légitimation et la singularisation des parcours de vie. Bornée aux sociétés occidentales, la conception du

---

<sup>132</sup> Ibid., p. 274

<sup>133</sup> CAVALLI Stefano, "Modèle de parcours de vie et individualisation", *Gérontologie et société*, 2007/4 (vol. 30 / n° 123), p. 55-69 ; DOI : 10.3917/gs.123.0055, § 5

parcours de vie n'a de cesse de suivre des circonvolutions, en réponse aux attentes sociétales et aux exigences des politiques publiques, et est fonction de son propre morcellement graduel et de l'émergence de passerelles pour coaliser les différentes étapes. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la complexification du parcours de vie. Ainsi, réglementation du travail, puis scolarisation obligatoire et, enfin, reconnaissance d'un âge légal pour la retraite donnent une valeur prédominante aux différents âges de la vie. Parallèlement, un phénomène de standardisation prévaut de plus en plus, certainement en lien avec la disparition des anciens rites de passages de notre civilisation, raréfiant les dérogations aux normes. Corrélativement au constat posé d'un parcours de vie normé, la société penche vers une volte-face quant à la standardisation des parcours de vie et, depuis une cinquantaine d'années, des parcours de vie plus individualisés se généralisent. Cependant, toutes les étapes de la vie ne suivent pas la tendance à une individualisation des parcours de vie. Ainsi, la vieillesse et la dépendance qui en découle sont soumis à une rigidification des normes d'accompagnement, par une "*définition de la fragilité et de la dépendance du vieillard*"<sup>134</sup> ou une "*identification des critères pour avoir recours à des aides à domicile ou entrer en établissement médico-social, et de ceux présidant le passage des soins curatifs aux soins palliatifs*"<sup>135</sup>. Tant et si bien que les personnes plus jeunes ont un parcours de vie plus atypique que leurs aînés. C'est donc ce qui explique qu'actuellement la tendance essaie de limiter les ruptures de parcours de vie des personnes âgées.

B) ... demande une orientation vers la continuité des "parcours de vie"

L'individualisation renvoie à la libération des jougs qui pesaient auparavant sur les personnes, mais aussi à la personnalisation des parcours de vie en fonction des individus. Ce passage historique peut trouver origine dans la phase de personnalisation, mais il faut avant tout savoir si la normalisation, pouvant être associée à l'institutionnalisation, et l'individualisation sont conciliables. Comme une excessive quête d'individualisation peut créer de l'insécurité, il peut être préférable de recourir à une "*institutionnalisation du parcours de vie individualisé*"<sup>136</sup>. Il convient donc d'intégrer plus de flexibilité pour répondre au maximum aux différents choix vers lesquels les personnes peuvent s'orienter, tout en gardant un aspect normatif sécuritaire. Libéré des règles qui le dirigeaient auparavant, l'individu est plus libre, mais également plus seul face à ses choix. La flexibilité ramenée au monde du travail instaure aussi de l'instabilité, source d'angoisse. "*La notion de projet a acquis un caractère normatif : non seulement les hommes et les femmes ont le droit de choisir leur vie, mais le fait de construire son propre*

---

<sup>134</sup> Ibid., § 22

<sup>135</sup> Ibid.

<sup>136</sup> Ibid., § 29

*parcours biographique se transforme en injonction*<sup>137</sup>. Or, cette injonction est diversement vécue par les individus. Si certains s'épanouissent dans la réalisation de leur projet de vie, d'autres se retrouvent perdus face à l'immensité de la tâche. La dépression, maladie du siècle, en est peut-être la conséquence. La pression est d'autant plus forte qu'un écart se creuse entre les attentes normatives sociétales et les moyens qui leurs sont alloués. *“Le parcours de vie reste donc institutionnalisé, même s'il est moins standardisé et que les individus ont plus de peine à le réaliser. [...] Retenons que, même si le modèle dominant est en crise, il constitue pour beaucoup de personnes le seul repère dans lequel elles ont été socialisées”*<sup>138</sup>.

Parler du « parcours de vie » peut sembler paradoxal dans l'univers des EHPAD, quand les personnes accompagnées s'orientent plutôt vers un parcours de « fin de vie », puisque la grande majorité décèdent en EHPAD. Ainsi, *“sur les 223 000 sorties enregistrées en 2015 [...], 68 % correspondent à des décès. Les autres sorties correspondent à des transferts vers un autre établissement, ou bien à un retour vers le domicile personnel ou celui d'un proche”*<sup>139</sup>. Pour autant, les personnes âgées, quel que soit leur état de santé ou de dépendance, sont toujours vivantes, et ce, jusqu'à l'instant précis de leur mort. Cette donnée de vie leur ouvre des droits et impose des obligations à ceux qui les accompagnent. *“Lorsque vous vieillissez et que vous pouvez être amené(e) à dépendre des autres pour une aide ou des soins, vous conservez votre droit à faire vos propres choix et au respect de votre volonté”*<sup>140</sup>. *“Vous avez le droit de mourir dans la dignité, dans des conditions conformes à vos souhaits et dans les limites de la législation nationale du pays où vous résidez”*<sup>141,142</sup>. Il peut donc être entendu que, sauf au risque de compromettre leur sécurité, laisser le choix du parcours de vie des personnes âgées fait partie des recommandations. Puisque *“les trajectoires de fin de vie, ce sont avant tout des trajectoires sociales de toute une vie”*<sup>143</sup>, le parcours de fin de vie doit être considéré comme faisant partie intégrante du parcours de vie d'une personne.

En bref, les personnes âgées ont aussi le droit de choisir la trajectoire de vie qu'elles veulent emprunter, même s'agissant d'un choix pour une période réduite, voire d'autant

---

<sup>137</sup> Ibid., § 33

<sup>138</sup> Ibid., § 36

<sup>139</sup> MULLER M., DREES, “728 000 résidents en EHPA en 2015”, p. 7

<sup>140</sup> Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, Projet EUSTaCEA, avec le soutien du programme Daphne III, Guide d'accompagnement, novembre 2010, p. 9

<sup>141</sup> Ibid., p. 31

<sup>142</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile”, p. 6

<sup>143</sup> MOULAERT Thibault & POUSSOU-PLESSE Marielle, Résistance(s) et vieillissement(s), Des rails au courant alternatif, La vieillesse dialectisée par un ingénieur dévié..., Entretien avec Bernard Ennuyer, Émulations, revue de sciences sociales, Numéro 13

plus que ce temps est restreint, possiblement du simple fait de l'être, mais aussi car leurs possibilités d'accommodation sont aussi limitées. C'est pourquoi, l'établissement doit se donner les moyens de faire en sorte que la parole des personnes accompagnées soit entendue et leur volonté respectée, ce qui exige de revoir le pilotage afin de libérer du temps pour pouvoir personnaliser chaque parcours.

## **2.3 L'essor contributif pluridisciplinaire pour garantir la qualité de l'accompagnement**

L'analyse théorique précédente fait ressortir que l'essor contributif pluridisciplinaire peut accroître la qualité de l'accompagnement. Pour confronter la théorie du management par projet à la pratique, j'ai dû me positionner sur le choix de l'enquête méthodologique la plus adaptée, analyser les inconvénients et avantages d'une orientation vers le management par projet, afin de percevoir les résultats qui peuvent être attendus par cette orientation.

### **2.3.1 Une enquête méthodologique surtout issue de la compilation de documents**

La méthodologie de recherche sur laquelle je me suis portée au départ s'établit essentiellement sur l'étude des documents internes à l'EHPAD de Biscarrosse. Puis, j'ai comparé les résultats quantitatifs trouvés en les croisant à des statistiques nationales ou régionales disponibles. J'ai aussi basé mes constatations qualitatives sur des observations de terrain. Puis, fidèle à ma pratique habituelle, j'ai souhaité procéder à une collecte des ressentis et des idées des professionnels de l'établissement par le biais d'un questionnaire que je comptais concevoir. Mais, lorsque je me suis rapprochée d'une dizaine d'entre eux pour recueillir leurs avis sur les thèmes essentiels à aborder, j'ai eu des retours très similaires sur le fond. Tous s'accordaient sur le fait qu'en considération des 2 questionnaires auxquels ils avaient répondu au cours des 2 dernières années, je n'aurai que très peu de réponses puisqu'eux-mêmes n'avaient eu aucun retour et que, par conséquent, leurs avis n'étaient pas pris en considération et ne servaient à rien. J'ai donc choisi de procéder à l'analyse des retours du dernier questionnaire<sup>144</sup> pour en dégager une synthèse. Pour cela, afin de respecter la confidentialité des réponses, je me suis procuré la liste des questions et le total des scores obtenu par chacune d'entre-elles.

La consultation de ces réponses laisse d'abord apparaître qu'il s'agit d'un questionnaire fermé et que certains services se sont davantage mobilisés que d'autres pour y répondre. Relativement à l'établissement, les professionnels considèrent avoir une bonne connaissance de l'organigramme et des instances représentatives, des locaux accessibles et adaptés, mais pas assez sécurisés. Sur les conditions de travail, ils sont épanouis et satisfaits des délais d'information de leur emploi du temps et des horaires de

---

<sup>144</sup> Cf. Annexe 9 : Résultats de l'enquête de satisfaction du personnel 2016

travail, ils ont le sentiment de faire partie d'une équipe, et sont d'avis que le matériel est adapté, suffisant et que les demandes d'améliorations de celui-ci sont faciles. Ils ont connaissance de la présence d'une esthéticienne pour des massages, ont pris le temps d'y recourir et sont satisfaits de ses prestations. Ils ont une bonne connaissance des missions des services civiques et estiment qu'ils améliorent le quotidien des résidents. Cependant, ils ne trouvent pas suffisante l'organisation des remplacements, la gestion des congés, l'ambiance de travail et beaucoup ne se prononcent pas sur l'harmonie de l'intervention des services civiques avec les services. Ils pensent ne pas être assez informé de l'évolution du service lors de la prise de poste, ont le sentiment de ne pas travailler comme ils le souhaitent auprès des résidents et témoignent de discordances avec le supérieur hiérarchique et de relations difficiles avec les résidents et leurs proches. La moitié des répondants pense dépasser les limites des responsabilités liées à son poste. Au sujet de la formation, les professionnels l'estiment adaptée et accueillent favorablement les stagiaires, mais les formations ne correspondent pas toujours aux souhaits et ils ne sont pas suffisamment satisfaits de leur évolution de carrière. La majorité déclare ne pas avoir eu de formation durant l'année et ne pas être satisfait de l'information sur l'évolution de carrière. Enfin, les réponses des professionnels sur le sujet de la communication témoignent de supports de transmissions et de transmissions adaptés, de confidentialité respectée des dossiers des résidents et d'une bonne communication globale avec les services du pôle institution. Par contre, les temps d'échange avec leurs collègues ne sont pas considérés comme suffisants, ni la prise en compte de leur parole. Les professionnels ne pensent pas avoir une connaissance suffisante de leurs droits et devoirs en tant qu'agent de la FPH, ils ne se sentent pas assez entendus ou compris par leur supérieur hiérarchique et estiment insuffisante la communication avec les services du pôle domicile.

### **2.3.2 Résultats de l'investigation : inconvénients et avantages d'une orientation vers le management par projet**

Les considérations théoriques et la synthèse de mon approche de recherche permettent d'identifier des risques et attentions à prêter quand une orientation vers le management par projet est décidée.

#### **A) Inconvénients ou risques**

Le management par projet implique un changement d'orientation. Or, tout changement fait craindre l'inconnu et mérite donc d'y consacrer une attention particulière par l'accompagnement, ce qui est un point critique à l'EHPAD de Biscarrosse. Un projet non basé sur les besoins ne peut être pérenne et risque de ne pas susciter l'adhésion, ni des personnes accompagnées et de leurs proches, ni des professionnels. Non basé sur les orientations politiques, il s'expose fortement à être refusé par les autorités et peut

décourager les acteurs qui se seront investis dans sa conception. Son incohérence avec les missions ou son incompatibilité avec le projet d'établissement risquent également de compromettre son aboutissement. S'il n'est pas suffisamment connu et expliqué, il peut engendrer des craintes et des méfiances qui, à terme, peuvent se transformer en freins. La communication doit également prendre en compte les retours sur les évaluations dont le projet aura fait l'objet, pour ne pas s'exposer à démotiver les équipes faute d'état d'avancement du projet. Sans étude suffisante en amont, la dimension financière d'un projet peut également compromettre sa pérennité. De plus, le management ne paraît être en adéquation avec le management par projet, puisqu'il exige un management participatif et que les témoignages semblent aller dans le sens contraire, les professionnels ne se sentant pas suffisamment écoutés ou compris. Le projet doit encore se préoccuper de l'accompagnement au changement des professionnels pour limiter leurs appréhensions, et cela ne peut se faire sans réinstaurer confiance et communication. Il convient donc de ne laisser qu'un minimum de place à l'insécurité et d'être toujours attentif à l'évaluation du projet pour réajuster régulièrement toute déviation au regard de l'objectif fixé.

#### B) Avantages ou opportunités

Tout projet doit être basé sur la connaissance des besoins pour tenter d'y répondre et doit aussi s'appuyer sur les orientations des politiques sectorielles et territoriales pour être le plus en accord possible avec le cadre dans lequel le projet s'inscrit. Le projet doit également intégrer la considération de la dimension budgétaire en prenant en compte la situation financière existante et en y intégrant les coûts prévisionnels du projet, pour ne pas mettre à mal l'établissement. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit permettre de soutenir le projet. L'établissement doit miser sur une communication efficace pour clarifier les zones d'ombre du projet et pour réduire au maximum l'insécurité que peut engendrer un changement d'organisation, car il faut aussi se soucier de garantir un accompagnement au changement, notamment par une disponibilité et une écoute de la part des responsables. Cette condition peut être remplie par un changement d'organisation qui leur permettra de disposer du temps nécessaire pour le faire. Le projet doit miser sur une organisation étudiée et sécurisante, sur un management participatif, où la parole de tous est considérée, sur l'ouverture aux partenaires extérieurs, sur l'évaluation régulière des résultats et la communication autour de ce sujet. De plus, l'organisation doit être adaptée et permettre que tous connaissent les rôles et missions qui sont attribués à chacun, pour que ceux-ci puissent être respectés, ce qui semble être un des attendus de la part des professionnels. Par ailleurs, le fait qu'ils aient globalement l'impression de faire partie d'une équipe et que les relations avec les personnes accompagnées et leurs proches les soucient sont des avantages à prendre en compte. Le management par projet doit intégrer toutes ces considérations

pour avoir des chances de réussite. Se dispenser de l'une ou l'autre fait encourir un échec à l'orientation de l'établissement dans cette orientation, ce qui, dans pareil cas, risque d'avoir un résultat final pire que l'écart initial qu'il tentait de solutionner.

### **2.3.3 Analyse de l'étude : enjeux escomptés au bénéfice de l'établissement et des personnes accompagnées**

Avec une vigilance soutenue sur ses risques inhérents, le management par projet peut avantager l'EHPAD de Biscarrosse. Ainsi, il peut permettre de dynamiser les équipes autour de la recherche de l'amélioration constante de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées au lieu de laisser persister les professionnels dans le désengagement dans lequel ils sont actuellement positionnés. Le management par projet, combiné à la compétence collective, leur permettra de se réengager en donnant du sens à leur action. Bien entendu, tant la dimension évaluative que la dimension éthique doivent être pensées dans cette nouvelle orientation stratégique.

## **2.4 Conclusion de la 2<sup>e</sup> partie**

En conclusion de cette partie théorique et en réponse à la problématique de l'EHPAD de Biscarrosse, la dynamique de projet peut mobiliser les professionnels, en redonnant un sens à leur vie personnelle et professionnelle. La valorisation de la personne par le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées et des professionnels va impulser la mobilisation de la compétence collective, en vue d'améliorer le parcours de vie des personnes accompagnées.

L'organisation de l'EHPAD de Biscarrosse doit donc être repensée pour développer la compétence collective et favoriser l'amélioration du parcours de vie des personnes âgées. Elle doit intégrer l'élaboration d'un projet partagé pour rassembler les professionnels autour de la notion du parcours de vie, par l'instauration d'espaces de partage d'expériences, l'actualisation du projet d'établissement et le développement de la qualité de vie au travail. Elle doit aussi étoffer la ligne hiérarchique pour permettre à la direction de réellement piloter l'établissement et pour développer le pouvoir d'agir des unités opérationnelles au bénéfice de la restauration de celui des personnes accueillies ou suivies par l'établissement. Enfin, elle doit également s'accompagner d'un renfort des outils de pilotage et conduire à davantage de formalisation et de coordination.

Il reste à mettre en œuvre ces hypothèses pour améliorer le fonctionnement de l'EHPAD de Biscarrosse, puis à les évaluer pour, éventuellement, les ajuster.

### **3 Le pilotage organisationnel en pratique : la compétence collective pour fluidifier le parcours de vie**

Dans la pratique, pour piloter le changement d'organisation orienté management par projet, je compte renforcer le pilotage, mobiliser la compétence collective<sup>145</sup>, avant de faire une synthèse de cette opérationnalisation. Basée sur le développement du pouvoir d'agir et de la compétence collective, elle me laisse envisager de multiplier les ressources et ainsi de pouvoir présenter un projet ambitieux sur une durée limitée. Je le crois réalisable, d'autant que la majorité des actions sont ponctuelles et que leur priorisation va permettre de les répartir sur le temps<sup>146</sup>. Ce projet présente l'avantage d'exister et est à même de remobiliser et guider les équipes vers une amélioration de la prestation, mais je reste consciente que les impératifs et aléas quotidiens pourront m'obliger à le réviser pour l'adapter à la réalité du terrain.

#### **3.1 Renforcer le pilotage**

Le pilotage sera renforcé grâce à l'instauration d'une vision commune et au recours au pouvoir d'agir aux différents niveaux de la hiérarchie.

##### **3.1.1 Actualiser et partager une vision commune qui s'est perdue**

Redonner du sens à l'action collective par le partage d'une vision commune s'avère indispensable et cet objectif peut être atteint par le positionnement du projet d'établissement comme document de référence et par la communication sur ce sujet.

###### **A) Actualiser le projet d'établissement**

Le projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse existe mais ne vit pas. Or, ce document donne les orientations essentielles vers lesquelles l'établissement s'est engagé et devrait donc servir de fondement aux actions de tous les professionnels. Fruit d'un travail collaboratif les associant et intégrant les personnes accompagnées et leurs proches, ne pas lui accorder d'intérêt, c'est déconsidérer la valeur du travail de ceux qui y ont contribué. *“Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes ; produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des*

---

<sup>145</sup> Cf. Annexe 10 : Arborescence du pilotage du changement organisationnel

<sup>146</sup> Cf. Annexe 11 : Diagramme de Gantt synthétique de la mise en œuvre du pilotage organisationnel

*destinataires ; c'est un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement*<sup>147</sup>. De plus, le projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse arrive à échéance en 2019 et l'établissement doit signer son premier Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en 2020. Avant cette date, il convient de faire un point pour savoir où en sont les actions faisant partie de ce projet pour déterminer celles qu'il reste à mettre en place. Pour cela, il faut d'abord expliquer les raisons qui ont mené à ces choix d'actions, puis actualiser ce projet de manière participative, avant de le réécrire, pour définir les orientations que l'établissement doit privilégier.

a) *Partager le diagnostic externe*<sup>148</sup>

Pour réactualiser le projet d'établissement, il convient de partager le diagnostic externe réalisé en amont de l'actuel projet d'établissement, pour que les professionnels, les personnes accompagnées et leurs proches aient connaissance des raisons qui ont motivées son élaboration et comprennent les raisons qui expliquent les orientations stratégiques qui ont alors été prises. Car le projet d'établissement est issu des tensions constatées lors du dernier diagnostic externe, et tend, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, à résorber les problématiques propres de l'établissement. Cette explication donne sens, et, par conséquent, participe à favoriser la motivation des professionnels, pour le suivi des actions à mener. Ce partage permettra également de rappeler aux différents intéressés la démarche qu'il convient d'adopter pour la réalisation d'un projet d'établissement, afin qu'ils soient en capacité de mieux appréhender la réalisation du suivant. Pour cela, 4 réunions hebdomadaires d'information de 2 heures seront programmées au mois d'octobre 2018 sur ce sujet. Des supports seront prévus et préparés en amont pour convier les participants à assister à l'une des réunions. Faire participer les professionnels, mais aussi inclure les personnes accompagnées et leurs proches, qui doivent être associés dans cette démarche, peut s'avérer être décisif, et la communication doit être soignée pour les inciter à se mobiliser. En effet, ce sont les personnes les plus proches de l'offre de service qui sont le plus à même d'être force de proposition et d'apporter les suggestions les plus pertinentes. Lors de ces réunions d'information, je commencerai par préciser que, tout en souhaitant rester dans la continuité par rapport aux missions de l'établissement, je me démarquerai par l'honnêteté et par une transparence dans la communication, notamment concernant les retours sur des questionnaires pour lesquels ils seraient sollicités à participer. Il sera utile également de rappeler à tous l'importance de leur collaboration et de leur implication à la révision de

---

<sup>147</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, "Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", p. 11

<sup>148</sup> Cf. Annexe 12 : Fiche action "Partage du diagnostic externe du projet d'établissement"

ce document de référence, mais aussi à l'élaboration du prochain, en dépassant les clivages actuels, dans l'intérêt de tous et, en premier lieu, des personnes accompagnées, qui doivent être au cœur des priorités des professionnels.

*b) Mettre en place un cadre participatif de tous les acteurs*<sup>149</sup>

Il est ensuite primordial de procéder à un état des lieux des problématiques de l'établissement dès cette fin d'année 2018, sachant que la dernière évaluation interne a été réalisée en 2013<sup>150</sup>. Cette démarche de diagnostic interne collaborative devra être la plus objective possible et inclure des représentants de tous les acteurs. Il faudra aussi distinguer les actions qui ont été menées à terme de celles qui restent encore à finaliser. Cette étape devra être suivie d'une analyse pour repérer et adapter les axes d'amélioration prévus dans le dernier projet d'établissement à la situation actuelle de l'établissement. Elle servira également à prioriser les actions restant en suspens en fonction de leur importance et des délais restreints. Des réunions seront prévues à cet effet à raison d'une par semaine durant 2 mois. Comme préconisé par les recommandations, cette évaluation devra s'axer principalement sur les personnes accompagnées, pour garantir leurs droits et devoirs, prévenir les risques attachés à leur vulnérabilité, favoriser le maintien de leur autonomie, personnaliser leur accompagnement et accompagner leur fin de vie. *“Reconnaître autant les droits et les devoirs chez chacun, c'est reconnaître l'humanité en l'autre, en tous, en chacun de nous”*<sup>151</sup>. Ainsi, promouvoir la place de la personne accompagnée va permettre de valoriser la vocation des professionnels dans le choix qu'ils ont fait de travailler auprès de ce public et de redonner par conséquent du sens à leur action.

*c) Rédiger les nouvelles orientations du projet d'établissement*<sup>152</sup>

Enfin, dès la fin de l'année 2018, suite à l'analyse précédente et après le choix des axes essentiels à mettre en œuvre, il sera nécessaire de rédiger les nouvelles orientations du projet d'établissement qui devront être traitées dans le courant de l'année 2019. En effet, la réalisation de ces actions va permettre de préparer la prochaine évaluation externe, qui devra être programmée au cours de cette même année. Cette mission de rédaction sera confiée à une personne du service administratif dès la fin de chaque réunion de travail et la vérification sera assurée au début de chacune des réunions suivantes. Fonctionner de

---

<sup>149</sup> Cf. Annexe 13 : Fiche action “Mise en place d'un cadre participatif pour l'actualisation du projet d'établissement”

<sup>150</sup> Projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse 2015-2019, p. 4

<sup>151</sup> ROUX Marie-Agnès, “Promouvoir la place de l'utilisateur”, “D'une vision mécaniste des professions du social vers un accompagnement moderniste et politique du citoyen”, Les cahiers de l'actif, N°318/319, 2002, p. 149

<sup>152</sup> Cf. Annexe 14 : Fiche action “Rédaction de l'actualisation du projet d'établissement”

la sorte va permettre d'accélérer le processus de rédaction, compte tenu des délais limités impartis et de l'intérêt que représente la réactualisation de ce projet. Une synthèse des actions restant à mettre en œuvre sera aussi rédigée pour en faciliter la lecture et l'appropriation par les professionnels, les personnes accompagnées et leurs proches. Bien entendu, il conviendra de faire valider le projet d'établissement ainsi réactualisé par les instances participatives et dirigeantes de l'établissement dès le début de l'année 2019.

#### B) Communiquer sur le projet d'établissement<sup>153</sup>

La communication dans une organisation est le premier levier d'action pour impulser une dynamique institutionnelle par la relation à l'autre. De cette communication dépendent les échanges qui seront activés ou, au contraire, freinés. J'accorde une place primordiale aux valeurs et missions de l'établissement et je compte donc communiquer le plus largement possible sur les objectifs définis de manière participative, pour que tous sachent dans quelle direction il convient d'aller. Même si le projet d'établissement révisé n'aura qu'une durée de vie limitée, il doit cependant, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, être connu et respecté par tous, car il définit le cadre global dans lequel tous doivent s'inscrire. Il convient donc de communiquer largement sur les actions à privilégier, dans l'intérêt des personnes accompagnées, mais aussi au bénéfice de la qualité de vie au travail des professionnels, pour que chacun puisse s'emparer de ces actions et les favoriser ou les réaliser, selon le cas. C'est pourquoi, des temps réguliers dédiés à cette communication sur le projet d'établissement seront instaurés dès cette fin d'année 2018.

### 3.1.2 Responsabiliser l'encadrement par le pouvoir d'agir à chaque niveau

Le pilotage doit aussi intégrer la responsabilisation des encadrants et de tous les acteurs. Il faut donc repenser l'organigramme, mais aussi définir les niveaux de responsabilités.

#### A) Repenser l'organisation en concertation

Faire participer les différents intervenants à chaque niveau, en commençant par les personnes accompagnées, les professionnels et les responsables, est indispensable.

##### a) *Au niveau usagers : Renforcer la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé*<sup>154</sup>

Dans l'optique de faire collaborer les différents acteurs, et, en premier lieu, les personnes accompagnées et leurs proches, il convient de redonner le pouvoir d'agir à tous les niveaux. Il faut donc renforcer la participation de ces derniers en prévoyant leur inclusion

---

<sup>153</sup> Cf. Annexe 15 : Fiche action "Communication sur le projet d'établissement"

<sup>154</sup> Cf. Annexe 16 : Fiche action "Renforcement de la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé"

systématique à l'élaboration de leur projet personnalisé, mais aussi à sa révision régulière. Conçus, en principe, avec les professionnels, les personnes concernées et les proches, les révisions de ces documents restent rares. Or, les besoins des personnes évoluent et le projet personnalisé doit prendre en compte ces changements. De plus, l'intégration régulière des proches impacte le bien-être de la personne accompagnée. Il est donc essentiel de programmer, dès l'entrée dans le service, les différents moments où ces documents seront conçus et revus, afin que tous les acteurs puissent réserver ces créneaux et être présents pour collaborer à leur rédaction. Des réunions de 3,5 heures seront programmées au premier trimestre 2019 pour actualiser au minimum 3 projets personnalisés par semaine et le cadencement sera adapté dès la fin de cette période.

b) *Au niveau professionnel : Renforcer l'ajustement mutuel entre professionnels par les coordonnateurs*<sup>155</sup>

Il faut aussi délester le niveau décisionnel pour qu'il se consacre aux demandes qui relèvent de sa compétence, ce qui implique de revoir l'organisation interne, et de renforcer l'ajustement mutuel grâce à une coordination infirmière et des services supports. Des réunions hebdomadaires seront programmées pour désigner les coordonnateurs et leur attribuer leurs missions au cours du premier trimestre 2019.

### **Les infirmières coordinatrices**

Le pilotage du pôle domicile semble suffisamment étayé et disposer des moyens de pouvoir répondre aux demandes des professionnels de terrain. Par contre, celui du pôle institution, concentrant un maximum de professionnels de soins, apparaît plus fragile. Ainsi, la ligne hiérarchique du pôle institution n'est pas suffisamment définie, surchargeant le niveau décisionnel. La mise en place d'infirmières coordinatrices en premier niveau de recours pour les professionnels de terrain apparaît indispensable dans l'objectif de redonner à chacun le pouvoir d'agir à son propre niveau. C'est pourquoi, il convient de placer au minimum une infirmière en coordination de l'hébergement traditionnel, avec une ou plusieurs suppléantes, et, procéder de même pour l'hébergement Alzheimer. "*Coordination et organisation des activités et des soins*"<sup>156</sup> relevant des compétences infirmières<sup>157</sup>, il convient de programmer une réflexion sur ce sujet pour répartir les rôles, missions et responsabilités qui leur seront dévolues sur les équipes soignantes.

---

<sup>155</sup> Cf. Annexe 17 : Fiche action "Renforcement de l'ajustement mutuel par la responsabilisation des coordonnateurs"

<sup>156</sup> Le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche métier "Infirmier(ère) en soins généraux (IDE)", § Activités

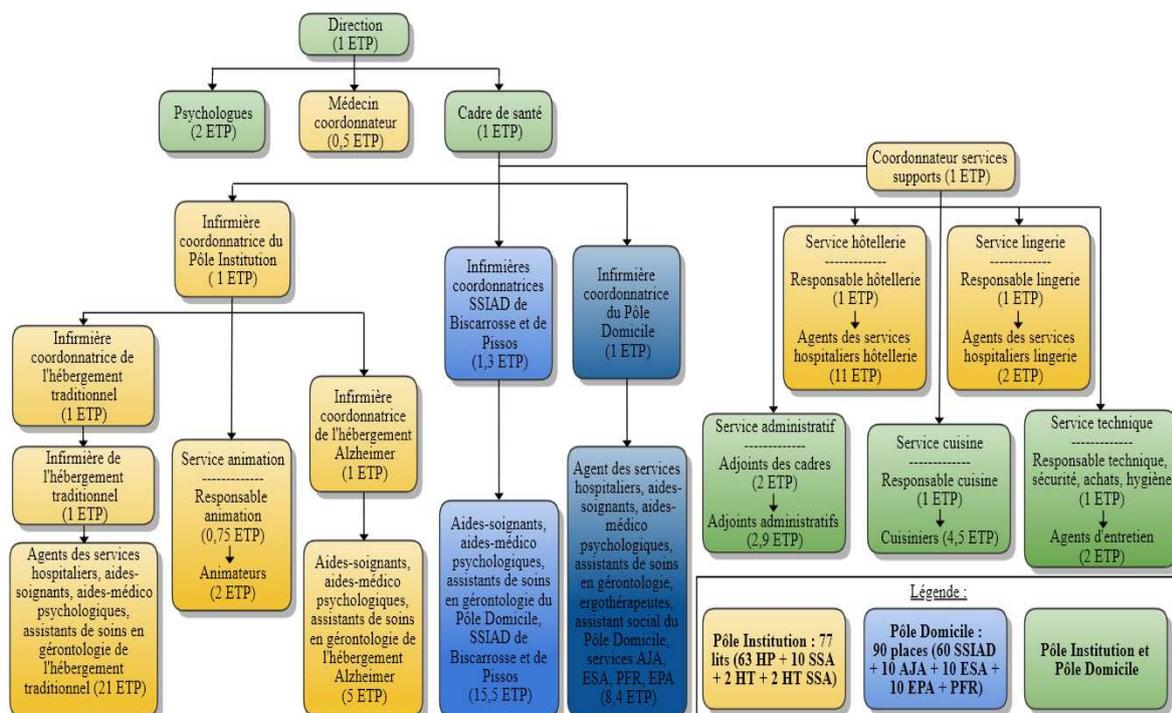
<sup>157</sup> Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, p. 266, Annexe II, Diplôme d'État d'Infirmier, Référentiel de compétences

## Le coordonnateur des services supports

Dans la même optique, pour éviter de saturer le niveau décisionnel, tenu, à l'EHPAD de Biscarrosse, par la cadre de santé et la direction, il paraît judicieux de mettre un coordonnateur des services supports. Après les responsables de chacun des services supports, celui-ci sera l'interlocuteur privilégié de second niveau pour la gestion des problèmes. Il sera ainsi l'interlocuteur principal entre les différentes équipes supports, mais aussi avec les autres coordonnateurs, et permettra une meilleure coordination entre les différents services. Dans le cas où il ne saurait faire ou n'aurait pas de réponse aux sollicitations dans le cadre de ses fonctions, il devra en référer au niveau supérieur avant de prendre une décision, mais ce rempart déléstera le niveau décisionnel au maximum. Les responsables de chaque service supports devront interroger leur coordonnateur pour les problématiques importantes ou impliquant plusieurs services.

c) *Au niveau cadres : Renforcer le centrage sur les pratiques avec les personnes accompagnées*<sup>158</sup>

L'instauration de coordonnateurs au niveau infirmier et des services supports va renforcer la ligne hiérarchique. Seuls les points clés n'ayant pas trouvé d'autre moyen de résolution devraient être alors remontés au niveau décisionnel de la cadre de santé et de la direction. L'organigramme devra être revu au cours d'une réunion par semaine de janvier à mars 2019 et pourrait s'apparenter à celui-ci :



<sup>158</sup> Cf. Annexe 18 : Fiche action "Renforcement du centrage des pratiques avec les personnes accompagnées"

Cadre de santé et direction pourront alors disposer de davantage de temps pour décider des orientations stratégiques, pour guider les équipes, pour veiller à garantir la qualité de vie au travail, pour œuvrer à l'amélioration continue de la qualité des prestations et, en priorité, pour se consacrer sur le centrage des pratiques en faveur des personnes âgées.

B) Redéfinir les délégations en centrant les pratiques sur les personnes âgées

*“L’absence de définition des rôles, fonctions et niveau de responsabilité [...] favorise non seulement les abus de pouvoir [...] mais également les pertes d’identité professionnelle, le manque d’implication des acteurs et le glissement de responsabilité, cette dernière étant renforcée par la pratique de la polyvalence”*<sup>159</sup>. Pour cela, la formalisation des délégations est capitale à l'EHPAD. Des réunions hebdomadaires seront programmées en tout début d'année 2019 pour répartir les missions entre les différents professionnels de manière participative et établir des documents de délégation et des fiches de fonctions, afin d'éclairer chacun sur ses responsabilités propres et sur celles de leurs collègues.

a) *Créer le document unique de délégation (DUD)*<sup>160</sup>

*“Outil de transparence sur l’organisation et la répartition des pouvoirs, le document unique de délégation précise les délégations existant entre la personne morale et le professionnel de direction”*<sup>161</sup>. Pour la création de ce document, des exemples sont disponibles<sup>162</sup>, tout comme des fiches pratiques<sup>163</sup>. Il est donc indispensable que les missions et attributions de la direction soient précisées pour que tous connaissent son rôle exact. Mais cette identification doit être étudiée pour être adaptée au plus près de la réalité. *“Il convient d’être vigilant face aux documents préétablis ou aux modèles qui ne permettent pas de mettre en évidence les spécificités de l’organisation retenue en interne. Il semble nécessaire de privilégier du « sur mesure » qui respecte la diversité d’entreprendre [...] Tout l’enjeu sera en effet de mener une démarche globale d’identification des compétences et missions du professionnel chargé de la direction afin de garantir la cohérence des informations contenues dans le DUD”*<sup>164</sup>. Ce document devra être révisé régulièrement pour l'adapter sans cesse à la situation de l'établissement.

---

<sup>159</sup> PICARD Ghislaine, “Des applications et des témoignages, ... dans le secteur médico-social”, “Médiation cognitive et Management d’équipe dans le secteur médico-social”, Les cahiers de l’actif, N°328/329, 2003, p. 105

<sup>160</sup> Cf. Annexe 19 : Fiche action “Mise en place d’un document unique de délégations”

<sup>161</sup> Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Construire ses outils RH, Le document unique de délégation, Synthèse de la fiche développée jointe, Janvier 2010

<sup>162</sup> Document Unique de Délégation de l’I.A.D.E.S. validé par le Conseil d’Administration en date du 18-12-2014

<sup>163</sup> Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Le document unique de délégation, Décembre 2009

<sup>164</sup> Ibid., p. 14

b) *Élaborer des sous-documents uniques de délégation*<sup>165</sup>

En interne à l'établissement, il convient aussi de préciser les rôles et missions des différents responsables. Leur niveau de responsabilité sera alors connu d'eux, mais aussi de leurs homologues et de la direction, si bien qu'ils ne pourront pas se réfugier derrière une méconnaissance de leurs attributions pour s'en dispenser ou s'octroyer des pouvoirs qui ne leur ont pas été délégués. Cette clarification devrait ainsi permettre à chacun des responsables de mieux assumer leurs responsabilités propres. Les délégations relatives à ce projet de pilotage de changement organisationnel ont d'ores et déjà été préparés en prévision des réunions à venir pour aider à répartir les missions<sup>166</sup>. Les suppléances pour pallier les absences devront également être définies et inscrites dans les sous-DUD de l'établissement, pour préserver une organisation claire tout au long de l'année.

c) *Concevoir des fiches de fonctions*<sup>167</sup>

Enfin, toujours pour clarifier les missions, il faut concevoir les fiches de fonctions de l'établissement. *“Donner à l'organisation des bases solides, clarifier le fonctionnement collectif : tels sont les principaux enjeux et objectifs de l'élaboration des fiches de fonction qui engage un processus de réflexion collective”*<sup>168</sup>. Pour la réalisation de ces outils, je préconise que soit employée la *“mise en place d'un groupe mixte de travail constitué de représentants de chaque emploi-type (fonction). Chacun échange sur la fonction qui le concerne. Cette méthodologie implique alors les salariés [et leur] permet de mieux comprendre de quelle façon leur activité s'intègre dans l'organisation”*<sup>169</sup>. Ce mode participatif permet de mieux appréhender ses propres fonctions et celles des autres professionnels de l'établissement et conduit à mieux respecter ses collègues.

## **3.2 Mobiliser la compétence collective**

Mobiliser la compétence collective sera possible par les échanges, l'animation du projet d'établissement, la coordination, l'amélioration de la qualité de vie au travail, le partage des compétences, l'évolution des outils d'information et des évaluations régulières.

### **3.2.1 Encourager l'uniformisation des pratiques**

L'un des points de tension à l'EHPAD de Biscarrosse est le manque de partage d'expérience pour les professionnels. Je compte y remédier en instaurant de groupes de

---

<sup>165</sup> Cf. Annexe 20 : Fiche action “Mise en place de sous-documents uniques de délégations”

<sup>166</sup> Cf. Annexe 21 : Base de travail du “Sous-document unique de délégations”

<sup>167</sup> Cf. Annexe 22 : Fiche action “Mise en place de fiches de fonctions”

<sup>168</sup> Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Construire ses outils RH, La fiche de fonction, Synthèse de la fiche développée jointe, Janvier 2010, p. 2

<sup>169</sup> Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Construire ses outils RH, La fiche de fonction, Décembre 2009, p. 9

travail sur l'analyse des pratiques et la mise en place d'une commission d'éthique, en remplacement du comité éthique abandonné depuis plusieurs années.

#### A) Groupes d'analyses des pratiques<sup>170</sup>

Les groupes d'analyses de pratiques seront démarrés en même temps qu'une évaluation des pratiques existantes, pour connaître les thèmes principaux à aborder dans le cadre des groupes de travail. Pour cette évaluation, une priorité sera mise dès la fin de cette année pour former les responsables de l'établissement sur la conduite de l'évaluation des pratiques professionnelles, afin de la réaliser entre la fin de l'année 2018 et le tout début de l'année 2019. Parallèlement, des groupes d'analyse des pratiques seront programmés mensuellement, animés par un intervenant extérieur, pour que son regard soit le plus neutre possible. Son intervention sera inscrite au plan de formation annuel. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles ont vocation à libérer la parole en créant un espace pour déposer les vécus lourds, mais ils permettent aussi de faire évoluer les professionnels au quotidien, par l'apport de connaissances théoriques et pratiques, par le questionnement face aux problématiques rencontrées et par la remise en cause de leurs habitudes de travail. Ces moments d'échange devraient les conduire à mieux appréhender leurs positionnements et à uniformiser leurs pratiques professionnelles, pour parfaire l'accompagnement des personnes âgées. Les thèmes choisis pour chacune des séances seront déterminés par avance, pour permettre à l'intervenant de préparer le sujet. Un débat permettra d'analyser collectivement les positionnements individuels en croisement avec les références bibliographiques ou les recommandations sur les bonnes pratiques professionnelles. Un positionnement consensuel sera ensuite recherché pour uniformiser les pratiques de l'établissement, et des outils seront déployés pour accompagner et suivre l'évolution de la pratique.

#### B) Mettre en place une commission éthique<sup>171</sup>

L'établissement ne peut se dispenser d'une réflexion éthique autour de l'accompagnement. Je souhaite instaurer une commission éthique assez similaire au comité d'éthique qui se réunissait auparavant. Cette commission éthique devra se réunir en veillant à respecter les recommandations des bonnes pratiques professionnelles<sup>172</sup> en la matière, en vue de mener *“une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées”*<sup>173</sup>. Cette réflexion a pour

---

<sup>170</sup> Cf. Annexe 23 : Fiche action “Groupes d'analyse des pratiques”

<sup>171</sup> Cf. Annexe 24 : Fiche action “Commission éthique”

<sup>172</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux”

<sup>173</sup> Ibid., p. 14

but d'atteindre un positionnement le plus adapté possible, en tentant de dé-complexifier les situations, et permet aussi de donner du sens par le questionnement, tout en améliorant les relations interpersonnelles par l'échange et le dialogue sur des problématiques rencontrées. À raison d'une réunion mensuelle à partir d'octobre 2018, l'animation de ces groupes de réflexion, basés sur la participation volontaire, sera confiée aux 2 psychologues de l'établissement, qui seront libres de choisir les thèmes, de communiquer autour de ces séances et de les organiser. Je souhaite cependant qu'elles restent le plus neutre possible et qu'elles veillent à inviter aux séances des personnes âgées accompagnées ainsi que certains de leurs proches, afin que la réflexion intègre aussi leurs points de vue. En effet, il me semble primordial que les professionnels puissent les entendre. Les séances devront faire l'objet d'une formalisation par un compte-rendu anonymisé, mis à disposition de l'ensemble des professionnels, mais aussi des personnes âgées accompagnées ou de leurs proches, pour que chacun connaisse les orientations prises. Pour que la tenue de cette commission éthique ne soit plus remise en question, je veillerai, de mon côté, à faire valider sa tenue, sa régularité et l'inscription de celle-ci sur les supports de l'établissement, et, notamment, dans le projet d'établissement. J'envisage également de répondre favorablement aux demandes de formations pour aider les professionnels à mieux se projeter dans une position de remise en question, mais aussi à destination des psychologues pour leur donner les moyens d'organiser cette réflexion éthique dans l'EHPAD. J'informerai également les psychologues que je leur laisse le loisir d'intégrer d'autres personnes à certaines de ces séances afin d'ouvrir le débat, si elles le jugent nécessaire.

### **3.2.2 Animer le projet d'établissement qui devient référent des pratiques**

Animer le projet d'établissement est indispensable pour redonner à ce document sa valeur phare pour guider les pratiques, mais aussi pour impliquer et unir les professionnels et les personnes accompagnées dans une même dynamique. Cette opération nécessite la mise en place d'une démarche assidue pour impulser les actions.

#### **A) Groupe de suivi<sup>174</sup>**

L'incitation à faire vivre le projet d'établissement, afin qu'il devienne référent des pratiques de l'établissement, passe par l'instauration d'un groupe de suivi devant se réunir toutes les 2 semaines à partir du début du mois de janvier 2019, juste après que le projet d'établissement ait été réactualisé. Constitué de la cadre de santé et des responsables des actions à conduire, ce groupe aura en charge de s'assurer de la bonne avancée des actions et de résoudre les difficultés éventuelles rencontrées dans l'exécution du

---

<sup>174</sup> Cf. Annexe 25 : Fiche action "Groupe de suivi du projet d'établissement"

programme. Il devra également veiller à ajuster les actions en fonction des évaluations qui seront faites, et également à redistribuer les tâches, si besoin. Ce regard régulier permettra de motiver les équipes pour l'avancement des différentes actions. Cet objectif de faire avancer le projet d'établissement est un premier facteur de mobilisation des professionnels et de stimulation de la compétence collective, puisqu'il donne une orientation commune et que son adaptation aura été faite de façon participative et aura permis d'aboutir à un consensus. La mobilisation des énergies de chaque participant devrait développer le potentiel de progression du projet.

#### B) Fiches actions du projet d'établissement<sup>175</sup>

Les fiches actions du projet d'établissement sont des outils nécessaires pour guider les équipes dans leurs pratiques en vue de l'amélioration de l'offre de services. Explicatives, elles décrivent les actions à mettre en œuvre. Elles nomment les responsables et définissent les échéances à respecter. Elles doivent être connues des équipes, et il faut donc que chaque responsable ait à cœur de solliciter les différents acteurs concernés. A compter du début de l'année 2019, les responsables devront veiller entre chaque groupe de suivi du projet d'établissement à l'avancée des missions dans les temps impartis en amont des groupes de suivi pour pouvoir en référer. Il conviendra qu'ils rappellent fréquemment l'importance de chaque fiche action, faisant partie d'un plan d'action global, et qu'ils signalent qu'un frein dans la réalisation de l'une d'entre elles peut compromettre l'avancement complet du projet, pour associer tous les acteurs et responsables dans la même dynamique et impulser la progression du projet d'établissement.

### 3.2.3 Repenser les temps de coordination à chaque niveau

En fonction de la réorganisation envisagée, il convient également de reconsidérer les temps de transmissions, tant aux niveaux opérationnel, intermédiaire que décisionnel, pour une meilleure coordination intra-services et interservices.

#### A) Niveau opérationnel : les transmissions et leurs outils<sup>176</sup>

Les transmissions des différents services se font actuellement avec de nombreux participants et incluent la cadre de santé, dont le temps de travail n'est pas extensible. De sorte qu'elle se retrouve saturée par des informations qui ne devraient lui être données que si une solution préalable n'a pas été trouvée. Avec la mise en place des coordonnateurs des services et la définition du rôle de chacun, notamment des responsables de services, la réorganisation doit permettre de remédier à cette tension en créant un rempart entre elle et les équipes. Seules les informations importantes seront

---

<sup>175</sup> Cf. Annexe 26 : Fiche action "Animation des fiches-actions du projet d'établissement"

<sup>176</sup> Cf. Annexe 27 : Fiche action "Coordination : Les transmissions et leurs outils"

donc remontées à son niveau ainsi qu'à celui de la direction, confortant ainsi leur position au niveau décisionnel. Les transmissions se feront donc avec les seuls responsables de services comme animateurs et seront le lieu privilégié pour l'ajustement mutuel. L'amélioration du suivi des transmissions va favoriser l'écoute, l'échange et l'adéquation de l'action, et participera donc au développement de la compétence collective. Cette action, qui ne nécessite pas de temps dédié supplémentaire puisqu'elle se déroule sur les temps déjà consacrés aux transmissions, devra rassembler chaque responsable de services et son équipe et être mise en place rapidement après la définition des rôles, soit dès le début du mois d'avril 2019.

B) Niveau intermédiaire : le comité de direction<sup>177</sup>

A partir du début du deuxième trimestre 2019, il faut également prendre en compte le renforcement des niveaux de pilotage. Ainsi, il convient qu'un comité de direction (CODIR) hebdomadaire soit programmé, en la seule présence de la cadre de santé et des infirmières coordonnatrices. Une autre rencontre devra aussi être instaurée entre la cadre de santé et le coordonnateur des services supports, à la même fréquence. Ces réunions seront l'occasion d'étudier les cas particuliers posant problème et d'indiquer les grandes lignes des orientations à prendre, notamment pour la semaine à venir. La coordination interservices se fera donc au cours de ces réunions. Pour chacune d'entre elles, les ordres du jour devront être définis et diffusés en amont de la réunion, et un compte-rendu retraçant les grandes orientations prises sera édité et diffusé à l'ensemble des personnes concernées, afin d'être actées. Les responsables intermédiaires auront à charge de redistribuer l'information auprès de leurs services respectifs.

C) Niveau décisionnel : le comité stratégique<sup>178</sup>

Un comité stratégique (COSTRAT) doit également se réunir de manière régulière pour épurer les problèmes non résolus par les autres réunions de coordination mises en place, mais aussi pour décider des orientations stratégiques de l'établissement. Ce comité se réunira uniquement en ma présence et celle de la cadre de santé, privilégiant ainsi l'échange sur les points clés. Si besoin, certaines personnes pourront être invitées pour aider à la réflexion sur des points particuliers. Cet organe consultatif sera réuni toutes les 2 semaines, pendant une durée de 2 heures environ à compter d'avril 2019. Sa mission sera de prendre de la hauteur pour pouvoir critiquer, valider ou infirmer les orientations prises, en proposer de nouvelles, et vérifier que l'action globale et les pratiques particulières aillent bien dans le sens souhaité. Il aura donc vocation à assurer le pilotage

---

<sup>177</sup> Cf. Annexe 28 : Fiche action "Coordination du comité de direction"

<sup>178</sup> Cf. Annexe 29 : Fiche action "Coordination du comité stratégique"

stratégique de l'établissement, la résolution des problèmes n'ayant pas été solutionnés aux niveaux hiérarchiques intermédiaires, le développement de la démarche d'amélioration continue de la qualité et le recours à des pratiques en conformité avec les recommandations. Un compte-rendu devra être écrit et distribué à l'issue de la réunion par souci de traçabilité, de transparence et de communication, et pour que chacune de nous ait une vision de ce qu'il lui reste à faire. Une réflexion autour de l'évolution des politiques publiques à venir doit aussi être organisée. J'envisage d'ouvrir 2 fois par an ce comité aux professionnels volontaires pour les informer des orientations à venir et pour les inviter à réfléchir aux possibilités d'évolution de l'établissement dans ce sens. Ces moments peuvent notamment permettre de réfléchir collectivement à la mise en œuvre du service d'accueil familial, car ce mode d'accompagnement, à mi-chemin entre le domicile et l'institution, présente une alternative intéressante pour les personnes âgées en attendant leur éventuelle entrée en institution.

### 3.2.4 Favoriser la qualité de vie au travail et le parcours promotionnel

La qualité de vie au travail (QVT) est une question stratégique à l'EHPAD de Biscarrosse. Il convient donc d'accorder une vigilance particulière à sa promotion, au développement du parcours promotionnel et à l'évaluation professionnelle.

#### A) Promouvoir la qualité de vie au travail<sup>179</sup>

Parmi les outils de promotion de la QVT, le principal est le document unique d'évaluation des risques professionnels, mais d'autres peuvent aussi être mis en œuvre au cours d'une réunion hebdomadaire de 3,5 heures durant le deuxième trimestre 2019.

##### a) *Réviser le document unique d'évaluation des risques professionnels*

Il me semble fondamental de faire une révision du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). J'y accorde un intérêt d'autant plus grand qu'il s'agit d'un document obligatoire et qu'il permet de visualiser les mesures à prendre pour sécuriser au mieux l'établissement. En effet, au vu du nombre conséquents d'arrêts de travail, notamment ceux liés aux accidents de travail, il est indispensable de prendre des mesures pour les diminuer. Ainsi, 9 accidents de travail avec arrêt de travail ont été déclarés en 2017, contre 13 sur les 6 premiers mois de 2018. Ces chiffres et ceux de l'absentéisme m'amènent à penser qu'il est urgent de se préoccuper de ce problème pour tenter d'en repérer les causes et de les limiter. L'une des solutions est de procéder à une réactualisation de l'état des lieux des risques de l'établissement, tant physiques que psychiques, pour avoir une base initiale de comparaison, et pour échanger sur ceux dont

---

<sup>179</sup> Cf. Annexe 30 : Fiche action "Outils pour la qualité de vie au travail"

la gravité ou la fréquence sont majeurs. Cette étape devra découler sur une étude des axes à prioriser pour les réduire. Pour cette mise à jour, je souhaite entamer par une sollicitation des différentes personnes pouvant intervenir sur le document, à savoir le référent hygiène et sécurité du personnel, qu'il faudra désigner lors du prochain CHSCT, le médecin du travail et les membres du CHSCT<sup>180</sup>. Un programme annuel de prévention des risques professionnels<sup>181</sup> et un plan de prévention<sup>182</sup> devront être réalisés. Pour la phase préparatoire, sachant que le document existe mais n'est pas tenu à jour depuis 2013, je fixerai un délai d'achèvement de 3 mois. Pour l'analyse des risques les plus fréquents ou dont la gravité pourrait être importante, j'accorderai un mois supplémentaire aux professionnels. Enfin, je table sur le démarrage des actions prioritaires au maximum 3 mois après la remise des conclusions, soit avant la fin de l'année 2019. À l'issue de cette révision du DUERP, je veillerai à donner les moyens nécessaires pour qu'il soit révisé annuellement pour répartir la charge de travail. Par ailleurs, il conviendra de se pencher sur le choix d'un logiciel de gestion des risques pour permettre d'en faciliter le suivi.

*b) Utiliser d'autres outils pour la QVT*

Il est aussi intéressant d'axer les priorités sur le déploiement d'autres outils pour la QVT. *“La qualité de vie au travail désigne [...] les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements [...] Dans un contexte complexe, parfois difficile, [elle] ouvre de nouvelles voies [...] développe les ressources liées à l'engagement des professionnels et s'intéresse aux organisations concrètes du travail. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail [...] repose sur l'engagement de toutes et de tous et postule d'un renouvellement managérial favorisant une plus grande autonomie laissée à chacun dans la réalisation de son travail. [...] La qualité de vie au travail n'est en aucun cas un nouveau projet autonome qui viendrait se surajouter à tous les autres projets déjà en place, contribuant ainsi à saturer un peu plus l'organisation et les équipes. Elle est, au contraire, une façon de construire l'action collective qui entre en résonance*

---

<sup>180</sup> Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

<sup>181</sup> Article L4612-16 du Code du Travail

<sup>182</sup> Décret n°92-158 du 20 février 1992 complétant le code du travail (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat) et fixant les prescriptions particulières d'hygiène et de sécurité applicables aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure & Arrêté du 19 mars 1993 fixant, en application de l'article R. 4512-7 du code du travail, la liste des travaux dangereux pour lesquels il est établi par écrit un plan de prévention

*et s'articule avec les démarches d'amélioration de la qualité*<sup>183</sup>. La qualité de vie au travail intercède en faveur du développement du pouvoir d'agir des professionnels. La démarche d'amélioration de la QVT dépend de mon implication et de celle de tous les responsables, pour écouter et entendre les suggestions proposées pour améliorer les conditions de travail. En préalable, il sera nécessaire de réaliser un état des lieux initial, pour disposer d'éléments tangibles d'orientation et de comparaison. J'envisage donc, en premier lieu, de solliciter les instances de représentation des personnels, les représentants du personnel et le médecin du travail, qui a proposé de nous aider, pour les informer de ma volonté de m'engager dans la QVT et de mon souhait de les intégrer dans cette démarche. Pour que cette étape initiale soit la plus impartiale possible, je ferai appel à un cabinet d'audit extérieur la réalisation de cette enquête. L'investissement sera vraisemblablement compensable par la baisse des coûts inhérents à l'absentéisme. Une analyse sera ensuite faite lors de réunions, afin de décider des axes prioritaires. Le cahier des charges de l'appel à projet sur ce sujet lancé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour l'amélioration de la QVT<sup>184</sup> peut servir de support de réflexion pour les équipes. Les actions seront sélectionnées de manière consensuelle en fonction de la rapidité ou de l'étendue de leurs impacts sur la QVT, puis elles seront mises à l'œuvre dans une phase de test d'une durée déterminée. À l'issue de cette période, il sera décidé du maintien ou de l'ajustement de l'action. Toute action conforme aux attendus sera formalisée et affichée. Cette démarche n'étant jamais aboutie, comme toute démarche d'amélioration continue de la qualité, il faudra ensuite prioriser de nouvelles actions à privilégier.

#### B) Entretiens professionnels<sup>185</sup>

A l'EHPAD de Biscarrosse, l'entretien professionnel est mené en fin d'année à la suite de l'entretien annuel d'évaluation. Je compte scinder ces 2 entretiens, car la période actuelle de réalisation de l'entretien professionnel ne se prête pas à l'intégration des souhaits dans le plan de formation de l'année suivante, puisque la commission de formation se réunit en amont au mois de septembre ou octobre. Pour recueillir les besoins des professionnels, l'échange doit favoriser l'expression des professionnels et se faire dans un climat de confiance et de valorisation. En effet, il est demandé aux professionnels de s'exprimer sur leurs besoins de formations ou sur leurs souhaits d'évolution, et les responsables doivent

---

<sup>183</sup> Haute Autorité de Santé (HAS), Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)- Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, septembre 2017, p. 4

<sup>184</sup> Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, Appel à candidature pour la mise en place d'une Stratégie Qualité Vie au Travail - travaillée entre plusieurs établissements (EHPAD-SSIAD-SPASAD) dans le cadre d'un projet territorial, Appel à candidature - Mise en place d'une Stratégie Qualité Vie au Travail - Cahier des charges

<sup>185</sup> Cf. Annexe 31 : Fiche action "Entretiens professionnels"

aussi formuler les besoins qu'ils ont recensés. Par leur proximité, les responsables de services peuvent favoriser ces moments, c'est pourquoi, je laisserai à chacun d'entre eux la conduite des entretiens des membres de leurs équipes et j'inclurai cette mission dans les sous-DUD les concernant. La cadre de santé aura en charge de mener les entretiens professionnels des responsables et, pour ma part, je me limiterai à réaliser les entretiens des psychologues et de la cadre de santé. Ces entretiens seront programmés sur la base d'une demi-heure par agent, entre le mois d'avril et mai, et une grille de préparation sera fournie 2 mois à l'avance aux intéressés, soit au mois de février, pour leur donner les moyens de préparer au mieux la gestion de leurs perspectives professionnelles.

### 3.2.5 Combiner les potentiels individuels pour mobiliser la compétence collective

L'offre de formation de l'EHPAD de Biscarrosse est déjà conséquente, mais il convient malgré tout d'y prêter attention, car le partage des compétences individuelles participe à la mobilisation de la compétence collective et passe par des formations assurées à l'intérieur et par l'établissement, et l'échange sur des problématiques rencontrées.

#### A) Développer des formations intra-établissement

Pour inciter les professionnels à mettre en commun leurs compétences en vue de les multiplier, il convient de prévoir, dans l'établissement, des formations sur des problématiques internes, tout comme sur la valorisation de l'« *empowerment* ».

##### a) *sur les questions spécifiques*<sup>186</sup>

Les professionnels de l'établissement sont confrontés à des difficultés pour l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment pour les questions liées à la dégénérescence ou à l'accompagnement de la fin de vie. Il convient de recenser les centres d'intérêt des professionnels et de programmer des formations sur ces thèmes en interne à l'établissement, afin d'en faire bénéficier le maximum de professionnels. Cette démarche d'identification des questions à traiter et de propositions de formations correspondantes devra être faite annuellement pour tenter de résorber les questions pouvant poser problème au quotidien et pour encourager l'uniformisation des pratiques. Ces formations seront programmées au cours du troisième trimestre 2019 et proposées à chaque professionnel qui manifeste un intérêt pour les questions abordées.

##### b) *sur le pouvoir d'agir*<sup>187</sup>

Bénéfique pour tous, le développement du pouvoir d'agir ne s'improvise pas. Il faut donc programmer des formations sur ce thème pour inciter les professionnels à adopter ce

---

<sup>186</sup> Cf. Annexe 32 : Fiche action "Développement de formations sur des questions spécifiques"

<sup>187</sup> Cf. Annexe 33 : Fiche action "Formations sur le pouvoir d'agir"

mode de fonctionnement vis-à-vis des personnes accompagnées et d'eux-mêmes. J'envisage de sensibiliser tous les professionnels sur le pouvoir d'agir rapidement et sur un laps de temps réduit à 6 mois, à partir du deuxième semestre 2019. Ce délai peut paraître relever de l'utopie, mais je compte le rendre réalisable par la combinaison de plusieurs facteurs. Ainsi, cette formation peut être négociée pour être réalisée en interne à l'établissement, ce qui permettra de former dans un premier temps une dizaine de personnes, ce qui, en général, présente l'avantage de multiplier les bénéficiaires de formations sur un même thème pour un tarif à peine plus élevé que d'envoyer une seule personne en formation. L'EHPAD de Biscarrosse négocie régulièrement des formations dans ce sens pour accroître les possibilités de formations, ce qui explique le fort taux de formation qu'il affiche. De plus, cette formation existe dans une version qui permet aux professionnels de devenir personnes ressources sur le pouvoir d'agir<sup>188</sup>. Ce mode de fonctionnement rend possible la sensibilisation de tous les professionnels rapidement, puisque les personnes qui se seront portées volontaires seront en mesure de l'assurer sur des temps dédiés de 2 heures avant ou après leur prise effective de poste, permettant de multiplier le déploiement de la sensibilisation sur le pouvoir d'agir pour un coût minimisé.

#### B) Promouvoir la formation en interne

Formateurs interne et valorisation des formations vont aussi donner la possibilité de multiplier les compétences.

##### a) ... des formateurs internes<sup>189</sup>

J'ai à cœur d'amener le maximum de professionnels à être eux-mêmes formateurs, en leur laissant le choix des compétences sur lesquelles ils sont le plus à l'aise pour les transmettre, car je crois cette modalité à même de valoriser leurs compétences et de favoriser leur implication, mais aussi d'offrir à l'établissement l'opportunité de bénéficier de davantage de formations pour les professionnels à un coût moindre. Par conséquent, j'informerai les professionnels que je prioriserai les demandes allant dans ce sens, assises sur un projet pouvant présenter un avantage pour les autres professionnels ou pour l'établissement. Les professionnels ainsi formés seront donc les référents dans leurs domaines de compétences par rapport à leurs collègues. Les compétences professionnelles existent, notamment en informatique, sur les plaies et cicatrises ou encore sur la diététique. Cette action sera menée à compter de début juillet 2019 et s'installera de façon permanente. Des formations internes seront ensuite proposées et programmées à l'attention des professionnels intéressés.

---

<sup>188</sup> Cf. Annexe 34 : Formation AndaDpa "Se former en tant que Personne ressource au DPA PC"

<sup>189</sup> Cf. Annexe 35 : Fiche action "Promotion de formateurs internes"

b) ... et la valorisation des formations<sup>190</sup>

Par ailleurs, toujours à partir du troisième trimestre 2019 et dans la même dynamique, quelle que soit la formation suivie par les professionnels, je souhaite que les professionnels soient invités à partager les acquis théoriques et pratiques liés aux formations qu'ils ont suivies. Ainsi, à l'issue de chaque formation, il sera proposé à chaque professionnel formé de synthétiser les apports retenus pour relayer le contenu de la formation à laquelle il aura participé auprès de ses collègues, à l'aide d'un support écrit. La création d'une base de données commune visible par tous leur permettra d'y chercher matière à s'enrichir. Par cette dynamique de valorisation et de partage, il sera plus aisé de déployer encore davantage les compétences des professionnels et d'impacter leurs conditions de travail. Cette valorisation présentera aussi l'avantage d'amener peu à peu les professionnels à unir leurs compétences individuelles respectives, pour les conjuguer et atteindre un niveau élevé de compétence collective.

C) Animer des groupes d'échanges d'expérience et de savoirs sur des problématiques quotidiennes autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité<sup>191</sup>

La création de groupes d'échanges d'expérience et de savoirs sur les problématiques rencontrées au quotidien va valoriser les multiples compétences individuelles au bénéfice du collectif. Dans une exigence d'efficacité et de continuité de service, au vu des difficultés de remplacement, je souhaite qu'une des thématiques porte sur la distinction des tâches qui relèvent spécifiquement du domaine des soins de celles qui n'en relèvent pas, en se basant sur les fiches métiers des infirmières<sup>192</sup> et des aides-soignants<sup>193</sup>, pour que le besoin en personnel soignant soit minimisé. Il conviendra que ces groupes, constitués par les professionnels intéressés, se réunissent mensuellement à partir du début du mois de juillet 2019 et que les questions traitées fassent l'objet d'une diffusion en amont pour permettre l'inscription des professionnels en fonction de leur intérêt, et en aval pour que tous les professionnels puissent disposer de l'information traitée.

### 3.2.6 Développer l'information à tous les niveaux

Pour développer l'information à tous les niveaux, il est pertinent de repenser le système d'information actuel, pour le rendre plus transversal. Le système informatique actuel oblige à des ressaisies, engendrant perte de temps et accroissement des probabilités d'erreurs. Ainsi, par exemple, les données saisies dans le logiciel de soins sur les entrées et sorties des personnes âgées pourraient être récupérées dans le logiciel de facturation.

---

<sup>190</sup> Cf. Annexe 36 : Fiche action "Valorisation des formations"

<sup>191</sup> Cf. Annexe 37 : Fiche action "Groupe d'échanges d'expériences et de savoirs"

<sup>192</sup> Le Répertoire des Métiers de la FPH, Fiche métier "Infirmier(ère) en soins généraux (IDE)"

<sup>193</sup> Le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche métier "Aide-soignant(e)"

Penser un nouveau système gravitant autour de la personne accompagnée peut être bénéfique pour faire gagner de temps, pour sécuriser l'information, mais aussi pour améliorer la coordination des services. Des logiciels existent sur le marché intégrant tous ces paramètres pour plus d'efficacité. L'investissement financier dans un tel outil d'information peut très rapidement être compensé par les économies réalisées en fonctionnement quotidien, d'autant que l'établissement peut se permettre cet achat, puisque son fonds de roulement d'investissement, largement positif, peut nettement couvrir la dépense. Des groupes de travail réfléchiront sur ce sujet pour définir les critères à prioriser dans la recherche d'un nouveau système d'information durant le troisième trimestre 2019. Cet outil devrait aussi permettre de simplifier la gestion des dossiers des personnes âgées et des transmissions.

A) Vers un dossier unique de l'utilisateur<sup>194</sup>

Pour parfaire la prestation délivrée aux personnes accompagnées, il serait bon de pouvoir disposer d'un dossier unique pour chaque personne, quel que soit le service qui l'accompagne. À ce jour, chaque fois qu'une personne souhaite s'inscrire dans un service, elle doit compléter un dossier différent avec de nombreuses redondances. Or, les démarches administratives sont complexes pour les personnes âgées et la création d'un dossier unique améliorerait leurs parcours. Cet objectif, intégré dans la recherche d'un nouveau système d'information, facilitera aussi le travail interne de l'établissement.

B) Vers une amélioration de la gestion des transmissions<sup>195</sup>

Par un retour et un échange sur les informations importantes pour le suivi du projet de soins des personnes accompagnées, les transmissions permettent d'améliorer la coordination, de faciliter le travail et de progresser sur l'accompagnement. Les informations tracées contribuent à améliorer le suivi des plans de soins personnalisés et des actes à effectuer. Indication du travail fourni par les professionnels, elles permettent de le valoriser et de répondre à leur besoin de reconnaissance. De plus, la mise en évidence de l'activité des services participe au calcul du budget alloué à l'établissement. L'amélioration de la gestion des transmissions présente donc un intérêt pluriel.

### **3.2.7 Évaluer l'adaptation du changement organisationnel au regard de l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées**

L'évaluation du projet d'établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et doit être réalisée annuellement, mais aussi sur une période plus longue.

---

<sup>194</sup> Cf. Annexe 38 : Fiche action "Vers un dossier unique de l'utilisateur"

<sup>195</sup> Cf. Annexe 39 : Fiche action "Vers une amélioration de la gestion des transmissions"

## A) Évaluation annuelle<sup>196</sup>

Il est nécessaire de mesurer la pertinence des choix pour améliorer le parcours de vie, la qualité de vie au travail et l'image de l'établissement, pour les ajuster si besoin.

### a) *La qualité du parcours de vie des personnes accompagnées*

La qualité du parcours de vie des personnes accompagnées pourra être évalué pour le pôle institution par des questionnaires annuels de satisfaction à l'attention des personnes accompagnées et à destination de leurs proches<sup>198</sup>. En ce qui concerne le pôle domicile et l'hébergement temporaire, il est préférable que les personnes accompagnées, tout comme leurs proches, soient interrogées sur leur satisfaction non seulement à quelques semaines de leur entrée dans le dispositif, mais aussi lors de leur sortie, si celle-ci intervient à quelques mois de là. Cette contrainte est liée au fait que les personnes recourant à ces services ont souvent des durées d'accompagnement plus courtes.

Les questionnaires utilisés peuvent être différenciés entre le pôle domicile et le pôle institution pour recenser au mieux les besoins des personnes. J'entends les faire établir par les professionnels, réunis en équipe pluridisciplinaire, mais je souhaite aussi que soient inclus des représentants des personnes âgées et de leurs proches, afin que ces questionnaires soient le plus en adéquation possible avec leurs besoins, et pour les impliquer dans les domaines qui les concernent. Les questionnaires pourront être occasionnellement révisés d'une année sur l'autre, mais seulement à la marge pour pouvoir être comparés. Il est d'autant plus important qu'une régularité soit instaurée dans la recherche de la mesure de la satisfaction des personnes accompagnées et de leurs proches que les efforts entrepris par les équipes pour satisfaire au mieux les attentes des personnes sont perceptibles par le biais de cette évaluation. Elle permet par conséquent de valoriser leur travail, mais aussi de donner un visuel des points sur lesquels doit encore porter leur attention. Or, les professionnels ont besoin de reconnaissance de leur travail et la satisfaction des personnes accompagnées est le gage de leur implication. Si l'évaluation sert de base pour connaître les attendus des personnes, elle possède aussi d'autres atouts. Il est donc important de communiquer autour des retours concernant les enquêtes menées pour que les personnes accompagnées, leurs proches et tous les acteurs soient informés des résultats et visualisent mieux leur utilité.

### b) *La qualité de vie au travail*

De la QVT dépend la qualité de la prestation. Il conviendra de faire régulièrement des évaluations pour s'assurer que la démarche réponde toujours aux besoins des

---

<sup>196</sup> Cf. Annexe 40 : Fiche action "Évaluation du projet d'établissement"

<sup>198</sup> Cf. Annexe 41 : Ebauche du questionnaire pour évaluer le ressenti sur le parcours de vie

professionnels et aux attendus de l'établissement. Il faudra donc veiller à évaluer régulièrement la QVT, en faisant circuler annuellement des questionnaires de satisfaction, afin de suivre et d'analyser les points positifs et les axes d'amélioration restant encore à travailler. Je solliciterai les instances représentatives des professionnels et tous les professionnels volontaires et je leur donnerai les moyens de se réunir une fois par an durant 2 heures en octobre pour adapter le questionnaire existant à leurs préoccupations. Les indicateurs de ressources humaines, notamment les taux de turn-over et d'absentéisme, devraient aussi témoigner de l'évolution, positive ou négative, de la QVT.

*c) La perception de l'établissement en interne et en externe*

Il est difficile d'avoir une évaluation de l'image de l'établissement, car solliciter les partenaires par des questionnaires est complexe à mettre en œuvre. Cependant, certaines de ces personnes, comme les bénévoles, les intervenants internes ou les stagiaires, peuvent être interrogés sur leurs ressentis. Par ailleurs, des retours seront toujours donnés par les autorités et par les intervenants, et j'entends y accorder intérêt, car la perception extérieure de l'établissement rejaillit à l'intérieur de celui-ci et impacte la considération accordée aux personnes qui y œuvrent ou y ont recours.

*d) Ajustement des pratiques en fonction des résultats évaluatifs*

Ces évaluations doivent servir à ajuster les pratiques des professionnels, en commençant par les responsables, car il va sans dire que leurs agissements sont à la base de l'exemplarité donnée. Il faut que chacun considère que les erreurs sont permises, qu'il faut essayer et tâtonner avant de connaître la meilleure solution à adopter. D'ailleurs, la meilleure solution à un moment donné ne le restera pas forcément à long terme, car l'environnement évolue, les personnes changent, tout comme les professionnels. Si bien que les transformations doivent être perpétuelles pour être adaptées à chaque situation. L'objectif final étant de tendre le plus possible vers un ajustement au cas par cas pour chaque personne âgée accompagnée, il est évident que les professionnels n'ont pas fini d'adapter leurs comportements en fonction des résultats évaluatifs pour être les plus en adéquation avec les choix de parcours de vie des personnes âgées.

**B) Évaluation tous les 5 ans**

Toute démarche projet doit favoriser une amélioration continue de la qualité. Elle doit s'appuyer sur l'évaluation des besoins des personnes accompagnées pour adapter le fonctionnement de l'établissement à ces besoins. L'évaluation doit également permettre de vérifier la correspondance des prestations offertes au regard des orientations politiques du moment. Elle est le temps de l'appréciation objective des actions mises en œuvre, de la réflexion sur les tensions à amoindrir et de l'interrogation de l'organisation interne. Elle doit donc se baser sur des indicateurs précis et mesurables pour permettre la

fixation de nouveaux objectifs stratégiques adaptés à l'amélioration de la prestation délivrée. L'objectivité ne peut être dissociée de ces mesures, mais elle ne peut être atteinte non plus sans l'association des différents acteurs à cette évaluation. Il est par conséquent capital de la penser de façon participative, et il est tout aussi primordial de réaliser régulièrement une évaluation interne sur une période plus étendue que l'année pour disposer d'une vision plus large des importunités et opportunités du projet, pour mesurer les évolutions réalisées et pour répondre aux obligations légales<sup>199</sup>. Cette évaluation se substituera tous les 5 ans à l'évaluation interne annuelle. Ce retour sur situation sur une période plus longue, qui s'appuie sur les objectifs fixés dans le projet d'établissement, va permettre de mieux percevoir la progression réalisée et de mieux appréhender les orientations à prendre sur une plus longue échéance. Cette démarche évaluative, menée de manière régulière, va permettre d'ancrer l'établissement dans une recherche permanente d'amélioration de l'offre proposée aux personnes âgées.

### **3.3 Conclusion de la 3<sup>e</sup> partie**

Communication, objectivité, équité, évaluation et sincérité doivent être les maîtres mots de la démarche de pilotage du changement organisationnel de l'EHPAD de Biscarrosse pour mobiliser la compétence collective au service de l'amélioration de la prestation offerte aux personnes âgées<sup>200</sup>. La réorganisation interne va asseoir les missions de chacun des professionnels, valoriser leurs compétences et faciliter leurs conditions de travail. Ils disposeront ainsi de nouvelles ressources pour se concentrer sur le bien-être qu'ils ont choisi et qu'ils ont mission de dispenser, pour laquelle je les sais investis grâce à la vocation qui les a conduits à intégrer leur métier et cet établissement. Le projet partagé va offrir la possibilité aux professionnels de se remobiliser autour du parcours de vie, en donnant un sens à leur action. Il va favoriser les échanges, conduire vers une meilleure appréhension de leur vie professionnelle et multiplier les possibilités d'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées.

---

<sup>199</sup> Article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles

<sup>200</sup> Cf. Annexe 42 : Diagramme de Gantt du pilotage du changement organisationnel de l'EHPAD de Biscarrosse

## Conclusion

L'EHPAD de Biscarrosse, comme de nombreux autres EHPAD, connaît des difficultés internes se répercutant sur la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes âgées. Quelles que soient les complications, la mission première de tout établissement, à savoir cet accompagnement pour l'EHPAD de Biscarrosse, devrait systématiquement être mis en avant au lieu d'être dilué au gré des différentes problématiques rencontrées.

Dans cette démarche, il ne faut pas oublier que le sens met en valeur la gestion de l'activité, la valorisation sécurise le professionnel, la sécurité lui procure du plaisir, la satisfaction apporte confiance en soi, puis dans l'autre, lesquelles influent sur le travail d'équipe, générateur de mobilisation. Les besoins des professionnels ainsi satisfaits leur permettent de mieux être à même de satisfaire les besoins des personnes dont ils doivent prendre soin. Cette spirale vertueuse va donner les moyens à chaque professionnel de se conforter dans son expertise et sa compétence individuelle et, ainsi, offrir la possibilité à l'établissement de disposer des outils pour développer la compétence collective.

L'enjeu du pilotage d'un changement organisationnel par le développement des compétences collectives est grand, puisqu'il s'agit d'un levier pour agir sur le bien-être des professionnels, mais aussi et surtout sur celui des personnes accompagnées. Se situer dans un contexte plus vaste que celui des obstacles ou déboires de l'établissement, tant dans les dimensions spatiales que temporelles, est certainement la solution aux crises que les établissements sont amenés à traverser. C'est peut-être vers ce changement de mode de pensée et de fonctionnement qu'il faut se diriger.

Pascal Picq est d'avis qu'il faut "*S'adapter et innover pour survivre*"<sup>201</sup>, et prône par conséquent une orientation d'une "*culture lamarckienne*" à la française, basée sur la conformité, vers une "*culture darwinienne*", s'ancrant sur le concept de l'essai/erreur<sup>202</sup>. En s'accordant le droit à l'erreur, en considérant les différents acteurs comme des collaborateurs, en modifiant notre vision sur le changement et en ouvrant notre approche spatio-temporelle, l'adaptation et l'innovation sont facilitées<sup>203</sup>.

Concevoir des projets fait partie de notre spécificité humaine et défier l'adversité est notre nature, puisque "*notre espèce Homo sapiens se distingue comme le seul mammifère capable de se donner des visions du monde et des projets qui le portent à accomplir ce*

---

<sup>201</sup> PICQ Pascal, Un paléanthropologue dans l'entreprise : S'adapter et innover pour survivre, Eyrolles, 2011, titre

<sup>202</sup> Ibid., p. 139

<sup>203</sup> Ibid., p 249

*qu'aucune espèce n'a jamais été capable de réaliser : défier l'inconnu. Telle est l'entreprise humaine : pour le pire avec la sixième extinction et le réchauffement climatique ; pour le meilleur si « notre avenir à tous » s'entend avec un « tous » ouvert à la diversité des cultures humaines et des autres espèces. Pour moi, c'est cela, l'hominisation*<sup>204</sup>. Si l'auteur intègre toutes les cultures et espèces dans sa *“théorie de l'évolution au secours de la crise entrepreneuriale et économique”*<sup>205</sup>, il est peu probable qu'il en exclut une partie, aussi infime soit-elle. Les personnes âgées font également partie du paysage de notre société et méritent toutes autant notre considération que notre investissement.

Se lancer dans un projet, quelle que soit son envergure, demande d'être prêt à braver une multitude de risques. Essentiellement celui d'être déçu parce que les objectifs fixés ne sont pas atteints ou ne sont pas conformes à la représentation que l'on s'en était faite. Mais ne pas faire de projet est pire, car, en plus de mener à l'immobilisme, si effectivement aucun risque n'est pris, celui que procure la satisfaction d'un projet finalisé est aussi écarté. Dans l'action de se projeter, maints échecs seront à affronter et maintes déceptions essuyées. Mais, au cœur de ces bouleversements, des possibilités de réussite existent. Oser se projeter ouvre les portes du réalisable. Oser se projeter est synonyme d'oser croire, d'oser s'engager, d'oser espérer, et donc d'oser vivre.

En conclusion, je suis d'avis que bien-être et bonheur vont de pair. Je citerai donc Voltaire, en disant que *“Le bonheur est souvent la seule chose qu'on puisse donner sans l'avoir et c'est en le donnant qu'on l'acquiert”*. Le projet de dispenser du bien-être, voire des moments de bonheur, apparaît finalement être une réponse globale potentielle aux injonctions paradoxales actuelles auxquelles sont confrontées les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

---

<sup>204</sup> Ibid., p. 256

<sup>205</sup> Ibid., 4° de couverture

---

# Bibliographie

---

Nota bene : Les ouvrages et thèses uniquement consultés sont suivis d'un astérisque.

## **Ouvrages et thèses :**

- ANZIEU Didier et MARTIN Jacques Yves, La dynamique des groupes restreints, Presses Universitaires de France – PUF, Quadrige Manuels, Collection Le Psychologue, Paris, 2e édition, 2013\*
- BERNOUX Philippe, La Sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques, Éditions Points, Paris, 2014\*
- BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, PUF, Paris, 1990\*
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, "L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective", Editions du Seuil, 1977
- GREVIN Anouk, Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnite", Gestion et management, Université de Nantes, 2011. HAL Id: tel-00683586, [consulté le 23/01/2018], disponible sur Internet : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683586>
- LE BOTERF Guy, Construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'Organisation, Paris, 2000, 2ème édition\*
- LOUBAT Jean-René, Penser le management en action sociale et médico-sociale. Dunod, « Santé Social », 2014\*
- MINTZBERG Henry, Structure et dynamique des organisations, Éditions d'Organisation, Paris, 1982
- MIRAMON Jean-Marie, Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux, Presses de l'EHESP, Rennes, 2009, 3° édition\*
- PICQ Pascal, Un paléoanthropologue dans l'entreprise : S'adapter et innover pour survivre, Eyrolles, 2011
- SAINSAULIEU Renaud, "Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement", Edition Presses de Science Po et Dalloz, 1995

## **Articles législatifs et réglementaires :**

- Assemblée nationale des Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 décembre 2011, 66/127. Suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement
- Code de l'action sociale et des familles, Partie réglementaire, Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services
- Loi du 14 juillet 1905 relative aux vieillards, aux infirmes et aux incurables
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n°92-158 du 20 février 1992 complétant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et fixant les prescriptions particulières d'hygiène et de sécurité applicables aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure
- Arrêté du 19 mars 1993 fixant, en application de l'article R. 4512-7 du code du travail, la liste des travaux dangereux pour lesquels il est établi par écrit un plan de prévention
- Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), dite loi HPST
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV
- Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées
- Article L4612-16 du Code du Travail
- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, p. 266, Annexe II, Diplôme d'État d'Infirmier, Référentiel de compétences

### **Plans, chartes, projet régional et schéma départemental :**

- “Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée”, Projet EUSTaCEA, avec le soutien du programme Daphne III, Guide d’accompagnement, novembre 2010
- Conseil Général des Landes, “Schéma Landais en faveur des personnes vulnérables 2014/2020”
- Fondation Nationale de Gérontologie, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, “Charte des droits et libertés de la personne en situation de handicap ou de dépendance”
- Ministère de l’Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Ministère de la Famille et de l’Enfance, Direction générale de l’Action Sociale, “Charte des droits et libertés de la personne accueillie”
- Ministère de l’Éducation Nationale, de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, “Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014 – 2019”
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, “Plan National d’Action de Prévention de la Perte d’Autonomie”, septembre 2015
- Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028 - ARS Nouvelle-Aquitaine

### **Dossiers et rapports :**

- Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, Appel à candidature pour la mise en place d’une Stratégie Qualité Vie au Travail - travaillée entre plusieurs établissements (EHPAD-SSIAD-SPASAD) dans le cadre d’un projet territorial, Appel à candidature - Mise en place d’une Stratégie Qualité Vie au Travail - Cahier des charges
- Cour des comptes, Chambres régionales & territoriales des comptes, Rapport public thématique, “Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d’autonomie - Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler”
- Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie (CNSA), Dossier technique, Octobre 2011, “État des lieux et préconisations sur l’hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées”
- Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie (CNSA), “La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD”, Novembre 2017
- COQUELET A., Fondation Médéric Alzheimer, Dossier thématique : “Le droit et la maladie d’Alzheimer”, avril 2015
- Comité Consultatif National d’Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), Avis n° 128 (15 février 2018), Enjeux éthiques du vieillissement, “Quel sens à la

concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?”

- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État, Études et Résultats, “Les services de soins infirmiers à domicile en 2008”, N° 739, septembre 2010
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère du Travail et de la Solidarité, Études et Résultats, “La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale”, N° 74, juillet 2000
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Direction Régionale (DR) Insee Poitou-Charentes, “Les Landes en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes”
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), INSEE Première, “Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050”, N°1089, paru le 07/07/2006
- KPMG, Observatoire des EHPAD, Avril 2014
- Ministère de l'action et des comptes publics, Faits et Chiffres, Chiffres clés 2017 du rapport annuel sur l'état de la fonction publique
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), “Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2012 des établissements et services médicosociaux – Année 2012”, Septembre 2013
- Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), DARES analyses, N° 021, mars 2017, “Les contrats aidés : quels objectifs, quel bilan ?”
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme, Dossier de presse : Grand âge et autonomie
- MULLER M., Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Etudes et Recherches, “728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015”, juillet 2017
- PARDINI B., Rapport d'étude, défi métiers, Le carif-oref francilien, Ensemble, pour l'Emploi Formation, région Île-de-France “Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale”, novembre 2013,
- Rapport d'information de Bernard Bonne fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), mars 2018 - Bibliothèque des rapports publics, La documentation française

- Rapport d'information des députées Monique Iborra et Caroline Fiat sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mars 2018, Bibliothèque des rapports publics, La Documentation française
- Rapport "Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées", Collection Avis et Rapports, Décembre 2017
- RÉGNIER V., Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), INSEE, Analyses Nouvelle-Aquitaine, N°11, paru le 03/03/2016, "Les Landes à grands traits"

### **Revue, journaux et dossiers de presse :**

- Article du Journal Sud-Ouest "Dax : la première pierre du village Alzheimer est posée", Publié le 04/06/2018
- BÉGUIN François, Article du journal Le Monde, "Le nombre de candidats aux écoles d'aides-soignants en baisse", 11/05/2018
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dossier de presse, conseil du 5 juillet 2016
- CAVALLI Stefano, "Modèle de parcours de vie et individualisation", *Gérontologie et société*, 2007/4 (vol. 30 / n° 123), p. 55-69 ; DOI : 10.3917/g.s.123.0055, [consulté le 01/07/2018], disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-55.htm>
- DONNIO Isabelle, "L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes", *Gérontologie et société*, vol. 28 / 112, (1), 2005, 73-92. Doi : 10.3917/g.s.112.0073, [consulté le 25/06/2018], disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-73.htm>
- La Lettre CNSA, La Lettre d'information de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, N°24, Septembre 2013, Dossier "Promouvoir la continuité des parcours de vie"
- LESPEZ V., Journaliste, Gerontonews.com, article "Hébergement pour personnes âgées : un taux d'encadrement en hausse", publié le 18/09/2017
- MOULAERT Thibault & POUSSOU-PLESSE Marielle, Résistance(s) et vieillissement(s), Des rails au courant alternatif, La vieillesse dialectisée par un ingénieur dévié..., Entretien avec Bernard Ennuyer, *Émulations*, revue de sciences sociales, Numéro 13
- PAQUIN Jean-Paul, LE MÉHAUTÉ Alain, KOPLYAY Tamás et al., "L'alignement de projets sur la stratégie d'organisation. Une démarche systémique", *La Revue des Sciences de Gestion*, 2006/2 (n°218). DOI : 10.3917/rsg.218.0087, [consulté le 24/01/2018], disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2006-2-page-87.htm> et

[https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=RSG\\_218\\_0087](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RSG_218_0087)

- PICARD Ghislaine, “Des applications et des témoignages, ... dans le secteur médico-social”, “Médiation cognitive et Management d’équipe dans le secteur médico-social”, Les cahiers de l’actif, N°328/329, 2003
- ROUX Marie-Agnès, “Promouvoir la place de l’usager”, “D’une vision mécaniste des professions du social vers un accompagnement moderniste et politique du citoyen”, Les cahiers de l’actif, N°318/319, 2002
- VALLERIE Bernard, LE BOSSE Yann, “Le développement du pouvoir d’agir (*empowerment*) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement”, Les Sciences de l’éducation - Pour l’Ère nouvelle, vol. 39, n°3, 2006, pp. 87-100

### **Guides, recommandations de bonnes pratiques et outils :**

- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile”
- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Concilier vie en collectivité et personnalisation de l’accueil et de l’accompagnement”
- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Elaboration, rédaction et animation du projet d’établissement ou de service”
- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre”
- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux”
- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Les attentes de la personne et le projet personnalisé”
- Agence Nationale de l’Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, “Mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées”

- Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance"
- Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, "Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad"
- Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, "Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"
- Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH), Guide ANFH, Mode d'emploi
- Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Quelques recommandations, "Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes", Octobre 2007
- Document Unique de Délégation de l'I.A.D.E.S. validé par le Conseil d'Administration en date du 18-12-2014
- Fédération de l'Hospitalisation Privée F.H.P. – Direction des Ressources Documentaires, Liste des sigles et acronymes, 16 avril 2012
- Groupe Bientraitance Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP) – Haute Autorité de Santé (HAS), Le déploiement de la bientraitance, Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD
- Haute Autorité de Santé (HAS), Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)- Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, septembre 2017
- Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Construire ses outils RH, La fiche de fonction, Synthèse de la fiche développée jointe, Janvier 2010
- Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Construire ses outils RH, La fiche de fonction, Décembre 2009
- Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Construire ses outils RH, Le document unique de délégation, Synthèse de la fiche développée jointe

- Uniopss - GRHAF – Uriopss Bretagne, Le document unique de délégation, Décembre 2009

### **Sites internet :**

- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), site Data.Drees, Etudes et statistiques, Rapports publics / Etablissements de santé, sociaux et médico-sociaux / L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) / Edition 2015, [consulté le 17/12/2017], disponible sur Internet :  
[http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,432,587](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,432,587)
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), INSEE Références, Tableaux de l'Économie Française, Édition 2014, [consulté le 20/12/2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Statistiques, Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2015, Comparaisons régionales et départementales, Chiffres clés, Paru le : 15/12/2017, [consulté le 12/09/2018], disponible sur Internet :  
[https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#graphique-TCRD\\_067\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#graphique-TCRD_067_tab1_departements)
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Statistiques locales, [consulté le 07/07/2018], disponible sur Internet : [https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-948394,6661347,2388911,1619645&c=indicator&i=rp.pt\\_age65p&s=2015&view=map2](https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-948394,6661347,2388911,1619645&c=indicator&i=rp.pt_age65p&s=2015&view=map2)
- Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne, Dictionnaires de français, [consulté le 26/07/2018], disponible sur Internet :  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche métier “Aide-soignant(e)”, disponible sur Internet :  
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=19>
- Le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche métier “Cadre soignant de pôle”, [consulté le 14/07/2018], disponible sur Internet :  
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=26>
- Le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche métier “Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales”, [consulté le 14/07/2018], disponible sur Internet :  
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>

- Le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche métier “Infirmier(ère) en soins généraux (IDE)”, [consulté le 23/07/2018], disponible sur Internet :  
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=2>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Pour les personnes âgées : Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), Publié le : 12 janvier 2015, Mis à jour le : 17 avril 2018, [consulté le 09/09/2018], disponible sur Internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Centre des médias, Principaux repères, Détail, Vieillesse et santé, [consulté le 08/07/2018], disponible sur Internet :  
<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Thèmes de santé, Vieillesse et qualité de la vie, Vieillesse et parcours de vie, Lutter contre les stéréotypes qui touchent la vieillesse, [consulté le 08/07/2018], disponible sur Internet :  
<http://www.who.int/ageing/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Centre des médias, Détail, “Augmentation de la maltraitance des personnes âgées : 1 personne sur 6 est touchée”, [consulté le 08/07/2018], disponible sur Internet : <http://www.who.int/fr/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>

#### **Documents internes à l'établissement :**

- Comptes-rendus d'instances de l'EHPAD de Biscarrosse
- Enquête de satisfaction du personnel 2016
- Fédération Hospitalière de France (FHF), Aquitaine Limousin Poitou-Charentes, “Enquête sur les pratiques des Conseils départementaux de la région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes, Niveau régional, Tous établissements confondus, (autonomes et rattachés)”
- Logiciels de soins et de gestion interne
- Projets d'établissements de l'EHPAD de Biscarrosse 2008-2013 et 2015-2019
- Rapports d'activité 2015 et 2017 de l'EHPAD de Biscarrosse
- ViaTrajectoire, outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires ou en structure médico-sociales



---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1</b>	<b>Grille AGGIR .....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>Mesure de la dépendance à l'EHPAD de Biscarrosse .....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Outil PATHOS .....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>Offre d'accompagnement et d'hébergement de l'EHPAD de Biscarrosse.....</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>Modalités d'accompagnement de l'EHPAD de Biscarrosse en nombre de places.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Annexe 6</b>	<b>Modalités d'accompagnement des structures d'accueil pour personnes âgées en nombre de places.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Annexe 7</b>	<b>L'absentéisme de l'EHPAD de Biscarrosse.....</b>	<b>IX</b>
<b>Annexe 8</b>	<b>Évolution du GMP et du PMP de l'EHPAD de Biscarrosse comparée aux données nationales.....</b>	<b>X</b>
<b>Annexe 9</b>	<b>Résultats de l'enquête de satisfaction du personnel 2016.....</b>	<b>XI</b>
<b>Annexe 10</b>	<b>Arborescence du pilotage du changement organisationnel .....</b>	<b>XIII</b>
<b>Annexe 11</b>	<b>Diagramme de Gantt synthétique de la mise en œuvre du pilotage organisationnel .....</b>	<b>XIV</b>
<b>Annexe 12</b>	<b>Fiche action "Partage du diagnostic externe du projet d'établissement" .....</b>	<b>XV</b>
<b>Annexe 13</b>	<b>Fiche action "Mise en place d'un cadre participatif pour l'actualisation du projet d'établissement" .....</b>	<b>XV</b>
<b>Annexe 14</b>	<b>Fiche action "Rédaction de l'actualisation du projet d'établissement" ..</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe 15</b>	<b>Fiche action "Communication sur le projet d'établissement" .....</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe 16</b>	<b>Fiche action "Renforcement la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé" .....</b>	<b>XVII</b>
<b>Annexe 17</b>	<b>Fiche action "Renforcement de l'ajustement mutuel par la responsabilisation des coordonnateurs" .....</b>	<b>XVII</b>
<b>Annexe 18</b>	<b>Fiche action "Renforcement du centrage des pratiques avec les personnes accompagnées" .....</b>	<b>XVIII</b>
<b>Annexe 19</b>	<b>Fiche action "Mise en place d'un document unique de délégations" ...</b>	<b>XVIII</b>
<b>Annexe 20</b>	<b>Fiche action "Mise en place de sous-documents uniques de délégations" .....</b>	<b>XIX</b>
<b>Annexe 21</b>	<b>Base de travail du "Sous-document unique de délégations" .....</b>	<b>XIX</b>
<b>Annexe 22</b>	<b>Fiche action "Mise en place de fiches de fonctions".....</b>	<b>XX</b>

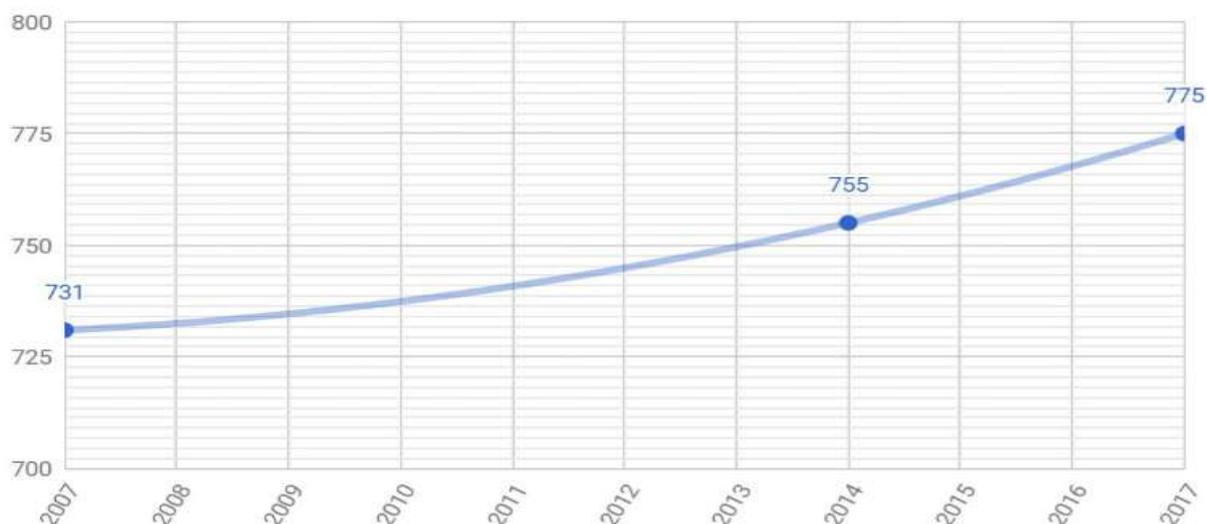
<b>Annexe 23</b>	<b>Fiche action “Groupes d’analyse des pratiques”</b> .....	<b>XX</b>
<b>Annexe 24</b>	<b>Fiche action “Commission éthique”</b> .....	<b>XXI</b>
<b>Annexe 25</b>	<b>Fiche action “Groupe de suivi du projet d’établissement”</b> .....	<b>XXI</b>
<b>Annexe 26</b>	<b>Fiche action “Animation des fiches-actions du projet d’établissement”</b> .....	<b>XXII</b>
<b>Annexe 27</b>	<b>Fiche action “Coordination : Les transmissions et leurs outils”</b> .....	<b>XXII</b>
<b>Annexe 28</b>	<b>Fiche action “Coordination du comité de direction”</b> .....	<b>XXIII</b>
<b>Annexe 29</b>	<b>Fiche action “Coordination du comité stratégique”</b> .....	<b>XXIII</b>
<b>Annexe 30</b>	<b>Fiche action “Outils pour la qualité de vie au travail”</b> .....	<b>XXIV</b>
<b>Annexe 31</b>	<b>Fiche action “Entretiens professionnels”</b> .....	<b>XXIV</b>
<b>Annexe 32</b>	<b>Fiche action “Développement de formations sur des questions spécifiques à l’établissement”</b> .....	<b>XXV</b>
<b>Annexe 33</b>	<b>Fiche action “Formations sur le pouvoir d’agir”</b> .....	<b>XXV</b>
<b>Annexe 34</b>	<b>Formation AndaDpa “Se former en tant que Personne ressource au DPA PC”</b> .....	<b>XXVI</b>
<b>Annexe 35</b>	<b>Fiche action “Promotion de formateurs internes”</b> .....	<b>XXVII</b>
<b>Annexe 36</b>	<b>Fiche action “Valorisation des formations”</b> .....	<b>XXVII</b>
<b>Annexe 37</b>	<b>Fiche action “Groupe d’échanges d’expériences et de savoirs”</b> .....	<b>XXVIII</b>
<b>Annexe 38</b>	<b>Fiche action “Vers un dossier unique de l’usager”</b> .....	<b>XXVIII</b>
<b>Annexe 39</b>	<b>Fiche action “Vers une amélioration de la gestion des transmissions”</b> .....	<b>XXIX</b>
<b>Annexe 40</b>	<b>Fiche action “Évaluation du projet d’établissement”</b> .....	<b>XXIX</b>
<b>Annexe 41</b>	<b>Ebauche du questionnaire pour évaluer le ressenti sur le parcours de vie</b> .....	<b>XXX</b>
<b>Annexe 42</b>	<b>Diagramme de Gantt du pilotage du changement organisationnel de l’EHPAD de Biscarrosse</b> .....	<b>XXXI</b>



## Annexe 2 : Mesure de la dépendance à l'EHPAD de Biscarrosse

A l'EHPAD de Biscarrosse, la dépendance tend à s'accroître au fil des ans. Ainsi, le GMP, égal à 731 en 2007<sup>206</sup>, est passé à 755 en 2014<sup>207</sup>, pour atteindre 775 en 2017<sup>208</sup>.

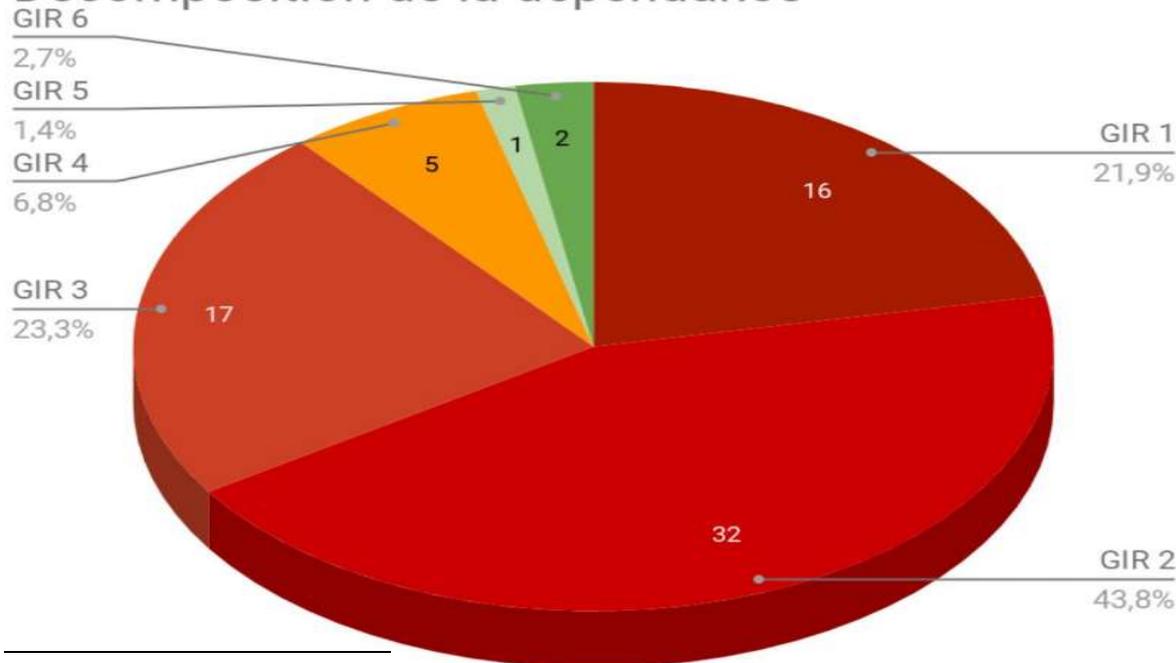
### Evolution du GMP



La dépendance des personnes résidant à l'EHPAD de Biscarrosse se décompose comme suit : 16 GIR 1, 32 GIR 2, 17 GIR 3, 5 GIR 4, 1 GIR 5 et 2 GIR 6<sup>209</sup>.

Ainsi, presque 66 % des résidents ont une dépendance de niveau GIR 1 & 2, et sont donc en très grande dépendance, et 30 % sont en GIR 3 & 4, et sont donc relativement dépendants.

### Décomposition de la dépendance



<sup>206</sup> Projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse 2008-2013, p. 3

<sup>207</sup> Projet d'établissement de l'EHPAD de Biscarrosse 2005-2019, p. 13

<sup>208</sup> Logiciel de soins interne de l'établissement, donnée recueillie le 31 décembre 2017

<sup>209</sup> Ibid.

### Annexe 3 : Outil PATHOS



Version 3 - 2003

## FICHE INDIVIDUELLE

### Annexe 2 :

#### IDENTIFICATION

NOM : .....

Prénom : .....

Échelon local

Étude

Numéro

Définis par le système informatique

**PATHOLOGIES** Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - *une seule* - du profil correspondant à cet état pathologique

#### ÉTATS PATHOLOGIQUES

#### PROFILS

##### Affections cardio-vasculaires

- 01 Insuffisance cardiaque
- 02 Coronaropathie
- 03 Hypertension artérielle
- 04 Troubles du rythme
- 05 Phlébites
- 06 Embolie et thrombose artérielle, amputation
- 07 Artériopathies chroniques
- 08 Hypotension orthostatique

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Affections neuro-psychiatriques

- 09 Malaises, vertiges, P d C, chutes
- 10 Accidents vasculaires cérébraux
- 11 Comitialité focale et généralisée
- 12 Syndrome parkinsonien
- 13 Syndrome confusionnel aigu

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

- 14 Troubles chroniques du comportement
- 15 Etats dépressifs
- 16 Etats anxieux
- 17 Psychose, délires, hallucinations
- 18 Syndrome démentiel

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Affections broncho-pulmonaires

- 19 Broncho-pleuro-pneumopathies
- 20 Insuffisance respiratoire
- 21 Embolies pulmonaires

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

### Pathologies infectieuses

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22 Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
23 Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
24 Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Affections dermatologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25 Escarres								<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
26 Autres lésions cutanées								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

### Affections ostéo-articulaires

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27 Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Affections gastro-entérologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32 Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Dénutrition		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Affections endocriniennes

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36 Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
37 Dysthyroïdie		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38 Troubles de l'hydratation		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

### Affections uro-néphrologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39 Rétention urinaire		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
40 Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Autres domaines

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42 Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée									<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Etat grabataire et troubles de la marche					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
48 Etat terminal										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
49 Autres pathologies	<input type="checkbox"/>											

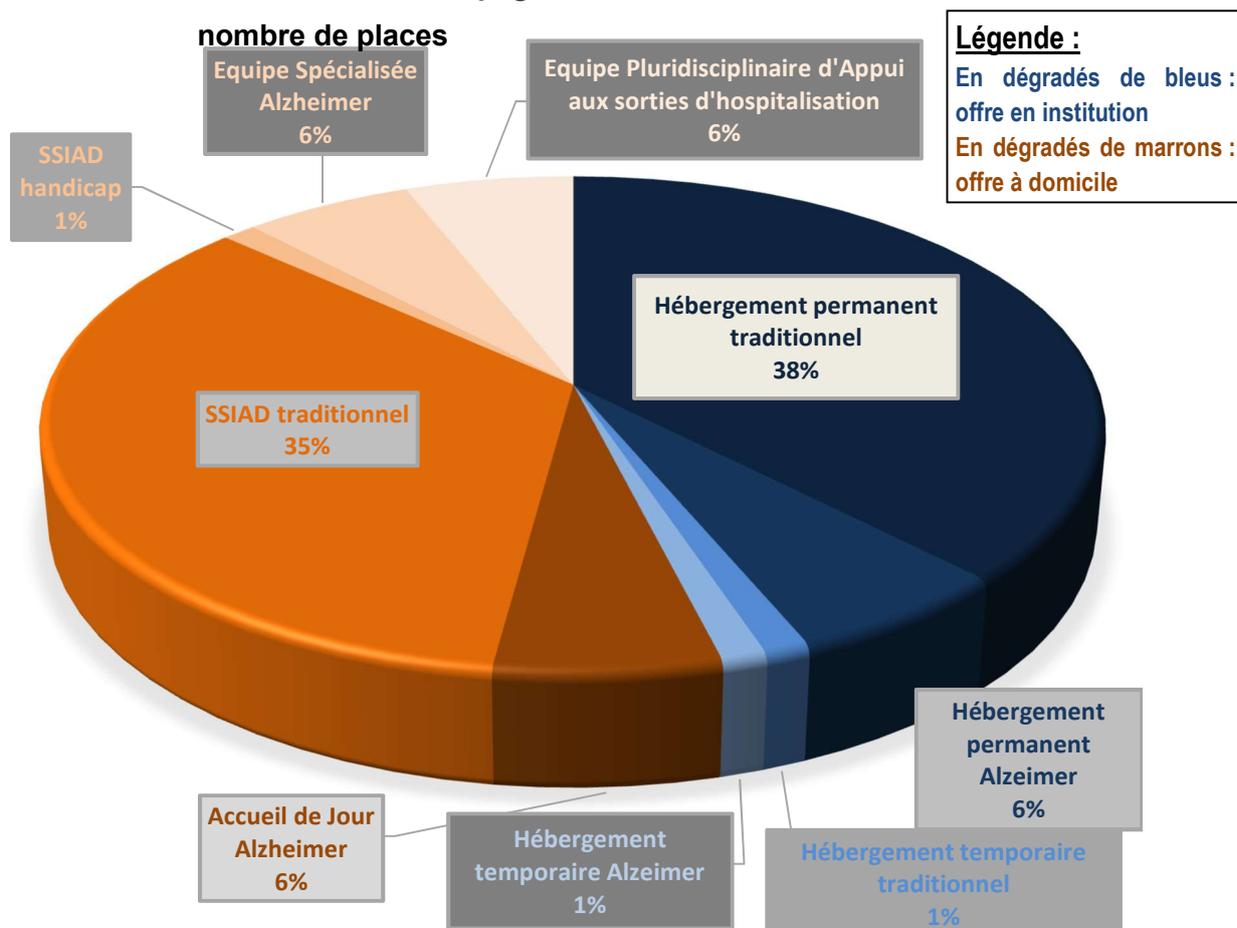
En clair .....

50 Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------

**Annexe 4 : Offre d'accompagnement et d'hébergement de l'EHPAD de Biscarrosse**

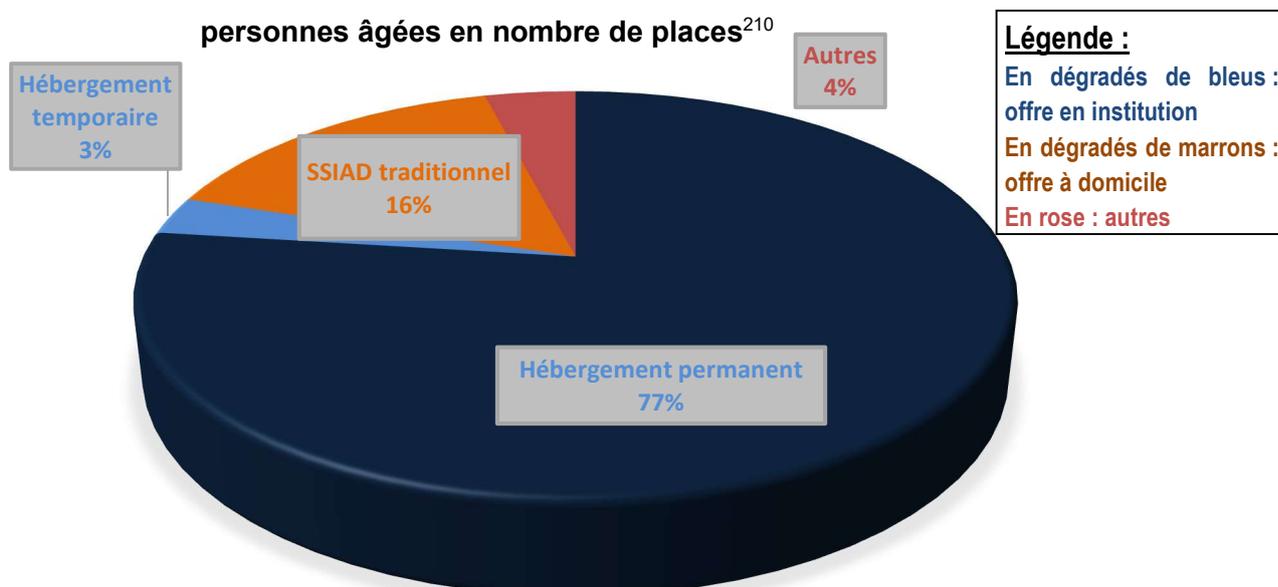
L'EHPAD de Biscarrosse	Pôles	Offre d'accompagnement et d'hébergement à destination des personnes âgées	Offre d'accompagnement et d'hébergement à destination des personnes âgées atteintes d'une pathologie apparentée à la maladie d'Alzheimer
Du domicile vers l'institution	Pôle Domicile de 90 places	Équipe Pluridisciplinaire d'Appui (EPA) aux sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées de 10 places, pour éviter les réhospitalisations, démarrée en 2014	Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA) de 10 places pour l'adaptation des conditions de vie des personnes atteintes d'une pathologie apparentée à la maladie d'Alzheimer, constituée en 2012
		Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), en cours de création et pour lequel un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été signé en 2017 par le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) des Grands Lacs et l'EHPAD de Biscarrosse	
		Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du pays de Born de 60 places, dont 2 pour les personnes en situation de handicap, créé en 1994	Plate-forme de répit (PFR) pour le soutien des aidants de personnes atteintes d'une pathologie apparentée à la maladie d'Alzheimer, créée en 2012
		Accueil familial, autorisé en 2014, mais non mis en œuvre après le changement de direction ayant eu lieu, pour insuffisance de moyens octroyés	Accueil de Jour Alzheimer (AJA) de 10 places, pour le maintien de la sociabilisation des personnes atteintes d'une pathologie apparentée à la maladie d'Alzheimer, ouvert en 2010
	Pôle Institution de 77 lits	Hébergement temporaire traditionnel de 2 places, pour apporter une solution de répit aux aidants de personnes âgées	Hébergement temporaire Alzheimer de 2 places, pour apporter une solution de répit aux aidants de personnes atteintes d'une pathologie apparentée à la maladie d'Alzheimer
Hébergement permanent traditionnel de 63 places		Hébergement permanent Alzheimer de 10 places	
Total	EHPAD de Biscarrosse comprenant 167 lits et places	Accueil, soutien et accompagnement des personnes âgées : 135 lits et places	Accueil, soutien et accompagnement avec une spécialisation sur les pathologies apparentées à la maladie d'Alzheimer : 32 lits et places

**Annexe 5 : Modalités d'accompagnement de l'EHPAD de Biscarrosse en nombre de places**



L'EHPAD de Biscarrosse dispose d'une offre variée essentiellement orientée domicile.

**Annexe 6 : Modalités d'accompagnement des structures d'accueil pour personnes âgées en nombre de places<sup>210</sup>**

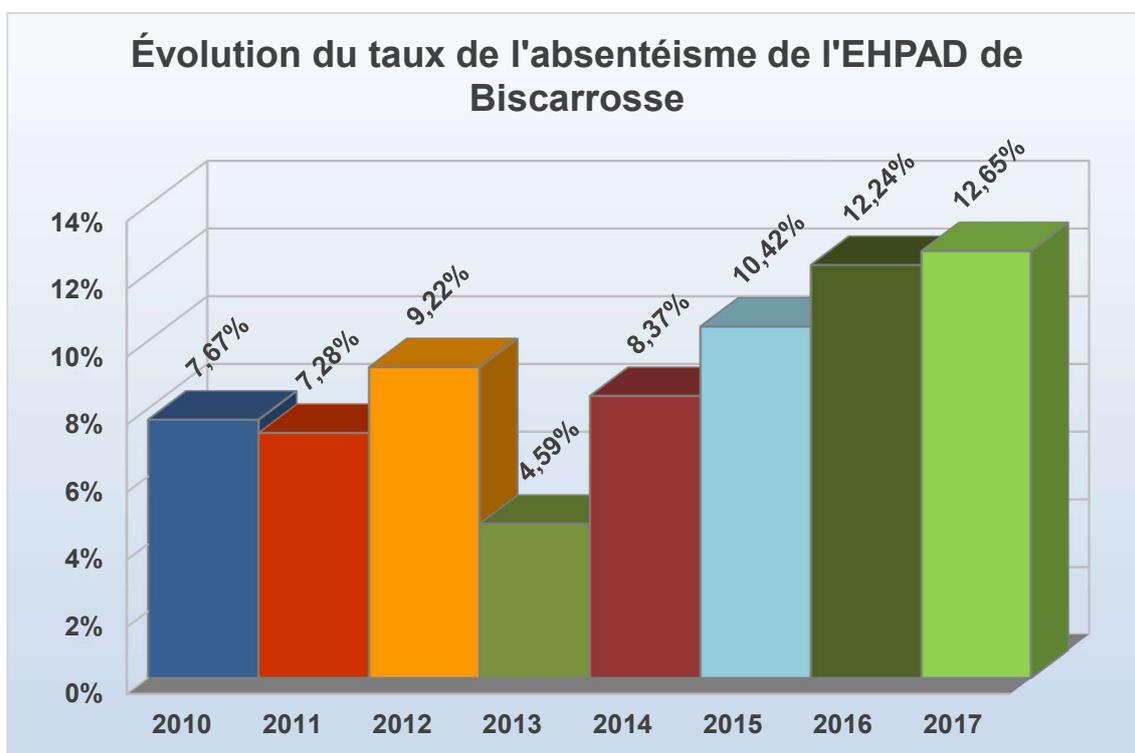


Comparativement, l'offre de services nationale est moins diversifiée et nettement plus institutionnalisée.

<sup>210</sup> CNSA, "La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire PEC résidents en EHPAD", p. 16

## Annexe 7 : L'absentéisme de l'EHPAD de Biscarrosse

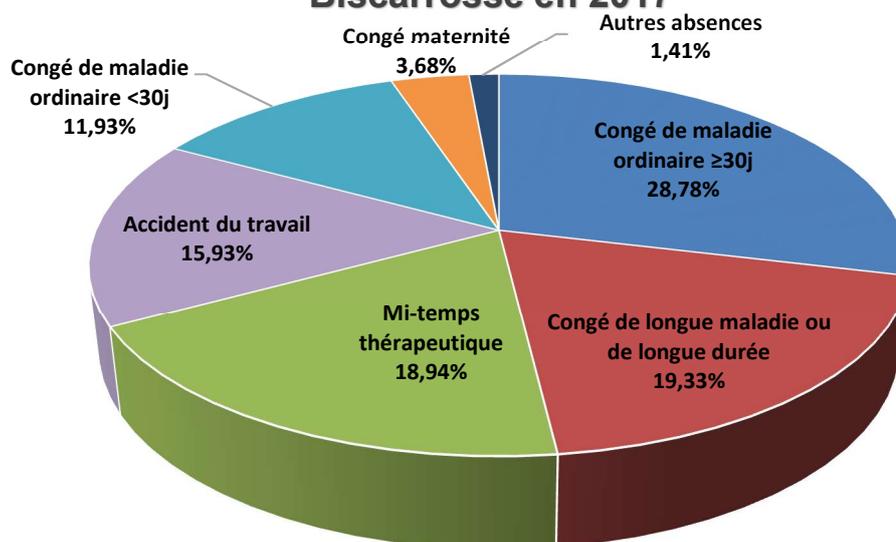
Le taux d'absentéisme de l'EHPAD de Biscarrosse s'est fortement accru au cours des 3 dernières années.



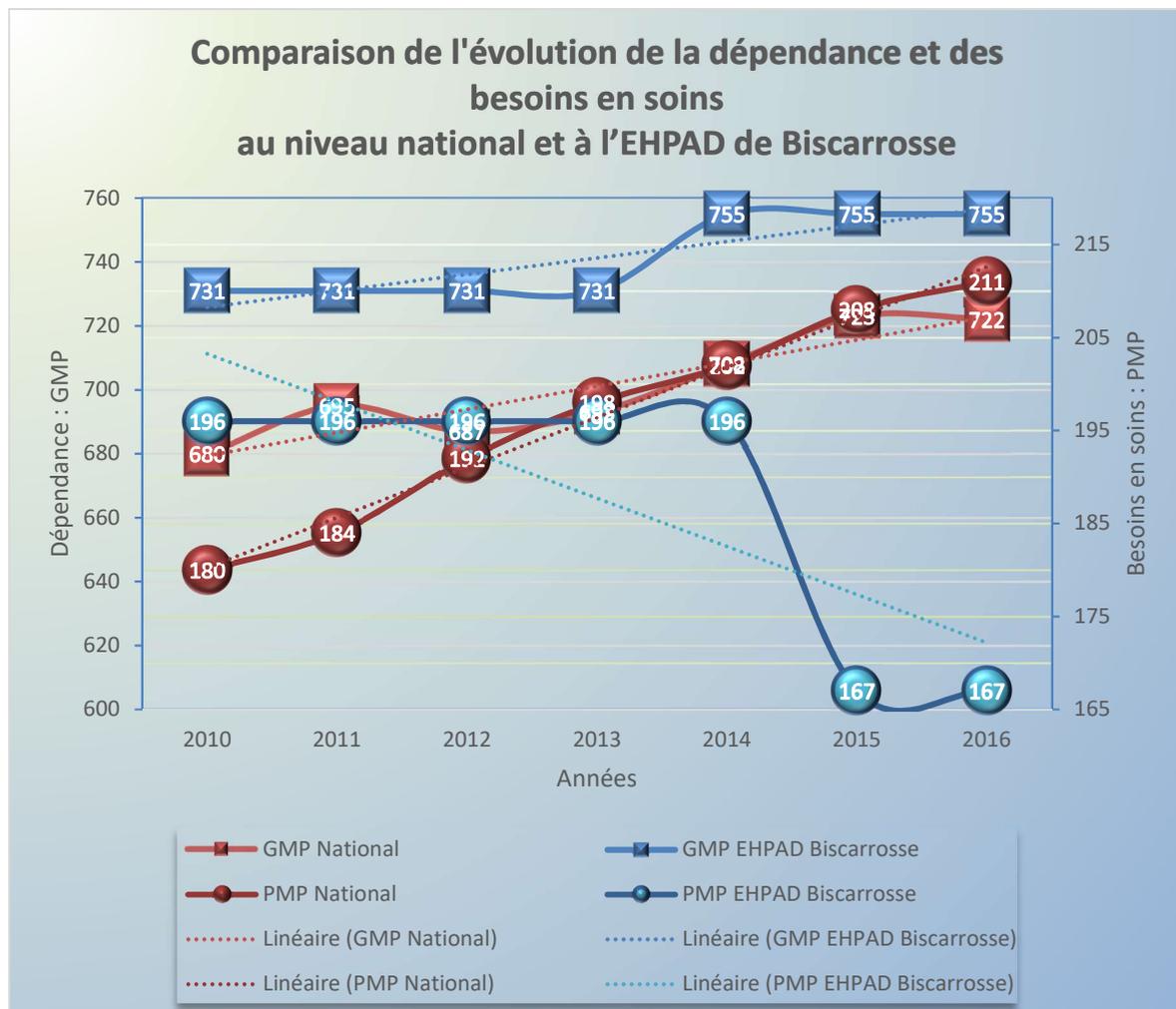
Fluctuant au cours des premières années de référence, il a dépassé le seuil de 10 % en 2015 et n'a cessé de croître depuis. Le premier semestre de l'année 2018 laisse augurer d'un taux encore plus important équivalent à 12,75 %.

Le nombre d'accidents du travail est lui aussi en hausse, passant de 9 en 2017 à 13 sur le premier semestre 2018.

### Décomposition de l'absentéisme de l'EHPAD de Biscarrosse en 2017



## Annexe 8 : Évolution du GMP et du PMP de l'EHPAD de Biscarrosse comparée aux données nationales



Au niveau national, les courbes d'évolution de la dépendance et des besoins en soins suivent une évolution augmentant de manière graduelle, toutes proportions gardées.

Cependant, à l'EHPAD de Biscarrosse, le Pathos moyen pondéré (PMP), qui exprime le besoin en soins médicaux par le biais des 50 états affectant le plus les personnes âgées, a été validé pour l'EHPAD de Biscarrosse à 167 en 2015, en nette baisse par rapport au taux précédent.

Ainsi, bien qu'ayant un GMP supérieur à la moyenne nationale et en progression, l'établissement voit la courbe de son PMP validé subir un décrochage à partir de 2015, si bien que la tendance linéaire des besoins en soins se retrouve orientée de manière largement descendante, alors que toutes les autres courbes ont une tendance croissante.

## Annexe 9 : Résultats de l'enquête de satisfaction du personnel 2016

### RESULTATS DE L'ENQUETE DE SATISFACTION DU PERSONNEL 2016

Le questionnaire de satisfaction du personnel a été envoyé par NetSoins à **71 agents** (titulaires, remplaçants, contrats aidés...) de l'établissement en poste durant la période du 15 janvier au 28 février 2016. Sur la totalité des questionnaires envoyés, **34 réponses** ont été obtenues.

Taux de participation par service				Service	Réponses	Envoi	Taux
Service	Réponses	Envoi	Taux	Lingerie	3	3	100 %
Administration	3	6	50 %	Technique	3	3	100 %
Animation	1	2	50 %	Soins	17	33	51,5 %
Cuisine	3	5	60 %	Paramédical	1	3	33,3 %
Hôtellerie	3	16	18,8 %	<b>Totaux</b>	<b>34</b>	<b>71</b>	<b>47,9 %</b>

L'ÉTABLISSEMENT		Oui	Non
Avez-vous connaissance de l'organigramme ?		76,5 %	23,5 %
Avez-vous connaissance des instances représentatives ?		85,3 %	14,7 %
Les locaux vous semblent-ils suffisamment accessibles ?		97 %	3 %
Les locaux vous semblent-ils suffisamment sécurisants ?		61,8 %	38,2 %
Les locaux vous semblent-ils suffisamment adaptés à vos besoins ?		73,5 %	26,5 %

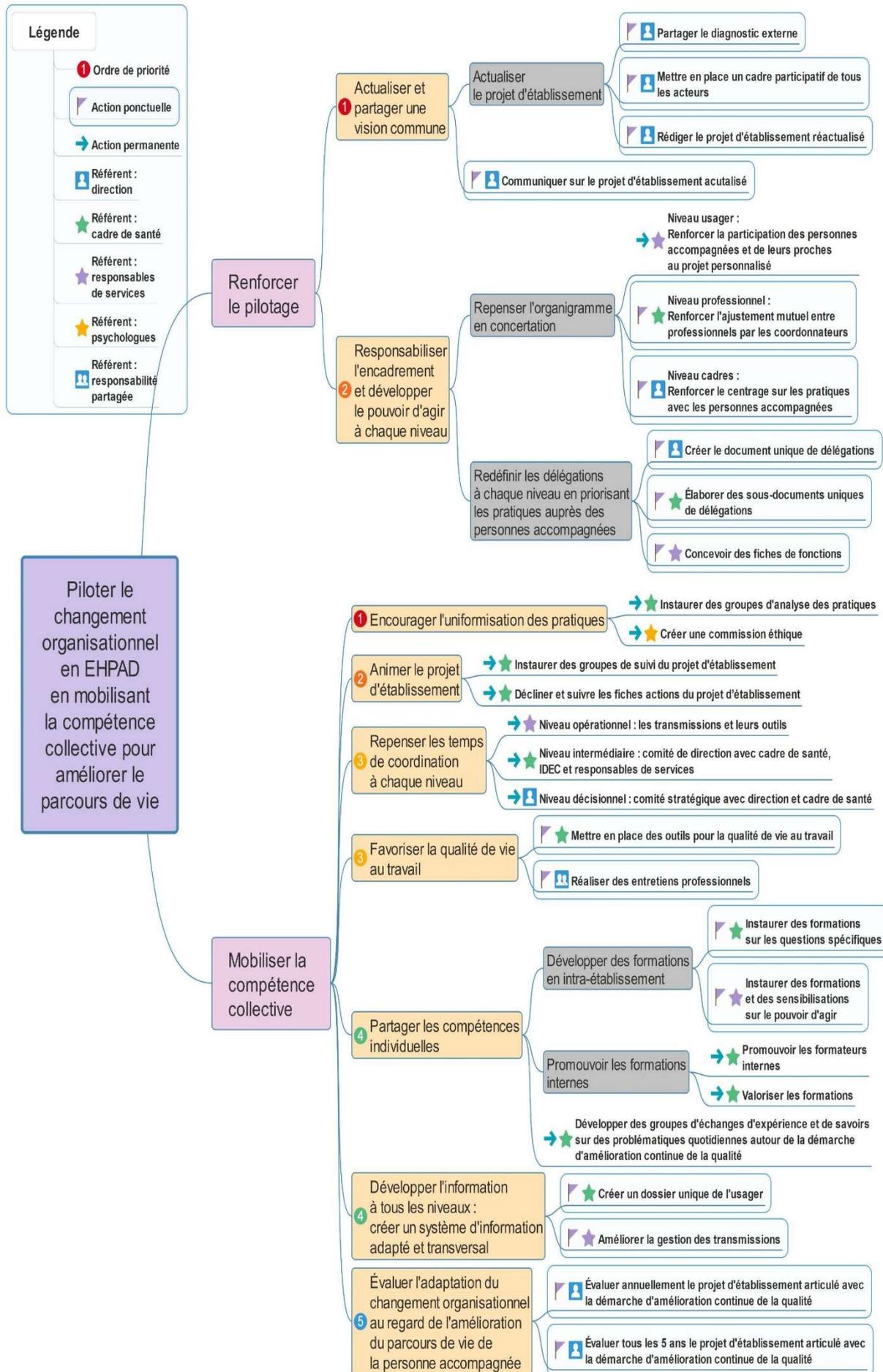
LES CONDITIONS DE TRAVAIL		Oui	Non
Au quotidien, pensez-vous avoir été suffisamment informé(e) des évolutions de service ?		51,5 %	48,5 %
Avez-vous le sentiment de travailler comme vous le souhaiteriez au niveau des résidents ?		45,1 %	54,9 %
Percevez-vous des discordances entre votre façon de voir et celle de votre supérieur hiérarchique ?		50 %	50 %
Vous sentez-vous épanoui dans votre travail ?		73,5 %	26,5 %
Le planning est-il connu suffisamment tôt ?		94,1 %	5,9 %
L'organisation des remplacements pour assurer la continuité du service semble-t-elle suffisante ?		55,8 %	44,2 %
Etes-vous satisfait de vos horaires ?		82,4 %	17,6 %
Rencontrez-vous des problèmes pour prendre des congés ?		40 %	60 %
Avez-vous le sentiment de faire partie d'une équipe ?		69,4 %	30,6 %
Appréciez-vous l'ambiance de l'équipe ?		62,1 %	37,9 %
Le matériel nécessaire à la réalisation de votre travail vous semble-t-il adapté ?		94,1 %	5,9 %
Le matériel nécessaire à la réalisation de votre travail vous semble-t-il suffisant ?		94,1 %	5,9 %
Avez-vous des difficultés à obtenir des améliorations de ce matériel ?		20,6 %	79,4 %
La relation avec les résidents vous pose-t-elle problème ?		50 %	50 %
La relation avec les proches des résidents vous pose-t-elle problème ?		41,2 %	58,8 %
Avez-vous connaissance que l'établissement met à disposition du personnel une esthéticienne pour des massages ?		100 %	0 %
Avez-vous déjà pris du temps pour vous faire masser ?		70,6 %	29,4 %
→ Si oui, avez-vous été satisfait ?		84 %	16 %
Avez-vous connaissance des différentes missions des services civiques ?		68,5 %	31,5 %
Pensez-vous que les services civiques participent à l'amélioration de l'accompagnement des résidents ?		85,7 %	14,3 %
Avez-vous l'impression de dépasser la limite de vos responsabilités dans l'exercice de votre poste ?		50 %	50 %

	En harmonie avec l'organisation des services	Gênent l'organisation des services	Ne se prononcent pas
Les interventions des services civiques se font :	64,7 %	2,9 %	32,4 %

LA FORMATION	Oui	Non
<b>Avez-vous bénéficié de formation continue durant l'année ?</b>	44,1 %	55,9 %
Les formations proposées correspondent-elles à vos souhaits ?	61,8 %	38,2 %
Les formations vous semblent-elles adaptées ?	76,5 %	23,5 %
Etes-vous satisfait de votre évolution de carrière ?	60 %	40 %
<b>Etes-vous informé sur les possibilités d'évolution de carrière ?</b>	44,1 %	55,9 %
Acceptez-vous d'encadrer des stagiaires ?	91,2 %	8,8 %

LA COMMUNICATION	Oui	Non
<b>Vous sentez-vous écouté et compris par vos supérieurs hiérarchiques ?</b>	50 %	50 %
Pensez-vous avoir suffisamment de temps d'échange au quotidien avec vos collègues ?	61,8 %	38,2 %
△ Question spécifique aux services <i>soins</i> : La réunion hebdomadaire de longues transmissions vous semble-t-elle indispensable ?	73,9 %	26,1 %
△ Question spécifique aux services <i>soins</i> : La réunion hebdomadaire de longues transmissions vous semble-t-elle d'une fréquence suffisante ?	85,8 %	14,2 %
△ Question spécifique aux services <i>soins</i> : La réunion hebdomadaire de longues transmissions vous semble-t-elle d'une durée suffisante ?	85,8 %	14,2 %
△ Question spécifique aux services <i>soins</i> : Les supports de transmissions vous semblent-ils adaptés ?	100 %	0 %
Pensez-vous que lors de vos réunions de travail, vos remarques sont prises en compte ?	60 %	40 %
La confidentialité des dossiers des résidents vous semble-t-elle respectée ?	80 %	20 %
Connaissez-vous vos droits et obligations en tant qu'agent d'un établissement médico-social de la fonction publique ?	61,8 %	38,2 %
Communiquez-vous avec le service administration ?	94,1 %	5,9 %
Communiquez-vous avec le service soins ?	97,1 %	2,9 %
Communiquez-vous avec le SSIAD ?	41,2 %	58,8 %
Communiquez-vous avec le service AJA ?	64,7 %	35,3 %
Communiquez-vous avec le service ESA ?	35,3 %	64,7 %
Communiquez-vous avec le service PFR ?	29,4 %	70,6 %
Communiquez-vous avec le service EPA ?	8,8 %	91,2 %
Communiquez-vous avec le service cuisine ?	100 %	0 %
Communiquez-vous avec le service technique ?	94,1 %	5,9 %
Communiquez-vous avec le service lingerie ?	100 %	0 %
Communiquez-vous avec le service hôtellerie ?	100 %	0 %
Communiquez-vous avec le service animation ?	76,5 %	23,5 %

## Annexe 10 : Arborescence du pilotage du changement organisationnel



## Annexe 11 : Diagramme de Gantt synthétique de la mise en œuvre du pilotage organisationnel

<b>Piloter le changement organisationnel en EHPAD en mobilisant la compétence collective pour améliorer le parcours de vie</b>								
Diagramme de Gantt synthétique de la mise en œuvre du pilotage organisationnel								
Détail des tâches		Priorité	Réfèrent	4° T 2018	1° T 2019	2° T 2019	3° T 2019	4° T 2019
<b>1 Renforcer le pilotage</b>	1.1 Actualiser et partager une vision commune	1						
	1.1.1 Actualiser le projet d'établissement							
	1.1.2 Communiquer sur le projet d'établissement							
	1.2 Responsabiliser l'encadrement et développer le pouvoir d'agir à chaque niveau	2						
	1.2.1 Repenser l'organigramme en concertation							
	1.2.2 Redéfinir les délégations à chaque niveau en priorisant les pratiques auprès des							
<b>2 Mobiliser la compétence collective</b>	2.1 Encourager l'uniformisation des pratiques	1						
	2.1.1 Instaurer des groupes d'analyse des pratiques							
	2.1.2 Créer une commission éthique							
	2.2 Animer le projet d'établissement	2						
	2.2.1 Instaurer des groupes de suivi							
	2.2.2 Décliner et suivre les fiches actions du projet d'établissement							
	2.3 Repenser les temps de coordination à chaque niveau	3						
	2.3.1 Niveau opérationnel : les transmissions et leurs outils							
	2.3.2 Niveau intermédiaire : comité de direction avec cadre de santé, IDEC et responsables de services							
	2.3.3 Niveau décisionnel : comité stratégique avec direction et cadre de santé							
	2.4 Favoriser la qualité de vie au travail	3						
	2.4.1 Mettre en place des outils pour la qualité de vie au travail							
	2.4.2 Réaliser des entretiens professionnels							
	2.5 Partager les compétences individuelles	4						
	2.5.1 Développer des formations en intra-établissement							
	2.5.2 Promouvoir les formations internes							
	2.5.3 Développer des groupes d'échanges d'expérience et de savoirs sur des problématiques quotidiennes autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité							
	2.6 Développer l'information à tous les niveaux : créer un système d'information adapté et transversal	4						
	2.6.1 Créer un dossier unique de l'utilisateur							
	2.6.2 Améliorer la gestion des transmissions							
2.7 Évaluer l'adaptation du changement organisationnel au regard de l'amélioration du parcours de vie de l'utilisateur	5							
2.7.1 Évaluer annuellement le projet d'établissement articulée avec la démarche d'amélioration continue de la qualité								
2.7.2 Évaluer tous les 5 ans le projet d'établissement articulée avec la démarche d'amélioration continue de la qualité								

**Légende :**

- Ordre de priorité
- Direction
- Cadre de santé
- Responsables de services
- Psychologues
- Responsabilité partagée
- Action ponctuelle
- Action permanente

**Annexe 12 : Fiche action "Partage du diagnostic externe du projet d'établissement"**

Fiche action 1111 "Partage du diagnostic externe du projet d'établissement"	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Rappeler les motifs qui ont conduit à l'adoption des axes d'amélioration du projet d'établissement pour en conforter l'utilité
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions d'information pour partager le diagnostic et les conclusions de la dernière évaluation externe ayant conduit à l'élaboration du dernier projet d'établissement
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, tous les professionnels, personnes accompagnées, familles et proches
<b>Moyens nécessaires</b>	Préparation de supports d'information, affichage d'un calendrier des réunions, diffusion d'invitations à assister à l'une des réunions avec rappel de l'importance de la participation de tous, tenue de 4 réunions d'information de 2 heures
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début à fin octobre 2018
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre d'invitations envoyées, nombre de réunions mises en place, nombre de participants aux différentes réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

**Priorité 1**  
**4° Trim. 2018**

**Annexe 13 : Fiche action "Mise en place d'un cadre participatif pour l'actualisation du projet d'établissement"**

Fiche action 1112 "Mise en place d'un cadre participatif pour l'actualisation du projet d'établissement"	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Solliciter l'ensemble des parties prenantes pour fixer des objectifs communs par l'actualisation des axes d'orientation du projet d'établissement à prioriser
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions participatives pour l'actualisation du projet d'établissement afin de lui redonner sa place de guide des pratiques
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, tous les professionnels volontaires, dont au moins un agent du service administratif, personnes accompagnées, familles et proches
<b>Moyens nécessaires</b>	Préparation de supports de travail, affichage d'un calendrier des réunions, répartition des tâches en fonction des actions, diffusion d'appel à constituer des groupes de travail en fonction des axes d'orientation, constitution des groupes de travail, tenue de 8 réunions de travail de 3,5 heures
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début novembre à fin décembre 2018
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de personnes inscrites pour les groupes de travail, nombre de réunions mises en place, nombre de participants aux différentes réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu – <u>Prérequis</u> : Partage du diagnostic réalisé – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

**Priorité 1**  
**4° Trim. 2018**

**Annexe 14 : Fiche action “Rédaction de l’actualisation du projet d’établissement”**

**Priorité 1**  
**4° Trim. 2018**

Fiche action 1113 “Rédaction de l’actualisation du projet d’établissement”	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Réactualiser le projet d’établissement pour que tous les acteurs se le réapproprient comme référent des pratiques
<b>Description de l’action</b>	Rédaction de l’actualisation du projet d’établissement et d’une synthèse, en fonction des axes d’orientation définis lors des réunions participatives, pour qu’il puisse servir de document phare pour les pratiques et en concevoir une synthèse
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, agent du service administratif
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps de rédaction des points décidés en réunions de travail pour la réactualisation du projet d’établissement et temps de rédaction de la synthèse
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début novembre à fin décembre 2018
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	Projet d’établissement réactualisé et synthèse de ce projet
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Ø – <u>Prérequis</u> : Cadre participatif pour l’actualisation du projet d’établissement instauré – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d’établissement ou de service

**Annexe 15 : Fiche action “Communication sur le projet d’établissement”**

**Priorité 1**  
**4° Trim. 2018**

Fiche action 112 “Communication sur le projet d’établissement”	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Présenter en interne et en externe les axes d’orientation du projet d’établissement revu pour partager une vision commune
<b>Description de l’action</b>	Mise en place de réunions d’information pour présenter les axes d’orientation retenus par les groupes de travail et pour présenter le projet d’établissement réactualisé
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, responsables de services, tous les professionnels, représentants des personnes accompagnées et personnes accompagnées, représentants des familles, familles et proches, membres des instances participatives et dirigeantes
<b>Moyens nécessaires</b>	Préparation de supports de présentation, affichage d’un calendrier des réunions de présentation, tenue de 13 réunions de communication de 1,5 heures à raison d’une par semaine
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début novembre 2018 à fin janvier 2019
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	Nombre réunions mises en place, nombre de participants aux différentes réunions, comptes-rendus de réunions de présentation
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu – <u>Prérequis</u> : Projet d’établissement réactualisé et synthèse élaborée – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d’établissement ou de service

**Annexe 16 : Fiche action “Renforcement de la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé”**

**Priorité ②**  
**1° Trim. 2019**

<b>Fiche action 1211</b> <b>“Renforcement de la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé”</b>	
<b>Référents</b>	Infirmières coordonnatrices
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Redonner le pouvoir d’agir aux personnes accompagnées et à leurs proches et les investir dans leur accompagnement
<b>Description de l’action</b>	Programmation et diffusion des temps dédiés à la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé pour les inciter à collaborer
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Infirmières coordonnatrices, professionnels référents, psychologues, personnes accompagnées et leurs proches
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion par semaine de 3,5 heures pour traiter au minimum 3 projets personnalisés selon un calendrier préétabli
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À instaurer du début janvier à fin mars 2019 et cadencement à évaluer en début de 2° trimestre 2019 pour ajustement
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	Nombre de réunions programmées, nombre de réunions mises en place, nombre de projets personnalisés conçus ou révisés, nombre de personnes présentes aux réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : Qualité de vie en EHPAD, volets 3 & 4 ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l’accueil et de l’accompagnement

**Annexe 17 : Fiche action “Renforcement de l’ajustement mutuel par la responsabilisation des coordonnateurs”**

**Priorité ②**  
**1° Trim. 2019**

<b>Fiche action 1212</b> <b>“Renforcement de l’ajustement mutuel par la responsabilisation des coordonnateurs”</b>	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Renforcer la ligne hiérarchique intermédiaire en responsabilisant les infirmières dans leurs missions de coordination et d’organisation des activités et des soins / en sollicitant et en désignant un coordonnateur des services
<b>Description de l’action</b>	Mise en place de réunions pour la réflexion et la distribution des rôles, missions et responsabilités des infirmières dans la coordination des activités et des soins / et la désignation d’un coordonnateur des services supports
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Cadre se santé, infirmières / Cadre se santé, responsables des services supports
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion par semaine pour réfléchir sur la distribution des rôles, missions et responsabilités des infirmières dans la coordination des activités et des soins / pour la coordination des services supports
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début janvier à fin mars 2018
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	Nombre de réunions mises en place, distribution des rôles, missions et responsabilités des infirmières pour la coordination des activités et des soins / pour la coordination des services supports établie, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des infirmières dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : Mission du responsable d’établissement et rôle de l’encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

**Annexe 18 : Fiche action “Renforcement du centrage des pratiques avec les personnes accompagnées”**

**Priorité 2**  
**1° Trim. 2019**

Fiche action 1213 “Renforcement du centrage des pratiques avec les personnes accompagnées”	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Renforcer la ligne hiérarchique décisionnelle dans son rôle de décision stratégique garante des bonnes pratiques
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions pour la réflexion sur les rôles, missions et responsabilités relevant des décisions stratégiques pour concevoir un nouvel organigramme, recentrer les pratiques sur l'accompagnement des personnes et garantir une amélioration de la qualité des prestations
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, cadre de santé
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion par semaine pour réfléchir sur les rôles, missions et responsabilités relevant du niveau décisionnel
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début janvier à fin mars 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions mises en place, distribution des rôles, missions et responsabilités relevant des différents niveaux hiérarchiques établi, nouvel organigramme conçu, affiché et respecté, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : Qualité de vie en EHPAD, volets 3 & 4 ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

**Annexe 19 : Fiche action “Mise en place d'un document unique de délégations”**

**Priorité 2**  
**1° Trim. 2019**

Fiche action 1221 “Mise en place d'un document unique de délégations”	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Préciser les rôles, missions et responsabilités relevant de la présidence ou de la direction ou pouvant être déléguées pour mieux répartir les charges de travail
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions pour la création et la révision d'un document unique de délégations précisant les rôles, missions et responsabilités relevant de la présidence ou de la direction ou pouvant être déléguées
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, cadre de santé, président du conseil d'administration
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion par semaine pour réfléchir sur les rôles, missions et responsabilités relevant du niveau décisionnel ou pouvant être déléguées
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début janvier à fin mars 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, existence d'un document unique de délégation
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : articles L. 315-17 et D. 315-71 du CASF ; La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

## Annexe 20 : Fiche action “Mise en place de sous-documents uniques de délégations”

**Priorité**   
1° Trim. 2019

Fiche action 1222 “Mise en place de sous-documents uniques de délégations”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Préciser les rôles, missions et responsabilités relevant des niveaux hiérarchiques intermédiaires pour mieux répartir les charges de travail
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions pour la création de sous-documents uniques de délégations précisant les rôles et missions relevant des niveaux hiérarchiques intermédiaires
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Cadre de santé, infirmières coordonnatrices, coordonnateur des services supports, responsables de services
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion par semaine pour réfléchir sur les rôles, missions et responsabilités relevant des niveaux intermédiaires
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début janvier à fin mars 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, existence de sous-documents uniques de délégation
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Réflexion sur la réorganisation avancée – <u>RBPP</u> : articles D. 315-67 à 70 du CASF ; La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

## Annexe 21 : Base de travail du “Sous-document unique de délégations”

MISE EN PLACE D'UNE DELEGATION DE FONCTIONS ENTRE LA DIRECTION ET LES PROFESSIONNELS DE L'EHPAD DE BISCARROSE DANS LE CADRE DU PROJET : PILOTER LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL EN MOBILISANT LA COMPETENCE COLLECTIVE POUR AMELIORER LE PARCOURS DE VIE			
Thème de délégation de fonctions	Cadre de santé	Responsables de services	Psychologues
Renforcer la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé	Supervision	Animation	-
Renforcer l'ajustement mutuel entre professionnels par les coordonnateurs	Animation	-	-
Élaborer des sous-documents uniques de délégations	Animation	-	-
Concevoir des fiches de fonctions	Supervision	Animation	-
Instaurer des groupes d'analyse des pratiques	Animation	-	-
Créer une commission éthique	-	-	Animation
Animer le projet d'établissement : Instaurer des groupes de suivi	Animation	-	-
Animer le projet d'établissement : Décliner et suivre les fiches actions	Animation	-	-
Repenser les temps de coordination : les transmissions et leurs outils	Supervision	Animation	-
Repenser les temps de coordination : comité de direction	Animation	-	-
Mettre en place des outils pour la qualité de vie au travail	Animation	-	-
Réaliser des entretiens professionnels : professionnels de terrain	-	Animation	-
Réaliser des entretiens professionnels : responsables de services	Animation	-	-
Développer des formations en intra-établissement : sur les questions spécifiques	Supervision	Animation	-
Développer des formations en intra-établissement : sur le pouvoir d'agir	Animation	-	-
Promouvoir les formations internes : formateurs internes	Animation	-	-
Promouvoir les formations internes : valorisation des formations	Supervision	Animation	-
Développer des groupes d'échanges d'expérience et de savoirs sur des problématiques quotidiennes autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité	Animation	-	-
Créer un dossier unique de l'usager	Animation	-	-
Améliorer la gestion des transmissions	Supervision	Animation	-

Fait à Biscarrosse, le 30 septembre 2018,

Signatures (précédées des noms, prénoms et fonctions et de la mention manuscrite « bon pour accord ») :

Direction

Cadre de santé

Responsables de services

Psychologues

Annexe 22 : Fiche action “Mise en place de fiches de fonctions”

Priorité ②  
1° Trim. 2019

Fiche action 1223 “Mise en place de fiches de fonctions”	
<b>Référents</b>	Responsables de services
<b>Axe stratégique</b>	Renforcer le pilotage
<b>Objectif opérationnel</b>	Clarifier les missions relevant des différents niveaux hiérarchiques pour améliorer le fonctionnement collectif
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions pour réfléchir collectivement sur les missions dévolues aux différents professionnels de l'établissement
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Responsables de services, infirmières coordinatrices, coordonnateur des services supports, professionnels volontaires de chaque catégorie de métiers
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion par semaine à programmer par les responsables de services avec leurs équipes
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début janvier à fin mars 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, comptes-rendus de réunions, existence des fiches de fonctions pour chacun des services
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Réflexion sur la réorganisation avancée – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

Annexe 23 : Fiche action “Groupes d'analyse des pratiques”

Priorité ①  
4° Trim. 2018

Fiche action 211 “Groupes d'analyse des pratiques”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Recentrer les pratiques sur l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées
<b>Objectif opérationnel</b>	Favoriser l'uniformisation des pratiques professionnelles et la bientraitance
<b>Description de l'action</b>	Mise en place des groupes d'analyse des pratiques professionnelles hebdomadaires
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Cadre de santé, tous les professionnels de l'établissement, notamment celles en lien direct avec les personnes accompagnées, service ressources humaines-formation, organismes de formation, ANFH
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions hebdomadaires internes d'analyse des pratiques professionnelles pour la préparation des sujets, puis réunions mensuelles d'analyse des pratiques avec un intervenant extérieur, budget formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter d'octobre 2018
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions internes réalisées, existence d'un calendrier des groupes d'analyse des pratiques, nombre de réunions programmées avec un intervenant extérieur, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes, prises de position, objectivité de l'animation des groupes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

**Annexe 24 : Fiche action “Commission éthique”**

**Priorité 1**  
**4° Trim. 2018**

Fiche action 212 “Commission éthique”	
<b>Référents</b>	Psychologues
<b>Axe stratégique</b>	Recentrer les pratiques sur l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées
<b>Objectif opérationnel</b>	Favoriser l'uniformisation des pratiques professionnelles et la bientraitance par un questionnement éthique
<b>Description de l'action</b>	Mise en place d'une commission éthique mensuelle
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Psychologues, tous les professionnels de l'établissement, notamment celles en lien direct avec les personnes accompagnées, personnes extérieures
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions mensuelles de la commission éthique
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter d'octobre 2018
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Existence d'un calendrier de réunions de la commission éthique, nombre de réunions de la commission éthique, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions de la commission éthique
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes, prises de position, objectivité de l'animation des groupes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

**Annexe 25 : Fiche action “Groupe de suivi du projet d'établissement”**

**Priorité 2**  
**1° Trim. 2019**

Fiche action 221 “Groupe de suivi du projet d'établissement”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Faire vivre le projet d'établissement en permettant de suivre son évolution pour entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prestation de service
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions pour le suivi de l'avancement des actions identifiées à décliner
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Cadre de santé, référents des fiches-actions du projet d'établissement, professionnels de l'établissement identifiés dans les fiches actions
<b>Moyens nécessaires</b>	1 réunion toutes les 2 semaines
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de début janvier 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions programmées, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions, avancée de la réalisation des fiches-actions du projet d'établissement
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Projet d'établissement réactualisé – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

**Annexe 26 : Fiche action “Animation des fiches-actions du projet d'établissement”**

<b>Fiche action 222 “Animation des fiches-actions du projet d'établissement”</b>	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Faire vivre le projet d'établissement en permettant de mener les actions à décliner pour entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prestation de service
<b>Description de l'action</b>	Temps dédiés pour l'avancement des actions identifiées à décliner
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Référents des fiches-actions, professionnels de l'établissement identifiés dans les fiches actions
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps dédiés toutes les 2 semaines
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de début janvier 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Avancée dans la réalisation des fiches-actions du projet d'établissement
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Projet d'établissement réactualisé – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

**Priorité ②  
1° Trim. 2019**

**Annexe 27 : Fiche action “Coordination : Les transmissions et leurs outils”**

<b>Fiche action 231 “Coordination : Les transmissions et leurs outils”</b>	
<b>Référents</b>	Responsables de services
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Améliorer la gestion des transmissions en ciblant les acteurs et en utilisant mieux les outils de transmissions
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de temps de transmissions dans chaque équipe avec leurs responsables pour permettre de résoudre les problématiques quotidiennes de premier niveau par ajustement mutuel
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Responsables de services, tous les professionnels de chacun des services
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions hebdomadaires, bimensuelles ou mensuelles en fonction de chacun des services, avec un cadencement à réévaluer par les responsables à la fin du premier trimestre 2019
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter d'avril 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des personnes, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement

**Priorité ③  
2° Trim. 2019**

**Annexe 28 : Fiche action “Coordination du comité de direction”**

Fiche action 232 “Coordination du comité de direction”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Améliorer le déroulé du comité de direction pour lui redonner sa mission de coordination entre les différents services
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de temps de décisions au niveau intermédiaire pour permettre de résoudre les problématiques n'ayant pas trouvé de solution par le biais des transmissions hebdomadaires
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Cadre de santé, infirmières coordonnatrices / coordonnateur des services supports
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions hebdomadaires
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter d'avril 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Réflexion sur la réorganisation avancée – <u>RBPP</u> : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

**Priorité 3**  
**2° Trim. 2019**

**Annexe 29 : Fiche action “Coordination du comité stratégique”**

Fiche action 233 “Coordination du comité stratégique”	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Créer un comité dédié au pilotage stratégique de l'établissement, à la résolution des seuls problèmes n'ayant pas trouvé de solution aux niveaux hiérarchiques intermédiaires, au développement de la démarche d'amélioration continue de la qualité, et à la garantie de la mise en place de bonnes pratiques
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de temps spécifiques aux prises de décisions stratégiques pour permettre de résoudre les problématiques n'ayant pas trouvé de solution par le biais des comités de direction
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Direction, cadre de santé
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions toutes les 2 semaines pendant 2 heures environ
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter d'avril 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Réflexion sur la réorganisation avancée – <u>RBPP</u> : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

**Priorité 3**  
**2° Trim. 2019**

### Annexe 30 : Fiche action “Outils pour la qualité de vie au travail”

Priorité ③  
2° Trim. 2019

Fiche action 241 “Outils pour la qualité de vie au travail”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Réviser le DUERP et développer le recours à des outils pour l'amélioration de la qualité de vie au travail
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions pour réviser le DUERP, choisir et instaurer les outils les plus adaptés à l'établissement pour améliorer la qualité de vie au travail
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels volontaires de l'établissement
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions hebdomadaires de 3,5 heures
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début avril à fin juin 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, comptes-rendus de réunions, DUERP réactualisé, existence et utilisation d'outils pour la qualité de vie au travail
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

### Annexe 31 : Fiche action “Entretiens professionnels”

Priorité ③  
2° Trim. 2019

Fiche action 242 “Entretiens professionnels”	
<b>Référents</b>	Direction, cadre de santé, responsables de services
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Favoriser l'apparition et le recueil des besoins de formation
<b>Description de l'action</b>	Mise en place d'un calendrier des entretiens professionnels et réalisation des entretiens professionnels à la suite des entretiens annuels d'évaluation
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels de l'établissement
<b>Moyens nécessaires</b>	Affichage d'un calendrier des entretiens professionnels, diffusion d'une grille de préparation de l'entretien, animation des entretiens professionnels à la suite des entretiens annuels d'évaluation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Affichage du calendrier et distribution des grilles à la fin du mois de février, réalisation des entretiens professionnels de début avril à fin mai tous les ans par les responsables de services
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Existence du calendrier des entretiens professionnels, nombre d'entretiens professionnels réalisés, nombre de demandes de formations recensées
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes, prises de position, animation de l'entretien – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

**Annexe 32 : Fiche action “Développement de formations sur des questions spécifiques à l'établissement”**

**Priorité 4**  
**3° Trim. 2019**

Fiche action 2511 “Développement de formations sur des questions spécifiques à l'établissement”	
<b>Référents</b>	Responsables de services
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Apporter des réponses aux questions spécifiques à l'établissement et uniformiser les pratiques
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de formations intra-établissement permettant de répondre de manière pratique à des questions spécifiques que se posent les professionnels de l'établissement
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels, service ressources humaines-formation, organismes de formation, ANFH
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps de préparation et de formation ; Budget formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de début juillet à fin septembre 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de formations réalisées sur les questions spécifiques à l'établissement, nombre de professionnels formés
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Recensement des questions spécifiques intéressant les professionnels de l'établissement réalisé – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

**Annexe 33 : Fiche action “Formations sur le pouvoir d'agir”**

**Priorité 4**  
**3° Trim. 2019**

Fiche action 2512 “Formations sur le pouvoir d'agir”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Former et sensibiliser les professionnels de l'établissement au développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées et du personnel
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de formations et de sensibilisations intra-établissement permettant de développer le recours au pouvoir d'agir en premier lieu au bénéfice des personnes accompagnées mais aussi pour celui des professionnels
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels, service ressources humaines-formation, organismes de formation, ANFH
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps de préparation et de formation ; Budget formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de début juillet à fin septembre 2019 pour la formation des personnes ressources / Aussitôt après pour les sensibilisations
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de formations et de sensibilisations sur le pouvoir d'agir réalisées, nombre de professionnels formés et sensibilisés
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

## Annexe 34 : Formation AndaDpa “Se former en tant que Personne ressource au DPA PC”



### Approche centrée sur le Développement du Pouvoir d'Agir individuel et collectif™

Accueil    Le DPA, c'est quoi ?    L'association    Actualités    Se Former    Expériences / Documentation    Contacts

#### Se Former

Ce qu'apporte aux professionnels l'approche DPA

Dates des formations  
Personne ressource sur Paris et fin de formation sur Bordeaux et Montpellier

Fiche d'inscription formation et fin de formation « Se former en tant que Personne ressource au DPA PC » 2018/2019

Formation « Se former en tant que Personne ressource au DPA PC » 2018/2019 à Paris et fin de formation 2018 à Bordeaux

Formation-Perfectionnement au DPA PC

Initiation

Intervision

Sensibilisation

## Se former en tant que Personne ressource au DPA PC

A partir des 27 et 28 septembre 2018 à Paris

**Inscriptions closes.**

### Public concerné

Professionnels de l'intervention sociale, médico-sociale, de l'insertion socio-professionnelle, cadres, formateurs (dans le champ du social ou médico-social).

### Objectifs

- Devenir personne ressource en matière d'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir (DPA PC), c'est-à-dire : acquérir un savoir faire en matière de résolution de problème, de négociation, et d'accompagnement des publics avec l'approche DPA PC, que ce soit en individuel ou avec un collectif.
- Acquérir des compétences en matière d'interactionnisme stratégique.
- Prendre du recul sur sa posture professionnelle et la faire évoluer.
- Perfectionner sa pratique et ses connaissances pour résoudre des problèmes rencontrés dans l'activité professionnelle.

### Méthode

- La formation implique une période d'expérimentation conséquente pour chaque participant sur son terrain d'intervention : deux mois entre chaque session de formation de deux jours.
- Il s'agit d'une formation expérientielle qui s'appuie sur les pratiques des professionnels et leurs expérimentations sur les terrains d'intervention, c'est ce qui en permet l'efficience.
- Cette formation concerne les accompagnements individuels et collectifs.
- Les ateliers d'analyse stratégique représentent 50% du temps de formation.

### Principes

- Approche très pragmatique (à partir de situations concrètes de blocage) et constructiviste (le chemin se fait en marchant).
- Apports théoriques et méthodologiques.
- Un travail de lecture, d'expérimentations et d'analyse est demandé dans les intersessions.
- 2 formatrices pour 12 stagiaires.
- La présence à l'ensemble des séances de formation est requise.

### Modalités de la formation

- 4 sessions de deux jours espacées de deux mois avec un accompagnement à distance entre les sessions de formation (soit 50h) et après la formation (à 3 mois).
- 1 à 2 formatrices selon le nombre de stagiaires.
- Brigitte Portal, Formatrice (Certifiée ICPF & PSI Formatrice Niveau Confirmé et expert Reconnu par le Chefop comme satisfaisant au décret du 30 juin 2015) et Catherine Etienne, Consultante, membres du Pôle Formation ANDA DPA.

### Tarifs

- Employeur: 1750€.
- Tarif spécial étudiants et demandeurs d'emploi: 1400€ (échancier possible).

Annexe 35 : Fiche action "Promotion de formateurs internes"

Priorité 4  
3° Trim. 2019

Fiche action 2521 "Promotion de formateurs internes"	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Valoriser les compétences professionnelles et inciter les professionnels à les partager
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de formations de formateurs
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels volontaires, service ressources humaines-formation, organismes de formation, ANFH
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps de préparation et de formation ; Budget formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de début juillet 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de formations de formateurs réalisées, nombre de professionnels formés
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Recensement des professionnels intéressés pour devenir formateurs internes réalisé – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

Annexe 36 : Fiche action "Valorisation des formations"

Priorité 4  
3° Trim. 2019

Fiche action 2522 "Valorisation des formations"	
<b>Référents</b>	Responsables de services
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Valoriser les compétences et encourager le partage des savoirs
<b>Description de l'action</b>	Valoriser les formations suivies et permettre aux professionnels de faire bénéficier leurs collègues des apports reçus à l'aide de la création de supports écrits, notamment en créant une base de données commune partageable
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels formés, service administration pour l'aide à la création des supports écrits
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps dédiés pour la synthèse et la création des supports écrits
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de début juillet 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de supports écrits sur les formations, existence et incrémentation de la base de données
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Recensement des professionnels intéressés pour devenir formateurs internes réalisé – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ; Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

### Annexe 37 : Fiche action “Groupe d’échanges d’expériences et de savoirs”

Fiche action 253 “Groupe d’échanges d’expériences et de savoirs”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Valoriser les compétences professionnelles, inciter les professionnels à les partager et uniformiser les pratiques
<b>Description de l’action</b>	Mise en place de groupes d’échanges d’expériences et de savoirs
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels volontaires
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps de préparation, temps dédiés à raison d’un groupe par mois de 3,5 heures
<b>Calendrier prévisionnel</b>	À compter de juillet 2019
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	Nombre de groupes réunis, nombre de participants, comptes-rendus des groupes de travail
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l’accueil et de l’accompagnement ; Mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées

Priorité 4  
3° Trim. 2019

### Annexe 38 : Fiche action “Vers un dossier unique de l’usager”

Fiche action 261 “Vers un dossier unique de l’usager”	
<b>Référents</b>	Cadre de santé
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Choisir un système informatique qui permette d’instaurer un seul dossier par personne accompagnée quel que soit le service qui l’accompagne
<b>Description de l’action</b>	Constitution d’un groupe de travail pluridisciplinaire et mise en place d’un calendrier de réunions pour mener une réflexion pluridisciplinaire et interservices pour le choix d’un système informatique permettant la constitution d’un dossier unique pour chaque personne âgée accompagnée par l’un des services de l’EHPAD
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Cadre de santé, tous les professionnels volontaires de l’établissement, fournisseurs de solutions informatiques centrées sur la personne accompagnée
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions du groupe de travail ; Investissement dans un système informatique
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début juillet à fin septembre 2019
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions, nombre d’interventions pour la présentation de logiciels, choix du système d’information
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes, freins à l’utilisation de nouveaux systèmes d’information – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

Priorité 4  
3° Trim. 2019

**Annexe 39 : Fiche action “Vers une amélioration de la gestion des transmissions”**

<b>Fiche action 262 “Vers une amélioration de la gestion des transmissions”</b>	
<b>Référents</b>	Responsables de services
<b>Axe stratégique</b>	Mobiliser la compétence collective
<b>Objectif opérationnel</b>	Choisir un système informatique qui permette d'améliorer les transmissions interservices dans l'établissement et qui évite les ressaisies d'informations
<b>Description de l'action</b>	Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire et mise en place d'un calendrier de réunions pour mener une réflexion pluridisciplinaire et interservices pour le choix d'un système informatique permettant l'amélioration des transmissions interservices et qui évite les ressaisies d'informations
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Responsables de services, tous les professionnels volontaires de l'établissement, fournisseurs de solutions informatiques
<b>Moyens nécessaires</b>	Réunions du groupe de travail ; Investissement dans un système informatique
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début juillet à fin septembre 2019
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de réunions tenues, nombre de participants aux réunions, comptes-rendus de réunions, nombre d'interventions pour la présentation de logiciels, choix du système d'information
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu, permanence des habitudes, freins à l'utilisation de nouveaux systèmes d'information – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement

**Priorité 4**  
3° Trim. 2019

**Annexe 40 : Fiche action “Évaluation du projet d'établissement”**

<b>Fiche action 27 “Évaluation du projet d'établissement”</b>	
<b>Référents</b>	Direction
<b>Axe stratégique</b>	Recentrer les pratiques sur l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées
<b>Objectif opérationnel</b>	Disposer d'évaluations internes régulières sur l'avancement du projet d'établissement permettant de l'adapter dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prestation
<b>Description de l'action</b>	Mise en place de réunions participatives tous les ans pour l'évaluation du projet d'établissement au regard de l'amélioration du parcours de vie des personnes accompagnées
<b>Acteurs à mobiliser</b>	Tous les professionnels volontaires, dont au moins un agent du service administratif, personnes accompagnées, familles et proches
<b>Moyens nécessaires</b>	Préparation de supports de travail, affichage d'un calendrier des réunions, répartition des tâches en fonction des actions, diffusion d'appel à constituer des groupes de travail en fonction des axes d'orientation, constitution des groupes de travail, tenue de 8 réunions de travail de 3,5 heures par an
<b>Calendrier prévisionnel</b>	De début octobre à fin décembre, tous les ans / 5 ans
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de personnes inscrites pour les groupes de travail, nombre de réunions mises en place, nombre de participants aux différentes réunions, comptes-rendus de réunions
<b>Points de vigilance Prérequis Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<u>Vigilance</u> : Motivation, participation et investissement des professionnels dans un climat social tendu – <u>Prérequis</u> : Ø – <u>RBPP</u> : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

**Priorité 5**  
4° Trim. 2019

**Annexe 41 : Ebauche du questionnaire pour évaluer le ressenti sur le parcours de vie**

**EBAUCHE D'ENQUETE DE SATISFACTION**

**Votre âge**

- de 60 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	De 80 à 84 ans	De 85 à 89 ans	De 90 à 94 ans	De 95 à 99 ans	+ de 100 ans

**Votre sexe**

Féminin	Masculin

**Votre situation de famille**

Marié(e)	Célibataire	Veuf(ve)

**Enfants**

Oui	Non

**Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous entré(e) à l'EHPAD ?**

Raison médicale	Raison familiale	Solitude	Autre raison

**Volontairement ?**

Oui	Non

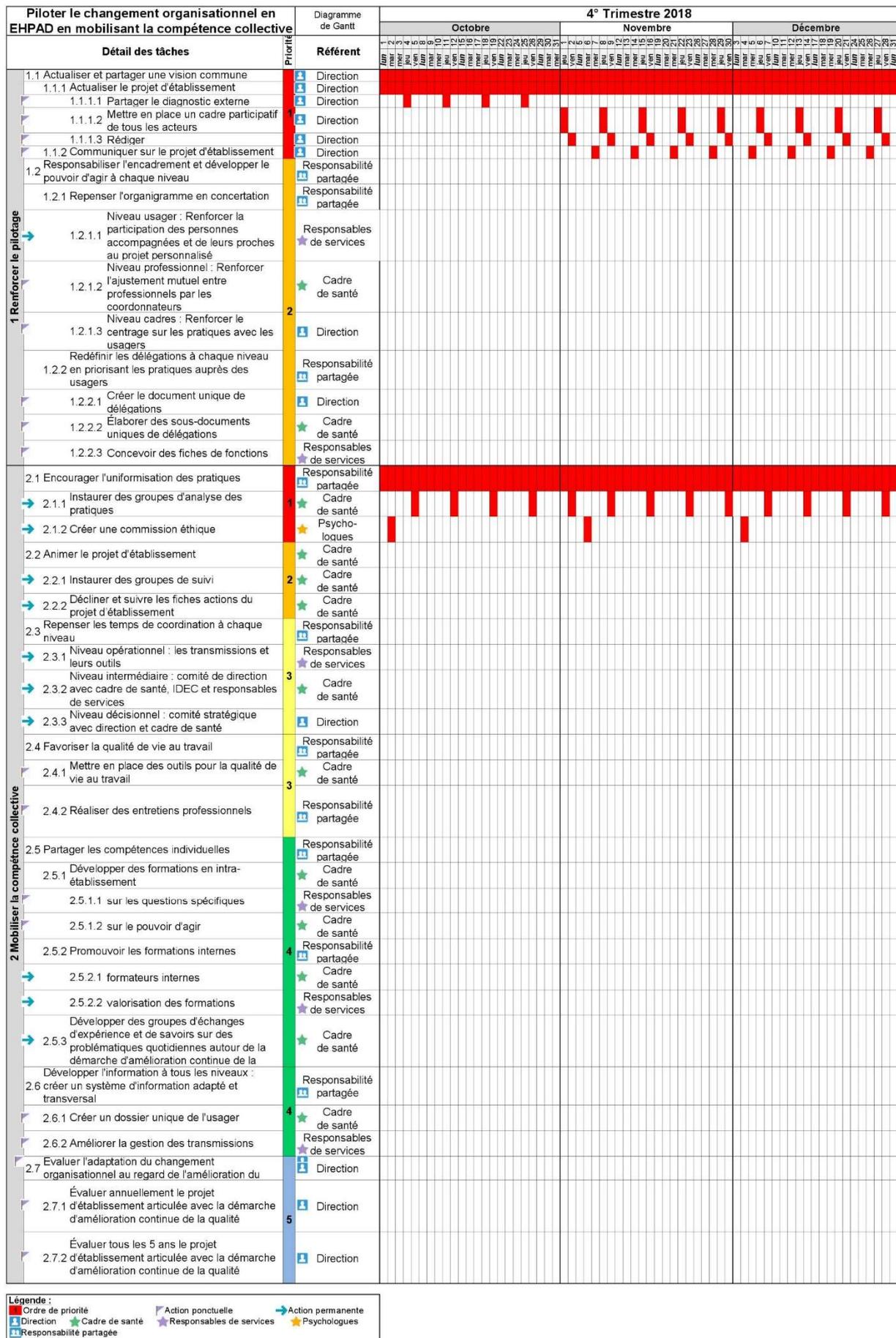
**Vous semble-t-il nécessaire de pouvoir identifier le personnel ?**

Pas du tout	Un peu	Beaucoup

Avant votre arrivée	Oui	Non
Connaissiez-vous les services du pôle domicile (SSIAD, AJA, PFR, ESA, EPA) ?		
Utilisiez-vous l'un (ou plusieurs) des services du pôle domicile (SSIAD, AJA, PFR, ESA, EPA) ?		
Si vous utilisiez l'un (ou plusieurs) des services du pôle domicile (SSIAD, AJA, PFR, ESA, EPA), avez-vous rempli une nouvelle demande d'admission pour chaque demande d'admission dans le(s) service(s) concernés ?		
Avez-vous rempli une nouvelle demande d'admission lors de votre demande d'entrée à l'EHPAD ?		
Avez-vous trouvé les démarches difficiles pour faire votre(s) demande(s) d'admission ?		
Est-ce que les lieux vous ont été décrits ?		
Avez-vous visité les lieux ?		
Avez-vous été informé(e) des activités et des services dont vous pouvez bénéficier ?		
Avez-vous pu assister à l'un(e/des) activité(s) ou service(s) ?		
Vous a-t-on décrit les différents professionnels que vous alliez être amené à côtoyer ?		
Vous a-t-on décrit les différentes aides financières auxquelles vous pouviez prétendre ?		

Lors de votre entrée	Oui	Non
Est-ce que les lieux vous ont été présentés ?		
Les catégories de professionnels vous ont-elles été expliquées ?		
Votre référent en soins vous a-t-il été présenté ?		
Pouvez-vous l'identifier ?		
Connaissez-vous son rôle ?		
Y avez-vous déjà eu recours ou pensez-vous être amené à le faire ?		
Vous a-t-on expliqué les différents documents d'entrée ?		
L'explication sur les documents d'accueil vous a-t-elle paru suffisante et compréhensible ?		
Pensez-vous connaître toutes les aides financières auxquelles vous pouvez prétendre ?		
Connaissez-vous la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ?		

## Annexe 42 : Diagramme de GANTT du pilotage du changement organisationnel de l'EHPAD de Biscarrosse



Pilote le changement organisationnel en EHPAD en mobilisant la compétence collective		Diagramme de Gantt	1 <sup>er</sup> Trimestre 2019		
Détail des tâches		Priorité	Référént		
			1 <sup>er</sup> Trimestre 2019		
			Janvier	Février	Mars
			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
1 Renforcer le pilotage	1.1 Actualiser et partager une vision commune	1	Direction		
	1.1.1 Actualiser le projet d'établissement	1	Direction		
	1.1.1.1 Partager le diagnostic externe	1	Direction		
	1.1.1.2 Mettre en place un cadre participatif de tous les acteurs	1	Direction		
	1.1.1.3 Rédiger	1	Direction		
	1.1.2 Communiquer sur le projet d'établissement	1	Direction		
	1.2 Responsabiliser l'encadrement et développer le pouvoir d'agir à chaque niveau	1	Responsabilité partagée		
	1.2.1 Repenser l'organigramme en concertation	1	Responsabilité partagée		
	1.2.1.1 Niveau usager : Renforcer la participation des personnes accompagnées et de leurs proches au projet personnalisé	1	Responsables de services		
	1.2.1.2 Niveau professionnel : Renforcer l'ajustement mutuel entre professionnels par les coordonnateurs	1	Cadre de santé		
	1.2.1.3 Niveau cadres : Renforcer le centrage sur les pratiques avec les usagers	2	Direction		
	1.2.2 Redéfinir les délégations à chaque niveau en priorisant les pratiques auprès des usagers	1	Responsabilité partagée		
	1.2.2.1 Créer le document unique de délégations	1	Direction		
	1.2.2.2 Élaborer des sous-documents uniques de délégations	1	Cadre de santé		
1.2.2.3 Concevoir des fiches de fonctions	1	Responsables de services			
2 Mobiliser la compétence collective	2.1 Encourager l'uniformisation des pratiques	1	Responsabilité partagée		
	2.1.1 Instaurer des groupes d'analyse des pratiques	1	Cadre de santé		
	2.1.2 Créer une commission éthique	1	Psychologues		
	2.2 Animer le projet d'établissement	1	Cadre de santé		
	2.2.1 Instaurer des groupes de suivi	2	Cadre de santé		
	2.2.2 Décliner et suivre les fiches actions du projet d'établissement	1	Cadre de santé		
	2.3 Repenser les temps de coordination à chaque niveau	1	Responsabilité partagée		
	2.3.1 Niveau opérationnel : les transmissions et leurs outils	1	Responsables de services		
	2.3.2 Niveau intermédiaire : comité de direction avec cadre de santé, IDEC et responsables de services	3	Cadre de santé		
	2.3.3 Niveau décisionnel : comité stratégique avec direction et cadre de santé	1	Direction		
	2.4 Favoriser la qualité de vie au travail	1	Responsabilité partagée		
	2.4.1 Mettre en place des outils pour la qualité de vie au travail	3	Cadre de santé		
	2.4.2 Réaliser des entretiens professionnels	1	Responsabilité partagée		
	2.5 Partager les compétences individuelles	1	Responsabilité partagée		
	2.5.1 Développer des formations en intra-établissement	1	Cadre de santé		
	2.5.1.1 sur les questions spécifiques	1	Responsables de services		
	2.5.1.2 sur le pouvoir d'agir	1	Cadre de santé		
2.5.2 Promouvoir les formations internes	4	Responsabilité partagée			
2.5.2.1 formateurs internes	1	Cadre de santé			
2.5.2.2 valorisation des formations	1	Responsables de services			
2.5.3 Développer des groupes d'échanges d'expérience et de savoirs sur des problématiques quotidiennes autour de la démarche d'amélioration continue de la	1	Cadre de santé			
2.6 Développer l'information à tous les niveaux : créer un système d'information adapté et transversal	1	Responsabilité partagée			
2.6.1 Créer un dossier unique de l'utilisateur	1	Cadre de santé			
2.6.2 Améliorer la gestion des transmissions	1	Responsables de services			
2.7 Évaluer l'adaptation du changement organisationnel au regard de l'amélioration du	1	Direction			
2.7.1 Évaluer annuellement le projet d'établissement articulée avec la démarche d'amélioration continue de la qualité	5	Direction			
2.7.2 Évaluer tous les 5 ans le projet d'établissement articulée avec la démarche d'amélioration continue de la qualité	1	Direction			

	Ordre de priorité		Action ponctuelle		Action permanente
	Direction		Cadre de santé		Responsables de services
	Responsabilité partagée		Psychologues		









**LIBOURNET**

**Marie Saladine**

**Novembre 2018**

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

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Nouvelle-Aquitaine**

**Piloter le changement organisationnel en EHPAD  
en mobilisant la compétence collective  
pour améliorer le parcours de vie**

**Résumé :**

L'EHPAD de Biscarrosse propose une offre de service très diversifiée et essentiellement tournée vers le maintien à domicile des personnes âgées. Il offre 9 modes d'accompagnements, du domicile vers l'institution, dont 4 spécialisés dans les maladies neurodégénératives. Malgré cette configuration avant-gardiste, l'établissement est en proie à une tension institutionnelle ayant des répercussions sur la qualité de l'accompagnement.

Conséquence d'un pilotage qui s'est dilué du fait de changements de direction, il n'est pas adapté à la diversification des services. Mais, dans un système de bureaucratie professionnelle, le changement ne peut être imposé. Il faut donc piloter le changement organisationnel de manière participative.

Le projet d'établissement doit servir de référence pour guider les pratiques et permettre de resituer la personne accompagnée au cœur des préoccupations professionnelles. Le recours à la compétence collective sera utilisé comme moyen de mobilisation pour l'amélioration du parcours de vie des personnes âgées.

**Mots clés :**

Personnes âgées - EHPAD - Parcours de vie - Management par projet - Compétence collective - Empowerment ou "pouvoir d'agir"

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