

PROMOUVOIR UNE VIE DE QUALITE EN EHPAD

LE « PRENDRE SOIN » AU CŒUR DU PROJET INSTITUTIONNEL

Virginie PAGANI

2018

Remerciements

À toutes les personnes rencontrées, pour la richesse de nos échanges : résidents, familles, professionnels et partenaires.

À mon tuteur, pour sa disponibilité et ses judicieux conseils.

Aux intervenants de la formation pour le partage de leur expérience et plus particulièrement à Emmanuelle Robert, pour son suivi attentif durant ces deux années.

À Xavier Hage et Laure Guillot, dont la rencontre a guidé et nourri mes choix.

À mes collègues de la promotion 2018, pour leur bonne humeur et leur solidarité.

Enfin, mes remerciements vont à mon mari pour sa patience et son soutien, à ma famille et mes amis pour leurs encouragements ; et surtout à mon père.

Sommaire

Introduction	1
1 Une vie de qualité pour les personnes âgées	3
1.1 Les représentations de la vieillesse.....	3
1.2 Des concepts entourant les personnes âgées à clarifier	5
1.2.1 La perte d'autonomie des personnes âgées : entre fragilité et besoins médicaux	5
1.2.2 L'isolement et la solitude chez les personnes âgées : des besoins relationnels ...	6
1.2.3 La vie sociale des personnes âgées : leur rôle social	8
1.3 L'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées	9
1.3.1 Histoire	9
1.3.2 Les dernières lois et orientations des politiques publiques	11
1.3.3 Les dispositifs actuels pour l'accompagnement des personnes âgées	13
1.3.4 Un contexte national de crise	14
1.4 L'articulation des besoins des personnes âgées accompagnées en EHPAD et le fonctionnement des organisations institutionnelles.....	16
1.4.1 Une culture sanitaire prégnante.....	16
1.4.2 L'entrée en EHPAD	18
1.4.3 Les relations avec les familles	20
1.4.4 Les typologies d'associations	21
1.5 Une vie de qualité : un besoin pour les résidents, leur famille et les équipes professionnelles.....	23
1.5.1 La qualité, un idéal propre à chacun.....	24
1.5.2 La qualité de vie : des facteurs d'influence positive	25
1.5.3 Une vie de qualité à travers un accompagnement personnalisé centré sur le prendre soin	27
Conclusion de la première partie.....	28
2 L'EHPAD Saint Domnin dans l'association La Compassion : une organisation en devenir face à un public avec des attentes particulières...29	29
2.1 L'association La Compassion	30
2.1.1 Son histoire, ses valeurs	30
2.1.2 Son projet, son développement.....	31
2.1.3 Son organisation	34

2.1.4	Sa position stratégique, politique	37
2.2	L'EHPAD Saint Domin	39
2.2.1	Le public accueilli.....	39
2.2.2	Une gouvernance et une direction instable, un manque de repères.....	41
2.2.3	Les équipes professionnelles qui accompagnent les résidents et leur famille	42
2.2.4	L'organisation du travail	43
2.2.5	L'intégration de l'EHPAD Saint Domin dans son environnement : un repli sur soi à l'heure des logiques de parcours.....	45
2.3	Étude du territoire d'implantation de Saint Domin	47
2.3.1	La réponse aux besoins sur le territoire	47
2.3.2	La volonté politique du territoire	48
2.4	L'approche CARPE DIEM du Québec	49
	Conclusion de la seconde partie	52
3	Le prendre soin mis en cohérence avec les besoins d'une vie de qualité en EHPAD	53
3.1	Rappel de la situation de l'EHPAD	53
3.1.1	Les ressources, enjeux et risques.....	53
3.1.2	Le projet et les orientations stratégiques.....	54
3.2	Formuler un projet cohérent de l'usager à l'équipe, de l'équipe à l'établissement, de l'établissement à l'association	55
3.2.1	Le changement en interne	55
3.2.2	Développer des partenariats solides en s'inscrivant sur le territoire	63
3.2.3	Évaluation du projet	65
3.3	Pérenniser l'activité de l'établissement et renforcer la situation financière de l'EHPAD Saint Domin	66
3.3.1	Le développement de l'hébergement temporaire et le relayage à domicile	66
3.3.2	Les perspectives d'évolution du projet	73
3.4	Synthèse des actions envisagées pour offrir une vie de qualité en EHPAD 75	
	Conclusion de la troisième partie	76
	Conclusion	77
	Bibliographie	79
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACT : Autorités de Contrôle et de Tarification
AMP : aide médico-psychologique
ANAP : agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignante
ASD : aide-soignante diplômée
ASG : Assistant de Soins en Gériatrie
ASH : Agent des Services Hôteliers
ASV (loi) : Adaptation de la Société au Vieillessement
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CA : Conseil d'Administration
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Social
CD : Conseil Départemental
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
CODIR : Comité de Direction
COMEX : Comité d'Exploitation
COPIL : Comité de Pilotage
CPOM : contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DUD : Document Unique de Délégation
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ENC : Etude Nationale des Coûts
ESA : Equipes Spécialisées Alzheimer
FEHAP : Fédération des Etablissements hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDEC : Infirmière Coordinatrice
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAPAD : Maison d'Accueil des Personnes Agées Dépendantes
MARPA : Maison d'Accueil Rural pour les Personnes âgées
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé
PAQ : Plan d'Amélioration de la Qualité
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
PRS : Plan Régional de Santé
PSD (loi) : Prestation Spécifique dépendance
PVI : Projet de Vie Individuel
RBPP : Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
RLQ : responsable Logistique et Qualité
RPS : Risques Psycho-Sociaux
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et Soins A Domicile
SROMS : Schéma Régional d'Orientation Médico-Sociale
SSI : Système de Sécurité Incendie
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UPHV : Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes
URIOPS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux
USLD : Unité de Soins Longue Durée
UVP : Unité de Vie Protégée
VPA : Visite de Pré-Admission

Introduction

Souhaitant depuis plusieurs années, et après plus de 7 ans passés au sein de la protection de l'enfance, découvrir un nouveau public, je me suis attachée à observer la manière dont les résidants et leurs proches, en EHPAD, étaient accompagnés par les professionnels, au-delà de la seule prise en charge médicalisée. Ma volonté d'intervenir dans l'accompagnement des personnes âgées est motivée par mon interrogation sur la personnalisation de leur accompagnement et le respect de leurs droits, notamment à travers la prise en compte de leur souffrance psychique, ainsi que la manière dont s'organise la coordination du médical et du social au sein des établissements. Ma motivation s'inscrit également sur le fait que les personnes âgées sont et restent des êtres sociaux avant tout. Enfin, elle est le résultat d'un constat : les EHPAD ont encore mauvaise réputation et les personnes âgées préfèrent rester autant que possible à leur domicile, pour garder leur liberté d'action, leurs activités ; constat qui m'a poussé à m'interroger sur de nouvelles approches pour que ces établissements deviennent de réels lieux de vie.

J'occupe depuis novembre 2017 le poste d'adjointe de direction au sein de l'EHPAD Saint Domnin, implanté au cœur de Digne-les-Bains, une commune de 18700 habitants, chef-lieu du département des Alpes de Haute Provence. En 2008, l'EHPAD, qui appartenait à des religieuses, a été vendu au groupe privé, à but lucratif, GDP Vendôme. Le bâtiment a entièrement été reconstruit et a ouvert ses portes le 20 décembre 2013, avec 72 chambres dont 14 en unité de vie protégée et 2 places sont réservées à l'hébergement temporaire. 5 places sont habilitées à l'aide sociale. Le 1^{er} janvier 2018, l'EHPAD Saint Domnin a quitté le groupe GDP Vendôme et a intégré l'association La Compassion, créée en juin 1990.

J'ai pu constater que l'EHPAD Saint Domnin offrait aux résidants un accompagnement médical de qualité. Cependant, cet accompagnement est très prégnant et laisse peu de place à l'accompagnement des résidants dans leur globalité. L'EHPAD Saint Domnin semble être avant tout un lieu de soin. Or, les EHPAD sont les lieux de vie des personnes accueillies. C'est sur ce sujet particulier que porte mon mémoire. Je souhaite faire de Saint Domnin un lieu de vie pour les résidants, dans lequel ils profitent d'une vie de qualité. Il s'agit de garantir un cadre qui permet de « prendre soin de », au sens large, et de contribuer à un sentiment de liberté, de choix et au besoin de sécurité qui priment pour une vie de qualité en EHPAD. De plus, on notera que l'EHPAD Saint Domnin ne parvient pas à remplir toutes ses chambres. Un nombre de chambres vides important a une forte répercussion sur la situation financière d'un établissement. Cette situation n'est pas viable dans le temps. Il me faut trouver des solutions pour que Saint Domnin, en plus d'être un véritable lieu de vie, soit plus attractif, s'ouvre vers l'extérieur et offre une qualité de

service répondant aux besoins des usagers du territoire, afin de remplir l'établissement et ainsi pérenniser l'activité de l'EHPAD. Je choisis dans ce mémoire, comme en situation professionnelle et en accord avec l'association, la rédaction du mot « résidant » avec un « a » et non un « e », apportant pour moi et pour l'association une différence permettant de considérer réellement les personnes accueillies comme résidants dans les EHPAD, leur propre lieu de vie. Cette orthographe est pour moi une manière d'accentuer le fait que les EHPAD sont les lieux de vie des personnes avant tout.

En première partie de mon mémoire, je présenterai les besoins des personnes âgées en introduisant la question des représentations de la vieillesse et de l'évolution des politiques publiques. Parallèlement, j'exposerai des réflexions, base de mon intervention, sur le prendre soin, la qualité de vie et les typologies d'associations.

L'EHPAD Saint Domnin et l'association La Compassion feront l'objet d'un état des lieux. Afin de nous resserrer sur l'objet de notre étude, je m'intéresserai à l'approche CARPE DIEM, venue du Québec. Tous ces éléments viendront mettre en tension les besoins des personnes âgées pour une vie de qualité et nos capacités à y répondre. Ce diagnostic viendra également valider le sens de mon intervention, à savoir centrer les pratiques sur le prendre soin pour offrir une vie de qualité, permettant également de rendre plus attractif l'EHPAD.

Dans ma troisième partie, j'engagerai une stratégie garantissant la cohérence entre le projet global et les orientations de l'association, associant à leur niveau les familles et les résidants, les personnels, les partenaires du territoire et la direction générale. Ce projet, basé sur les valeurs fortes du prendre soin, nous invitera à penser les orientations de l'établissement pour les 5 prochaines années, à développer une ouverture sur l'extérieur et à répondre aux besoins des personnes âgées sur le territoire en pensant de nouvelles formes d'accompagnement à domicile. Ce projet vise à offrir une vie de qualité aux résidants et à pérenniser l'activité de Saint Domnin, toujours dans le respect des personnes accompagnées.

1 Une vie de qualité pour les personnes âgées

Avec le travail social, le principal est d'aider les individus à s'épanouir dans la société. Cela représente une tâche démesurée... tout n'est que suppositions du normal et représentations de l'idéal. Cependant, si le professionnel n'obtient pas le résultat qu'il visait, ce n'est pas pour autant qu'il aura échoué. Les individus ont leurs propres stratégies d'actions, leurs propres principes, ils ne sont pas malléables. Les accompagnements ne sont jamais neutres, chacun agit selon ses propres principes, c'est cela la richesse de notre travail, social et médico-social, et ce n'est en rien un défaut qu'il ne soit pas objectif en toutes circonstances : c'est la condition de son existence et de son efficacité. Ce qui est « normal » évolue avec le temps, les sociétés, les grandes idéologies. Les modèles sont « historiques » et donc susceptibles d'évoluer en fonction même des valeurs et idéologies qui dominent dans chaque période. Vouloir offrir une vie de qualité aux résidents accueillis dans un EHPAD pose alors la question des besoins des personnes âgées et nous invite à étudier les différents concepts qui entourent la vieillesse et ses représentations.

1.1 Les représentations de la vieillesse

Le débat sur la vieillesse reste entier depuis des siècles, de Platon à Rousseau en passant par Montaigne. Il y a les défenseurs de la vieillesse et les autres.

Le vieillissement peut s'aborder selon trois modalités (d'après Rowe et Khan, 1987) : tout d'abord, on peut envisager le vieillissement comme réussi si la personne âgée maintient toutes ses capacités fonctionnelles ; ensuite, le vieillissement peut se qualifier d'usuel, la personne âgée voit ses capacités fonctionnelles s'amoinrir ; enfin, le vieillissement peut être vécu avec des morbidités chroniques, l'âge est un facteur de risque et il entraîne des déficiences cognitives, affectives, sensorielles, cardiovasculaires... Je rajouterai que le vieillissement peut-être pensé comme une manière de vivre, face au temps qui passe, et non seulement comme un maintien, une usure ou une perte. L'âge est un facteur de fragilisation, mais si une prise en compte s'opère de façon précoce, elle peut être anticipée, par des actions de prévention, pour maintenir le désir, la motivation et l'action.

La dimension biologique pourrait laisser croire à un caractère homogène de la vieillesse. Cependant, toutes les personnes ne vieillissent pas de la même façon. L'environnement, les habitudes et les conditions de vie sont à prendre en compte. Par exemple, l'alimentation ou encore la consommation de tabac influenceront sur les capacités physiques des personnes âgées. Il en va de même pour les conditions socio-économiques, l'environnement professionnel... Les différents parcours de vie et de vieillesse s'expliquent donc à la fois par les facteurs biologiques, mais également par les facteurs psychologiques, les influences sociales, culturelles et environnementales. La préparation

de sa vieillesse est donc individuelle, mais également collective, institutionnelle, puisque les politiques publiques y jouent un rôle.

Un parcours de vie est constitué de différentes étapes, interdépendantes les unes des autres. La vie peut être perçue comme un itinéraire global avec différentes étapes, et l'étape de la vieillesse en fait partie. La vieillesse se prépare, se construit, avec les choix de vie que l'on fait, les choix de ses expériences... Toutes les trajectoires sont individuelles, il est donc difficile d'envisager une catégorisation par âge. Cependant, il est certainement possible de dessiner des types de trajectoires comparables, des profils. Je trouve qu'il est préférable, pour éviter les réponses standardisées, de ne pas avoir une vision fragmentaire du cycle de la vie. Il y a une continuité dans les différents âges de la vie, on touche ici à l'identité des personnes, à la continuité de leur vie, à leur parcours de vie. L'image de vieillesse se prépare tout au long de la vie. Le risque est que cette image soit négative, la vieillesse étant perçue comme une perte de capacités, un déficit, des handicaps... La vision négative de la vieillesse semble l'emporter « *à l'ère de la performance, de l'urgence et de l'innovation frénétique* »¹.

Aujourd'hui, il semble que la société en générale se désintéresse des personnes âgées dès lors qu'elles ne représentent plus la vieillesse positive, dynamique, la vieillesse idéale en somme. On pourrait même dire que la vieillesse et les personnes âgées sont vues comme un poids pour la société. Pourtant, je pense que la société, au-delà des individus seuls, doit apprendre à vieillir pour apprendre à porter un nouveau regard sur la vieillesse, plus positif, et se libérer de l'obstination de la performance.

En Europe, plusieurs modèles existent. Les solidarités familiales sont très fortes dans les pays avec un modèle catholique marqué, comme l'Irlande du Nord. Dans les pays du Sud, on retrouve davantage d'entraide matérielle et physique envers les personnes âgées, qui cohabitent avec les autres générations plus jeunes.

Je pense que la vieillesse peut être une belle étape de la vie, si cette étape est bien accompagnée. La dernière étape de la vie des personnes se réalise souvent en établissement, en EHPAD et pour que celle-ci soit positive, il faut la vivre agréablement, être bien accompagné pour mieux la supporter. En effet, cette dernière étape de la vie est pour certain un traumatisme, la qualité de l'accompagnement est primordial pour en faire une belle étape de la vie.

¹ TAVOILLOT Pierre-Henri, « Face à l'âge », revue Sciences humaines, avril 2015, Vieillir, pour ou contre ?, n°269, page 29

1.2 Des concepts entourant les personnes âgées à clarifier

Au regard des représentations plutôt négatives qui accompagnent le vieillissement et les personnes âgées dans notre société, j'ai orienté mes recherches afin de définir les notions qui les entourent : la dépendance, la solitude, l'isolement, le rôle social. Ce sont ces éléments que je reprends ici.

1.2.1 La perte d'autonomie des personnes âgées : entre fragilité et besoins médicaux

Dans la définition retenue par la loi du 24 janvier 1997, la dépendance se dit de « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ». La perte d'autonomie est un risque qui implique les personnes concernées et leur famille, ainsi que la société. Il s'agit d'une incapacité à accomplir seul les actes élémentaires de la vie quotidienne et les tâches domestiques. Elle est liée aux capacités de la personne, mais également aux conditions de son environnement². « *Être autonome, c'est courir des risques dans les différents domaines de la vie* »³. Une fois « vieux », on peut connaître des pertes d'autonomie et l'on est alors accompagné par d'autres. En effet, la coordination, l'équilibre, la mobilité et la force se perdent avec l'âge. La perte d'autonomie est redoutée par les personnes âgées, qui la perçoivent et la vivent comme une fatalité. La peur d'une incapacité peut amener un individu à stopper toute activité « *voir même à considérer qu'il n'a plus le droit de vivre, comme avant, une vie normale. Cette vie « normale » à laquelle chaque personne âgée aspire, ne constitue-t-elle pas une donnée essentielle qu'il faut considérer comme sa qualité de vie ?* »⁴. La dépendance, liée à l'âge, avec laquelle la personne devra peut-être vivre, ne doit pas être perçue comme une faiblesse ou une fatalité. On peut être très vieux et ne pas vivre l'expérience de la dépendance⁵.

De plus, par le seul fait de l'âge, il semble que la personne ne peut plus d'elle-même opérer les choix de sa propre vie : choix dans ses sorties, de ce qu'elle mange lorsque l'on institue le portage de repas, le choix de l'entrée en institution. Pourtant les personnes âgées ne sont pas forcément malades ou dépendantes. Reconnaître les premiers signes de la perte d'autonomie, repérer les troubles physiques ou psychiques, est nécessaire afin de pouvoir mettre en place le plus tôt possible les mesures adaptées à la situation et au choix des personnes âgées. On pourra définir les troubles physiques comme des

² Cf Film « Flore » de Jean-Albert Lièvre, 2014

³ AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, p. 37

⁴ AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, p. 38

⁵ EYNARD Colette, Le parcours résidentiel au grand âge, de l'utopie à l'expérience, Paris, L'Harmattan, 2016

« troubles de l'équilibre tels que des trébuchements ou chutes, des difficultés à se lever, une marche hésitante..., une perte de poids, la fatigue, une baisse de l'activité physique... »⁶. Prévenir la perte d'autonomie, l'entrée dans la dépendance, implique donc d'intervenir en amont. Le but étant d'éviter l'incapacité chez les personnes âgées, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Aussi, mettre en place des actions permettant d'éviter l'entrée dans la dépendance, du moins de la retarder, est un enjeu majeur pour les institutions. En effet, les personnes âgées sont touchées par une diminution de leurs performances fonctionnelles et de leurs réserves physiologiques et n'ont plus la réserve fonctionnelle pour faire face à un stress, affronter un évènement important. Une personne âgée confrontée à un évènement stressant (un rhume, une grippe, une chute par exemple) se rétablira plus difficilement et mettra plus de temps si ses capacités fonctionnelles et physiologiques sont diminuées. Sans support aux soins relationnels on peut envisager une aggravation des dégénérescences, et au mieux une stabilité. Pourtant « la vie se retire à chaque fois que l'on se préoccupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit »⁷. Il nous faut garder à l'esprit que la perte d'autonomie n'est pas synonyme de perte du relationnel. Les liens relationnels sont toujours possibles, à travers la parole, le regard, les envies et désirs des personnes. Ce constat doit nous amener à mettre en place des mesures de prévention et un accompagnement visant à aider les personnes à exprimer leur volonté.

Enfin, on compte aujourd'hui 8% des personnes touchées par la perte d'autonomie, soit 1,2 millions de personnes qui perçoivent l'APA (chiffres de 2015)⁸. Le Gouvernement prévoit qu'en 2030, 1,6 millions de personnes seront en perte d'autonomie et 2,35 millions de personnes en 2060.

1.2.2 L'isolement et la solitude chez les personnes âgées : des besoins relationnels

Après 80 ans, on observe un repli sur soi, sur son espace, son domicile. À cela s'accompagne une baisse des solidarités, des difficultés physiques qui diminuent les sorties. Un nouveau rythme se met alors en place, à l'intérieur du domicile, avec de nouvelles routines, de nouveaux repères. Pourtant, ne pas sortir ne signifie pas la suppression des liens avec l'extérieur. Il est possible pour les personnes âgées, les résidents en établissements, de continuer à avoir des liens avec l'extérieur : avec la radio,

⁶La prévention de la perte d'autonomie, Actes du séminaire organisé par le Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes, à Paris les 6-7 mars 2014

⁷ COLLIERE Marie-France, Promouvoir la vie, Paris, Interéditions, 1992

⁸Personnes âgées : les chiffres clés, disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

la télévision, les visites. L'ouverture sur le monde se fait différemment et elle donne le sentiment aux personnes âgées d'appartenir à la société.

On voit tout de même qu'avec l'avancée en âge, le réseau relationnel s'amointrit et laisse place à l'isolement qui peut entraîner un sentiment de solitude. La solitude est « *le sentiment d'abandon* »⁹, ce qui est différent de l'isolement, d'« *une absence ou faiblesse des relations sociales* »¹⁰. Une personne, bien que très entourée, voyant et côtoyant beaucoup de monde, peut se sentir seule et avoir le sentiment d'être abandonnée. Aussi, dans une même situation, le ressenti des personnes âgées ne sera pas le même. Tout dépend du niveau de sociabilité recherché par les personnes. Il faut donc, dans le recueil des souhaits et attentes des personnes âgées, en arrivant en établissement, faire le point sur cette question, afin de leur apporter le lien social correspondant à leur besoin. On ne peut partir du parti pris de dire que toutes les personnes âgées se sentent seules, tout dépend de leur niveau de sociabilité recherché.

Enfin, en établissement, on trouve deux catégories au sein des résidents très peu entourés : ceux qui sont seuls depuis longtemps, qui se sont habitués à se débrouiller par leurs propres moyens et qui mobilisent seuls les aides dont ils ont besoin et ceux qui sont nouvellement seuls ou qui n'avaient pas envisagé la vieillesse seuls. C'est pour cette deuxième catégorie que le déficit relationnel est difficile à supporter. Beaucoup de personnes âgées disent s'ennuyer, trouver le temps long, ce temps long qui laisse place aux idées noires pour certains¹¹. En effet, la promiscuité n'empêche ni l'ennui ni le sentiment de solitude. Les relations au sein de l'EHPAD s'articulent autour des autres résidents, des professionnels et des familles, des proches. Les résidents cherchent à avoir des liens avec les professionnels, car ils ont le sentiment d'être reconnus. Il demeure une certaine distance entre résidents, selon la motivation et les envies de chacun. Cela s'explique par le fait que certains souhaitent se protéger, ils ne veulent pas toujours risquer de s'investir dans une relation qui ne va pas durer. Également, cela s'explique par la peur de l'image renvoyée par les résidents les plus dépendants. Il est donc primordial d'accompagner le choix des résidents, ne pas forcer les relations. On notera tout de même que le réseau de relations évolue à l'entrée en établissement, de nouvelles affinités, voir amitiés se créent. Certains se connaissaient avant leur arrivée à l'EHPAD, ou partagent à l'EHPAD les mêmes centres d'intérêts ou bien certains se sentent utiles envers un autre résident. On prendra l'exemple des résidents les plus jeunes et les plus autonomes qui accompagnent d'autres résidents à la salle à manger,

⁹ CARADEC Vincent, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 2012, p.79

¹⁰ CARADEC Vincent, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 2012, p.79

¹¹ Propos de résidents recueillis lors de la commission animation de l'EHPAD Saint Domnin, le 6 avril 2018

aux salons, lors d'une activité, ou qui répondent à des soucis techniques, comme le branchement d'un appareil dans la chambre du résidant.

Il ne faut pas voir une unique solution à l'isolement dans le seul renvoi aux solidarités familiales ou dans le seul renvoi aux politiques publiques et donc au renvoi aux solidarités professionnelles. L'enjeu est de combiner les deux formes de solidarité, qui ne s'opposent pas. Aucune des deux formes de solidarité n'est à privilégier, il faut que les institutions trouvent une synergie, que les professionnels travaillent avec les familles pour offrir un accompagnement de qualité, répondant aux besoins de chacun.

1.2.3 La vie sociale des personnes âgées : leur rôle social

Avoir une activité c'est avoir une fonction dans la société dont la finalité peut être personnelle ou collective. Avec l'arrivée du grand âge, du 4^{ème} âge, lorsque la santé limite le dynamisme vécu lors des étapes de vie précédentes, arrive peu à peu le sentiment d'inutilité, une perte de sens. On peut alors parler du « *syndrome de glissement* »¹². Les personnes âgées se retrouvent dans l'engrenage des soins médicaux, coupées petit à petit de leurs repères, de leur histoire, des liens avec leurs proches. Cette perte d'identité est liée à l'absence de vie sociale, à la privation de leur rôle social.

Aujourd'hui dans les établissements, les personnes gardent difficilement un rôle social dans la société ou tout du moins un rôle social dans leur nouvel environnement. Au Danemark, de plus en plus, dans les maisons de retraite, on retrouve des espaces communs en extérieur, pour encourager la vie sociale : des boutiques et services en rez-de-chaussée, comme des coiffeurs, des cabinets médicaux, de spécialistes, mais aussi des cafés. La vie sociale c'est avant tout de l'échange. Il s'agit de créer des relations humaines, de permettre aux personnes de se reconnecter avec leur environnement.

L'animation dans les établissements, pour que ces derniers soient de véritables lieux de vie, doit faire partie du projet global de l'établissement. On distinguera l'animation plaisir et l'animation « utile », thérapeutique et de prévention, corollaire de l'utilité sociale que l'on préconise lorsque l'on vit chez soi. En effet, l'animation vient avant tout combler un manque, celui de la vie sociale. Au début, l'animateur va la créer, on pourra la qualifier d'artificielle. Puis, petit à petit, il laissera sa place à une vie sociale qui s'entretient d'elle-même. On distinguera, selon J-J AMYOT, deux types d'animation pour la vie sociale en établissement, celle intégrée, naturelle qui correspond à la vie quotidienne non programmée, et celle intégrante, permettant d'étoffer le réseau de sociabilité, qui est programmée et ciblée. Ainsi l'animation de la vie sociale s'organise autour de plusieurs

¹² TAVOILLOT Pierre-Henri, « Face à l'âge », revue Sciences humaines, avril 2015, Vieillir, pour ou contre ?, n°269, page 20

butts comme la distraction, l'occupationnel, la communication et la relation, la valorisation personnelle ou encore la dimension créative.

1.3 L'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées

Le contexte de création des structures qui ont précédé les EHPAD, l'évolution de la population et les choix politiques des différents Gouvernements ont influencé les politiques publiques actuelles, qui ont adopté un positionnement stratégique se traduisant par la mise en œuvre de politiques publiques ciblées.

1.3.1 Histoire

Avec l'indigence et la maladie au Moyen-Âge, de nombreux établissements voient le jour à l'initiative du Clergé ou de l'autorité royale. Ces établissements ont été conçus par « *charité chrétienne ou par peur du vagabondage* »¹³. C'est alors que se sont développés en nombre les hospices. Ils hébergeaient les personnes âgées. Ces établissements se sont ensuite transformés en hôpitaux, en lieux d'hébergement et d'enfermement. Ce mouvement d'enfermement, lié à la pauvreté, à la sédentarité des populations, à la pénurie de main-d'œuvre... se répandra dans toute l'Europe. Avec la Révolution et le Comité de mendicité, présidé par La Rochefoucault-Liancourt, les hospices spécifiques pour « *vieillards et infirmes* » sont mis en place. Le temps où toutes les populations étaient internées dans un même lieu prend fin (malades, infirmes, vieillards, fous, tous les âges et sexes). Même avec la spécialisation des hospices, en parallèle des hôpitaux, lieux de soins, les hospices ne prennent pas véritablement de distance avec ces derniers. « *La médecine est en partie à l'origine du prolongement de la vie. Elle va rapidement se réapproprier la vieillesse, la constituant insidieusement en maladie* »¹⁴.

*« L'hospice est un lieu où la vie est commune, où l'indigent qui y est reçu, assujetti aux règlements indispensables à l'ordre de la maison, sacrifie sa liberté presque entière en échange des secours qu'il reçoit ; l'hospice éteint chez ceux qui y sont reçus tout désir, toute espérance de bien-être à venir, il anéantit le goût du travail et l'esprit d'émulation, brise les liens de la famille et d'amitié, les habitudes de toute la vie »*¹⁵

La loi de 1905 a institué l'assistance « *aux vieillards, infirmes et incurables* ». Aussi, jusque dans les années 1960, la notion d'accompagnement des personnes âgées et cette préoccupation ne s'articulent qu'autour de l'assistance et du droit à la retraite.

¹³ AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, p. 86

¹⁴ AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, p. 87

¹⁵ Document du bureau de bienfaisance du Vème arrondissement siégeant le 7 novembre 1834

L'appellation maison de retraite apparaît en 1958 avec l'ordonnance du 11 novembre. Au début des années 1970, le troisième âge apparaît, signe d'une strate d'âge de la société dynamique, en mouvement. Les personnes âgées, retraitées, ne veulent plus être perçues comme une charge pour la société et leurs proches.

On rappellera que dans les anciens services de long séjour gériatrique, les ancêtres des EHPAD, la culture était sanitaire et non médico-sociale, découlant des hospices¹⁶. En effet, on parlait de malades. Les vêtements des pensionnaires étaient interchangeables, il était très rare que les personnes possèdent leurs propres vêtements. Les repas étaient servis sur place, dans les dortoirs, les temps des repas n'étaient pas agréables aux pensionnaires, rapides, sans saveur, tous les aliments étaient mélangés pour ne pas perdre de temps. À l'odeur agréable du petit-déjeuner se mêlaient les odeurs, nettement moins appréciables, de l'incontinence. À l'époque, les aides-soignantes étaient aussi les hôtelières. Aussi, faute de temps, de moyens, tout était fait très vite. Les toilettes se faisaient « en public », devant les autres pensionnaires, l'intime était oublié. Il n'y avait ni endroit à soi, ni moment à soi. La relation humaine était absente, les professionnels ne parlaient pas aux pensionnaires, ne les écoutaient pas non plus. Un détail marquant est à noter, à cette époque, les sorties se nommaient « permissions », ce qui révèle le caractère sanitaire, mais aussi celui de l'institutionnalisation. Ces établissements d'autrefois, pour personnes âgées dépendantes s'apparentaient à des institutions totalitaires.

La loi du 30 juin 1975 vient humaniser les structures dans son article 23. Cette loi consacrera la scission avec le secteur sanitaire et permettra aux établissements de considérer les personnes au regard d'une démarche plus moderne, dans un accompagnement global, au-delà de la santé. Elle prévoit qu'ils soient transformés en établissement sociaux, médicalisés ou non, ou encore en unités de longs séjours, mais en aucun cas en lits de soins aigus ou en lits de moyens séjours.¹⁷ On voit ici que ces structures devaient être avant tout des établissements sociaux, des lieux de vie, dans lesquels on pouvait soigner. C'est à ce moment que les dortoirs sont transformés en chambres individuelles ou doubles.

On a vu alors apparaître une nouvelle catégorie, une nouvelle strate dans le parcours de vie, celle des 4^{ème} âges, rebaptisés les personnes âgées dépendantes dans les années 1980. Terme très véhiculé par les médias, auxquels s'ajoutent ceux d'invalidité et de handicap des personnes âgées. En 1990, on dénombrait 372 700 lits de maisons de retraite.

¹⁶ EYNARD Colette, *Le parcours résidentiel au grand âge, de l'utopie à l'expérience*, Paris, L'Harmattan, 2016

¹⁷ Circulaire n°23 du 16 juin 1980 non parue au Journal Officiel

Avec l'allongement de la vie, ce ne sont plus les mêmes raisons qui conduisent les personnes à entrer en institutions, « *la dépendance et l'isolement prennent le pas sur l'hébergement social* »¹⁸. C'est à ce moment que la grille AGGIR est utilisée pour évaluer la dépendance, avec la loi PSD en 1997. Cet outil d'évaluation est aujourd'hui encore utilisé. La notion de dépendance devient alors le fondement de l'action sociale envers les personnes âgées. Les structures, les professionnels, la société conçoivent et traitent les personnes âgées comme des personnes recevant passivement une aide, des soins. Ce n'est qu'avec les politiques de lutte contre les exclusions que la notion de suivi personnalisé apparaîtra et avec elle la considération portée à la personne âgée dans le fait de l'accompagner. Avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, il s'agit « *de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé et pas toujours lisible du secteur social et médico-social* »¹⁹. Plusieurs offres d'hébergement émergent alors et s'organisent selon différents critères, si les personnes sont autonomes ou dépendantes, si l'accompagnement est spécialisé ou généraliste, enfin s'il s'agit d'un accompagnement sanitaire ou social/ médico-social. Je suis sensible à l'évolution des institutions et il me semble que dans les EHPAD, la vie est collective et l'espace privé des personnes est remis en cause à l'inverse des foyers-logements dans lesquels les personnes peuvent recevoir quand elles le souhaitent, manger à l'heure qu'elles désirent...

1.3.2 Les dernières lois et orientations des politiques publiques

La dernière loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, annonce trois axes importants, que sont l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie²⁰. On notera que la loi ASV²¹ insiste sur le fait que « *les maisons de retraite médicalisées doivent mieux intégrer le projet de soins dans le projet de vie de la personne, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité du parcours de vie en relevant les défis de la médicalisation* ». On voit donc bien que l'accent est mis sur la vie sociale et le respect du parcours de vie de la personne : les EHPAD sont des lieux de vie. Enfin, la loi ASV a institué un Haut Conseil de l'âge, spécifiquement dédié aux problématiques du vieillissement et à la perte d'autonomie. Ce Haut Conseil est chargé d'assurer une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance.

¹⁸ AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, p. 89

¹⁹ BAUDURET Jean-François, JEAGER Marcel, Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation, Paris, Dunod, 2002

²⁰ <https://www.ars.sante.fr/la-loi-dadaptation-de-la-societe-au-vieillissement-0>

²¹ Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/>

Je trouve important le rapport IBORRA²², qui découle de la mission FLASH²³, qui a rappelé que les EHPAD étaient « *des lieux de vie, dans lesquels on soigne* ». Il a également été mis en avant que le maintien à domicile était une des solutions envisagées pour le vieillissement des personnes âgées. La mission FLASH a pu mettre en avant que le maintien à domicile était une des solutions envisagées pour le vieillissement des personnes âgées. Cela est au cœur des préoccupations des ARS qui lancent des appels à projets pour développer des services d'accompagnement à domicile ou de répit pour les aidants.

L'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), qui a rejoint l'HAS (Haute Autorité de Santé) au 1^{er} avril 2018, a élaboré plus de 30 Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)²⁴, relatives aux personnes âgées. On retiendra les trois volets concernant la qualité de vie en EHPAD, datant de 2011 et 2012, ainsi que celle concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, datant de 2016.

Concernant le dernier plan « contre les maladies neurodégénératives » 2014-2019, il reprend les 4 axes suivants²⁵ :

1. Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire
2. Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne
3. Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives
4. Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé

On notera une volonté à travers ce dernier plan de renforcer la prévention, alors qu'historiquement notre système est basé sur le curatif.

Enfin, la Journée Internationale des personnes âgées, qui a lieu le 1^{er} octobre et qui a été instaurée par les Nations Unies en 1990 permet de contribuer, à travers le monde, à sensibiliser le public au vieillissement de la population, aux problématiques et aux enjeux qui en découlent. En 2017 elle portait sur le thème « Se projeter vers l'avenir : Faire appel aux talents, aux contributions et à la participation des personnes âgées dans la société »²⁶.

²² Nom de la ministre ayant rédigé ce rapport

²³ Mission sur la situation et la problématique des EHPAD réalisée en septembre 2017

²⁴ Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, disponibles sur le site Internet https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836921/fr/les-recommandations-de-bonne-pratique

²⁵ Plan contre les maladies neurodégénératives 2014-2019, p. 4, disponible sur le site Internet http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_PMND_18112014.pdf

²⁶ Site Internet des Nations unies <http://www.un.org/fr/events/olderpersonsday/>

1.3.3 Les dispositifs actuels pour l'accompagnement des personnes âgées

Nous pouvons classer par catégories les établissements et services à destination des personnes âgées.

- Les établissements d'accueil et d'hébergement des personnes âgées :
Les EHPAD avec les accueils de jour, l'hébergement permanent et temporaire, les EHPA, résidences autonomie, les MARPA, MAPAD, les SSR et USLD, les services gérontologiques des CH.
- Les services d'informations et d'orientation :
Les CLIC, ESA, MAIA, CCAS et les associations (France Alzheimer...)
- Les services à domicile :
SSIAD, SPASAD, SAAD, HAD, accueil familial, portage de repas
- Les services d'aide aux aidants : les plateformes de répit et les associations

Les EHPAD ont pour mission selon le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles), de mettre en place des « actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif », ils « s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies ». Depuis 2006, les soins palliatifs doivent être assurés dans les EHPAD²⁷, sans accompagnement financier prévu. Pour cela, les EHPAD doivent établir des partenariats avec les services spécialisés du territoire.

On voit apparaître de nombreux dispositifs d'accompagnement spécialisé pour permettre aux personnes âgées, même si elles présentent une forte dépendance, de rester chez elle. Le maintien à domicile est en plein essor, puisqu'il semble répondre à un besoin et une attente importante des personnes âgées²⁸. La création des MAPA (Maison d'Accueil pour Personnes Âgées) arrive dans les années 80, essentiellement pour les soins de nursing, à la frontière entre le domicile et les établissements. Seront également créées les MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes) et les MARPA (Maison d'accueil Rurale pour Personnes Âgées), créées par la Mutualité Sociale Agricole. Le Paerpa, le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie²⁹ est en place depuis 2014. Il vise à préserver l'autonomie des personnes âgées en renforçant

²⁷ Décret 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs paru au Journal Officiel le 7 février 2006 et disponible sur le site Internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/2/6/SANA0620163D/jo/texte>

²⁸ LECLAIR Agnès, « Les séniors plébiscitent le maintien à domicile », Le Figaro.fr, 18/03/2013 « Selon une enquête, 90 % des personnes âgées préfèrent adapter leur logement plutôt qu'intégrer une maison de retraite » disponible sur le site Internet <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/03/18/01016-20130318ARTFIG00599-les-seniors-plebiscitent-le-maintien-a-domicile.php>

²⁹ Disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

le maintien à domicile et en améliorant la coordination des intervenants. Il prévoit également de sécuriser les sorties de l'hôpital et de réduire les hospitalisations inutiles. On voit donc apparaître une volonté de baisser les hospitalisations et leur durée concernant les personnes âgées et pour cela des solutions alternatives sont pensées. Ces solutions viennent également en réponse à l'opposition entre le domicile et les établissements.

La création des CLIC, sous la forme d'un guichet unique, permet l'information aux personnes âgées et à leur famille, leur orientation sur les différentes prestations en ayant évalué les besoins des personnes. Il s'agit d'une « *démarche de coordination gérontologique consistant à créer des lieux regroupant l'ensemble des réponses disponibles dans les domaines social, sanitaire et dans celui de l'habitat* »³⁰.

Je trouve important de rappeler qu'avec la loi du 2 janvier 2002 les établissements sociaux et médico-sociaux ont l'obligation de pratiquer une évaluation interne et externe. Enfin, les CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) se généralisent. Ils listent les autorisations, les activités des établissements et services et le financement qui leur ait accordé.

1.3.4 Un contexte national de crise

Les médias mentionnent les EHPAD pour parler de maltraitance, de manque de soins, du personnel non qualifié... comme en témoigne un reportage de fin 2017³¹. Les EHPAD sont encore mal perçus par le grand public, par les personnes âgées, ils sont redoutés. On retiendra des faits datant de 2014, pendant lesquels un Procureur de la République de la Cour d'Appel de Caen a menacé une nonagénaire qui avait frappé sa voisine de l'envoyer en maison de retraite si elle continuait. Les EHPAD sont vus comme une sanction pour la majorité des personnes âgées qui y entrent et qui ne l'ont pas choisi.

Depuis plusieurs mois, on note un malaise chez les professionnels du secteur médico-social, avec des grèves et mouvements à répétition dans les EHPAD. Le Gouvernement a souhaité prendre des mesures d'urgence. On notera qu'il prévoit la mise en place d'astreintes d'infirmiers de nuit afin de réduire les hospitalisations évitables. Par ailleurs, il prévoit de renforcer la présence de personnels soignants en EHPAD et de faire évoluer les missions des médecins coordonnateurs. Je reste convaincu que du personnel supplémentaire en EHPAD permettrait un accompagnement plus humaniste, davantage de temps consacré à l'adaptation des professionnels aux besoins spécifiques des

³⁰ Extrait de la Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005 ; <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>

³¹ Émission Pièces à conviction : Maison de retraite : les secrets d'un gros business, diffusé sur France 2 le 19/10/2017

personnes, à une réponse individualisée. Même si la réponse à une vie de qualité en EHPAD ne passe pas seulement par le fait de renforcer les effectifs des EHPAD, cette question est cruciale. En effet, les professionnels réclament depuis plusieurs mois une amélioration des conditions de travail et de l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD.

Début juin 2018, le Président Emmanuel MACRON a évoqué le 5^{ème} risque couvert par la Sécurité Sociale. Il s'agit du risque correspondant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ce 5^{ème} risque viendrait s'ajouter aux 4 autres relatifs à notre système de protection sociale (les autres risques concernent la maladie, la famille, les accidents de travail et maladies professionnelles et la retraite). Le Gouvernement veut renforcer la prévention à domicile, mais également en établissement et prévoit qu'en 2019, les actes de prévention réalisés par les professionnels en EHPAD soient financés par l'Assurance Maladie. Ces actions concerneront : la santé bucco-dentaire, le dépistage, l'activité physique adaptée, la diététique et la prévention des chutes³². Selon la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, les dépenses relatives à la branche vieillesse du régime général ne cessent d'augmenter³³. La création d'une compensation personnalisée pour l'autonomie pourrait ainsi être créée. Elle prévoirait une évaluation des besoins d'aide à l'autonomie, l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation intégrant les prestations, biens et services identifiés comme nécessaires³⁴.

Je trouve intéressant le lancement par le Ministère des Solidarités d'un débat³⁵ avec l'ensemble des acteurs et citoyens afin de traiter des questions de la qualité de vie des personnes âgées et de leur accompagnement dans la perte d'autonomie. Les résultats sont attendus pour début 2019 et permettront d'influencer les évolutions de la gouvernance nationale et territoriale. L'accent est à nouveau mis sur le soutien aux aidants et l'accompagnement des professionnels.

En février 2018, la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance a été installée. Elle présentera pour fin 2018 un plan d'actions permettant de renforcer la prévention et d'accompagner les responsables de structures. Egalement, dans l'optique de renforcer la confiance des personnes âgées et des familles, le

³²Priorité à la prévention à domicile comme en établissement, disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/priorite-a-la-prevention-a-domicile-comme-en-etablissement>

³³ Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2015, disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2016_web.pdf

³⁴ <https://www.silvereco.fr/a-propos-du-5eme-risque>

³⁵Faire face au défi de la perte d'autonomie : la France au rendez-vous de 2030, disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/faire-face-au-deji-de-la-perte-d-autonomie-la-france-au-rendez-vous-de-2030>

Gouvernement prévoit de généraliser des enquêtes de satisfaction, pilotées par l'HAS³⁶. On mentionnera que cette Commission et le Conseil Consultatif National d'Éthique travaillent en ce moment à la réussite de la « transition vers une société inclusive ».

Enfin, le Gouvernement met en place une Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS). Sa principale action sera de décloisonner les différents acteurs, ceux de la ville, du médico-social et de l'hôpital, l'idée étant de favoriser la continuité des parcours des personnes âgées³⁷. Sur la période 2018-2022, les ARS seront chargées de déployer un budget pour la mise en place de la télémédecine, en particulier dans les EHPAD, dans le but de garantir la qualité du suivi médical, notamment dans les territoires où la présence médicale est faible.

Ces projets, rapports, futurs textes de loi démontrent bien les tensions existantes dans le contexte actuel du secteur et les enjeux liés aux modifications structurelles et économiques de la société.

1.4 L'articulation des besoins des personnes âgées accompagnées en EHPAD et le fonctionnement des organisations institutionnelles

1.4.1 Une culture sanitaire prégnante

Le regard porté sur la vieillesse et la qualité de vie des personnes âgées se fait par des approches cloisonnées : sanitaire, sociale et médico-sociale.

Un EHPAD est à la fois un lieu de vie et un lieu de soins. Cette complémentarité doit articuler au mieux les différentes facettes pour offrir un accompagnement global aux personnes accueillies. Pourtant, aujourd'hui, le vocabulaire utilisé dans les EHPAD est encore très professionnel et médical, source d'inquiétude pour les résidents ou d'incompréhension³⁸. On parle de PVI, de CVS, de calendrier mictionnel... De plus, on y retrouve toutes les dimensions des lieux de soins : les tenues portées par les équipes soignantes qui s'apparentent à celles portées dans les centres hospitaliers, l'affichage des protocoles d'hygiène, le liquide hydro-alcoolique à disposition partout, la distribution des chambres dans un long couloir avec une salle de soins au cœur du service, des codes

³⁶ Renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/renforcer-la-confiance-des-personnes-agees-et-de-leur-famille>

³⁷ Repenser et faciliter le parcours de santé des personnes âgées, disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/repenser-et-faciliter-le-parcours-de-sante-des-personnes-agees>

³⁸ Mélina Eloi, Philippe Martin. Éthique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations. [Rapport de recherche] Université de Bordeaux. 2016.

pour fermer les portes donnant sur l'extérieur ou fermer les espaces réservés au personnel... Les familles et les professionnels répètent aux résidants qu'ils sont à l'EHPAD chez eux. Cependant, pour certains, se sentir chez soi est difficile dans une structure où ils voient tous les jours des personnes en blouse, synonyme d'hôpital pour beaucoup. Or, les résidants ne se considèrent pas comme des malades, ils se considèrent comme des personnes vieillissantes, en demande d'aide. Dans ces conditions, pour des résidants désorientés, atteints de maladies d'Alzheimer ou apparentée, nous ne faisons que renforcer leur incompréhension sur le lieu dans lequel ils se trouvent.

Aussi, on notera que le système organisationnel dans les EHPAD décide des règles et du fonctionnement pour tout, même pour ce qui ne concerne pas le soin. Les résidants y perdent leurs repères, se sentent déracinés, dépossédés et il faut les aider à se réapproprier ce nouveaux lieu de vie. La culture sanitaire, liée à l'histoire des EHPAD, influe sur la manière d'accompagner les personnes âgées. Les personnels soignants, de par leur formation, exercent leur métier en ayant comme idée fondatrice qu'ils savent ce qui est bon pour la personne, le « patient ». Ils prennent des décisions pour son bien. On remarquera que les soignants connaissent les résidants, sous une partie, celle du « malade »³⁹. La culture professionnelle et historique des établissements amène les EHPAD à beaucoup médicaliser. Les équipes sont configurées comme dans les centres hospitaliers, avec un médecin, des infirmiers et des aides-soignants, qui semblent détenir le pouvoir de décisions pour tout ce qui concerne la vie des résidants⁴⁰. Cette approche centrée sur le médical, et non sur l'approche globale de la personne, est un frein pour envisager les personnes âgées, les résidants, comme des acteurs pouvant participer à la vie de la structure qui les accompagne. Cela tient également à la formation des professionnels soignants, qui exercent dans les EHPAD. Dans leur formation, on ne les fait pas suffisamment réfléchir à ce qu'est un EHPAD, un lieu de vie. Aussi, lorsqu'ils arrivent en EHPAD pour travailler, ils y travaillent comme dans un hôpital, ils sont là pour soigner, pour guérir, accompagner les personnes à la fin de vie, pour faire des soins de nursing, des soins d'hygiène. Le savoir-faire ne suffit pas en EHPAD, il faut un savoir-être qui permette l'écoute, l'accompagnement des personnes pour le maintien de leur autonomie, pour offrir un accompagnement digne d'un lieu de vie.

On soulignera que les pratiques sont mises en place pour répondre avant tout aux exigences institutionnelles. En effet, dans les EHPAD, on a l'impression que certains

³⁹ HERVY Bernard, « Vieillesse et vie citoyenne en institution », *Gérontologie et société*, 2007, n° 120, p. 127-142

⁴⁰ Mélina Eloi, Philippe Martin. *Éthique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations*. [Rapport de recherche] Université de Bordeaux. 2016

professionnels ont tendance à infantiliser les résidants au point de vouloir les « éduquer » aux règles que l'on a pensées pour eux. Ils imposent leurs principes, leurs lois... On peut prendre l'exemple de l'alimentation : aujourd'hui dans les EHPAD on propose des menus établis par des diététiciens qui n'offrent pas de fromage le soir au repas, car il est préconisé d'en manger plutôt le matin ou le midi. Ou encore, le fait d'établir un plan de soins indiquant le nombre de douches données aux résidants par semaine, sans parfois leur avoir demandé leur avis ou sans être allé comprendre leur histoire de vie. L'organisation infantilise les personnes accueillies. La prise en charge soignante devrait pourtant s'effectuer à travers l'accompagnement global de la personne, dans un projet co-écrit avec elle.

Les logiques des institutions restent prégnantes et freinent la participation des personnes dans les choix qui les concernent. La mise en place des CVS (Conseils de la Vie Sociale) a permis une avancée, mais dans les EHPAD, comme dans les institutions sanitaires, il y a plusieurs catégories d'acteurs, hiérarchisés : on commencera par « *ceux qui exercent le pouvoir et qui assument les responsabilités* »⁴¹, il s'agit des médecins, en plus des gestionnaires. Puis, il y a les professionnels, les familles et enfin les résidants qui sont accompagnés, pour leur bien, mais qui ne peuvent participer aux orientations ou aux décisions d'organisations de la structure, dans laquelle ils vivent pourtant.

La dynamique sociale semble être le parent pauvre des EHPAD et je m'aperçois que le personnel soignant doit aller plus loin dans son rôle et accompagner davantage les résidants dans leur globalité.

1.4.2 L'entrée en EHPAD

*« Les établissements proposent de vivre dans un espace particulier, original, où la vie collective et l'organisation individuelle sont en concurrence, dans un équilibre instable. [...] Chaque individu s'est construit au fil du temps un idéal de qualité de vie »*⁴².

Le jour j de l'arrivée en EHPAD peut être très redouté par les futurs résidants. Tout dépend de la façon dont celui-ci est préparé en amont avec les personnes âgées. Cependant, l'entrée en établissement est rarement choisie par la personne elle-même et encore moins préparée, puisque c'est la famille qui, dans l'impossibilité de s'occuper de la personne âgée, provoque l'entrée en EHPAD. Pour beaucoup de futurs résidants, l'entrée en EHPAD est un traumatisme, imposée par le corps médical ou la famille. Le personnel doit être formé pour comprendre ce bouleversement et accompagner au mieux l'entrée en EHPAD, aider les résidants à investir ce nouveau lieu pour qu'il soit le leur et qu'ils s'y sentent bien.

⁴¹ HERVY Bernard, « Vieillesse et vie citoyenne en institution », *Gérontologie et société*, 2007, n° 120, p. 127-142

⁴² AMYOT Jean-Jacques, *Travailler auprès des personnes âgées*, Paris, Dunod, 2008, p. 101

De plus, quand l'entretien de pré-accueil avec la personne âgée s'effectue, celui-ci est presque toujours réalisé en présence de sa famille. L'ANESM recommande à ce sujet de réaliser un entretien sans la présence des proches. Un processus est à travailler pour que l'EHPAD devienne familier, pour que le futur lieu de vie devienne un repère pour les futurs résidents. En effet, arriver dans un établissement dans lequel beaucoup de personnes âgées sont dépendantes, avec des déficiences physiques et mentales, menace l'identité des futurs résidents. Ils ont peurs au début, de les côtoyer, peur de l'avenir, de ce qui les attend. Ils ne veulent pas non plus être confondus avec ces résidents-là. Ils mettent en place des stratégies pour se préserver, se protéger : l'évitement. Un résident accueilli récemment à Saint Domnin refusait par exemple d'utiliser les toilettes collectives ; un autre refusait de s'installer dans les petits salons avec les autres résidents.

Enfin, l'arrivée en EHPAD modifie les rôles sociaux. Les résidents abandonnent leur propre liberté : plusieurs résidents ont pu me demander s'ils avaient le droit de faire telle ou telle chose. « *Est-ce que je peux manger dans ma chambre ?* »⁴³. On peut voir que les personnes sont assujetties à leur environnement et, n'étant plus sur « leur territoire », elles peuvent se retrouver sans désir, car bloquées dans leur expression. Le nouveau territoire est construit sur la représentation que l'institution a de l'intime et du personnel, on passe ainsi d'une maison ou d'un appartement à une chambre. Comme vu plus haut, les espaces des établissements sont truffés de codes institutionnels qui donnent la priorité aux professionnels et freinent la personnalisation des accompagnements. En effet, les espaces sont contrôlés par le personnel, salle à manger fermée à clé en dehors des repas, non accessible à toute heure, les professionnels qui discutent entre eux dans les couloirs, dans une bulle fermée... Certains professionnels ont besoin de se protéger. On notera également que les espaces privés des professionnels ne sont jamais transgressés par les résidents, alors que les chambres sont accessibles à tous, soignants, secrétaires, personnel technique..., à tout moment. Cela rend difficile pour les résidents la possibilité de se sentir chez eux. Il me semble que ce qui est important, c'est la manière de faire des professionnels et leur manière d'être, pour entrer dans l'intime des résidents. Il faut respecter les lieux des résidents, obtenir leur accord avant d'y pénétrer. Pourquoi frapper à la porte de la chambre si l'on n'attend pas la réponse du résident pour y entrer...

Dans un EHPAD, il y a autant de goûts, de modes de vie, d'habitudes alimentaires, d'usages relationnels... qu'il y a de résidents. Les établissements sont des mondes collectifs, régis par des règles qui ne sont pas celles des résidents, qui n'ont pour la plus grande majorité, pas choisi ce lieu pour vivre. Il semble que « *vivre chez soi le plus longtemps possible et donc mourir à son domicile, soit un des désirs les plus*

⁴³ Extrait d'un échange avec une résidente lors d'un repas le 15 février 2018

répandus »⁴⁴. Offrir une vie de qualité aux résidants c'est offrir à ces personnes la possibilité qu'elles se sentent chez elle, de vivre selon leurs propres règles.

1.4.3 Les relations avec les familles

L'entrée en EHPAD modifie clairement les rôles sociaux au sein des familles : « *l'entrée en institution entérine une situation de renversement générationnel. Désormais, c'est l'enfant qui prend en charge le parent* »⁴⁵. Ce changement ne résout pas, bien au contraire, les difficultés de communication ou de relations intrafamiliales : « *bien souvent, les enfants n'ont rien à dire à leurs parents. Donc ils viennent, ils fouillent, ils s'intéressent au linge au lieu de s'intéresser à eux* »⁴⁶. De plus, la mauvaise image des maisons de retraite dans notre société renforce la crainte des familles. Celles-ci se focalisent alors sur les questions de soins, d'hygiène, de gestion du linge, et comparent, voire mettent en compétition la qualité de l'accompagnement au domicile de la personne âgée par la famille et celle au sein de l'institution. L'enjeu ici est donc de préparer au mieux le passage de relations binaires, personne âgée/famille, à une relation triangulaire, personne âgée/famille/établissement.

Je trouve important de souligner que les familles des résidants sont très inquiètes⁴⁶ de voir l'état de santé de leur proche décliner, qu'ils cessent de réaliser les actes de la vie quotidienne, qu'ils se replient sur eux-mêmes. Elles ont peur de voir un jour leur parent ne pouvant plus manger seul, ne pouvant plus choisir le moment où il souhaite se lever, se coucher, se déplacer... Les familles culpabilisent également de faire entrer en établissement leur parent. Elles pensent ne pas avoir été à la hauteur, ont le sentiment de « s'en débarrasser ». Voir son parent entrer en EHPAD c'est également se confronter à l'idée de sa mort prochaine. Les personnes qui entrent en EHPAD peuvent dans certains cas retourner à domicile, l'accueil peut être temporaire, mais dans la majorité des cas, l'arrivée est définitive. L'entrée en EHPAD peut aussi être un choc pour les familles, à leur arrivée elles reçoivent en pleine figure les stigmates de la dépendance, tous ces signes tels que les fauteuils roulants, les lève-malade en attente d'utilisation... l'image de la dépendance et de la mort est renvoyée aux familles. Les familles se poseront beaucoup la question de savoir si elles ont fait le bon choix.

Les EHPAD doivent accompagner les familles en réfléchissant à ce que l'on peut ressentir lorsque l'on arrive dans un établissement, ce que l'on peut ressentir en prenant la décision de faire entrer son parent en EHPAD. Il nous faut rendre ces moments moins

⁴⁴ AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, p. 130

⁴⁵ DELIOT Claude, CASAGRANDE Alice, Vieillir en institution : Témoignages de professionnels, regards de philosophe, Paris, Broché, 2006 176 p.

⁴⁶ Propos recueillis lors d'entretiens avec les familles le 15 février 2018, le 22 mars 2018 et 24 mai 2018 et lors de la commission animation de l'EHPAD Saint Domin, le 6 avril 2018

pénibles pour les familles, déjà rongées par le sentiment de culpabilité. Nous devons garder à l'esprit que les familles des résidants ne sont pas que les enfants des résidants, ce sont des personnes qui tiennent d'autres rôles, mères de famille, grands-parents, en activité professionnelle... En soignant l'image de l'EHPAD, ces familles seront rassurées, elles envisageront l'établissement comme un lieu accueillant, elles pourront envisager d'y venir avec leurs petits-enfants. Car ne l'oublions pas, les résidants sont très en demande de pouvoir voir leur famille, enfants et petits-enfants, voire arrières petits-enfants⁴⁷. C'est à nous de créer les conditions favorables à cela.

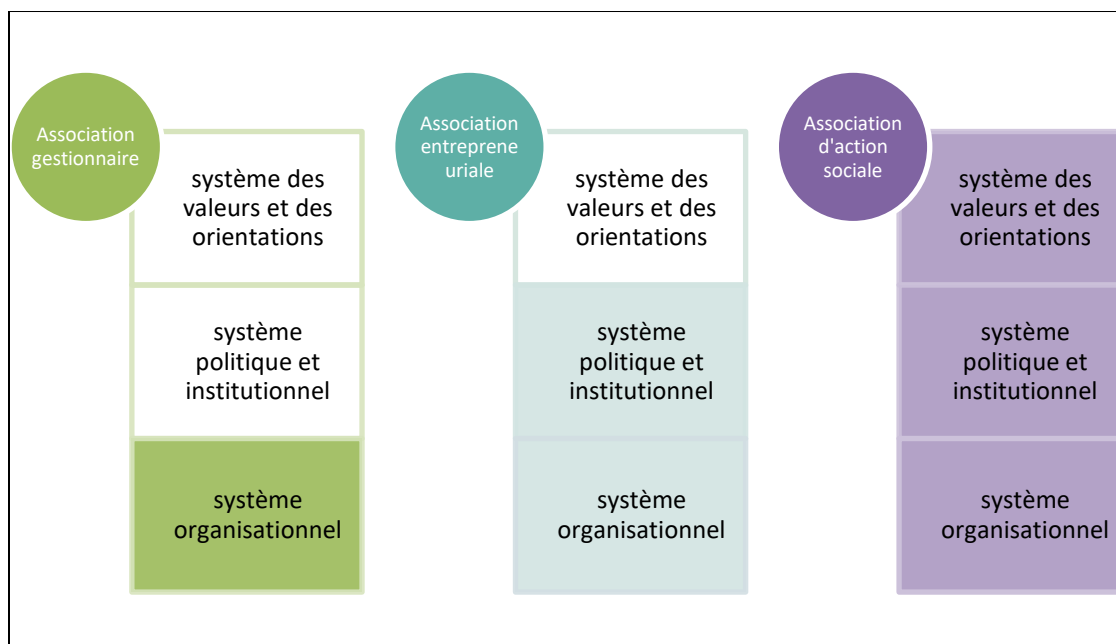
Pour cela, il nous faut aussi analyser les logiques qui structurent les organisations sociales elles-mêmes.

1.4.4 Les typologies d'associations

D'après Jean AFCHAIN, les associations d'action sociale peuvent s'analyser à trois niveaux :

- Au niveau de la production des finalités et des orientations ; on parle ici des valeurs et des positions de l'association au regard des enjeux de la société
- Au niveau de l'élaboration des décisions politiques et institutionnelles ; il s'agit ici de la stratégie mise en œuvre par l'association pour influencer sur l'élaboration des normes, des lois et de la réglementation
- Au niveau de l'organisation ; c'est-à-dire les modalités de fonctionnement, la répartition des tâches, les organigrammes...

Figure 1 : Caractéristiques des associations



⁴⁷ LIFFRAUD Dominique, « Familles et EHPAD... », Empan, 2013/3, n° 91, p. 82-90.

En analysant chacun de ses niveaux pour les associations et selon le(s) niveau(x) actionnés par l'association, Jean AFCHAIN décline une typologie des associations.

On parlera d'association d'action sociale lorsque celle-ci activera les trois niveaux : « *ses programmes d'actions sont alors intégrés dans ses orientations stratégiques et prennent sens dans un débat sur les enjeux de production de la société elle-même* »⁴⁸.

On distinguera de l'association d'action sociale, l'association gestionnaire, qui fonctionne comme un prestataire de services, avec des objectifs fixés par les acteurs de l'extérieur : son projet se situe au niveau organisationnel. L'identité de ce type d'association ne se trouve pas véritablement au sein du Conseil d'Administration, il s'agit d'une identité d'intégration, dictée par les pouvoirs publics. Son organisation est bureaucratique, voire pragmatique. Elle met en avant une philosophie, des intentions associatifs, mais cela ne suis pas dans la pratique. Il en est de même pour le rapport entre l'économique et le social, il convient de rationaliser l'action sociale, qui coûte cher. En effet, ce type d'association ne questionne pas les normes ni la réglementation : « *elle a une fonction de mise en conformité, de contrôle social* »⁴⁹. Dans l'association gestionnaire, le passé est souvent évoqué comme un repère et la réglementation comme une vision pour l'avenir. La gestion administrative et financière y tient une place prépondérante. Ces associations seront ainsi amenées à pousser très loin les détails de leur fonctionnement. On notera que cette organisation n'empêche en rien que les professionnels fournissent un travail de qualité, centré sur les personnes accompagnées.

On distinguera également un troisième type d'association, l'association entrepreneuriale. « *C'est l'organisation moderniste par excellence* »⁵⁰. Au projet organisationnel s'ajoute le niveau institutionnel et politique. Ce type d'association tente d'influencer les normes et l'élaboration de la réglementation. L'association entrepreneuriale affirme son identité à travers son marketing, elle sait mettre en avant ce qu'elle fait, à travers une communication interne et externe. Elle s'oppose à une organisation administrative et met en avant une souplesse de fonctionnement. Elle développe les notions de compétitivité et met en application des méthodologies expérimentées ailleurs. Au niveau du rapport entre l'économique et le social, elle se situe comme l'association gestionnaire. Enfin, l'association entrepreneuriale excelle dans la gestion des ressources humaines et met en avant le professionnalisme. On ajoutera qu'elle se défend d'être sous tutelle et préfère entretenir des relations de partenariats avec les Autorités de Contrôle et de Tarification,

⁴⁸ AFCHAIN Jean, Les associations d'action sociale, outils d'analyse et d'intervention, Paris, Dunod, 1997, p. 85

⁴⁹ AFCHAIN Jean, Les associations d'action sociale, outils d'analyse et d'intervention, Paris, Dunod, 1997, p..87

⁵⁰ AFCHAIN Jean, Les associations d'action sociale, outils d'analyse et d'intervention, Paris, Dunod, 1997, p. 88

elle met en avant la transparence. En interne, les organigrammes fonctionnels sont préférés aux organigrammes hiérarchiques.

Pour en revenir au modèle de l'association d'action sociale, celle-ci se veut autonome, ses dépendances sont gérées en interne, par son centre de décision, le CA. Bien que son action s'inscrive dans le cadre des normes et des lois, celle-ci tente de les faire évoluer, en accord avec sa conception de l'Homme et des rapports sociaux. À travers les rapports entre théorie et pratique, elle réfléchit à la place des sciences humaines dans l'action sociale et médico-sociale. Elle affirme ainsi son identité, prend position et n'hésite pas à entretenir des rapports conflictuels au nom des enjeux qu'elle défend, dans le sens des orientations globales, au-delà de ses propres intérêts. L'association d'action sociale est donc à la fois gestionnaire d'action sociale, elle organise en aval les enjeux de la société. C'est une entreprise citoyenne, elle joue un rôle de contre-pouvoir et enfin elle mobilise des acteurs, organise des débats et conçoit des valeurs, en amont : « *Tout en travaillant sur l'aval des problèmes sociaux, l'association d'action sociale sera amenée à interroger l'amont de leur production* »⁵¹.

1.5 Une vie de qualité : un besoin pour les résidents, leur famille et les équipes professionnelles

Selon Roland JANVIER⁵², on notera trois caractéristiques essentielles pour que les institutions soient bienveillantes :

- ✓ Ne pas nuire, faire de tort, aliéner. Vouloir le bien de l'autre peut faire du mal si l'on pense et définit à la place de l'autre ce qui est bon pour lui. Il est primordial de laisser agir la personne selon sa propre volonté. Un des préceptes de Gandhi ou de Martin Lutter King était « tout ce qui est fait pour l'autre sans lui est fait contre lui ». Cela s'applique parfaitement pour l'accompagnement des personnes âgées.
- ✓ L'ouverture sur l'environnement, à la liberté. Les échanges avec le milieu extérieur sont nécessaires. Les structures qui accompagnent les personnes âgées ne peuvent être des institutions totalisantes, comme décrites par Erving GOFFMAN. Les institutions doivent se placer au cœur de la vie de la cité, avoir des contacts et des échanges avec les acteurs locaux
- ✓ L'action collective, faire ensemble. Faire avec autrui, créer avec les différences de chacun, à travers la confrontation des acteurs professionnels et des personnes âgées, des familles, selon les places, les rôles et les compétences de chacun, permettra aux institutions d'être bienveillantes. Nous devons tous être conscients de

⁵¹ AFCHAIN Jean, Les associations d'action sociale, outils d'analyse et d'intervention, Paris, Dunod, 1997, p. 84

⁵² JANVIER Roland, « Faire ensemble pour prendre soin », avril 2017, disponible sur le site Internet <http://www.rolandjanvier.org/droit-usagers/807-faire-ensemble-prendre-soin-28-04-2017/>

nos manques afin de créer avec l'autre, qui détient ce qui fait défaut chez nous. Nous devons tous apprendre à recevoir, dans un système où chacun joue son rôle, régule, absorbe et restitue à l'autre, à son environnement.

1.5.1 La qualité, un idéal propre à chacun

La qualité est « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* »⁵³. Ces besoins doivent venir de la personne, c'est elle qui les définit et ce sont les établissements qui y répondent. C'est à cette condition que les EHPAD seront totalement bienveillants et offriront une vie de qualité aux résidents.

La qualité est un idéal, une construction sociale, « *une notion valorisante qui désigne ce qu'elle dévalorise, la non-qualité* »⁵⁴. La qualité pour les uns ne sera pas forcément la qualité pour les autres, car cette dernière repose sur des valeurs sociales, propres à chacun d'entre nous. Selon Frederik MESPELBLOM, la qualité peut prendre plusieurs significations : tout d'abord, il s'agit des propriétés, des attributs et des capacités d'un bien, d'un service. Dans cette signification, elle ne fait pas référence à un jugement de valeurs mais à une qualité numérique, quantifiable, différente de la qualité subjective, des sentiments. Pourtant cette signification est trop réductrice, on ne peut décrire un bien, un service par ses seuls attributs, il nous faut prendre en compte les usagers de ce bien et les valeurs qu'ils lui accordent. De plus, on notera que les qualités d'un service sont multiples, et selon nos propres valeurs, certaines qualités seront plus importantes que d'autres. Enfin, la qualité est une valeur distinctive, une valeur positive, on pourrait parler de qualité suprême, de zéro défaut, de parfait. Il s'agit là d'une représentation de l'idéal. Aussi, avoir une vie de qualité correspond à la représentation idéale que chacun s'en fait. La qualité est suggérée par des critères sociaux et selon sa position et son appartenance sociale, la qualité change : chacun a son propre idéal de qualité. Frederik MISPELBLOM évoque même la dimension divine de la qualité, comme une excellence, une perfection. Il fait référence aux rituels de culte pour attribuer officiellement des labels qualité, remise de prix, dégustation, articles, publications... Mais on peut voir qu'avec l'évolution des tendances, la conception de la « bonne » qualité évolue et il se peut que ce que l'on trouvait de qualité avant ne le soit plus aujourd'hui. Aussi, « *intervenir sur la qualité c'est participer aux constructions sociales qui la structurent* »⁵⁵. Au sein d'un EHPAD, on peut intervenir et modifier les représentations sociales, les idéaux. « *Dans la littérature, la*

⁵³ MACHET G, NATHAN G « qualité : définition et concepts », technologie de la santé, avril 1996, n°25, p 89.

⁵⁴ MIPELBLOM Frédéric, Au-delà de la qualité : démarche qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Paris, Syros, 1995, p. 60.

⁵⁵ MIPELBLOM Frédéric, Au-delà de la qualité : démarche qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Paris, Syros, 1995, p. 83

qualité de vie est définie par des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et métaphysiques. La vie est un tout et chacune de ses composantes ne saurait échapper à la notion de qualité : vivre n'est pas survivre ! »⁵⁶. Je trouve important le pluralisme des concepts de vie, qui implique une part individuelle, subjective et propre à chaque individu, de ce qu'est une vie de qualité. J'y ajouterai une notion sociale, en fonction de la culture de chacun, selon la société, l'époque. Évaluer la qualité de vie des résidents va au-delà de l'évaluation à travers l'approche médicale, celle de la santé des résidents, mais également au-delà de l'approche socio-économique, des conditions matérielles de vie des résidents.

1.5.2 La qualité de vie : des facteurs d'influence positive

On se retrouve face une inégalité d'accès au vieillissement, du fait d'une inégalité des parcours de vie, d'une inégalité de la qualité de vie des personnes. L'OMS la définit comme « *la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Cette notion de qualité de vie prend en compte des critères objectifs tels que le niveau socio-économique, l'habitat, le niveau d'éducation, la santé (les capacités fonctionnelles), mais aussi des éléments plus subjectifs, comme le sentiment de satisfaction, de bien-être ou encore le sens donné la vie. Selon Sandra J. PETERSON, la notion de qualité de vie se définit ainsi « *sensation de bien-être d'un individu qui reflète un niveau de perception individuel de satisfaction durant sa vie, qu'il a défini de manière personnelle et significative* »⁵⁷. Concernant la qualité de vie des personnes âgées, des spécificités sont à prendre en compte. La capacité à rester autonome, à continuer à se réaliser et le contrôle que les personnes âgées peuvent encore exercer sur leur vie, sont autant de dimensions qu'il faut ajouter à la notion générale de qualité de vie. Ces spécificités, liées à la vieillesse, sont à prendre en considération si l'on veut évaluer la qualité de vie des personnes âgées.

On notera qu'il y a des facteurs fondamentaux pour une vie de qualité en EHPAD, qui sont les liens, les échanges avec les proches, les professionnels et les autres résidents : le relationnel et la convivialité. En effet, dans une étude menée sur la qualité de vie de patients en services de soins palliatifs⁵⁸, sont ressortis en premiers les besoins relationnels, puis « l'image de soi liée à l'image corporelle et à l'autonomie » et « les plaisirs de la table » pour le caractère convivial de ces moments et également le

⁵⁶ FERNANDEZ-PETITE Maria, « Qualité de vie en soins palliatifs : discours et représentations des patients », InfoKara, 2007/4, volume 22, p105

⁵⁷ PETERSON Sandra J., BREDOW Timothy S., Middle range theories : application to nursing research, Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2004

⁵⁸ FERNANDEZ-PETITE Maria, « Qualité de vie en soins palliatifs : discours et représentations des patients », InfoKara, 2007/4, volume 22, p. 105-110

sentiment de sécurité qui naît de la confiance entre les patients et les professionnels. On retiendra que des personnes, coupées de leurs repères, cherchent l'empathie et le respect, ainsi qu'à préserver leur autonomie et leur dignité. « *Les personnes âgées qui entrent en établissement d'hébergement doivent avoir confiance dans la structure qui les accueille* »⁵⁹. De même, dans une enquête sur la qualité de vie menée en Suisse de mars à mai 2015, dans deux établissements médico-sociaux, sur des résidents de plus de 65 ans et étant présents depuis plus de 6 mois, des facteurs d'influences positives ont été recensés : le maintien des liens et des relations interpersonnelles, le cadre de vie, la qualité des soins, les normes éthiques dans l'offre de soins, comme le maintien de l'autonomie et l'estime de soi et enfin l'accès à des activités qui ont du sens. La discussion en face à face participe à la construction des relations sociales. En fin de compte, les résidents ne parlent pas ou très peu avec les professionnels et surtout sous la forme de petits échanges brefs, essentiellement sur l'institution. L'environnement physique, la structure qui les accueille doit leur paraître agréable, confortable et sécurisante. Enfin, l'environnement social, réaliser des activités qui ont du sens, interagir avec les autres et travailler à la valorisation de son image, sont autant de dimensions à prendre en compte si l'on souhaite travailler la qualité de vie en EHPAD.

À l'inverse, trois facteurs d'influence négative ont été soulevés, comme l'état dépressif sous-estimé ou sous-diagnostiqué, les troubles sensoriels causant dans la plupart des cas le retrait et l'isolement de la personne et enfin la dépendance dans les actes de la vie quotidienne. La qualité de vie n'est pas à confondre avec la qualité des soins. Les soins font partie intégrante de la qualité de vie. Il est intéressant de voir que du côté des professionnels soignants, le soin semble primordial alors que du côté des résidents, il semble que ce soit le relationnel, le sentiment de liberté, le choix qui priment. Il importe de se référer à ce qui est important pour les résidents et leurs proches et non pas de partir de ce qui semble être important pour les soignants. Nous ne devons pas réfléchir à ce que l'on peut apporter aux résidents, cela doit venir d'eux et répondre à leurs besoins, à leurs attentes, à leurs désirs. Partir du ressenti des professionnels entraîne le risque de ne pas répondre aux réelles attentes des résidents et donc de proposer des services inadéquats. Il est cependant intéressant d'identifier la perception des professionnels afin de travailler sur ces écarts pour proposer des offres de services correspondant au mieux aux réels besoins et attentes des résidents. Pour apporter des réponses personnalisées, il faut que les professionnels entrent en relation avec les résidents.

⁵⁹ Renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/renforcer-la-confiance-des-personnes-agees-et-de-leur-famille>

Nous avons ici à penser qu'il faut donc articuler entre elles des représentations collectives (résidents/professionnels) à propos des besoins d'une part, et les logiques d'intérêts, pas forcément convergentes entre ces acteurs collectifs, d'autre part. En effet, cette notion de qualité de vie vaut également pour les professionnels, avec la qualité de vie au travail. L'organisation et le cadre de travail peuvent faire du travail une source de plaisir. À travers la culture du plaisir des équipes, nous cultiverons celui des résidents. Une nouvelle dynamique peut être créée en passant par la réalisation de soi, pour les résidents comme pour les professionnels, dans leur travail et emporter l'adhésion pour changer certaines pratiques professionnelles, certaines postures.

1.5.3 Une vie de qualité à travers un accompagnement personnalisé centré sur le prendre soin

On ne peut évoquer la notion d'accompagnement sans parler du « *cure* » et du « *care* ». Tout d'abord, on peut noter deux acceptions principales pour la notion du *care* : dans la première, il signifie le souci ou l'inquiétude, et dans la seconde, une notion de soin ou d'attention. « *Le care est donc soit un sentiment, soit une action (caring) qui appelle un état affectif qui, dans chacun de ces deux cas, se situe dans la sphère intime de la personne* »⁶⁰. La définition étant posée, il nous reste désormais à comprendre comment ce concept se traduit dans les pratiques. *To care* signifie « avoir soin de... » et *take care*, « se soucier, prendre soin ». Ce qui importe dans cette notion c'est que l'autre est un être de valeur, contraint par les éléments de la vie à compter sur d'autres forces que les siennes, à compter sur les autres. Le *care* regroupe donc l'ensemble des fonctions de la vie et de la continuité de la vie, en complément du *cure* qui se centre sur les soins de réparation et de traitement de la maladie. Il s'agit donc du souci des autres fondés sur ses habitudes de vie, ses croyances et ses coutumes. Le concept du *care* dans l'accompagnement de la personne âgée lui permet de continuer à se réaliser, à se développer dans l'expression de sa vie. On ne pourrait parler de soins et prendre soin sans considérer ces principes, sinon nous parlerions de traitements. Enfin, on peut dire que l'exercice du *care* est impacté par le cadre institutionnel et le management des équipes. Il s'agit d'une dimension autant institutionnelle que personnelle.

Les EHPAD visent à s'adapter aux univers des personnes âgées, et non l'inverse. Pourtant, la vision des personnes âgées à travers leurs incapacités reste présente. Cela est dévalorisant, entraîne la perte de confiance des résidents envers eux-mêmes et envers les professionnels. Ensuite, il faut évoquer le fait que les professionnels peuvent manquer de connaissances pour bien accompagner les résidents et leur apporter des

⁶⁰ MORVILLERS Jean-Manuel, « Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant », Recherche en soins infirmiers, 2015/3, n° 122, p. 78

réponses personnalisées. En effet, les connaissances apportées par les formations initiales d'AS ou d'AMP ne suffisent pas à comprendre l'ensemble des besoins particuliers des personnes âgées souffrant d'incapacité à reconnaître ou à identifier un objet, d'altération de la compréhension ou de l'expression des mots, d'incapacité à automatiser les gestes moteurs... Connaître ces symptômes permettrait de mieux y répondre et de personnaliser encore davantage l'accompagnement des résidents.

En levant les freins habituels, tels que le manque de temps ou l'idée que les résidents ne sont pas en capacité d'y répondre, les établissements pourraient répondre à une vie de qualité, adapter leurs système de valeurs et poser un cadre de travail répondant au mode de vie de chacun des résidents. N'oublions pas que la personne n'a pas toujours été « résident », nous devons aller au-delà de ce nouveau statut pour comprendre ses attentes, ses besoins, ses désirs, pour lui offrir une vie de qualité. Les enquêtes de satisfaction dans les EHPAD doivent interroger la qualité de service, les repas, le ménage... mais également et surtout le relationnel, la vie sociale, le rôle social... Nous devons permettre à chaque résident de « *vivre un sentiment de satisfaction à travers des interactions sociales et une maximisation de son autonomie* »⁶¹.

Conclusion de la première partie

L'évolution de la place des personnes âgées dans notre société vient questionner les modes d'accompagnement qui leur sont proposés. Sur du long terme, l'EHPAD doit participer à l'évolution du regard de la société sur les personnes âgées. C'est dans une volonté d'offrir une vie de qualité que s'inscrit l'accompagnement global des personnes.

Les tensions actuelles du secteur orientent les politiques publiques qui tentent de trouver des solutions pour améliorer l'accompagnement proposé en établissement. À l'heure des stratégies de rationalisation des coûts, une approche centrée sur le prendre soin et la création d'un climat de confiance entre l'aidé et l'aidant professionnel apparaît alors comme une solution permettant d'offrir une vie de qualité aux résidents accueillis. « *La relation de confiance est une relation dans laquelle une personne fournit à une autre les conditions nécessaires à la satisfaction de ses besoins fondamentaux et à la mise en place d'un climat favorable à sa réalisation personnelle* »⁶². Nous devons faire d'une vie de qualité un principe collectif, engager cette action avec les professionnels en ce sens. L'accompagnement humain doit être le mieux adapté possible aux besoins des résidents, il en va de même pour l'organisation fonctionnelle et le cadre de travail de l'EHPAD Saint Domin que je dirige. Cette organisation doit être pensée pour s'ajuster aux personnes et à leurs besoins spécifiques. Une vie de qualité, pour les résidents des EHPAD, passe par

⁶¹ Extrait de l'approche CARPE DIEM disponible sur le site Internet www.alzhimercarpediem.com

⁶² Extrait de l'approche CARPE DIEM disponible sur le site Internet www.alzhimercarpediem.com

une organisation qui donne la priorité aux relations humaines, à l'écoute des personnes et à la compréhension de leurs besoins spécifiques⁶³.

2 L'EHPAD Saint Domnin dans l'association La Compassion : une organisation en devenir face à un public avec des attentes particulières

Les EHPAD sont de plus en plus contraints, planifiés et normalisés, CPOM, ANAP, convergences tarifaires...mais il est impératif que les réponses aux besoins soient personnalisées. On pense trop vite qu'un résidant est agressif, difficile, en refus de soins... mais les situations qui nous amènent à poser ce « diagnostic » ne sont pas approfondies. Il est primordial d'analyser ces situations et de se poser la question si ce n'est pas le contexte institutionnel qui a poussé la personne à adopter un tel comportement. Ce sont très souvent les établissements et services qui ne savent pas accompagner comme il faut, apporter les réponses adéquates⁶⁴.

Concernant les méthodes d'investigation, j'ai dans un premier temps réalisé une phase exploratoire, concernant les documents institutionnels de l'association et au sein de l'EHPAD Saint Domnin. Je me suis appuyée sur les documents institutionnels existants, projet associatif, PVI... et j'ai identifié ceux manquants, DUD, tableaux de suivi des évènements indésirables... afin de comprendre le positionnement de l'association dans son environnement, et le positionnement de l'EHPAD Saint Domnin sur son territoire. Enfin, j'ai observé des journées types en accompagnant des professionnels de tout corps de métiers de Saint Domnin : aide-soignant, hôtelier, animateur, agent technique, infirmier, cuisinier. Cela m'a permis de comprendre comment s'organise la réponse aux besoins, aux attentes et aux rythmes de vie des résidants face aux contraintes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Également, ces temps m'ont donné la possibilité de voir comment s'organisent la participation, l'écoute et le recueil du consentement des résidants dans leurs choix. À cela s'ajoute des entretiens informels réalisés avec la responsable hébergement, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice. Enfin, j'ai envoyé en janvier des enquêtes auprès des résidants et de leur famille pour questionner la relation qui s'installe avec les professionnels de l'EHPAD,

⁶³ Extrait de l'approche CARPE DIEM disponible sur le site Internet www.alzheimercarpediem.com

⁶⁴ JANVIER Roland, « Penser l'organisation dans la complexité du contexte et des situations », février 2018, disponible sur le site Internet <http://www.rolandjanvier.org/organisation/842-penser-organisation-complexite-contexte-situations-15-02-2018/>

questionner leur satisfaction quant à l'hôtellerie et à l'animation de la vie socio-culturelle, recueillir leur avis⁶⁵.

2.1 L'association La Compassion

L'association La Compassion se définit comme un réseau d'établissements « *ayant pour seul objectif le bien-être de ses résidents et ses patients* »⁶⁶.

2.1.1 Son histoire, ses valeurs

L'association La Compassion a une expérience de 30 ans dans l'accompagnement des personnes âgées. Le projet associatif de La Compassion repose sur des « *valeurs fondamentales et humanistes que sont le respect, la dignité, la confiance et la citoyenneté, valeurs qui sont la base de tout projet humain* »⁶⁷. Le Conseil d'Administration de l'association se compose de 18 membres actifs, tous bénévoles. La Compassion compte 36 adhérents au total. Les membres du CA et l'équipe d'encadrement (Direction Générale, Responsables du Siège et Responsables de sites) se réunissent au moins une fois par an, sous la forme d'un séminaire. Il est l'occasion d'aborder des thématiques essentielles à la stratégie de l'association, comme la structuration associative, les valeurs, les fondements, les évolutions ou encore les logiques budgétaires.

Le modèle managérial de l'association se veut garant d'une cohésion, avec un management participatif serein et exigeant. Une charte éthique de management a été élaborée. Elle permet à chaque encadrant de disposer d'un guide, d'un outil reprenant des notions de bon sens : respecter les salariés au quotidien, assurer la dignité de chaque salarié (mettre à disposition les moyens, responsabiliser les collaborateurs), garantir la citoyenneté de chaque salarié (agir de façon équitable, entraide, cohésion d'équipe), être digne de confiance (savoir déléguer, assumer ses erreurs).

L'association s'est engagée dans la certification AFNOR de l'ensemble de ses services et établissements. Le dernier audit, réalisé en 2016, a fait ressortir que « *La Compassion démontre un vrai engagement dans la démarche qualité, celle-ci lui permettant notamment de rester structurée. Le bénéfice visé étant une organisation optimale en interne* ». L'association souhaite étendre la certificat AFNOR à l'ensemble de ses établissements et services, dans le but de valoriser la qualité de vie et des services rendus aux personnes âgées, reconnaître et sécuriser l'offre de service à destination des personnes âgées, mettre en valeur les actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie et démontrer que les habitats destinés aux personnes âgées s'inscrivent

⁶⁵ Cf. annexe 4 : Résultats des enquêtes de satisfaction

⁶⁶ Extrait du site Internet de l'association <http://www.lacompassion.fr/>

⁶⁷ Extrait du rapport d'activité 2016 de l'association

dans une véritable logique de domicile. Une responsable qualité a été recrutée en décembre 2017 au sein du siège de l'association La Compassion. Elle accompagne les établissements sur la mise en œuvre de la certification AFNOR V5, sur les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, sur le suivi de la mise en œuvre des PAQ (Plan d'Amélioration de la Qualité) des établissements.

Par ailleurs, l'association met en avant les nouvelles technologies au service de l'accompagnement des personnes âgées, afin d'assurer confort et sécurité (la Wifi pour la sécurité de tous : géolocalisation des personnes et des équipements, alerte franchissement de zone, informatisation du dossier résident, contrôle d'accès, traçabilité... ; télémédecine : station d'urgence mobile avec relevés de paramètres vitaux...).

On notera également que l'association aime répondre aux appels à projets de l'ARS pour être porteuse de projets expérimentaux ou ouvrir de nouveaux services, proposer de nouvelles prestations, comme l'ouverture d'UPHV dans l'Oise, le renforcement du soutien à domicile... L'association s'est également positionnée en 2018 pour participer à l'ENC (Étude Nationale des Coûts) piloté par l'ATIH. Elle a inscrit plusieurs EHPAD auprès de l'ATIH, sans concertation préalable avec les responsables de site. Ces études, poursuivent deux objectifs, obtenir une connaissance des coûts et de l'activité des structures et contribuer à une meilleure évaluation de l'impact des évolutions tarifaires. Elles permettent de faire reconnaître les métiers et charges de travail au sein des EHPAD. L'association a mis en avant que notre participation à cette étude valoriserait notre activité auprès des ACT et nous permettait d'être acteur d'une étude nationale.

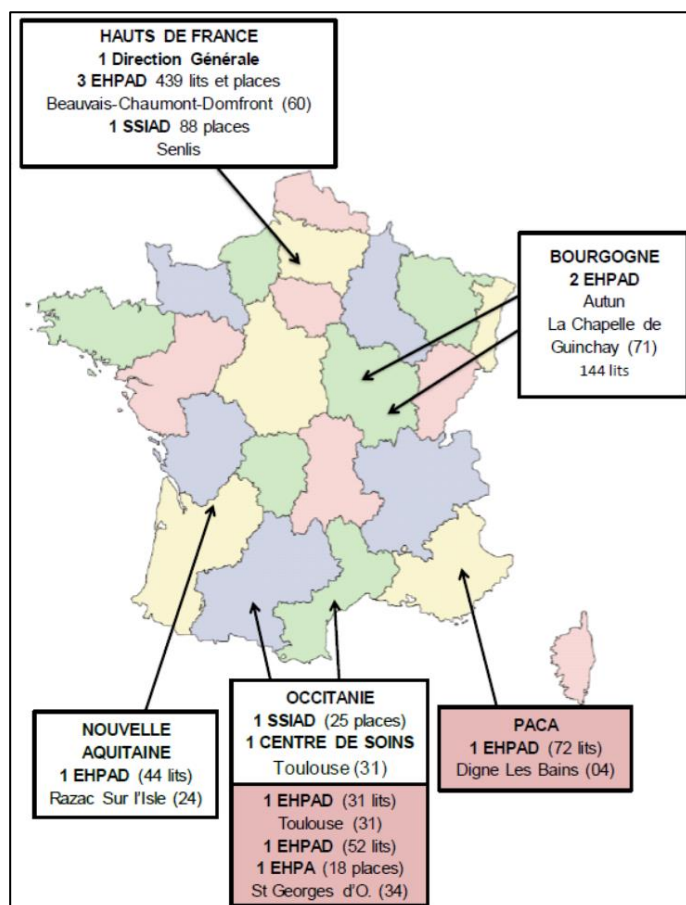
La direction générale propose aussi aux ACT des projets, notamment pour l'équipement en matériel médical de certains de ses établissements. Ces équipements pourront ensuite être mis en avant comme garant d'un bon suivi médical dans les établissements de La Compassion.

2.1.2 Son projet, son développement

Il s'agit d'une association de taille moyenne, mais en plein développement. En quelques années, elle a augmenté de 317 ETP, 537 places et 22 millions de budgets en plus. Elle s'implante aujourd'hui sur tout le territoire national et offre une large gamme de services d'hébergement et de soins. Le projet de l'association La Compassion est d'offrir une offre complète de la filière gérontologique. L'association se compose en 2018 de 9 EHPAD, 2 SSIAD, un centre de santé, un EHPA et l'ouverture prochaine d'un deuxième. L'Association, créée en 1990, connaît en effet un développement croissant depuis 2009. Cette année-là, un siège social a été créé et un CPOM, l'un des premiers dans le secteur, a été conclu pour harmoniser les pratiques des trois établissements historiques de l'Oise : Beauvais (102 places, 65 salariés, un PASA, une unité spécialisée Alzheimer, un accueil

de jour), Chaumont en Vexin (167 places, 95 salariés, un PASA, une unité spécialisée Alzheimer, un accueil de jour), Domfront (158 places, 97 salariés, un PASA, une unité spécialisée Alzheimer, une unité troubles psychiques). En 2012, l'Association a ouvert un SSIAD avec des interventions dans des cantons au Sud Est de l'Oise. En 2014, le siège social a été transféré dans des locaux à Beauvais. Aujourd'hui, près de 20 salariés y travaillent (Direction Générale, RH, Paie, Comptabilité, Achats, Informatique, Qualité...). Puis, le 1^{er} janvier 2016, l'EHPAD La Providence à Autun (Saône et Loire) a rejoint l'Association, qui se développe pour la première fois en dehors du département historique de l'Oise. Un an après, l'Association poursuit son développement dans ce département avec l'intégration d'un nouvel établissement, l'EHPAD Le Bocage (janvier 2017). Au 1^{er} juin 2017, deux nouveaux services situés à Toulouse ont rejoint l'Association : le SSIAD et le Centre de Soins Capitole Daurade. Au 1^{er} juillet 2017, l'EHPAD La Feuilleraie à Razac (Dordogne) a intégré l'Association à la suite de 18 mois de gestion réussie. Le 1^{er} janvier 2018, c'est au tour de l'EHPAD Saint Domnin, situé à Digne-Les-Bains, d'intégrer l'association après 6 mois de mandat de gestion. L'association exerce encore à ce jour un mandat de gestion pour un autre EHPAD, du groupe GDP Vendôme, situé à côté de Montpellier. En l'espace de 8 ans, l'association s'est considérablement développée. Cela représente en 2018 un total de 908 places et 516 ETP. L'association avait pour projet de se développer, essentiellement dans le secteur de la personne âgée. Ce développement

n'ayant pas pu se faire dans le Nord de la France, puisqu'aucun établissement n'était à reprendre, la direction générale et le CA ont fait le choix de s'étendre sur le territoire national. L'association a été sollicitée par des congrégations de sœurs, comme à Toulouse, afin de reprendre la gestion des établissements. Les profondes évolutions du secteur, tant réglementaires qu'organisationnelles, CPOM, loi ASV, Projet de Vie Individualisé (PVI)... ne permettaient plus aux sœurs d'être en capacité de diriger les établissements. Le groupe GDP Vendôme a également sollicité directement l'association pour la reprise des EHPAD de Digne-Les-Bains et



Montpellier. Aujourd'hui, l'association envisage de poursuivre son développement, et à terme de s'ouvrir au secteur du handicap. Elle a en 2017 répondu à un appel à projet dans l'Oise pour l'ouverture d'une structure mais n'a pas été retenue.

Le CA s'engage à poursuivre une démarche de développement, initiée en 2015, tout en garantissant l'adhésion, la continuité et la promotion des valeurs fondatrices au sein de toutes les activités. Il y voit également une opportunité pour mobiliser toutes les capacités d'innovation, de créativité et de recherche pour poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées. « *L'homme est une vraie richesse, placé au cœur du projet de notre organisation* »⁶⁸ est la ligne déclarative de l'association. Le premier projet associatif de l'associatif a été adopté en 2010. L'association a souhaité l'adapter en fonction des évolutions des besoins et du projet des établissements. C'est pourquoi il a été revu en 2016. L'association l'a voulu réaliste et ambitieux, pour faire apparaître ses valeurs comme fil conducteur de ses engagements et de ses actions. Il s'articule autour de l'histoire de l'association, de ses valeurs et de ses engagements envers les résidents, patients, envers les familles, envers les professionnels et envers l'environnement. Le Directeur Général de l'association ainsi que la Directrice Générale Adjointe, en charge de l'exploitation des établissements, affichent une volonté de participer à la vie du secteur, aux réflexions locales. Ils sont présents dans des groupes de travail et des instances de décisions, exercent plusieurs mandats : le DG est vice-président du CRSA et président de la commission médico-sociale CRSA, président des conférences de territoire Oise-Est, délégué régional à la FEHAP Picardie, membre de la commission nationale personnes âgées, administrateur de l'UNIFED, de l'URIOPS et du CODERPA et la DGA est administratrice d'UNIFAF.

REPARTITION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES									
Région	Ville	Permanent	dont Unité de vie Protégée	Hébergement Temporaire	Accueil de Jour	Résidence Autonomie	dont PASA	U.H.R	SSIAD
Hauts de France	BEAUVAIS	100	18	2	6		14		
	CHAUMONT	162	24	5	6		14		
	DOMFROMT	156	33	2			14		
	SENLIS								73
Bourgogne Franche Comté	AUTUN	49	12	3					
	LA CHAPELLE DE G.	86	12	4			12		
Nouvelle Aquitaine	RAZAC	44							
Occitanie	TOULOUSE	31							25
	ST GORGES D'ORQUES	50		2		18		12	
Provence Alpes Côte d'Azur	DIGNE LES BAINS	70	14	2					
TOTAL GLOBAL		748	113	20	12	18	54	12	98

⁶⁸ Extrait du projet associatif de l'association La Compassion

2.1.3 Son organisation

A) Les fonctions supports

Le siège social assure aujourd'hui pour l'ensemble des activités de l'association, 8 missions transversales : les affaires générales, la communication et la qualité, la stratégie générale et la gestion des territoires, la gestion administrative et financière, les ressources humaines, la direction de la santé, la gestion des risques et réseaux et les systèmes d'information. Le siège de l'association est une véritable ressource pour les établissements de l'association. Le service financier du siège a été découpé en deux pôles, comptabilité générale et comptabilité client/facturation, afin de permettre une polyvalence des tâches au sein de chaque équipe et de gagner en efficacité sur le travail rendu. Un suivi des indicateurs mensuel est établi pour accompagner les responsables de site dans la gestion des établissements : suivi de la trésorerie, suivi de l'activité et du taux d'occupation, suivi budgétaire de la masse salariale, suivi budgétaire des comptes, suivi de la dotation APA versée par le département.

Le service RH coordonne l'administration du personnel et la gestion de la paie. Il accompagne les responsables d'établissements dans la gestion de leurs salariés et dans le respect du cadre légal en vigueur. Le service RH anime plusieurs commissions, GPEC, RPS (Risques Psycho-Sociaux), pénibilité au travail... Un forum social est organisé chaque année, il est l'occasion de réunir tous les représentants et de faire le point sur les mesures sociales prises, les axes de progression, les axes de réflexion à initier en matière de gestion du personnel et d'accompagnement social.

Cependant et malgré ces fonctions supports et ces instances, le développement rapide de l'association a entravé une stabilité dans le fonctionnement et l'organisation, les procédures, les délégations de pouvoirs... L'organisation, sans doute efficace alors qu'il n'existait que 3 EHPAD dans l'Oise ne l'est plus aujourd'hui, avec 9 EHPAD, 2 SSIAD, un centre de soins et un EHPA. Les procédures achats, les délégations relatives aux réparations et à la maintenance des bâtiments, etc... sont à éclaircir et à revoir.

B) La coordination des missions

Afin de coordonner les activités des missions support et celles des établissements et services, deux instances se réunissent tous les mois : le COMEX, le Comité d'Exploitation, qui réunit la direction générale et les responsables des EHPAD, et le CODIR, Comité directeur. Le COMEX a pour objet la révision des procédures, le suivi budgétaire, la révision des moyens à mettre à disposition de chaque structure en fonction des projets et besoins... Aujourd'hui encore, l'ordre du jour des COMEX reste à clarifier. Beaucoup de situations propres à chaque établissement y sont étudiées. Il me semble que cela ne soit pas le lieu, pourtant, aucune autre instance ne le permet. Cependant, ce COMEX devrait nous permettre d'échanger et de travailler sur des projets communs, des

procédures communes, tout en respectant les spécificités de chacune des structures. Le CODIR réunit la direction générale, la responsable RH, le responsable financier, le gestionnaire des risques et réseaux, le gestionnaire des achats et l'assistante de direction. Il a pour objet le développement stratégique de l'association.

C) Les nouveaux rôles et places des responsables d'établissement

La direction générale a réorganisé la structure de l'association en lien avec son développement. Lorsqu'il n'y avait que les établissements de l'Oise, un directeur et un directeur adjoint étaient présents sur chaque EHPAD. Les astreintes étaient réalisées par l'équipe de direction de chaque structure. Avec la reprise de nouveaux établissements, la création des fonctions supports du siège, les directeurs d'établissement ont disparu et les directeurs adjoints sont devenus des adjoints de direction. Les adjoints de direction, responsables de sites, sont directement rattachés à la DGA et au DG. Dans le même temps, dans les établissements, sont apparus les postes de Responsable Logistique et Qualité (RLQ), qui forment un trio de direction avec l'IDEC et la responsable de l'EHPAD. À l'heure actuelle, il n'existe pas de fiche de poste d'adjoint de direction, tout comme il n'existe pas de Document Unique de Délégation (DUD) au sein de l'association. La direction Générale a mis en place des fiches de subdélégation de pouvoir, nominatives. Cependant, les adjointes de direction des nouveaux établissements ne se sont pas vues remettre cette fiche. Aujourd'hui, ces responsables naviguent « à vue », sans savoir réellement qu'elles sont leurs responsabilités.

Les responsables de sites peuvent engager toutes les dépenses qui ne relèvent pas du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et gèrent en autonomie le budget de l'établissement. Les dépenses liées au PPI sont à évaluer avec la DGA. Pourtant, ni la Direction Générale, ni le CA ne se trouvent sur place. Ils sont très excentrés des nouveaux établissements. Il n'y a pas de directeur de territoire et le DG ou la DGA ne se rendent sur les établissements que pour des occasions particulières : CVS, cérémonie des vœux, réunion du personnel. Ils ne peuvent avoir une connaissance fine des besoins du public du territoire. Cela peut être préjudiciable, c'est pourquoi il est du rôle des adjointes de direction de faire remonter auprès de la Direction Générale ces besoins. Toutefois, tous les acteurs ne prennent pas part au débat au développement stratégique de l'association et les spécificités de certains territoires, de certains établissements, de certains publics, peuvent ne pas être prises en compte. On note une interaction plutôt difficile entre la mobilisation des acteurs et le projet politique de l'association. Ce projet a besoin d'être réactualisé, au vu des nouveaux éléments d'actions qui sont apparus, 9 établissements sur tout le territoire national. Pour cela, les responsables de sites doivent prendre part au débat. Cela est nécessaire afin que nous partagions tous les mêmes valeurs, de mettre en tensions les acteurs, sans quoi l'association va se fragiliser. Un directeur doit parfois

« batailler » pour faire valoir ses choix, il a besoin d'être engagé pour défendre ses projets, ses orientations.

D) Une harmonisation des pratiques qui vire à la standardisation

Les détails de fonctionnement sont poussés trop loin, comme par exemple avec les protocoles, diffusés pour application à tous les établissements. Ils sont travaillés au siège, sans la participation des professionnels de terrain, sans les responsables de site ; de plus, ils ne tiennent pas compte des spécificités de chaque établissement, de leur contexte. On peut prendre par exemple le protocole mis en place pour le plan bleu canicule, dans lequel figure un courrier à adresser aux médecins généralistes. Ce dernier est très directif et n'est pas adapté dans un contexte de désert médical, comme rencontré dans le territoire du 04, avec une pénurie de médecins généralistes. On notera donc que l'association souhaite unifier ses pratiques, c'est-à-dire donner un sens commun, créer quelque chose qui unit et relie et il y a là un intérêt certain. Cependant, il semble qu'elle uniformise plus qu'elle n'unifie, elle rend tous les éléments d'un tout semblables entre eux. En effet, la reprise d'établissements inscrit l'association dans une situation qui la précède : l'histoire des établissements commencent avant leur appartenance à La Compassion ; et une situation qui lui succèdera peut-être : les établissements seront peut être rattachés à une autre association à l'avenir. L'association ne peut faire table rase du passé des établissements. Leur histoire doit être prise en compte et les procédures, contrats cadres ne doivent pas s'imposer au seul prétexte d'une culture commune associative. Cette culture commune peut exister, en unifiant, et non en uniformisant.

Enfin, l'association rationalise au maximum les coûts des interventions. On peut prendre comme exemple la prestation externalisée pour la cuisine. Il s'agit du même prestataire pour tous les établissements de l'association. Pourtant, on ne peut offrir les mêmes prestations, basées sur le même contrat cadre, sans que l'on tienne compte des spécificités des établissements et par exemple des différences de prix de journée, pouvant aller de 60€ à plus de 80€. Par ailleurs, ce contrat est très cadrant et il laisse peu de marge de manœuvre pour offrir une réponse personnalisée aux besoins des résidents, valeurs pourtant mises en avant dans le projet associatif. Les établissements, à travers ce contrat, imposent une organisation sans tenir compte ni partir des demandes et attentes des résidents. Ce contrat tente « d'éduquer » les résidents, par rapport à une norme et aux règles, celles des diététiciens, sans partir du propre choix des résidents. On peut aussi prendre l'exemple de l'arrêt, dans deux EHPAD nouvellement intégrés, dont Saint Domin, d'un petit magasin qui permettait aux résidents ayant des difficultés pour se rendre à l'extérieur de continuer à réaliser eux-mêmes leurs achats. Ce petit magasin a été stoppé car il n'existe pas dans les autres EHPAD et que l'association souhaite tout uniformiser. Aussi, il faisait faire à l'établissement une avance de trésorerie pour l'achat

des produits, ce que ne souhaite pas l'association. De plus, avoir un petit magasin de ce type est préconisé dans la certification AFNOR. On voit cette fois apparaître une incohérence entre la théorie, les valeurs et les principes avancés et la réalité des pratiques mises en œuvre. Des aménagements doivent être trouvés. Aujourd'hui, l'association est dans une logique d'uniformité, au risque de mettre de côté l'histoire, la mémoire et les réalités des établissements. Le fonctionnement tend vers une standardisation des pratiques qui ne permet pas de marges d'initiatives et de libertés d'action pertinente pour les établissements. Le benchmarking, étudier les modes d'organisation et de fonctionnement d'autres structures pour s'en inspirer et en tirer le meilleur, peut s'opérer à l'intérieur même d'une association, se faire dans tous les sens et toujours au service de l'amélioration de la situation des résidents, de l'amélioration de la qualité des prestations et de l'accompagnement des personnes âgées.

2.1.4 Sa position stratégique, politique

Le contexte actuel est de plus en plus concurrentiel et l'on note une forte sollicitation de la part des financeurs. Il y a là une double dépendance des associations : les abondements publics et une délégation des compétences de l'État, ainsi que de nouveaux outils comme les CPOM, les schémas, les appels à projets. Cela amène à une standardisation qui touche le projet politique des associations. Le développement de l'association, avec la reprise de plusieurs EHPAD, n'a pas toujours tenu compte de l'histoire de ces établissements, de leur contexte, de leur situation. Il est difficile d'entrevoir la stratégie finalisée de l'association, au service de l'amélioration de la situation des usagers. La stratégie semble offensive, orientée vers la reprise d'établissement, avec comme objectif principal le développement rapide et à tout prix de l'association⁶⁹. Toutefois, la stratégie défensive semble plus appropriée et complémentaire dans le secteur médico-social : qu'est-ce que l'on défend ? contre quoi ? au service de ? La conception humaniste, de la dignité de la personne et la position de l'association ne semblent pas en total accord. On notera que les membres du CA ne sont pas toujours en accord avec les positions de la Direction Générale, en ce qui concerne certaines stratégies d'organisation, de développement, les postes d'adjoints de direction... Au regard des niveaux d'analyses de J. AFCHAIN, je qualifierais de militants les membres du CA, tous bénévoles, tandis que la Direction Générale semble avoir une vision plus entrepreneuriale et gestionnaire. Il s'agit d'une association moderniste qui n'agit pas toujours selon le modèle qui la caractérise :

⁶⁹ Projet actuel de l'association : reprise de 10 résidences autonomie dans le Nord de la France pour le 1^{er} janvier 2019 afin d'atteindre l'objectif fixé de développement

- Elle ne nomme pas des directeurs au sein de ses établissements. Le poste d'adjoint de direction, au regard des responsabilités et des missions confiées, ne semble pas en accord avec la réalité. Un poste de directeur légitimerait pourtant l'actuel responsable de site auprès des professionnels de la structure et également auprès des partenaires.
- On peut voir que le fonctionnement de l'association est poussé très loin dans le détail, il laisse peu de place à l'initiative ou à l'adaptation, par rapport au contexte de chaque établissement. Il y a peu de souplesse dans le fonctionnement aujourd'hui proposé. L'association La Compassion est une association gestionnaire en ce qui concerne son positionnement organisationnel. L'association veut unifier les pratiques, mais elle les standardise. *« Il semble acquis que les grosses machines associatives peinent à disposer de la réactivité nécessaire du fait qu'elles sont empêchées par leurs procédures internes »*⁷⁰. On voit ici que l'association met en avant ses valeurs fondatrices, que la direction générale cherche à influencer les normes, la réglementation en participant à divers groupes de travail. Pourtant, le lien avec la pratique dans les établissements fait défaut. L'organisation actuelle, trop rigide, ne permet pas de mettre en œuvre, dans les pratiques au sein des établissements, ces principes.
- L'association se situe comme prestataire de services en répondant aux objectifs fixés par les ACT et il manque des liens entre le théorique et la pratique, comme présenté plus haut dans l'approche de J. AFCHAIN. En effet, la formation des professionnels à l'approche CARPE DIEM résonnent comme une vitrine. À ce niveau, celui de la production des finalités et des orientations, c'est une association entrepreneuriale, à travers son identité qu'elle affirme par son marketing, en mettant en avant une certaine image : certification ARFNOR, charte éthique du management, nouvelles technologies, équipements...

L'association La Compassion met en œuvre un modèle centraliste. À ce jour, elle ne pense pas se développer de manière décentralisée, ce qui impliquerait la présence de directeurs qualifiés et une délégation de pouvoirs plus développée. Se développer n'est pas vouloir grossir à tout prix. Cela implique des pratiques de réseaux, des liens, des interactions avec l'environnement. Ce qui est important c'est pouvoir développer des réponses inter-institutionnelles, en croisant les compétences des différents acteurs. Aujourd'hui, il semble que l'association La Compassion veuille se développer selon un même modèle, au risque de figer l'organisation à travers des protocoles et procédures qui

⁷⁰ JANVIER Roland, « Penser l'organisation dans la complexité du contexte et des situations », février 2018, disponible sur le site Internet <http://www.rolandjanvier.org/organisation/842-penser-lorganisation-complexite-contexte-situations-15-02-2018/>

freinent la créativité des différents acteurs. Elle se développe avec UN bon modèle, comme s'il n'en existait qu'un. Pourtant, les situations ne sont jamais les mêmes et il ne suffit pas de faire un copier-coller de ce qui a fonctionné ailleurs, pour obtenir le même résultat. Les manières de faire doivent s'adapter à leur contexte, leur environnement. « *C'est l'aléa qui est privilégié sur la prévision, le hasard sur la certitude, l'imprévu sur le modèle préconçu* »⁷¹. De même, on notera qu'au sein de l'association, les résultats sont évalués, en fonction de ce qui était programmé, mais sans réellement tenir compte du contexte. Il faut que les résultats soient strictement conformes aux prévisions. La Compassion fonctionne dans un système basé sur la performance. Pourtant, dans le travail social ou médico-social, lorsque l'on accompagne des personnes en difficultés, il me semble que la performance doit laisser place à la pertinence, comme l'indique Roland JANVIER : le résultat n'est jamais une réalité unique, l'écart n'est pas une faute, mais un élément du système et le résultat ne se réduit pas au mesurable.

2.2 L'EHPAD Saint Dominin

En chiffres

En 2008 : EHPAD Saint Dominin vendu par la congrégation de sœurs à GDP Vendôme (privé lucratif)

2013 : reconstruction du bâtiment

70 chambres en hébergement permanent, dont 14 places en Unité de Vie Protégée (UVP)

2 places en hébergement temporaire

5 places habilitées aide-sociale

1^{er} janvier 2018 : intégration de Saint Dominin à l'association La Compassion

À travers les résultats de l'enquête de satisfaction adressée aux résidents et aux familles⁷², on peut voir que l'EHPAD doit s'améliorer en ce qui concerne l'animation, l'environnement extérieur et l'entretien des liens avec les proches, l'extérieur. C'est que nous allons présenter et analyser ici.

2.2.1 Le public accueilli

Aujourd'hui, 69% des résidents accueillis à Saint Dominin sont des femmes et près de 50% des résidents ont plus de 90 ans. La majorité des entrées à l'EHPAD se fait

⁷¹ JANVIER Roland, « Penser l'organisation dans la complexité du contexte et des situations », février 2018, disponible sur le site Internet <http://www.rolandjanvier.org/organisation/842-penser-lorganisation-complexite-contexte-situations-15-02-2018/>

⁷² Cf. annexe 4 : Résultats des enquêtes de satisfaction

directement à partir du domicile. La population de l'EHPAD est hétérogène, certains résidents, à âge égal, n'ont pas du tout les mêmes capacités. Plusieurs résidents présentent aujourd'hui de multiples pathologies et arrivent en EHPAD de plus en plus tard, de plus en plus dépendants. L'âge moyen d'entrée à Saint Domnin est actuellement de 82 ans. On notera également que plusieurs résidents, encore autonomes, présentent des risques d'entrer dans la dépendance. On note un nombre important de résidents relevant du GIR 1 et 2⁷³ : près des deux tiers en 2016 et plus de la moitié en 2017 (59% des résidents). En 2017, 42% des résidents présentaient la maladie d'Alzheimer, ou apparentée. L'EHPAD Saint Domnin accueille des personnes âgées, qui vivaient dans le département pour 78% d'entre elles. Généralement la famille des résidents habite à Digne-Les-Bains ou tout proche, ce qui facilite les visites à l'EHPAD.

La majorité des résidents étaient agriculteurs et commerçants. Quelques-uns étaient ingénieurs et militaires. Beaucoup de résidentes étaient femmes au foyer, elles ont élevé de nombreux enfants. Certaines ont eu un parcours de vie difficile, le travail à l'usine, élever les enfants, s'occuper de la maison, du potager... de nombreux résidents ont connu la Seconde Guerre mondiale, faisaient partie de résistance, notamment des femmes, et aiment raconter comment ils passaient des messages en secret, les malheurs qu'ils ont vécus, la faim, les fusillades... Enfin, l'EHPAD Saint Domnin accueille 8 résidents qui ont eu un parcours de vie institutionnel en psychiatrie. Ils sont arrivés avec une dérogation d'âge pour certains, qui avaient moins de 60 ans.

Les situations d'urgence se multiplient à l'EHPAD avec une population fragile ayant en moyenne 6 pathologies. En 2016, 7 résidents ont déclaré une nouvelle pathologie, 5 en 2017. En 2017, on notera 119 hospitalisations contre 56 en 2016. 39 résidents étaient concernés en 2017 contre 22 en 2016. Ces chiffres ont donc quasiment doublé en 1 an. Parmi ces hospitalisations, la moitié ont duré moins de 24h et plus de 30% étaient non programmées. Tout cela est en partie lié à une baisse de la démographie médicale et une absence de permanence des soins le week-end, la nuit et jours fériés. Aujourd'hui, certaines hospitalisations de résidents ne sont pas nécessaires ou ne sont pas justifiées. Elles perturbent les résidents et le service d'accueil des Urgences. Cela représente une angoisse pour la personne âgée, liée à un environnement méconnu et à des heures d'attentes, souvent seule, sur un brancard au milieu d'une population hétéroclite. Une réadaptation est ensuite nécessaire au résident, au sein de l'établissement. Enfin, pour le service d'accueil des urgences, ces hospitalisations représentent un encombrement avec des personnes dont l'état de santé ne le nécessite pas.

La diversité de la population accueillie est un véritable atout, en termes de vie sociale, d'animation, d'échanges et de partages entre tous les résidents. L'hétérogénéité du public

⁷³ Le dernier GMP de l'EHPAD Saint Domnin est de 740,72

m'amène, avec les équipes, à apporter des réponses différentes, propres aux besoins de chacun. Chaque résidant a sa propre vision d'une vie de qualité, à laquelle nous devons répondre par une approche personnalisée, centrée sur le prendre soin, l'accompagnement global de la personne en changeant notre regard sur la vieillesse, la dépendance.

2.2.2 Une gouvernance et une direction instable, un manque de repères

Après avoir changé plusieurs fois d'organismes gestionnaires : Dolcea/ Serenity puis aujourd'hui La Compassion, Saint Domnin a connu en quelques années, plusieurs directeurs. 9 directeurs se sont succédés en 5 ans. Au-delà du fait que Digne-Les-Bains soit une petite ville ne proposant pas une grande offre culturelle, beaucoup de directeurs, recrutés par Dolcea intervenaient par intérim sur l'EHPAD Saint Domnin, pour de courtes périodes. Ce manque de stabilité a eu un impact négatif sur la cohérence des pratiques, du fonctionnement et de l'organisation. Cela a rendu difficile pour les professionnels le travail d'équipe. De plus, le dernier directeur est parti en juin 2017, à l'annonce de la reprise de l'établissement par l'association La Compassion, pour suivre le groupe GDP Vendôme. Jusqu'à mon arrivée le 2 novembre, il n'y a pas eu de direction sur place. La DGA de l'association assurait à distance les prises de décisions et se rendait 2 à 3 jours par mois sur place. Dans ce laps de temps, les professionnels ont pu organiser leur travail, leur routine, leurs modes de fonctionnement... comme ils le souhaitaient. Le manque de direction sur place pendant près de 6 mois a laissé des traces, chacun essaie de maintenir les positions intéressantes qu'il s'est accordées, pour se préserver. Les changements liés à une reprise par une nouvelle association ne seront pas évidents pour les résidants, les familles et le personnel. Ces changements, de procédures, d'organisation du travail, de répartition des rôles et missions... devront être bien compris et bien gérés, et devront se faire au nom du bien être des résidants, de la qualité de leur accompagnement, pour leur offrir une vie de qualité, en EHPAD. Je serai amenée à défaire certaines organisations que les professionnels avaient mises en place. Il me faut garder à l'esprit que ces changements viennent perturber des logiques d'intérêts, des groupes acteurs qui n'ont pas envie que les règles changent sans contrepartie, sauf s'ils y sont gagnants. Je pense que ces changements pourront amener une nouvelle dynamique dans les équipes et de nouveaux repères dans les pratiques. « *Le changement ne détruit pas, mais incorpore, sédimente, recycle* »⁷⁴.

⁷⁴ LOUBAT Jean-René, HARDY Jean-Pierre, BLOCH Marie-Aline, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, 2016, p. 146

2.2.3 Les équipes professionnelles qui accompagnent les résidents et leur famille

Au sein de l'EHPAD, l'équipe hôtelière (ASH) se compose de 6 professionnelles. Sur les 3 hôtelières présentes par jour, une hôtelière est dédiée au service en salle à manger. Il y a 5 ASD (Aide-Soignante diplômée) ou AMP (Aide Médico-Psychologique) présentes chaque jour.

Au sein de l'UVP (Unité de Vie Protégée), 2 ASD et 2 hôtelières composent l'équipe qui intervient spécifiquement dans ce service. L'aide-soignante référente de l'établissement, garante des PVI, du suivi de la continence avec l'IDEC (infirmière coordinatrice)... est présente chaque matin en renfort à l'UVP pour les soins d'hygiène, du lundi au vendredi. Il y a donc chaque jour 2 ASD tous les matins en semaine et 1 ASD le reste de la journée et les week-ends, accompagnée d'une hôtelière. On soulignera que Saint Domnin offre 14 places dans cette unité de vie protégée et qu'il est le seul EHPAD de Digne-Les-Bains à disposer de ce service. Cependant, le taux d'encadrement au sein de l'UVP est trop faible pour garantir un accompagnement de qualité aux résidents accueillis, impliquant une adaptation et une personnalisation suffisante des réponses, une souplesse dans l'organisation du travail. Enfin, l'équipe infirmière se compose de 3 professionnelles. Deux infirmières sont présentes toute la journée en semaine et il y a une infirmière le week-end. L'animateur, à temps plein, auparavant rattaché à la gouvernante, est directement rattaché à la direction, tout comme les agents techniques et la secrétaire à l'accueil. Je suis accompagnée de la Responsable Logistique et Qualité (RLQ), anciennement gouvernante, et de l'IDEC pour manager les équipes. La présence d'un membre de la direction est assurée du lundi au samedi.

Saint Domnin dispose aujourd'hui d'une équipe pluri professionnelle qualifiée, d'une présence continue, de moyens logistiques, mais, et nous le verrons après, doit développer sa capacité de coordination pour apporter des réponses adaptées et personnalisées. Les professionnels s'inscrivent dans une réelle dynamique d'amélioration. Le recours à des professionnels remplaçants est ponctuel. Il est à noter que le territoire des Alpes-de-Haute-Provence est plutôt sinistré en termes d'emplois, les professionnels sont conscients de l'avantage que représente le fait d'avoir obtenu un CDI dans ce département. Cela contribue à une certaine stabilité des équipes. Par ailleurs, les responsabilités sont définies par un organigramme et des fiches de postes. Ces documents permettent ainsi de structurer le périmètre d'intervention et de responsabilités de chacun. Cependant, les professionnels ne forment pas de réelles équipes. Cela s'explique du fait qu'aucune instance n'est prévue leur permettant de se retrouver et d'échanger. Enfin, aucune formation collective n'a eu lieu en 2017 et seule une salariée a bénéficié de la formation ASG (Assistant de Soins en Gériatrie). Les RBPP de l'ANESM ne sont pas connues, pas même de l'IDEC, ni de la gouvernante.

Par ailleurs, le cloisonnement observé entre l'équipe soignante et l'équipe hôtelière ne permet pas un accompagnement des résidants visant à leur offrir une vie de qualité. On se trouve dans une organisation hiérarchique, comme dans les établissements sanitaires, avec le médecin en haut de la pyramide, l'équipe soignante et les hôtelières tout en bas. Hors tous les professionnels sont des « accompagnants », des intervenants, et tous, personnel administratif et technique, direction comprise, doivent participer à apporter des réponses personnalisées aux résidants.

À Saint Domnin, il nous faut passer à une logique d'accompagnement global de la personne. Se concentrer sur la maladie, la dépendance, les problèmes, les incapacités... relève du modèle sanitaire. Construire une possibilité de rencontre du *cure* et du *care* doit être mise en avant. Des articulations de ces deux logiques sont à mettre au travail pour aboutir au résultat global d'amélioration et de personnalisation de l'accompagnement, envisagé comme le *cure* articulé avec le *care*. Pour accompagner la personne dans sa globalité, il y a un besoin de construire une référence commune à partager par tous les professionnels. La scission existante ne permet pas cela. Un repositionnement culturel de l'EHPAD est à mettre en place. Ce changement de dynamique d'organisation passera par la définition de la notion même d'accompagnement.

2.2.4 L'organisation du travail

Concernant l'organisation du travail, on notera que les plannings et cycles de travail mis en place ne font pas se croiser les professionnels. Le cadre institutionnel induit les conditions de vie des résidants et celui-ci ne permet pas aujourd'hui d'œuvrer en équipe et avec la famille, ou de se transmettre des informations. Il n'existe pas, à mon arrivée en novembre 2017, de réunions de service, de direction, de commissions avec les familles, de groupes de travail sur différents thèmes ou projets. Pourtant, l'équipe doit gérer la globalité de la situation des résidants. Elle est le lieu, l'espace de confrontation professionnelle et d'engagement de la parole professionnelle. La mise en place de réunions permettrait de favoriser la mise au travail ensemble.

De plus, l'approche humaine, la relation que l'on apporte aux résidants va au-delà du cadre et de l'organisation : le savoir-être est primordial et l'on note des manques à ce niveau. Les professionnels ne font pas toujours preuve de souplesse et ne donnent pas la priorité aux besoins des résidants, mais à l'accomplissement de leurs tâches programmées dans la journée. J'ai à plusieurs reprises constaté que des hôtelières, qui doivent effectuer la distribution du linge des résidants ou le ménage des chambres, priorisaient ces tâches, prévues dans leur planning de la journée, plutôt que de répondre aux sollicitations de résidants, perdus, qui souhaitaient retourner dans leur chambre. Il en est de même pour le personnel soignant. Les professionnels peuvent passer à côté des résidants, sans répondre à leurs attentes ou leurs besoins du moment, car des tâches

sont programmées et privilégiées. C'est pourtant à nous, accompagnants des résidants, de nous adapter à leur rythme de vie, à leurs besoins. Au quotidien, il manque dans l'accompagnement, des sourires, le fait de parler avec un timbre de voix adapté, de la cohérence entre ce qui est dit et ce qui est fait. En effet, si le professionnel dit « asseyez-vous » et qu'il reste debout, le message ne sera pas forcément compris par des résidants désorientés, atteints de maladie Alzheimer ou apparentée. J'entends également trop souvent des « *oui oui, je sais vous me l'avez déjà dit !* » ou « *mettez-vous là je reviens* ». Ces comportements, observés à Saint Domnin, entraînent la perte de confiance des résidants en eux-mêmes et envers nous, professionnels. La sensibilité et l'engagement de certains personnels font défaut à Saint Domnin. On notera donc qu'il manque des outils et une organisation permettant la communication entre professionnels, et que le savoir-être de certains professionnels est à améliorer. C'est en cela que j'avance un manque de bienveillance dans l'accompagnement que nous offrons aux résidants accueillis à Saint Domnin. Nous pouvons trouver des réponses pour offrir une vie de qualité aux résidants à travers une nouvelle approche, des comportements adaptés, une attitude plus bienveillante et des conditions de travail améliorées pour le mettre en œuvre.

De plus, bien que l'établissement soit le lieu où vivent les personnes âgées, les professionnels y exercent leur métier et font usage de la structure selon leurs statuts, leurs fonctions, leurs compétences, mais également selon « *leurs habitudes et leurs routines* »⁷⁵. L'établissement offre un cadre de vie contraint, de par l'organisation institutionnelle et le fonctionnement encadré de la vie quotidienne : des horaires pour tout, un rythme identique chaque jour et pour tous, du lever au coucher, des professionnels en blouses... Cela représente une difficulté pour la personne âgée à se sentir « chez elle » et « *pour habiter réellement l'établissement* »⁷⁶. Les repas doivent être des moments privilégiés de plaisir et de convivialité. On notera une grande qualité des prestations dans le service à table. Pourtant, cette convivialité tant attendue reste à générer. L'existence d'une salle des familles permet aux résidants de partager un moment d'intimité avec leurs proches. Cette salle est régulièrement utilisée pour les repas du midi, en semaine ou le week-end. Enfin, les « repas des familles » en présence de l'ensemble du personnel, n'existent pas, les familles ne sont pas impliquées pour participer à cette convivialité.

Enfin, les résidants et leur entourage ne sont pas associés à la conception du PVI (Projet de Vie Individualisé), si ce n'est par leur implication dans les différents recueils de

⁷⁵ EYNARD Colette, *Le parcours résidentiel au grand âge, de l'utopie à l'expérience*, Paris, L'Harmattan, 2016, p. 131

⁷⁶ RBPP de l'ANESM/HAS « *Qualité de vie en EHPAD (volet 2)* », p.7, disponible sur le site Internet https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835485

données⁷⁷. Organiser l'expression du résidant et de ses proches est un des axes de la RBPP « qualité de vie en EHPAD ». Nous ne pouvons concevoir le projet de vie de la personne à partir des seules représentations des professionnels, sur les attentes, désirs et besoins des résidants. Encore une fois, nous pensons savoir ce qui est le mieux pour la personne, à sa place. Dans les PVI, les professionnels, l'AS référente, l'animateur et le psychologue répondent aux items suivants, à partir du recueil complété par la famille, quand il est complété, et à partir des retours des professionnels : incontinence, habitudes de vie, goût alimentaire, activités pratiquées, loisirs. De plus, dans la fixation des objectifs, tels que le maintien de l'autonomie, que l'on retrouve dans quasiment tous les PVI, le résidant lui-même n'en est pas informé. Les professionnels prennent des décisions à la place des résidants et tentent à travers ces objectifs de les éduquer selon leurs propres représentations de ce que devraient être leurs envies et projets de vie, selon leurs propres normes. Les PVI ont également besoin d'être adaptés aux résidants, par la forme et le langage, avec un vocabulaire commun, accessible à tous.

Offrir une vie de qualité aux résidants c'est tenir compte des besoins des personnes et pour cela, il faut que les professionnels disposent des outils nécessaires, que ce soit pour l'élaboration des PVI, qu'il s'agisse d'espaces de rencontre permettant l'échange, le travail en équipe. Les professionnels doivent également adapter leur savoir-être et être garants d'une souplesse, d'une réponse adaptée aux besoins des résidants. Le management de l'établissement doit permettre aux professionnels de co-construire le projet du résidant et de l'évaluer, par un regard pluridisciplinaire.

2.2.5 L'intégration de l'EHPAD Saint Domnin dans son environnement : un repli sur soi à l'heure des logiques de parcours

L'image de Saint Domnin a longtemps été négative, auprès de la population et des autres structures. On rajoutera que l'établissement n'est pas bien desservi par les transports en commun, il est impossible, même pour les résidants les plus autonomes, de se rendre seuls dans le centre-ville de Digne-les-Bains. Depuis la reconstruction, l'EHPAD est recommandé par le Centre Hospitalier de Digne-Les-Bains et les SSR et il est terrain de stage pour l'IFSI. Pourtant, un seul partenariat avec l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) est formalisé. On notera très peu d'échanges avec les autres structures, les SSIAD, les SSR, les CLIC, les autres EHPAD. Le réseau n'a pas été travaillé, ce qui s'explique par un manque de stabilité sur ces 5 dernières années. C'est pourquoi aujourd'hui, Saint Domnin n'est pas en mesure d'offrir tous les services nécessaires pour assurer un véritable parcours de vie aux résidants. Quant aux relations avec l'ARS et le

⁷⁷ Organiser l'expression du résidant et de ses proches est un des axes de la RBPP « qualité de vie en EHPAD », disponible sur le site Internet https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835485

Conseil Départemental, elles ne sont ni bonnes ni mauvaises, elles étaient quasi inexistantes. Le fait de signer le CPOM au 1^{er} décembre 2017 a permis d'amorcer un premier contact. Egalement, nous nous sommes portés volontaires pour être porteur d'un projet mis en place par l'ARS, au 1^{er} janvier 2018 : des astreintes de nuit d'infirmières, mutualisées sur les trois EHPAD du bassin Dignois. Elles sont assurées de 21h à 7h par les infirmières des trois EHPAD. Saint Domnin a signé une convention avec l'ARS. L'IDEC de Saint Domnin établit le planning des astreintes pour toutes les infirmières. La mise à disposition d'un budget par l'ARS, en plus de celui finançant les heures d'astreintes, déplacements et interventions de nuit, a permis l'achat du matériel : un téléphone par établissement, un carnet à souche par établissement afin de tracer les appels et interventions. Avant la mise en place au 1^{er} janvier, un groupe de travail, avec des professionnels des trois EHPAD, a élaboré des procédures médicales spécifiques pour la nuit. Ces procédures ont été remises au personnel de nuit de chaque établissement. Une communication a été faite auprès des résidents et familles en CVS et auprès des délégués du personnel. Le premier bilan, après six mois, a révélé que la majorité des appels concernaient des chutes de résidents. Plusieurs hospitalisations ont ainsi été évitées, les appels au centre 15 sont devenus très rares. De plus, les équipes de nuit sont rassurées, elles peuvent avoir des directives très rapidement, sans contacter le centre 15. Ce dispositif d'astreintes d'infirmiers de nuit est très positif pour les résidents et permet à Saint Domnin de s'insérer sur le bassin Dignois.

L'EHPAD Saint Domnin est l'établissement le plus onéreux de Digne-les-Bains : 85€ le prix de journée, contre 65€ et 60€ pour les deux autres EHPAD de la ville. Cela représente, à la charge du résident, 2800€ par mois. Ce prix si élevé s'explique en grande partie par le coût du loyer du bâtiment. Aujourd'hui, l'EHPAD ne remplit pas ses chambres. Il n'y a aucun dossier de demande d'admission en attente, et les rares dossiers reçus ne remplissent que rarement les conditions financières pour permettre au résident d'être accueilli à Saint Domnin. On notera également que l'établissement ne dispose que de 5 places à l'aide sociale. Les autres EHPAD de Digne-les-Bains sont habilités à 100% à l'aide sociale, si bien qu'ils sont constamment pleins et ont des listes d'attente. On soulignera que Saint Domnin offre 2 places en hébergement temporaire, les seules du bassin Dignois. Il y a beaucoup de demandes à l'approche des fêtes de fin d'années, des vacances... Il est regrettable cependant de voir qu'elles ne s'inscrivent pas dans le parcours de vie des personnes. À travers l'accompagnement proposé en hébergement temporaire, nous ne sommes pas assez attentifs à la situation de la personne, de ses aidants : nous ne faisons pas le lien avec leurs autres besoins, dans l'idée d'un accompagnement global, dans le respect du parcours de vie des personnes. Enfin, l'EHPAD Saint Domnin doit répondre aux orientations des schémas départementaux pour pérenniser son activité. L'ouverture sur l'environnement proche est

nécessaire pour relever le défi de concilier « *adaptation aux demandes et aux profils, qualité et réussite économique* »⁷⁸. On retiendra que la coopération avec les acteurs du territoire fait encore défaut à Saint Domnin. Il me faut également réfléchir à l'avenir, aux stratégies de diversification de l'offre de la filière gérontologique et aux stratégies favorisant l'ancrage territorial de Saint Domnin.

2.3 Étude du territoire d'implantation de Saint Domnin

L'augmentation de l'espérance de vie et l'allongement de la vie entraînent un ensemble de conséquences pour le territoire. Des réponses spécifiques doivent être apportées, dans une logique de parcours de la personne.

2.3.1 La réponse aux besoins sur le territoire

Sur le territoire de Digne-les-Bains, il y a une forte baisse de la démographie médicale. À l'horizon 2040, les Alpes-de-Haute-Provence devraient compter 76 000 personnes de plus de 60 ans, soit pratiquement 40% de la population totale⁷⁹. Ce vieillissement entraîne de nouveaux besoins en matière de santé, d'accueil et d'accompagnement. La part des personnes aidées à domicile est plus élevée dans le 04 que dans le reste de la France, près de 25% de la population des plus de 75 ans du département perçoit l'APA, contre 21% au niveau national. En effet, le département des Alpes-de-Haute-Provence est parmi le mieux équipé en soins infirmiers à domicile: 25 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans. 12 SSIAD sont répartis sur tout le territoire, ainsi que 2 ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer). On notera que seul l'EHPAD Saint Domnin propose des places d'hébergement temporaire sur un périmètre de 30 km autour de Digne-Les-Bains. Il existe 8 structures sur le département offrant un accueil de jour pour les personnes âgées et 5 résidences autonomie. Il existe 3 CLIC ainsi qu'une plateforme de répit proposant des solutions d'accompagnement pour les proches aidants, situé à Digne-Les-Bains et gérée par l'EHPAD Notre Dame du Bourg. Enfin, 32 EHPAD sont présents sur le département, 15 sont publics, 7 sont privés à but non lucratif et 10 sont privés commercial. Plus des deux tiers ont une capacité entre 50 et 100 places. Ils sont très bien répartis sur tout le territoire et représentent 2068 places pour une population totale de 162 510 habitants⁸⁰. On peut voir que l'offre en hébergement permanent est très dense et que la concentration sur le bassin Dignois est forte : 3 EHPAD à Digne-Les-Bains et 1 EHPAD à Champtercier,

⁷⁸ Rapport de l'observatoire des EHPAD « vers de nouveaux modèles ? », 2014, p.11, disponible sur le site Internet <https://home.kpmg.com/fr/fr/home/insights/2015/12/ehpad-vers-de-nouveaux-modeles.html>

⁷⁹ Extrait du site Internet du département des Alpes-de-Haute-Provence, disponible sur le site Internet <http://www.mondepartement04.fr/senior.html>

⁸⁰ Données issues du livret STATISS 2016, ARS PACA, disponible sur le site Internet <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Livret%20ARS-STATISS%202016%2010x15%20V3%20BAT%20WEB.pdf>

à 5 km du centre-ville de Digne. Sur ces 32 établissements, on compte 14 PASA et 17 unités Alzheimer. Il y a également 2 UHR. Les deux tiers des EHPAD présentent un prix de journée en 50 et 75 €, 7 EHPAD ont un prix de journée supérieur à 75€, dont l'EHPAD Saint Domnin, le deuxième plus cher du département avec 85€, derrière un EHPAD à 90€ situé dans le sud du département.

On peut donc dire que la réponse, très dense en matière de places d'hébergement permanent, n'est pas adaptée à la demande sur le territoire. Plusieurs EHPAD n'arrivent pas à remplir leurs chambres. Le manque de coordination entre les différents partenaires ne permet pas aujourd'hui d'apporter les réponses respectant les parcours de vie des personnes âgées. Les établissements offrant de l'accueil de jour ne sont pas en lien avec les établissements offrant des places d'hébergements temporaires. Il en est de même pour les SSR qui pourraient orienter leurs patients, pour qui le retour à domicile est trop précoce, vers de l'hébergement temporaire.

2.3.2 La volonté politique du territoire

La ville de Digne-les-Bains met en œuvre différents services destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans, comme la réduction sur les tarifs des transports, de la médiathèque, des spectacles, des musées, ou encore des bons de chauffage, le colis de Noël, et l'inscription sur le registre des personnes fragiles et isolées qui permet une intervention ciblée des services sociaux et sanitaires.

Les orientations du nouveau schéma départemental « autonomie » sont les suivantes : favoriser le maintien à domicile en renforçant la prévention et la coordination autour de la personne âgée, accompagner les services d'aide à domicile dans leur démarche d'amélioration continue du service et optimiser l'offre de service en l'adaptant aux besoins spécifiques des personnes âgées⁸¹. Deux volets sont mis en avant : le maintien à domicile et la réponse adaptée aux besoins des personnes âgées. Nos axes d'actions devront entrer dans ce cadre. Travailler à une approche personnalisée de l'accompagnement y répondra.

Quant à l'ARS, dans le SROMS (Schéma Régional d'Orientation Médico-Sociale) 2012-2016, elle mettait en avant le projet d'entreprendre et de développer une réflexion sur les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement. Elle prône également l'ouverture de l'établissement à son environnement pour permettre des échanges interprofessionnels, comme les échanges de pratiques, les formations croisées, la fluidité des personnels au sein du territoire. Ce schéma sera remplacé en 2018 par le Plan

⁸¹Extrait du Schéma départemental autonomie 2019-2023, en faveur des personnes âgées – Alpes-de-Haute-Provence

Régional de Santé (PRS) dont les objectifs à décliner sont la coordination des acteurs sur le territoire avec la définition de territoire adapté aux besoins.

2.4 L'approche CARPE DIEM du Québec

Depuis 2010, l'association La Compassion s'est inscrite dans l'approche Carpe Diem et forme chaque année ses professionnels à cette approche. Voici quelques-uns des principes : la personne est considérée avant sa maladie ; les accompagnements ne sont pas orientés sur les déficits, mais sur les ressources et les capacités des gens ; tous les comportements ont un sens et constituent un message qui nous est adressé et que nous nous efforçons de comprendre ; c'est à nous, comme intervenants, de trouver les voies d'accès à l'univers de l'autre et non pas à la personne d'arriver à comprendre notre réalité. À travers cette approche, il nous sera possible de lutter contre les préjugés entourant la vieillesse, la perte d'autonomie, la maladie, pour poser un autre regard sur les personnes et ainsi accorder la priorité à l'écoute et à la compréhension de leurs besoins.

Cette approche, venue du Québec est née de la volonté de Nicole Poirier et de toute une communauté de porter un autre regard sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Ce projet n'émane pas des pouvoirs publics et ne répond pas aux critères du Gouvernement. On peut donc voir que l'association Carpe Diem est une réelle association d'action sociale, militante. On notera que cet établissement coûte aux résidents 1800 dollars par mois, le même tarif que les structures publiques. Cette *« philosophie s'inspire de la psychologie humaniste existentielle de Carl Rogers. C'est une approche qui est centrée sur la personne et qui mise sur la relation de confiance entre l'aidant et l'aidé »*⁸². Il s'agit de voir différemment les personnes âgées, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou dépendantes. Carpe Diem signifie saisir le jour, les forces, les capacités. Nicole Poirier se bat pour préserver la « vraie vie », la vie simple de tous les jours, qui n'est aujourd'hui pas accessible en EHPAD. Dans cette approche, un résident qui se lève la nuit parce qu'il a toujours eu cette habitude et qui aime manger la nuit, doit pouvoir continuer à le faire, même s'il vit en EHPAD. Dans la Maison Carpe Diem créée à Trois Rivières, au Québec, la cuisine est ouverte, au cœur de la maison. Ce sont les résidents, avec les intervenants, qui cuisinent les repas qu'ils vont manger. Il n'y a pas de code pour fermer les portes, il y a un escalier, qui permet aux résidents d'accéder à leurs chambres à l'étage. *« Il faut savoir prendre*

⁸² Extrait du site Internet CARPE DIEM <http://alzheimercarpediem.com/laproche-carpe-diem/laproche-carpe-diem/>

des risques »⁸³ et adapter ses comportements pour les minimiser. Prenons l'exemple de l'escalier, il n'y a jamais eu d'accident dans la Maison Carpe Diem, pour accompagner les résidants dans leurs chambres, les intervenants passent devant les résidants, leur montrent les bons gestes en se tenant eux-mêmes aux rambardes et personne ne déconcentre les résidants en train de monter ou descendre les escaliers, on ne leur parle pas à cet instant, on ne les interpelle pas.

Travailler à Carpe Diem exige de la rigueur et une grande souplesse. Chacun est responsable, communique, partage un esprit d'équipe. Pour cela, Nicole Poirier fait appel avant tout aux aptitudes relationnelles des professionnels, estimant que cela ne s'apprend pas avec la formation ou un diplôme. Dans la Maison Carpe Diem, « *tout le monde fait tout* »⁸⁴, il n'y a pas de hiérarchie dans les différents corps de métier, chacun est à même d'apporter une compétence particulière, mais tous sont des accompagnants des résidants. Le personnel ne travaille pas en blouse, car il vient accompagner des personnes dans leur lieu de vie, il travaille en civil et la nuit, les personnes viennent travailler en pyjama. Elles offrent ainsi un repère pour des résidants désorientés. De plus, une grande majorité des besoins ne nécessitent pas une réponse médicale. Tout se joue dans l'attitude, l'accompagnement des personnes, à la toilette, au repas... Sans tout révolutionner dans nos EHPAD en France, il est possible d'offrir une vie de qualité en travaillant sur notre posture, avec cette philosophie portée par tous, la direction et l'association gestionnaire comprises. L'idée n'est pas de chercher des solutions pour que le résidant agisse comme on l'entend. L'idée serait de comprendre pourquoi, à cet instant précis le résidant agit de telle manière et comprendre dans ce contexte précis, ce qui déclenche sa demande. Nicole Poirier propose pour cela un outil qui permet d'étudier la situation : le « JE/ TU/ CONTEXTE ». Elle invite ainsi les acteurs à réfléchir à la situation en questionnant leur propre pratique dans la situation précise, ce qu'ils ont fait ? comment ils l'ont fait ? ce qu'ils ont dit ? de quelle manière ? par rapport à d'habitude, par rapport aux fois où tout s'est bien passé. Les professionnels sont ensuite invités à réfléchir au contexte de la situation et au ressenti de la personne. On sait par exemple que l'agressivité d'une personne peut être déclenchée par la douleur, un non-respect de son intimité, de son espace... c'est cela la solution pour répondre aux besoins des résidants, pour les comprendre et leur apporter une réponse personnalisée, favorisant

⁸³ Extrait d'une conférence organisée par l'association La Compassion et animée par Nicole Poirier, les 21 et 22 juin 2018, à Mâcon

⁸⁴ Extrait d'un entretien de Nicole Poirier du 9 janvier 2013 « Remettre en question l'équilibre entre un milieu de soins et un milieu de vie » réalisé par l'Espace Ethique Alzheimer, consulté le 3 juillet 2018, disponible sur le site Internet <https://www.youtube.com/watch?v=6SzicSMhk4U>

ainsi une vie de qualité. Nous devons tous réaliser toute l'humanité qu'il y a dans chacune de ces personnes car leurs réactions sont les symptômes de notre comportement, de notre organisation. Cette approche nous invite à analyser la personne, mais également notre système de fonctionnement. Les professionnels doivent garder à l'esprit que tout le monde a toujours des besoins, même les personnes âgées, désorientées, dépendantes... Enfin, toute action menée avec les résidents, même s'ils ne s'en souviennent pas dans les détails, laisse des traces. On voit certains professionnels se dire « *ça ne sert rien, il s'en souviendra pas* » ; ils n'investissent pas dans la qualité de vie. Pourtant, ce qui a été plaisant laisse des traces, tout comme ce qui a été déplaisant.

Les causes des comportements sont liées à notre organisation, à notre gestion, aux équipes, au système, au mode de financement qui nous pousse à avoir un GMP ou un PMP élevé, ainsi qu'au cloisonnement et à la hiérarchie des rôles dans l'établissement. Tous les comportements des résidents ont un sens, sont des messages que nous devons analyser. Les institutions sont responsables d'une partie des réactions des personnes, il faut savoir se remettre en question. Être gentil et attentionné ne suffit pas. Il faut favoriser la constance, avoir la même approche, quel que soit le professionnel en poste, pour répondre aux besoins de la personne. Pour cela, Carpe Diem a appris à faire équipe avec la famille, à se transmettre les informations, avec les familles et entre collègues.

Par ailleurs, cette approche vise à beaucoup préparer l'arrivée du résident pour faciliter la transition avec son domicile. Ce sont donc les professionnels de la maison Carpe Diem qui se rendent au domicile des personnes, plusieurs fois, pour instaurer une relation de confiance. Les futurs résidents, lorsqu'ils arriveront, connaîtront déjà quelques intervenants et auront installé avec eux une relation de confiance. Également, pour les équipes, cela représente un intérêt. Cela permet d'aller travailler à l'extérieur de la structure, de créer une relation avec la personne. L'accompagnement au domicile permet ainsi de prévenir la fatigue et a un impact sur les RPS. Il vient casser la routine quotidienne des professionnels.

L'approche Carpe Diem nous incite donc à nous focaliser sur le pourquoi de nos réussites, pour en tirer des leçons et poursuivre en ce sens. Carpe Diem ne propose pas d'outils miracle ou de protocole tout prêt qui dicteraient comment agir et comment changer le comportement des personnes, car c'est à nous, accompagnants, de changer et de nous adapter aux besoins des personnes. C'est donc le jugement de chaque professionnel qui va permettre une réponse adaptée, en fonction de ses

compétences, de son savoir-être et de ses aptitudes relationnelles⁸⁵. Carpe Diem propose une approche qui consiste à ce que ce soit l'institution et les professionnels qui s'adaptent aux personnes accompagnées.

Conclusion de la seconde partie

Le dynamisme de l'association sera un véritable atout pour notre projet, tout comme l'appui des fonctions supports du siège, la certification AFNOR des établissements et le travail avec Nicole Poirier sur l'approche Carpe Diem.

Le manque de stabilité des directions au sein de l'EHPAD Saint Domnin n'a pas permis d'engager des actions sur le long terme pour l'établissement. L'accompagnement des résidents laisse peu de place au prendre soin. De plus, l'EHPAD est trop centré sur lui-même, il n'a pas créé de partenariat avec les autres structures médico-sociales du territoire, pourtant nombreuses. Le manque de réseau et de partenariat ne permet pas à Saint Domnin de se faire connaître, ni de répondre aux besoins des personnes âgées du territoire dans une approche globale, ni de répondre aux orientations des schémas du territoire, ni de remplir l'établissement.

Dans ce contexte, ces points doivent être pris en compte pour définir les orientations de l'établissement en relation avec la stratégie de l'association pour les 5 prochaines années. Une ouverture sur l'extérieur et la diversification de nos services permettra la pérennisation de nos activités et un accompagnement offrant une vie de qualité aux résidents accueillis. Les places d'hébergement temporaire seront un véritable atout dans notre projet.

Un des axes prioritaires sera la réécriture du projet d'établissement permettant de mettre au travail les réflexions sur l'accompagnement global des résidents. Notre projet sera axé sur le prendre soin et l'approche Carpe Diem, afin de donner du sens à l'accompagnement. L'organisation actuelle sera repensée, notamment en ce qui concerne l'organisation des plannings, la répartition des postes, le manque d'espaces pour le partage d'informations et la réflexion pluridisciplinaire. Ces axes de travail nous permettront de remplir nos objectifs : offrir une vie de qualité axée sur le prendre soin, un accompagnement global de la personne et pérenniser l'activité de l'EHPAD.

⁸⁵ Extrait d'une conférence organisée par l'association La Compassion et animée par Nicole Poirier, les 21 et 22 juin 2018, à Mâcon

3 Le prendre soin mis en cohérence avec les besoins d'une vie de qualité en EHPAD

Les défis sont nombreux au regard des éléments exposés. Le contexte de transition, avec l'intégration de l'EHPAD Saint Domnin à l'association La Compassion est une opportunité afin d'engager une dynamique favorisant la participation des acteurs concernés. Un engagement collectif au processus d'amélioration de la qualité permettra de renforcer le sens des pratiques professionnelles. Les projets de l'EHPAD Saint Domnin s'inscriront dans une réelle dimension collective institutionnelle, afin de définir de nouvelles orientations pour l'établissement.

3.1 Rappel de la situation de l'EHPAD

La question qui nous occupe nous amène à travailler l'accompagnement au changement pour définir de nouvelles orientations pour l'EHPAD Saint Domnin, fondées sur l'articulation de la réorganisation des pratiques au service d'une vie de qualité, impliquant un repositionnement culturel de l'établissement, un nouveau regard. De plus, il me faudra trouver des solutions pour pérenniser l'activité de Saint Domnin, nous ouvrir sur l'extérieur, et penser le parcours de vie des personnes.

La taille humaine de l'établissement me permet de mener un management de proximité, d'être présente et de prendre le temps avec les professionnels, pour doucement, aider chacun à se resituer sur l'approche de l'accompagnement souhaitée.

3.1.1 Les ressources, enjeux et risques

L'EHPAD Saint Domnin offre des ressources qui faciliteront, favoriseront et seront le socle de notre projet de changement. En effet, l'équipe de professionnels est stable, volontaire et la qualité des prestations hôtelières de l'EHPAD n'est plus à prouver. Par ailleurs, Saint Domnin détient « l'exclusivité » de l'hébergement temporaire sur le bassin dignois, une véritable ressource pour penser notre projet de pérennisation de l'établissement. Sur le bassin Dignois, la proximité de plusieurs EHPAD et structures du médico-social doit être vue comme une ressource et non un frein au développement de notre projet. Enfin, les valeurs associatives, à travers la promotion de l'approche Carpe Diem et les certifications AFNOR des établissements, seront de véritables atouts dans la construction de notre projet. On notera également l'appui des fonctions supports du siège, notamment dans les domaines RH et financier.

Au regard des éléments présentés, j'ai identifié plusieurs enjeux :

- Associatif : créer un sentiment d'appartenance à l'association La Compassion, réussir l'intégration de ses valeurs et adapter l'approche Carpe diem aux spécificités et à la réalité de l'EHPAD Saint Domnin

- Managériaux : créer un cadre de travail clair, repérant et consolidant, repenser le circuit d'échange d'informations, réussir le développement d'une nouvelle approche de l'accompagnement centrée sur le prendre soin, emporter l'adhésion des professionnels
- Politique : restaurer la confiance des parties prenantes, valoriser l'image de l'établissement
- Social : maintenir le bien-être au travail, limiter les facteurs de RPS
- Économique : garantir un équilibre financier, augmenter le taux d'occupation

Plusieurs risques sont identifiés à la bonne réussite du projet et principalement celui de la réticence au changement, de la part des professionnels. Ce premier risque pourra entraîner à son tour un deuxième risque, celui de voir partir certains professionnels, entraînant une perte de compétences probable et venant impacter la stabilité des équipes. Cette éventuelle perte de repères ne nous permettrait pas de travailler collectivement à une nouvelle approche, garantissant une vie de qualité aux personnes accueillies. De plus, cela pourrait nous amener à la perte de confiance de certaines parties prenantes, comme les CLIC, le CCAS, les personnes âgées du bassin Dignois, les autres structures du médico-social. Enfin, si certains professionnels venaient à quitter l'établissement en lien avec une réticence au changement, la dégradation du climat social serait notable, accentuant probablement les facteurs de risques psychosociaux. On notera également que la réticence au changement, au-delà d'entraîner des départs, risque de créer un désinvestissement dans le projet de l'établissement. Cela impacterait la cohérence globale du projet. Tous ces risques impacteraient la qualité de l'accompagnement des résidents. Enfin, le risque économique est à souligner : le projet doit permettre la pérennité de la structure⁸⁶.

3.1.2 Le projet et les orientations stratégiques

Les choix stratégiques vont en direction de la réponse aux besoins des résidents et de leurs proches, ainsi que des équipes. Il me faut penser l'EHPAD pour les 5 prochaines années. Saint Domnin doit bénéficier de l'appartenance à l'association, à travers l'appui dans l'adaptation de notre offre aux nouveaux besoins recensés, tout en garantissant une qualité de vie au travail. Ma démarche consistera à permettre à chacun de comprendre, percevoir et s'approprier les changements, comme vecteur de dynamisme, d'amélioration nécessaire. En réponse aux besoins, aux enjeux et risques identifiés, ainsi qu'aux leviers d'action, voici les axes stratégiques de notre projet de changement, avec pour finalité, faire de Saint Domnin un établissement de référence, attractif et rentable :

- ✓ un accompagnement garantissant une vie de qualité aux résidents accueillis,

⁸⁶ Cf. annexe 7 : SWOT

- ✓ un soutien aux familles pour les rassurer
- ✓ une ouverture de l'établissement sur l'extérieur avec des partenariats et une intégration à la vie sociale locale,
- ✓ une construction d'une identité commune, d'une culture partagée faisant adhérer les professionnels au projet,
- ✓ un équilibre financier retrouvé.

3.2 Formuler un projet cohérent de l'usager à l'équipe, de l'équipe à l'établissement, de l'établissement à l'association

L'objectif général de cette conduite du changement est d'apporter un changement culturel de l'EHPAD. En effet, il s'agit d'accompagner les personnes âgées et leurs proches sous une nouvelle approche, offrant une véritable qualité de vie aux résidents, avec au cœur le prendre soin.

3.2.1 Le changement en interne

A) Les outils de la loi 2002-2

Dans un premier temps, il me faudra réviser le projet d'établissement selon la RBPP de l'ANESM, aujourd'hui l'HAS : « élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » et en m'appuyant sur les valeurs de l'association La Compassion. Le projet d'établissement permettra de poser les principes d'action et les orientations stratégiques pour les 5 prochaines années. Il aura pour objectif de clarifier le positionnement institutionnel de la structure, indiquer les évolutions en termes de public et missions, donner des repères aux professionnels dans l'exercice de leur activité⁸⁷. Concernant le cadre d'élaboration des projets des établissements de l'association, il a été convenu qu'un tronc commun serait rédigé par la responsable qualité, présentant l'association et ses orientations. Cette partie sera la même pour tous les établissements, et chaque établissement composera ensuite sa partie, propre aux orientations et axes de travail fixés pour l'établissement en question et selon ses spécificités.

En lien avec la responsable qualité de l'association et la direction générale, il a été défini une méthodologie de travail qui sera appliquée pour l'ensemble des établissements devant réécrire leur projet. Pour ma part, je m'appuierai sur la dimension descriptive, c'est-à-dire l'analyse des documents institutionnels, des démarches évaluatives, pour structurer une dimension projective et stratégique intégrant les orientations du territoire.

⁸⁷ Extrait du compte-rendu du CODIR-COMEX de l'association La compassion du 31/07/2018

Afin de créer une dynamique sur l'EHPAD Saint Domnin, la démarche sera coordonnée par un comité de pilotage⁸⁸, associant les différentes parties prenantes : les représentants des résidents et familles élus au CVS, l'IDEC et la RLQ, un administrateur de l'association et un représentant de la Direction Générale, représenté par la responsable qualité.

Plusieurs groupes de travail sur des thématiques définies dans la méthodologie de l'association seront organisés :

- Le prendre soin
- Le cadre de vie et la citoyenneté
- Les accompagnements spécifiques
- La responsabilité sociétale

Ces thématiques ont été définies par la Direction Générale, sans concertation avec les responsables des EHPAD, afin encore une fois, d'obtenir des projets établissement uniformisés. De par les spécificités et l'historique de l'établissement, il est possible que le COPIL évalue qu'une autre thématique doive faire l'objet d'un groupe de travail et d'axes de travail spécifiques. Il s'agira pour moi d'influencer les décisions prises par la Direction Générale en présentant l'intérêt d'inscrire une nouvelle thématique dans le projet d'établissement de Saint Domnin. Je pense par exemple à la désertification médicale du territoire et aux besoins de penser des réponses à travers la télémédecine.

Pour chaque thématique, un groupe de travail sera mis en place. Ils associeront les différentes parties prenantes et se dérouleront d'octobre 2018 à février 2019, selon un calendrier déterminé. Il nous faudra structurer une action de communication à l'attention des différentes parties prenantes dans une forme adaptée : en lien avec la responsable qualité, nous élaborerons un courrier les invitant à participer à l'élaboration du projet d'établissement, présentant notre démarche, le COPIL, le calendrier. À l'issue des groupes de travail, je formaliserai avec le COPIL des fiches actions permettant d'identifier le plan de déploiement des objectifs.

La phase de rédaction se finalisera en mars 2019 puis le projet sera présenté au CVS de l'établissement fin mars. Les retours du CVS seront attendus pour mi-avril et en fonction, des corrections seront apportées au projet d'établissement. Le projet sera ensuite présenté au Comité d'Entreprise en avril puis au bureau et au CA de l'association en mai 2019. Il est prévu que le projet soit validé par le CA en juin 2019 au plus tard.

Après la validation du projet d'établissement, une action de communication sera mise en place afin de faire connaître les orientations et axes d'amélioration que nous prévoyons pour Saint Domnin. Une grande réunion, suivie d'un cocktail dinatoire sera proposée à l'ensemble de nos partenaires, résidents et familles. La presse sera invitée et un article

⁸⁸ Cf. annexe 9 : Note Présentation de la démarche – Réécriture du Projet d'établissement

paraîtra dans le journal interne de l'association. Le projet d'établissement sera remis aux partenaires.

À travers ce projet d'établissement, j'ai pour objectif de mettre en place plusieurs actions ciblées. J'envisage de créer un trombinoscope des professionnels pour donner des repères aux résidants ; d'organiser chaque année un grand barbecue réunissant l'ensemble des acteurs du médico-social du territoire⁸⁹ remplissant ainsi un objectif d'implication dans les actions du territoire ; d'amener les professionnels à travailler en civil et ainsi ne plus porter de blouses, qui renvoient au secteur sanitaire et non à un lieu de vie ; de rendre les résidants acteurs de leur vie en favorisant leur autonomie dans les actes du quotidien, au-delà des soins d'hygiène, avec par exemple la distribution du courrier institutionnel (planning animation, gazette, invitation aux sorties...), leur participation à l'élaboration des repas, à la mise en place des tables pour les repas... Ce changement de dynamique d'organisation passera par la définition du concept d'accompagnement. Des tables rondes seront ainsi organisées avec les équipes, elles seront pluridisciplinaires, accueillant le personnel soignant, hôtelier, administratif et technique. Elles pourront également s'organiser avec la participation de professionnels des autres EHPAD et des services à domicile du bassin Dignois. Nous nous baserons sur les RBBP de l'ANESM, sur l'approche CARPE DIEM et sur les éléments de la certification AFNOR. Nous retiendrons ici la création d'un support de référence, à travailler au niveau associatif, permettant de former tout nouveau professionnel à l'accueil d'un nouveau résidant, permettre l'utilisation de petits équipements en autonomie tels que bouilloire, mini-frigo..., le développement des thérapies non médicamenteuses...

À travers le Plan Pluriannuel d'Investissement, nous étudierons en équipe de direction les priorités d'achats pour mener à bien nos objectifs et axes de travail prévus dans le projet d'établissement. Il s'agira d'investir dans un véhicule 9 places adapté aux personnes en fauteuil roulant, d'investir dans des technologies améliorant le confort et la sécurité des résidants et réduisant les TMS tels que les détecteurs de chutes ou les rails installés au plafond pour les « transferts » des résidants, etc...

Dans un deuxième temps, je retravaillerai, à partir des procédures de l'association, un autre outil de loi 2002-2, les Projets de Vie individualisée (PVI). Tout d'abord, je soumettrai à l'association que ces PVI soient rebaptisés Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP). En effet, cela me semble correspondre davantage au contenu de ces projets et cette appellation fait ressortir le mot accompagnement, et ainsi l'implication des professionnels dans le projet du résidant. Les PAP seront élaborés avec la participation des résidants, de leurs proches et des personnes de confiance. L'élaboration du PAP

⁸⁹ Le grand barbecue 2018 aura lieu le 12 septembre, sur le thème des îles du Pacifique

commencera avant même l'accueil des résidents à Saint Domin. Nous mettrons en place des Visites de Pré-Admission (VPA), au domicile des résidents et à l'EHPAD. L'idée étant de créer un lien de confiance entre le futur résident et le personnel. L'ASR sera référente des PAP. C'est elle qui sera chargée d'organiser les VPA et les visites à domicile avec l'IDEC. Ces VPA seront déclenchées après avoir reçu un dossier de demande d'admission et après que ce dernier ait été validé par le Médecin Co sur le volet médical et par moi-même sur le volet administratif. Ces VPA seront l'occasion de commencer le recueil sur la vie du futur résident, ses habitudes de vie... et permettront au résident de nouer des liens de confiance avec deux professionnels de l'EHPAD. Ensuite, après l'arrivée des résidents à Saint Domin, une rencontre sera programmée par l'ASR avec les résidents et leur famille, dans un délai d'un mois. À cette rencontre, participeront l'IDEC, l'ASR, le psychologue, la RLQ et moi-même. Il s'agira d'un temps convivial, autour d'un café et de viennoiseries, invitant les résidents et leur famille à faire davantage connaissance avec l'équipe et permettant de définir les projets des résidents, les objectifs de notre accompagnement. L'ASR sera chargée de communiquer le PAP aux résidents et aux familles. Le PAP comportera différents volets : des recueils de données concernant l'autonomie, les soins infirmiers, les souhaits alimentaires, les animations et activités, l'histoire de vie du résident, une synthèse de ses désirs et attentes, une fiche récapitulative des éléments à connaître pour assurer l'accompagnement des résidents au quotidien, un plan d'action et la fiche de validation du PAP signée par le résident ou son représentant. Le PAP sera élaboré dans un langage facile à lire et à comprendre, afin que les résidents soient en mesure de le comprendre, de l'amender et de l'approuver. Enfin, certains volets spécifiques pourront être communiqués aux autres acteurs intervenant dans l'accompagnement des résidents : le bilan autonomie, la fiche récapitulative et le plan d'actions pourront ainsi être communiqués aux kinésithérapeutes. Un groupe de travail, composé de professionnels de Saint Domin et de professionnels d'autres EHPAD de La Compassion pourra être constitué pour élaborer la procédure et les documents du PAP.

B) Les outils managériaux

Selon le modèle de l'association, je mettrai en place des réunions de direction, des réunions de service et des réunions médicales hebdomadaires. J'établirai une note de service⁹⁰ à l'attention de tout le personnel présentant les objectifs des réunions, les participants et leur fréquence. Par ailleurs, j'en informerai les équipes lors d'une réunion du personnel. Lors des réunions de service, nous utiliserons l'outil CARPE DIEM « je/ tu / contexte » afin d'analyser un changement de comportement de la part d'un résident et

⁹⁰ Cf. annexe 10 : Note de service mise en place des réunions et commissions

trouver les bonnes solutions pour lui offrir un accompagnement adapté à ses besoins et ses attentes. De plus, j'organiserai une fois par trimestre des commissions avec les familles pour aborder les thèmes de la restauration et de l'animation. Cette information sera communiquée au CVS et précisée dans un courrier adressé à toutes les familles. À l'approche d'une commission, une affiche sera établie et disposée dans l'établissement.

Il va me falloir repenser la distribution des espaces⁹¹ afin de créer une salle d'animation offrant aux résidants un espace à s'approprier et leur évitant de passer toutes leurs journées dans la salle de restaurant. Pour cela, la RLQ s'installera dans le bureau au rez-de-chaussée à côté de l'accueil et de mon bureau. Étant la personne référente à contacter pour toute remarque ou demande, elle sera plus accessible pour les familles. Ainsi, l'ancien bureau de la RLQ, situé au deuxième étage, avec de grandes baies vitrées donnant sur les montagnes et la ville de Digne-les-Bains, dans lequel se trouve un lavabo, servira de salle d'animation. L'animateur y installera son bureau et cette pièce offrira un espace dédié aux activités manuelles en petits groupes et aux jeux de cartes, de société... L'espace du deuxième étage avec le petit salon sera toujours utilisé pour les ateliers mémoires, les groupes de paroles... Enfin, l'espace actuellement utilisé par l'animateur pour installer son bureau et le matériel des animations, sans fenêtre, sera utilisé comme local de stockage dans un premier temps. Par la suite, il sera transformé en espace snoezelen. Ce projet sera inscrit dans le PPI des 5 prochaines années de l'établissement et une demande de subvention sera faite auprès du Lions Club du 04. Ces changements d'espace impliqueront de reparamétrer le Système de Sécurité Incendie (SSI), de modifier les plans d'évacuation et de modifier la signalétique dans les couloirs.

C) Les outils RH

Les actions ici présentées visent à réduire les facteurs de RPS et améliorer l'accompagnement des résidants, en réponse à leurs besoins. En effet, ils diminueront la fatigue de routine, de relation, liée à l'émotionnel, aux échanges avec les résidants. Cela permettra aux professionnels de prendre de la hauteur, du recul et participera à la garantie d'une vie de qualité aux résidants.

Le réaménagement des plannings et de l'organisation des journées de travail est nécessaire pour garantir un accompagnement centré sur le prendre soin. Avec la responsable RH de l'association, une GPEC a été amorcée. Il s'agit de répondre au mieux aux besoins des résidants. Pour cela, les ETP ont été répartis sur l'EHPAD et l'UVP pour être en adéquation avec les besoins des résidants. Aussi, deux ASD/AMP, actuellement en poste sur l'EHPAD, viendront renforcer l'équipe actuelle de l'UVP. Cela

⁹¹ Cf. annexe 5 : Plan des bâtiments

permettra la présence de deux ASD/AMP toute la journée, en plus de l'hôtière. Cette organisation au sein de l'UVP favorisera la disponibilité des professionnels pour des temps d'échanges avec les résidants, des temps du prendre soin. De plus, le fait de renforcer l'effectif de l'équipe induira la possibilité de multiplier les sorties dans le parc de la résidence avec les résidants. Les cycles de travail seront également retravaillés pour permettre un roulement entre tous les professionnels, afin que tous se côtoient et travaillent ensemble et ainsi que se crée un esprit d'équipe. Pour cela, des groupes de travail, par corps de métier, ont été mis en place, définissant à partir des besoins et en fonction des moyens alloués, les nouveaux postes horaires et les nouveaux cycles de travail. Cette réorganisation permettra de dégager du temps pour le « prendre soin » pour le personnel soignant et pour les hôtelières, d'identifier des temps pour la balnéothérapie. Il s'agit de définir des créneaux dans la journée pour lesquels aucune activité n'est définie afin que les professionnels soient totalement disponibles pour les résidants. De même, avec la redéfinition des plannings, ont été identifiés et inscrits dans l'organisation de la journée, les repas que les professionnels partageront avec les résidants. Chaque midi, une aide-soignant déjeune avec les résidants et une fois par semaine, une hôtelière fait de même. Bien que l'approche centrée sur le prendre soin et la philosophie Carpe Diem démontre qu'il ne s'agit pas d'organiser des temps d'animation ou des ateliers pour offrir une vie de qualité aux résidants, il me semble que le changement d'approche pour les professionnels doit passer par cette étape. Le prendre soin se traduit avant tout par la manière d'être des professionnels, pourtant, afin d'amener de la vie à Saint Domnin et d'en faire un véritable lieu de vie, cette étape d'identification de temps dédiés au prendre soin me paraît nécessaire, afin d'amorcer le changement de posture.

De même, il s'agira de revaloriser le personnel et cela passera par un plan de formation. À travers la réalisation des entretiens professionnels de l'ensemble des salariés de Saint Domnin en 2018, je dégagerai les axes de formation pour les prochaines années, en lien avec les axes de formation de l'association. Il s'agira tout d'abord de poursuivre la formation CARPE DIEM pour l'ensemble du personnel. Je proposerai d'ouvrir les formations institutionnelles de Saint Domnin aux professionnels des EHPAD du bassin Dignois. Cela permettra un partage d'expérience. Après la formation CARPE DIEM, j'organiserai des groupes de travail, sur du long terme afin de pérenniser l'approche.

D) L'animation de la vie socio-culturelle

L'objectif ici est, à travers l'élaboration d'un projet d'animation, de favoriser la mise en place de projets intergénérationnels, la médiation animale, les partenariats avec les autres EHPAD et enfin, et surtout, l'inclusion des résidants et de l'EHPAD dans la vie sociale locale, dans le but d'offrir une vie de qualité aux résidants.

Cet objectif passera par la création d'un jardin sensoriel. Pour cela, un groupe de travail sera mis en place, composé de professionnels, tout corps de métier confondu, ainsi que des résidents et de leur famille. La création de ce jardin pourra s'articuler avec la création d'un jardin partagé, ouvert aux autres structures, telles que les EHPAD de Digne, la MECS de Digne, les bénéficiaires des prestations du CCAS, le centre de loisirs et le club du 3ème âge... Dans ce cas, une convention sera signée avec les structures qui useront du jardin sensoriel de Saint Domnin. La création de ce jardin, avec la participation des résidents, des familles et des professionnels, permettra d'aménager le parc de l'établissement. Je prévois la mise en place de lieux de promenades et de rencontres permettant aux résidents de se « mettre en mouvement », en douceur, en favorisant le maintien de l'autonomie. Il s'agira également de contribuer à l'amélioration de l'estime de soi des résidents, de favoriser l'ouverture sur l'extérieur, de diminuer le stress en stimulant les sens des résidents et en préservant les sens existants, en suscitant la contemplation, les émotions et en leur permettant d'apprécier les sensations du soleil, des odeurs, du toucher. Ce jardin sera structuré en plusieurs parties, dans un même lieu :

- Un jardin parcours des senteurs, des goûts, de l'ouïe... avec différents espaces dédiés aux végétaux odorants (type lavande, thym, ...), un espace avec fontaine entourée de rochers, pour le bruit de l'eau, afin de solliciter le sens de l'ouïe des résidents
- Un parcours de marche
- Un lieu de rencontres et de convivialité, de repos avec un espace détente à l'ombre, sous pergolas
- Une aire de jeux pour enfants, qui servira autant aux petits enfants et arrières petits-enfants des résidents, qui viennent leur rendre visite, ainsi qu'aux enfants de la ville de Digne. En effet, l'aire de jeux sera située dans le parc de la résidence, clôturé et fermé par un portail.
- Un terrain de pétanque

Une attention particulière sera portée sur l'esthétique, sur les couleurs, sur le choix des végétaux en prenant en compte les pathologies des résidents et leur facilité de culture. La sécurité des résidents sera un fil conducteur pour les choix réalisés.

La disposition des différents espaces a pour but de favoriser l'échange, l'inclusion et la mixité sociale. Cela permettra une ouverture de Saint Domnin sur le territoire et favorisera l'ancrage dans la vie sociale locale. Les résidents de l'EHPAD ne seront pas coupés du reste de la ville, des échanges intergénérationnels seront possibles. Un règlement pourra être établi afin de cadrer les règles de sécurité, notamment en ce qui concerne l'aire de jeux pour enfants, et rappeler les consignes de respect du cadre et de bonne conduite. Pour cela, je m'inspirerai du règlement « Parcs et jardins » établi par la ville de Nantes ou

encore celui de la ville de Meudon. Ce projet de jardin sensoriel partagé fera partie intégrante du projet d'animation. Tous les professionnels seront donc amenés à profiter du jardin avec les résidants. Par ailleurs, la préservation de l'environnement est aujourd'hui un enjeu incontournable de santé publique et de sauvegarde de la biodiversité. Cette question nous concerne tous et je choisis d'engager l'EHPAD Saint Domnin dans une démarche respectueuse de l'environnement. Une production et une gestion écologique seront mises en place pour la création du jardin sensoriel, valorisant les circuits courts et le recyclage des déchets. La plantation de plantes aromatiques sera réalisée sans pesticide pour un usage collectif à l'établissement, en lien avec le service restauration. Il s'agira ici d'utiliser des produits biologiques pour l'entretien du jardin sensoriel. De même, les déchets alimentaires vont pouvoir être compostés et servir d'engrais naturels à l'entretien du jardin. En lien avec l'activité pâtisserie et cuisine animée par l'animateur et organisée deux fois par semaine, les épluchures des fruits et légumes seront utilisées pour réaliser ce compost. Concernant l'installation des bacs de jardinage, il faudra prévoir un espace d'usage devant afin d'en permettre l'atteinte par les personnes en fauteuil. L'espace d'usage permet le positionnement du fauteuil roulant pour utiliser un équipement, ici nos bacs de jardinage et permettre la contemplation des parterres de fleurs. L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, il devra correspondre à un espace rectangulaire de 0,80 m x 1,30 m. Le cheminement existant respecte la réglementation en termes de largeur et d'espace permettant d'effectuer aisément un demi-tour en fauteuil. Enfin, je prévois d'aménager certains parterres afin de permettre aux résidants en fauteuil roulant de circuler librement autour des bacs de jardinage. La résine bétonnée pourra être utilisée car elle est très fiable dans le temps et offre un bon rapport qualité/ prix. Egalement, une inauguration sera faite et l'ensemble des résidants, familles et partenaires seront invités. Nous convierons la presse locale afin de faire connaître un maximum le jardin partagé de Saint Domnin. Nous mettrons en avant notre projet dans le journal interne de l'association, qui pourra être diffusé à l'ensemble des professionnels, des résidants et des familles, des structures partenaires, à l'ARS, à la ville de Digne-Les-Bains et au Conseil départemental. Concernant le financement⁹² de la création du jardin sensoriel, une demande de subvention sera déposée auprès du Lions Club et certains matériels seront prévus au PPI.

Ensuite, certaines activités spécifiques, comme les lotos ou concours de belote seront ouvertes à l'extérieur. Il s'agira de proposer au CCAS, à l'ADMR et au CLIC de diffuser les activités ouvertes à tous. Une affiche sera réalisée par l'animateur pour chaque activité concernée et sera diffusée en interne et auprès des autres structures et services

⁹² Cf. annexe 11 : Budget prévisionnel Jardin sensoriel

du bassin Dignois. L'organisation de ces activités sera validée en réunion de direction et les tâches réparties : préparation de la salle avec installation des chaises et tables, décoration de la salle à préparer avec les résidents, renforcement des équipes pour l'accompagnement des résidents pendant l'animation, invitation de la presse locale, préparation des lots gagnants et demandes de lots auprès des fournisseurs et commerçants locaux, accueil des participants, préparation de la collation offerte aux participants, rangement de la salle, bilan de l'activité.

Enfin, je prévois d'inscrire au PPI de l'établissement l'achat d'un véhicule 9 places adapté aux personnes en fauteuil roulant. Nous ne disposons aujourd'hui que d'un véhicule 5 places, non adapté aux personnes en fauteuil roulant. À Digne, il existe le FlexiTUD, un bus de la ville spécifiquement adapté aux personnes âgées ou en situation de handicap. Ce bus n'est pas disponible pour les résidents de l'EHPAD Saint Domnin malgré plusieurs sollicitations de la part des anciennes directions. Il semble que la demande ait été mal transmise au CCAS qui a répondu par la négative à plusieurs reprises, expliquant ne pas vouloir pallier au manque de véhicule d'un établissement, utilisé pour accompagner les résidents à leurs rendez-vous. Pourtant, nous n'avons pas besoin d'un véhicule pour ce motif. Notre besoin se situe au niveau de l'accompagnement des résidents à l'extérieur pour leur offrir une participation à la vie sociale locale : sorties sur le marché, au plan d'eau, au musée...

3.2.2 Développer des partenariats solides en s'inscrivant sur le territoire

Les besoins des résidents en termes d'ouverture à la vie sociale locale, de logique de parcours et le besoin de l'EHPAD Saint Domnin de s'ouvrir sur l'extérieur m'amènent à travailler les partenariats avec les différents acteurs du bassin Dignois. L'objectif ici est donc d'inscrire Saint Domnin dans la vie locale et ainsi de revaloriser l'image de l'établissement.

Tout d'abord, afin d'accompagner les personnes âgées sur une logique de parcours, je formaliserai des partenariats avec l'accueil de jour de l'EHPAD Notre Dame du Bourg, avec le CLIC et le SSR. Il s'agira de leur faire connaître le projet d'établissement et les orientations travaillées avec les professionnels au sein de l'EHPAD. Pour cela, une rencontre avec les responsables des différentes structures ou services sera programmée. L'idée est de se mettre en lien, de pouvoir se contacter pour réfléchir ensemble au parcours des personnes du bassin Dignois et penser ensemble et avec les usagers, les réponses les plus adaptées à leurs besoins.

Concernant l'ouverture à la vie sociale locale et afin de faire connaître l'EHPAD Saint Domnin et de revaloriser son image, je multiplierai les échanges avec les autres EHPAD du bassin Dignois, le CLIC et le CCAS et je rencontrerai les acteurs de secteur du handicap. Nous signerons une convention avec l'EHPAD Notre Dame du Bourg afin que

les résidents de Saint Domnin puissent bénéficier de leur physioparc. Il s'agit d'un parcours en extérieur proposant des exercices physiques adaptés aux personnes âgées, comprenant des cheminements d'incitation à la marche, des modules équipés de pédaliers ou de roues à bras... Je rencontrerai pour cela la directrice de l'EHPAD et l'animatrice. Ce sera l'occasion de lui présenter les activités que nous souhaitons ouvrir aux autres résidents des EHPAD du bassin Dignois : atelier gym douce, lotos, spectacles... et la création du jardin sensoriel partagé.

Dans l'attente de la création de l'espace snoezelen à Saint Domnin, nous conventionnerons avec le SSR du Cousson, situé à 5 min de l'EHPAD, afin de pouvoir utiliser le leur. Je rencontrerai la directrice du SSR du Cousson afin d'aborder avec elle ce projet.

Le Corso de la Lavande est la grande fête annuelle de la ville de Digne. Il s'agit d'un défilé de grands chars décorés avec des fleurs réalisées en papier crépon, sur des thèmes variés. Toute la ville se réunit pour cet évènement, y compris de nombreux touristes. En concertation avec les résidents et leur famille, et les professionnels, nous aimerions que Saint Domnin participe à cet évènement et présente un char. Le travail de préparation est colossal, il faut également préparer la structure du char, trouver un local pour le stockage... La MAS de Digne prépare depuis deux ans un char pour le Corso, l'idée est de pouvoir présenter un char commun pour le Corso 2019. Je prévois de rencontrer avec l'animateur de Saint Domnin la responsable de la MAS et d'échanger avec elle sur ce projet. Nous aborderons également les autres activités que nous pouvons proposer aux résidents de la MAS, comme les ateliers gym douce, les lotos, la balnéothérapie...

Concernant les projets intergénérationnels, je prévois de rencontrer l'école des Sieyes, avec l'animateur, afin d'aborder avec les professeurs les possibilités de tels projets. Nous envisageons de proposer un atelier écriture pour les enfants de l'école : venir à Saint Domnin pour recueillir l'histoire de vie des résidents, offrant des moments d'échanges et de partages entre générations et en faire la base d'un travail d'écriture qui pourra ensuite être présenté aux résidents. Cette proposition d'activité a été présentée en commission d'animation le 6 juillet et intéresse plusieurs résidents.

Enfin, je prévois également la création d'un café des familles/ des aidants, à la rentrée 2018, ouvert à l'ensemble des habitants du bassin Dignois concernés par la situation d'aidant familial et ouvert aux familles des résidents des EHPAD. J'animerai ces cafés, une fois par trimestre, avec le Médecin coordonnateur, l'IDEC, la RLQ, le psychologue et l'ASR. Ils seront organisés sous forme de groupes de paroles, avec des thématiques différentes à chaque fois. Les films *Carpe Diem* serviront de bases aux échanges et permettront d'aborder des points spécifiques de l'accompagnement des personnes âgées. Par la suite, je prévois de faire intervenir une personne extérieure, référente sur le thème qui sera abordé (la diététique chez les personnes âgées, l'arrivée en EHPAD...). La

communication passera par l'envoi d'invitations aux familles, et d'affiches aux autres structures du bassin Dignois et au CLIC et CCAS. L'objectif ici, au-delà d'un accompagnement proposé aux familles et aux aidants, est que Saint Domin soit un centre de ressources.

Enfin, je souhaite organiser à Digne-Les-Bains un séminaire CARPE DIEM animé par Nicole Poirier. Nicole Poirier, fondatrice de la Maison Carpe Diem au Québec se rend chaque année en France pour animer des séminaires. Ce séminaire sera ouvert à tous, aidants familiaux et professionnels de tout le territoire. Organiser un tel évènement serait pour l'EHPAD Saint Domin un moyen de faire connaître à tous ses partenaires l'approche avec laquelle les professionnels de l'établissement accompagnent les résidents et leur famille. Enfin, ce séminaire serait très bénéfique pour la notoriété de l'EHPAD et de l'association dans le 04.

3.2.3 Évaluation du projet

Pour que la nouvelle organisation fonctionne, il faut que chacun ait à cœur de la faire fonctionner. Je serai vigilante à ce que chacun ait une bonne visibilité de l'utilité de la nouvelle organisation et qu'il y adhère. Que chacun soit convaincu que l'organisation a les moyens et les capacités pour offrir une vie de qualité aux résidents accueillis, sera un de mes objectifs pour la réussite du projet. Pour cela, je définirai très clairement les objectifs de l'organisation, j'effectuerai des enquêtes qualitatives afin que les équipes puissent se situer et se valoriser par rapport aux résultats obtenus et attendus. Enfin sur le plan RH, je mettrai en place des modes de reconnaissance en proposant aux professionnels d'être référents de thématiques spécifiques, afin d'être porteur de projets au sein de l'établissement et moteur auprès de leurs collègues : référent bien-être, référent diététique...

A) Les effets attendus sur les équipes, les résidents et leur famille

Ces projets présentés pourront favoriser un changement de regard de la part des professionnels, qui se centreront davantage sur les capacités des résidents et intégreront la notion du prendre soin dans leur accompagnement. L'accompagnement serait tourné vers le prendre soin, la manière d'être des professionnels permettrait d'offrir aux résidents une vie de qualité. Les résidents seraient davantage épanouis et apprécieraient leur vie en EHPAD. Les familles seraient rassurées de voir leur proche accompagné par des professionnels bienveillants, à l'écoute des besoins et des attentes et offrant des réponses adaptées et personnalisées. L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur renforcerait le sentiment d'appartenance des résidents à la vie sociale locale et participerait à leur offrir une vie de qualité. Afin d'évaluer ces effets attendus, je proposerais à la responsable qualité de l'association d'adresser aux résidents et aux familles des enquêtes de satisfaction avec des questions permettant d'évaluer les

différents aspects évoqués : le prendre soin, la manière d'être des professionnels, l'intégration à la vie sociale locale, la qualité de vie...

B) Les critères d'évaluation

- Concernant les outils de la loi 2002-2 : participation des parties prenantes aux groupes de travail du projet d'établissement, diffusion du projet d'établissement, nombre de fiches actions réalisées et suivies ; procédure d'élaboration et de suivi des PAP, nombre de PAP complétés, nombre de VPA réalisées
- Concernant les outils managériaux : diffusion de la note de service pour la mise en place des réunions, nombre de réunions réalisées, nombre de comptes-rendus diffusés, nombre de participants aux réunions ; changement effectif des bureaux, changement de la signalétique et paramétrage du SSI.
- Concernant les outils RH : la participation des professionnels aux groupes de travail pour la mise en place des nouveaux plannings, la mise en place effective des nouveaux plannings, le nombre de séances de balnéothérapie réalisées par semaine, le nombre de ballades dans le parc réalisées par semaine, le nombre de résidents bénéficiant de séances de balnéothérapie, le nombre de résidents bénéficiant de balades dans le parc ; nombre de professionnels ayant bénéficiés de la formation CARPE DIEM, nombre de groupes de travail CARPE DIEM mis en place, nombre de participants aux groupes de travail
- Concernant l'animation de la vie socio-culturelle : nombre de participants aux activités ouvertes à l'extérieur ; création effective du jardin sensoriel, nombre de personnes extérieures utilisant le jardin ; achat du véhicule ; compte-rendu des animations
- Concernant l'ancrage sur le territoire : nombre de conventions de partenariat signées ; nombre de séances aux physioparc, nombre de résidents bénéficiant des séances au physioparc ; nombre de séances snoezelen au SSR, nombre de résidents bénéficiant des séances snoezelen ; réalisation du char du Corso 2019, nombre de résidents participants à la réalisation du char ; nombre de cafés des familles/ des aidants réalisés, nombre de participants ; nombre de séances pour l'atelier d'écriture, nombre de résidents participant à l'atelier.

3.3 Pérenniser l'activité de l'établissement et renforcer la situation financière de l'EHPAD Saint Dominin

3.3.1 Le développement de l'hébergement temporaire et le relayage à domicile

En réponse aux orientations du SROMS et du schéma autonomie du département, l'objectif principal sera de prévenir l'épuisement de l'aidant par son remplacement temporaire et d'améliorer sa qualité de vie en visant le bien-être du duo aidant-aidé, à son

domicile. Il s'agit pour l'aidant, de prendre du temps pour lui, apprendre à déléguer, déculpabiliser, passer le relais, et prévenir les risques d'épuisement. Pour la personne aidée, il s'agira de stimuler et préserver ses capacités fonctionnelles. Le but sera d'accompagner et de soutenir, d'améliorer la qualité de vie, de rechercher les meilleures solutions aux mieux-être de l'aidant et de son proche.

Le projet de création d'un service de baluchonnage est ici envisagé. Il s'agit d'une solution de répit pour les aidants, venant du Québec. Ce dispositif répond aux politiques de maintien à domicile des personnes âgées. En effet, les personnes souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible, ce qui implique dans certaines situations la présence temporaire ou permanente des proches aidants⁹³. La loi ASV a reconnu un statut au proche aidant, mais il reste difficile pour eux d'accepter de penser à eux et de confier l'accompagnement de la personne âgée à d'autres, professionnels ou non. De plus, la loi prévoit l'expérimentation de prestations de suppléances à domicile. Le relayage est une forme d'aide au répit, au domicile de la personne aidée. D'après une enquête réalisée auprès des aidants en 2015, 70% d'entre eux ont déclaré ne pas s'accorder de temps pour les loisirs⁹⁴. Le relayage est donc un dispositif qui vient pallier l'absence des proches aidants, au domicile de la personne aidée. Le répit peut être de longue durée ou pour des périodes plus courtes, 24h/24 au domicile de la personne.

Au Québec, un seul baluchonneur intervient au domicile, après avoir suivi une formation spécifique. Il y a un reste à charge pour la personne, équivalent à 11.10 €. L'idée repose sur la mise en confiance de la personne aidée, ce qui implique que le baluchonneur puisse se rendre au domicile au préalable, rencontrer la personne et instaurer un lien de confiance, avant d'intervenir au domicile, à la place du proche aidant.

En France, le choix a été fait de nommer cette solution « relayage ». Il est à noter que la législation française ne permet pas d'importer cette solution telle qu'elle est mise en œuvre au Québec. Le baluchonnage doit être adapté aux réalités françaises et garder le même objectif : la minimisation des changements d'habitudes de la personne aidée en cas d'absence du proche aidant et le répit pour le proche aidant. Le relayage doit être complémentaire des services déjà mis en places au domicile. Il s'agit d'un accompagnement qui reprend les pratiques du proche aidant, auxquelles s'ajoutent les compétences professionnelles des intervenants relayeurs. Le relayage doit être une prestation qui s'inscrit dans la complémentarité de l'offre sur le territoire.

⁹³ « Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit », mission confiée par le Premier Ministre à Joeëlle HUILLIER, Députée de l'isère, mars 2017, disponible sur le site Internet http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf

⁹⁴ Source : « La santé des aidants : un enjeu de santé publique ! », L'association Française des Aidants, 2015, disponible sur le site Internet <https://www.aidants.fr/fonds-documentaire/dossiers-thematiques/sante-aidants>

Plusieurs expérimentations en France ont déjà été lancées, soutenues par des EHPAD, comme en Seine Maritime, mais essentiellement par des associations d'aides à domicile.

Ce projet de relayage, porté par Saint Domnin, sera complémentaire des places en hébergement temporaire, que nous pourrions augmenter à l'avenir et en lien avec la plateforme de répit de Notre Dame du Bourg et en partenariat avec le SSR, comme passerelle avant le retour au domicile.

A) Les modalités d'organisation

Notre projet de relayage à domicile consistera en l'intervention de personnels qualifiés au domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie, afin de lui apporter l'accompagnement nécessaire, et cela en relayant l'aidant familial. Le but de ce relayage sera de restreindre l'ampleur des changements d'habitudes de la personne accompagnée, qui pourra rester à son domicile, avec ses repères.

Dans notre projet, le relayage est envisagé comme une aide qui s'anticipe et s'organise, il n'aura pas vocation à répondre, dans un premier temps, à l'urgence. Nous prévoyons que le relayage intervienne pour un minimum de 3h et un maximum de 15 jours. Le périmètre envisagé est de 30 km autour de la ville de Digne-Les-Bains. Nous mettrons en place un groupe de travail, avec l'IDEC, la secrétaire et la RLQ pour déterminer dans le détail les modalités d'interventions et d'organisation du relayage.

Le relayage s'organisera autour de plusieurs étapes :

- ✓ La pré-analyse de la situation : La coordination du dispositif sera confiée à l'IDEC. Pour faire une demande de relayage, l'aidant contactera le secrétariat de l'EHPAD. La secrétaire saisira toutes les informations nécessaires afin que l'IDEC puisse recontacter l'aidant par téléphone : nom/prénom et âge de la personne aidée, date et durée du relayage souhaité. Cet entretien téléphonique permettra à l'IDEC d'analyser avec l'aidant le besoin et notre capacité à y répondre. À la fin de cet appel, elle proposera une date de rendez-vous au domicile de la personne pour une rencontre avec l'aidant, qui permettra à l'IDEC d'établir un premier contact et de découvrir le lieu de vie de la personne aidée. Avant la rencontre, la secrétaire enverra des questionnaires de premiers contacts, à élaborer avec le groupe de travail. Ils permettront de connaître l'organisation, les habitudes de vie et l'histoire de vie de la personne. Nous pourrions ici nous appuyer sur les documents élaborés pour le PAP et les adapter si besoin.
- ✓ La pré-intervention : L'IDEC se rendra au domicile et s'appuiera sur les outils de recueil des informations en lien avec les habitudes de vie et l'histoire de vie de la personne. L'IDEC y consacra 2h afin de recueillir les besoins précis de la personne, les informations essentielles concernant la maison/ l'appartement,

vérifier que le domicile offre à minima un espace au relayeur pour lui permettre de se reposer la nuit. Cet entretien au domicile est primordial pour faire naître un lien de confiance et de coopération entre l'aidant, la personne aidée et le personnel de l'établissement. Cet entretien sera garant de la qualité de l'accompagnement au domicile. Cette rencontre, au-delà de sécuriser l'aidant et l'aidé, visera à déterminer le profil du relayeur qui interviendra à domicile. Après la première rencontre, si l'IDEC valide l'intervention, un contrat sera établi par la secrétaire afin de sécuriser et cadrer l'intervention. L'IDEC déterminera ensuite quels sont les relayeurs qui interviendront au domicile de la personne, des personnels soignants ou des hôteliers, en fonction des besoins de la personne aidée. Un nombre limité d'intervenants sera optimal. Il sera proposé à l'aidé et l'aidant de venir rencontrer les personnes qui interviendront au domicile. L'IDEC remettra aux relayeurs l'ensemble des informations nécessaires à l'intervention, en plus de leur planning. Un ordre de mission détaillé sera établi et remis à chaque relayeur.

- ✓ L'intervention de relaying : Le relaying invite à une extrême individualisation de l'accompagnement et du prendre soin : 1 pour 1. Le relayeur assurera les mêmes missions que le proche aidant absent, en y ajoutant son expérience professionnelle, son savoir-faire et ses compétences. L'intervention à domicile implique un engagement personnel de la part du relayeur, affectif, au-delà des activités du quotidien. Afin de garantir la transmission des informations entre les différents relayeurs pouvant intervenir, un journal d'accompagnement pourra être mis en place au domicile et tenu quotidiennement par les relayeurs. Les relayeurs pourront à tout moment avoir un contact téléphonique avec l'IDEC ou une infirmière de Saint Domnin, ou un membre délégué du personnel, la RLQ ou moi-même, pour obtenir un conseil sur une situation ou trouver une solution à un évènement grave justifiant un remplacement par exemple. Les nuits, les relayeurs pourront joindre les infirmières d'astreintes. Les week-ends, les relayeurs pourront joindre la personne d'astreinte au niveau de l'association.
- ✓ La post-intervention : Une fois le relaying terminé, l'IDEC recontactera l'aidant afin de faire un bilan de l'intervention. Ce temps d'échange est essentiel et permettra d'évaluer la satisfaction de l'aidant et de la personne aidée. Des réunions seront organisées de façon trimestrielle entre les relayeurs et la direction de l'EHPAD afin d'échanger et faire des retours sur expérience. Ce sera l'occasion d'évaluer des difficultés, trouver de nouvelles solutions, partager des conseils.

Avec les membres du groupe de travail, nous pourrions travailler à l'élaboration d'une charte présentant les fondamentaux d'un service de relaying.

B) Les moyens humains et financiers

Le temps de travail du personnel de La Compassion est annualisé : chaque professionnel, soignant ou hôtelier doit travailler un volume d'heure global sur l'année, du 1^{er} mai N au 30 avril N+1. Ce dispositif permet une souplesse quant aux heures travaillées d'un mois sur l'autre et une rémunération toujours identique chaque mois. Le temps de travail à domicile pourra être organisé en poste de 12h de travail effectif après signature d'un accord d'entreprise en ce sens. Il faudra distinguer deux types d'heures de travail au domicile : les heures de travail effectif durant lesquelles le relayeur est sur un travail effectif avec la personne accompagnée et les heures de travail « responsable » durant lesquelles le professionnel est au domicile, mais la personne accompagnée dort. Le temps de trajet s'ajoutera au temps de travail effectif. Il pourra être valorisé sur une moyenne de 30 min par intervention.

Dans le cadre de l'élaboration du budget, nous nous appuyons sur une expérimentation lancée en Franche-Comté, prévoyant 60 évaluations maximum par an et 90 jours d'interventions par an. Cette expérimentation prévoit un reste à charge pour l'aidant de 50€ pour 24h d'intervention, soit 2,08€ par heure. Si l'on reprend ces données, nous devons prévoir 2160h d'interventions par an. Cela me semble élevé au regard de la population et des besoins du territoire des Alpes-de-Haute-Provence, différents de la Franche-Comté. Nous pourrions élaborer ce pré-projet en partant sur un maximum de 60 jours d'interventions par an, soit 1440h et 40 évaluations maximum et une moyenne de 80 séjours par an.

Pour le relayeur, avec 1440h d'interventions, il faut 0.80 ETP. En effet, 1 ETP effectue 1820h par an. À cela s'ajoutent les temps de trajet, nous pouvons donc estimer le poste de relayeur à 0.90 ETP. Il faut compter 2h pour chaque évaluation à domicile par l'IDEC, multipliées par 40 évaluations maximum, il faut prévoir 80h de travail d'évaluation. À cela s'ajoute, le travail de l'IDEC pour la prise du premier contact et pour la programmation des plannings des relayeurs. Le temps est estimé à 1h, multipliée par 80 séjours, soit 80h de travail de coordination. Enfin, un temps sera pris après chaque intervention pour faire le bilan du relayage, soit 30 min de travail sur la base de 80 séjours, 40h de bilan. Ainsi un total de 200h de travail de coordination pour l'IDEC. Nous aurons donc besoin de 0.10 ETP d'IDEC pour la coordination du projet. De plus, la secrétaire de l'établissement aura en charge de créer et suivre le dossier administratif, préparer les contrats pour chaque intervention et préparer les factures inhérentes à chaque contrat. Nous pouvons estimer à 1h le temps de secrétariat dont nous aurons besoin pour ce projet afin de réaliser toutes ces tâches. Ce temps est à multiplier par le nombre de séjours prévisionnels, soit 1h x 80 séjours, ce qui représente 80h de travail. Une partie de ses missions pourront être assurées par les services supports du siège de l'association. Cela correspondrait à 0,035 ETP de personnel administratif.

Ces informations nous permettent donc de déterminer le budget de fonctionnement⁹⁵. Le montant total des charges pour ce projet s'élève à 43 400€. Avec la participation des aidants, il reste 40 400€ à couvrir par d'autres financements mobilisables, tels que l'APA, l'aide financière des caisses de retraite et les autres financements (mutuelles, etc...). Nous pourrions faire appel à différentes aides pour financer notre projet de relayage. Tout d'abord, dans le cadre des politiques de répit aux aidants et de maintien à domicile, nous pourrions solliciter l'ARS pour une dotation de fonctionnement. Egalement, dans le cadre de la politique autonomie, nous pourrions solliciter le conseil Départemental. Enfin, le Conseil Régional pourra être sollicité, à travers sa politique d'innovation et de développement économique. On notera également que le CNSA pourrait être sollicité. En effet, dans le cadre de sa promotion d'action innovante, le CNSA participe au co-financement d'un dispositif de relayage déjà mis en place par l'association Bulle d'air. Dans notre projection, nous retenons ici une dotation de l'ARS. La présentation de notre projet pour obtenir un financement permettant le démarrage de l'activité sera faite par le Directeur Général de l'association.

En outre, des mutualisations pourront être envisagées avec les Services de Soins d'Aide à Domicile du territoire qui emploient des personnels soignants et des auxiliaires de vie qui pourraient intégrer le service de relayage. En effet, nous pourrions proposer à ces professionnels employés majoritairement à temps partiel, d'être recrutés ponctuellement pour ces missions de relayage à domicile que nous proposons. Ils travailleraient en complément de leur contrat initial, ceci leur procurant une source de revenu supplémentaire et accompagneraient peut être des personnes à domicile qu'ils connaissent déjà du fait de leur intervention par le service de soins à domicile. Ce personnel « mutualisé » recruté pour notre projet de relayage à domicile viendrait en complément du personnel volontaire de l'EHPAD. Un contrat type d'intervention serait alors établi.

Enfin, la formation des personnels intervenant au domicile devra être prévue au plan de formation de l'association. Une formation CARPE DIEM, spécifique pour l'intervention à domicile pourra être envisagée pour les relayeurs. Ce qui compte dans le profil des relayeurs est avant tout la manière d'être, les capacités relationnelles. L'accompagnement doit être accés sur le prendre soin.

C) L'inscription sur le territoire

Ce dispositif de relayage intégrerait la politique territoriale de maintien à domicile et répondrait aux orientations des schémas départementaux. Egalement, le relayage

⁹⁵ Cf. annexe 13 : Budget de fonctionnement du projet Relayage

viendrait renforcer l'offre existante et la compléter : un accueil de jour, un hébergement temporaire et une plateforme de répit existent déjà sur le bassin Dignois.

D) Les moyens de communication

Un plan de communication devra être élaboré, intégrant des articles de presse et des plaquettes de communication, afin de diffuser l'information au plus grand nombre et sur tout le territoire d'intervention. De plus, nous pourrions envisager de distribuer des plaquettes aux médecins généralistes du territoire, aux pharmaciens, au CLIC, au CCAS et aux associations de service de soins à domicile.

Par ailleurs, les assistantes sociales de l'hôpital de Digne et du SSR pourront être contactées.

Enfin, Saint Domnin dispose de deux places d'hébergement temporaire et nous pourrions communiquer également cette proposition de prestation de relayage à domicile aux personnes âgées accueillies à ce titre.

Pour le lancement du projet, nous organiserons une réunion d'information à l'attention de nos partenaires privilégiés : ARS, Conseil Départemental, CLIC, CCAS, SSR, EHPAD du bassin Dignois.

E) Un projet en lien avec les orientations de l'association La Compassion

On notera que l'association est en accord avec ce projet prévoyant une solution de répit pour les aidants naturels et proposant du relayage à domicile. De plus, ce projet vient conforter la stratégie de l'association visant à offrir une offre complète de la filière gérontologique. J'ajouterai également qu'une des orientations de l'association étant de s'ouvrir à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, le dispositif de relayage pourrait être une porte d'entrée dans ce secteur. En effet, au-delà du répit au proche aidant une personne en perte d'autonomie, le relayage pourrait s'orienter vers l'intervention auprès de personnes en situation de handicap, sans condition d'âge. Enfin, il apparaît nettement que le relayage implique un accompagnement tourné vers le prendre soin, le care, et pose la prédominance de la relation de confiance entre l'aidant et la personne aidée. Il s'agit là d'un des principes fondateurs de l'approche CARPE DIEM, philosophie soutenue par l'association La Compassion.

F) Les effets attendus sur les équipes, les résidents et leur famille

Cette nouvelle prestation permettra à Saint Domnin de mieux accompagner les personnes âgées du territoire dans une logique de parcours et favorisant le maintien à domicile. La qualité de l'accompagnement des personnes âgées serait renforcée. Par ailleurs, le relayage permettrait de rassurer les familles, les aidants, lorsque ces derniers s'absentent. Il visera je l'espère à diminuer le sentiment de culpabilité que peuvent ressentir les aidants lorsqu'ils s'absentent. Enfin pour les équipes, ce projet apporterait un

souffle nouveau dans les pratiques et viendrait briser la « routine » de l'accompagnement en EHPAD. Par ailleurs, ce projet impacterait de façon positive les facteurs de RPS. La fatigue de routine diminuerait, le personnel se sentirait valorisé en leur confiant ces nouvelles missions.

Une demande sera faite auprès de l'ARS pour transformer des places d'hébergement permanent en hébergement temporaire. En fonction du succès et de la réussite du projet de relayage, je prévois de transformer 2 places la première année puis 3 la deuxième année. Cela portera au nombre de 7 les places en hébergement temporaire et à 65 les places en hébergement permanent. Face à la problématique actuelle pour remplir les chambres de l'EHPAD Saint Domnin, au peu de places en hébergement temporaire sur le bassin Dignois, cette orientation répondrait à plusieurs objectifs, pérenniserait l'activité de Saint Domnin et stabiliserait sa situation financière.

G) Les critères d'évaluation

Afin d'évaluer la mise en place du projet de relayage, nous regarderons les critères suivants : signature d'une convention avec l'ARS pour le financement, élaboration d'un projet de service, élaboration des procédures et des documents pour l'accompagnement des personnes au domicile ; compte-rendu des réunions du groupe de travail ; organisation effective de la réunion de lancement du projet avec les partenaires (invitations, affiches, nombre de participants).

Un questionnaire de satisfaction sera distribué aux personnes aidées et aux aidants afin de recueillir leur ressenti sur la prestation de relayage.

Nous établirons un rapport d'activité annuel, présentant le nombre d'interventions, le nombre de personnes accompagnées, la durée moyenne des séjours, la fréquence et les types d'accompagnement proposés (hôtelier ou soins).

Enfin, concernant la pérennisation de l'activité, nous étudierons le taux d'occupation de l'hébergement permanent et temporaire ; le nombre de places en hébergement permanent transformé en temporaire.

3.3.2 Les perspectives d'évolution du projet

Nous pourrions davantage développer les places en hébergement temporaire en proposant de l'hébergement temporaire de nuit et pour les week-ends. Le dispositif de relayage pourrait également s'ouvrir à un autre profil de personnes aidées et proposer des interventions pour les personnes en situation de handicap.

Aujourd'hui, les EHPAD évoluent vers des plateformes de services et de soins à domicile combinant une prise en charge à domicile et en établissement, de courts séjours transitoires offrant du répit aux aidants. Il convient de rompre avec la logique du « tout établissement » ou « tout domicile ». C'est pourquoi nous pourrions envisager à long terme, la création d'une plateforme de service, pour répondre à la continuité des parcours,

offrant réactivité et souplesse dans les réponses. Cette plateforme pourrait proposer des soins de bien-être à domicile, prévenir la perte d'autonomie sociale, l'isolement et préparer l'arrivée en EHPAD. Nous pourrions ainsi offrir des séances de bien-être avec la balnéothérapie à Saint Domnin et travailler un partenariat avec les Thermes de Digne... Ce projet de coordination des parcours sur le territoire, qui se ferait en lien avec le CLIC, nécessiterait de définir des outils communs, des dossiers uniques, de liaison, des grilles d'évaluation et des rencontres régulières entre les différents acteurs du parcours⁹⁶.

⁹⁶ Extrait de la Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005, disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>

3.4 Synthèse des actions envisagées pour offrir une vie de qualité en EHPAD

Les actions ici résumées ne sont pas présentées dans l'ordre chronologique de leur mise en œuvre, mais suivent les axes exposés plus haut. Toutes ces actions visent à offrir une vie de qualité aux résidents accueillis à Saint Domnin.

Travail sur la notion d'accompagnement, le prendre soin
Réécriture du projet d'établissement : COPIL 1 groupe de travail par thématique avec la participation de toutes les parties prenantes Réunion de présentation aux résidents, familles, partenaires
Organisation des tables rondes : Définition du concept d'accompagnement à partir des RBPP, de l'approche CARPE DIEM et des éléments de la Certification AFNOR
Formation CARPE DIEM pour l'ensemble des professionnels
Travail sur les outils pour accompagner le changement d'approche
Transformation des PVI en PAP avec la participation des résidents Mise en place des VPA
Création d'un trombinoscope des professionnels
Changement de tenue des professionnels : fin de la blouse
Distribution du courrier institutionnel aux résidents
Participation des résidents aux activités du quotidien
Mise en place des réunions de direction/pluridisciplinaire, médicale, de service Commissions à thème avec les résidents et leur famille
Distribution des espaces
Création d'une salle d'animation pour les petits ateliers de création manuelle Bureau de la RLQ au rez-de-chaussée pour être plus accessible pour les familles
Réorganisation des plannings
Redéfinition des journées types pour tous les corps de métier Révision des roulements pour inviter l'ensemble des professionnels à travailler ensemble Renforcement à l'UVP
Ouverture sur l'extérieur et vie sociale locale
Création d'un jardin sensoriel partagé
Ouverture des activités organisées à Saint Domnin aux habitants de la ville de Digne et aux résidents des autres structures du bassin Dignois
Utilisation du physioparc de Notre Dame du Bourg
Utilisation de l'espace snoezelen du SSR du Cousson
Participation avec la MAS au Corso de la Lavande 2019
Mise en place de projets intergénérationnels avec les écoles
Organisation d'un séminaire CARPE DIEM à Digne en 2019
Organisation d'un grand barbecue avec les partenaires une fois par an
Organisation de cafés des familles/ des aidants
Diversification des activités
Mise en place d'un dispositif de relayage / Développement de l'hébergement temporaire

Conclusion de la troisième partie

La réécriture du projet d'établissement permettrait de créer une dynamique forte au sein des équipes et de donner un nouveau sens aux pratiques de l'accompagnement. L'association La Compassion met en avant la qualité de son accompagnement et la bienveillance de ses équipes. En ce sens, les orientations de Saint Domnin répondront aux pratiques de l'association. En effet, à travers les axes de travail sur le prendre soin, basé sur l'approche Carpe Diem, nous ferions de Saint Domnin un véritable lieu de vie, offrant aux résidents accueillis une vie de qualité. On peut lire sur le site Internet de La Compassion « ensemble, nous serons bien ! ». C'est exactement cela que je vise et notre objectif serait le même que celui de l'association, le bien-être des personnes que l'on accompagne.

Par ailleurs, la renommée de l'établissement serait améliorée, l'EHPAD serait plus attractif, ouvert sur l'extérieur, avec notamment le jardin sensoriel et les partenariats permettant de mutualiser des activités ou des projets, comme la participation au Corso de La Lavande. L'association souhaite offrir un environnement de qualité aux personnes qu'elle accompagne et nous viserons à travers les actions envisagées à répondre à cette orientation de l'association.

Concernant la diversification des services et le projet de relayage à domicile, je porterai ce projet, ambitieux, mais réaliste, qui pour moi pourrait être l'opportunité de développer et renforcer les partenariats, en plus de permettre une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées sur le territoire et pérenniser l'activité de Saint Domnin. De plus, ce projet viendrait parfaitement mettre en œuvre la stratégie de l'association concernant son développement et son ouverture vers le secteur du handicap. Ce projet compléterait également les autres projets innovants de La Compassion, qui aime être précurseure, mettre en avant son savoir-faire, voulant se démarquer des autres. On notera également que l'association propose déjà des accompagnements spécifiques comme l'accueil de jour, les PASA, SPASAD, familles d'accueil... Le relayage serait un moyen pour l'association de se démarquer davantage et de compléter son offre. Enfin, le projet de relayage serait un réel levier pour penser les parcours d'accompagnement et répondre aux orientations des pouvoirs publics en soutenant les aidants et permettant aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile.

Les orientations pensées pour les 5 prochaines années amélioreraient la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents, proposeraient une meilleure implication des familles, faisant de Saint Domnin un EHPAD de renommée. Le développement de l'activité de Saint Domnin, avec l'augmentation du taux d'occupation de l'établissement et le développement de l'hébergement temporaire, garantirait la pérennité de l'EHPAD dans le temps.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire m'a permis d'engager une réflexion globale sur l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD. Mes recherches, à travers les différents écrits et l'expression des résidents et de leurs proches, ont fait ressortir les besoins et les attentes des personnes accompagnées : avoir une vie de qualité, centrée sur le prendre soin. On voit bien que l'image de la vieillesse est encore aujourd'hui plutôt négative. La dernière étape de la vie est pour beaucoup difficile à accepter, à supporter, surtout si elle s'accompagne par une entrée en EHPAD. Il nous faut accompagner les personnes dans cette étape et il est essentiel de se centrer sur leurs capacités afin de les accompagner au mieux, de les aider à se réapproprier ce nouveau lieu de vie qu'est l'EHPAD. L'accompagnement proposé, pour offrir une vie de qualité aux résidents, passe donc par un environnement adapté, une approche humaine, tournée vers le relationnel et la confiance.

J'ai voulu défendre dans ce mémoire, au-delà du projet de relayage qui s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, et qui permettra à mon sens de diversifier l'activité de Saint Domnin pour la pérenniser, la notion d'accompagnement. Mon projet s'articule autour de plusieurs axes. Le premier axe est le changement de regard avec la réécriture du projet d'établissement, centré sur le prendre soin. Le social reste le parent pauvre dans l'accompagnement des personnes en EHPAD, mais pour offrir une vie de qualité aux résidents, une articulation entre le prendre soin et le soin est nécessaire, pour un accompagnement global des personnes. La place des familles est essentielle et les professionnels doivent apprendre à travailler avec elles, pour améliorer leur approche de l'accompagnement. Un changement culturel est nécessaire avec le prendre soin comme fil conducteur de l'accompagnement personnalisé des résidents. L'approche CARPE DIEM répond aux orientations que je choisis de mettre en œuvre dans le projet d'établissement de Saint Domnin et s'inscrit dans les valeurs de l'association La Compassion. Ainsi, plusieurs actions pouvant paraître anodines, tels que le trombinoscope ou la distribution du courrier aux résidents, contribueront à atteindre notre objectif, de même que la modification de l'organisation RH et managériale en interne. Le second est de renforcer l'ancrage sur le territoire et l'animation de la vie socio-culturelle. L'EHPAD doit s'ouvrir sur l'extérieur et renforcer les échanges entre les différents acteurs du parcours de vie afin de penser l'accompagnement des personnes dans leur globalité. Nous devons faire participer les résidents à la vie sociale locale, afin

de combler leur besoin en convivialité, en réalisation de soi et contribuer à faire de l'EHPAD Saint Domnin un lieu de vie.

Enfin, le dernier axe est de pérenniser l'activité de Saint Domnin en la diversifiant. Un dispositif de relayage permettra de répondre aux besoins des personnes sur le territoire et s'inscrira dans le prolongement des orientations des politiques publiques. L'association, qui souhaite proposer une offre complète de la filière gérontologique, met en avant la qualité de l'accompagnement qu'elle propose aux résidents et à leur famille. Les orientations et projets prévus dans notre plan d'actions s'inscrivent pleinement dans les valeurs de La Compassion.

Les travaux présentés ont fait ressortir les enjeux pour l'association et l'établissement, liés au fait de vouloir offrir une vie de qualité en EHPAD, telle que nous l'avons défini. Tout d'abord, cela implique un changement important d'approche de la part des professionnels. Ce changement permettra de renforcer le lien de confiance avec les résidents et les familles.

Le second enjeu est la reconnaissance de l'EHPAD Saint Domnin et de l'association La Compassion, par les autres structures et les usagers du territoire, comme des acteurs offrant une vie de qualité, ayant une approche bienveillante centrée sur le prendre soin et proposant des réponses personnalisées.

Enfin, à travers le dispositif de relayage, l'enjeu est le renforcement de l'offre sur le territoire, dans une logique de parcours.

En parallèle de ces projets et au-delà de la réécriture du projet d'établissement, d'autres échéances sont à venir pour Saint Domnin, avec la certification AFNOR en 2019 et l'évaluation interne en 2021.

Les actions ici présentées et menées s'inscrivent dans ma vision et ma conception de l'accompagnement des personnes âgées. Elles répondent aux valeurs et aux orientations de l'association et à l'évolution des besoins des personnes âgées du territoire, relayés à travers les politiques publiques.

Bibliographie

OUVRAGES :

AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 2008, 432 pages

EYNARD Colette, Le parcours résidentiel au grand âge, de l'utopie à l'expérience, Paris, L'Harmattan, 2016, 224 pages

CARADEC Vincent, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 2012, 118 pages

COLLIERE Marie-France, Promouvoir la vie, Paris, Interéditions, 1992, 391 pages

BAUDURET Jean-François, JEAGER Marcel, Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation, Paris, Dunod, 2002, 322 pages

AFCHAIN Jean, Les associations d'action sociale, outils d'analyse et d'intervention, Paris, Dunod, 1997, 270 pages

DELIOT Claude, CASAGRANDE Alice, Vieillir en institution : Témoignages de professionnels, regards de philosophe, Paris, Broché, 2006, 176 pages

MISPELBLOM Frederik, Au-delà de la qualité : démarche qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Paris, Syros, 1995, 264 pages

PETERSON Sandra J., BREDOW Timothy S., Middle range theories : application to nursing research, Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2004, 368 pages

LOUBAT Jean-René, HARDY Jean-Pierre, BLOCH Marie-Aline, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, 2016, 372 pages

KARSZ Saül, Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique, Paris, Dunod, 2011, 248 pages

VERCAUTEREN Richard, HERVY Bernard, SCHAFF Jean-Luc, Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : enjeux et méthodes, Toulouse, Erès, 2016, 175 pages

ENNUYER Bernard, Les malentendus de la dépendance : De l'incapacité au lien social, Paris, Dunod, 2004, 330 pages

LOCHEN Valérie, Comprendre les politiques sociales, Paris, Dunod, 2013, 437 pages

GACOIN Daniel, Communiquer dans les organisations sociales et médico-sociales, Enjeux, stratégies, méthodes, Paris, Dunod, 2004, 316 pages

ARTICLES :

JEANDEL Claude, « Les différents parcours du vieillissement », Presses de Sciences Po, 2005/2, n°7, p. 25-35

TAVOILLOT Pierre-Henri, « Face à l'âge », revue Sciences humaines, avril 2015, Vieillir, pour ou contre ?, n°269, p. 26-49

LECLAIR Agnès, « Les séniors plébiscitent le maintien à domicile », Le Figaro.fr, 18/03/2013

HERVY Bernard, « Vieillesse et vie citoyenne en institution », Gérontologie et société, 2007, n° 120, p. 127-142

LIFFRAUD Dominique, « Familles et EHPAD... », Empan, 2013/3, n° 91, p. 82-90

JANVIE Roland, « Faire ensemble pour prendre soin », avril 2017, disponible sur le site Internet <http://www.rolandjanvier.org/droit-usagers/807-faire-ensemble-prendre-soin-28-04-2017/>

JANVIER Roland, « Penser l'organisation dans la complexité du contexte et des situations », février 2018, disponible sur le site Internet <http://www.rolandjanvier.org/organisation/842-penser-lorganisation-complexite-contexte-situations-15-02-2018/>

MACHET G, NATHAN G « qualité : définition et concepts », technologie de la santé, avril 1996, n°25, p. 87-94

FERNANDEZ-PETITE Maria, « Qualité de vie en soins palliatifs : discours et représentations des patients », InfoKara, 2007/4, volume 22, p. 105-110

MORVILLERS Jean-Manuel, « Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant », Recherche en soins infirmiers, 2015/3, n° 122, p. 77-81

LE MOIGNE Philippe « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? Commentaire », Sciences sociales et santé, 2010/3, volume 28, p. 75-84.

BILLE Michel, « L'entrée en institution, dernière mise en demeure ? », Géronto et société, 2005/1, volume 28, n°112, p. 63-72.

BAUD MERMOUD Valérie, MORIN Diane, « Regards croisés entre l'évaluation de la qualité de vie perçue par le résident hébergé en établissement médico-social et par le soignant référent », Recherches en soins infirmiers, 2016, n°126, p. 38-50

VERGOZ Véronique « L'attention aux rôles sociaux des personnes âgées accueillies en EHPAD » Vie Sociale et Traitements (VST), 2011/9, n°104, p. 99-106

RAPPORTS, ETUDES, STATISTIQUES :

EUROSTAT, 2008, Emploi à temps plein et emploi à temps partiel par sexe, âge et activité économique, (consulté le 4/06/18) disponible sur le site Internet http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsq_epgn62

Méline Eloi, Philippe Martin. Ethique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations. [Rapport de recherche] Université de Bordeaux. 2016, (consulté le 3/05/2018), disponible sur le site internet <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01292441/document>

Rapport de l'observatoire des EHPAD « vers de nouveaux modèles ? », 2014, p.11, (consulté le 02/07/2018) disponible sur le site Internet <https://home.kpmg.com/fr/fr/home/insights/2015/12/ehpad-vers-de-nouveaux-modeles.html>

Livret STATISS 2016, ARS PACA, (consulté le 02/07/2018), disponible sur le site Internet <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Livret%20ARS-STATISS%202016%2010x15%20V3%20BAT%20WEB.pdf>

RAPPORT : Personnes âgées dépendantes, bâtir le scénario du libre choix, Centre d'Analyse Stratégique, la Documentation française, 2006

Rapport LAROQUE, Pierre LAROQUE, Paris, L'Harmattan, 2014, 433 pages

« Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit », mission confiée par le Premier Ministre à Joëlle HUILLIER, Députée de l'Isère, mars 2017, (consulté le 20/08/2018), disponible sur le site Internet http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf

« La santé des aidants : un enjeu de santé publique ! », L'association Française des Aidants, 2015, (consulté le 20/08/2018), disponible sur le site internet <https://www.aidants.fr/fonds-documentaire/dossiers-thematiques/sante-aidants>

DOSSIERS DE PRESSE, CONFERENCES :

La prévention de la perte d'autonomie, Actes du séminaire organisé par le Liraes, Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes, à Paris les 6-7 mars 2014, (consulté le 3/05/2018), disponible sur le site Internet <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>

Communication de Madame Monique IBORRA, rapporteure de la mission « FLASH » sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 13 septembre 2017, (consulté le 12/02/2018), disponible sur le site Internet [http://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/Mission flash EHPAD communication rapporteur_20170913.pdf](http://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/Mission_flash_EHPAD_communication_rapporteur_20170913.pdf)

Dossier de presse - Plan contre les maladies neurodégénératives 2014-2019, (consulté le 28/06/2018), disponible sur le site Internet http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_PMND_18112014.pdf

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Système de santé et médico-social - Le dispositif Paerpa, (consulté le 22/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Grand âge et autonomie : la feuille de route - Personnes âgées : les chiffres clés, 2018, (consulté le 29/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Grand âge et autonomie : la feuille de route - Priorité à la prévention à domicile comme en établissement, (consulté le 28/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/priorite-a-la-prevention-a-domicile-comme-en-etablissement>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Grand âge et autonomie : la feuille de route - Faire face au défi de la perte d'autonomie : la France au rendez-vous de 2030, (consulté le 28/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/faire-face-au-degi-de-la-perse-d-autonomie-la-france-au-rendez-vous-de-2030>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Grand âge et autonomie : la feuille de route - Renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille, (consulté le 28/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/renforcer-la-confiance-des-personnes-agees-et-de-leur-famille>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Grand âge et autonomie : la feuille de route - Repenser et faciliter le parcours de santé des personnes âgées, (consulté le 29/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/repenser-et-faciliter-le-parcours-de-sante-des-personnes-agees>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Grand âge et autonomie : la feuille de route - Renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille, (consulté le 28/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/grand-age-et-autonomie-la-feuille-de-route/article/renforcer-la-confiance-des-personnes-agees-et-de-leur-famille>

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2015, (consulté le 4/03/2018), disponible sur le site Internet http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2016_web.pdf

TEXTES DE LOIS :

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, (consulté le 22/06/2018), disponible sur le site Internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>

Décret 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs paru au Journal Officiel le

7 février 2006, (consulté le 28/06/2018), disponible sur le site Internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/2/6/SANA0620163D/jo/texte>

Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005, (consulté le 29/06/2018), disponible sur le site Internet <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, (consulté le 5/01/2018), disponible sur le site Internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

CASF, (consulté le 5/01/2018), disponible sur le site Internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021941127&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

SITES INTERNET :

Association La Compassion : <http://www.lacompassion.fr/>

CARPE DIEM : <http://alzheimercarpediem.com/>

AMA DIEM : <https://www.amadiem.fr/>

Conseil départemental 04 : <http://www.mondepartement04.fr/senior.html>

ARS PACA : <https://www.paca.ars.sante.fr/>

HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835485

Ministère des solidarités et de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/>

Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Nations unies <http://www.un.org/fr/events/olderpersonsday/>

Silvereco : <https://www.silvereco.fr/a-propos-du-5eme-risque>

Association Française des aidants : <https://www.aidants.fr/>

FILMS, VIDEOS :

Film « Flore », Jean-Albert Lièvre, 2014

Extrait d'un entretien de Nicole Poirier du 9 janvier 2013 « Remettre en question l'équilibre entre un milieu de soins et un milieu de vie » réalisé par l'Espace Ethique Alzheimer, (consulté le 3/07/2018), disponible sur le site Internet <https://www.youtube.com/watch?v=6SzicSMhk4U>

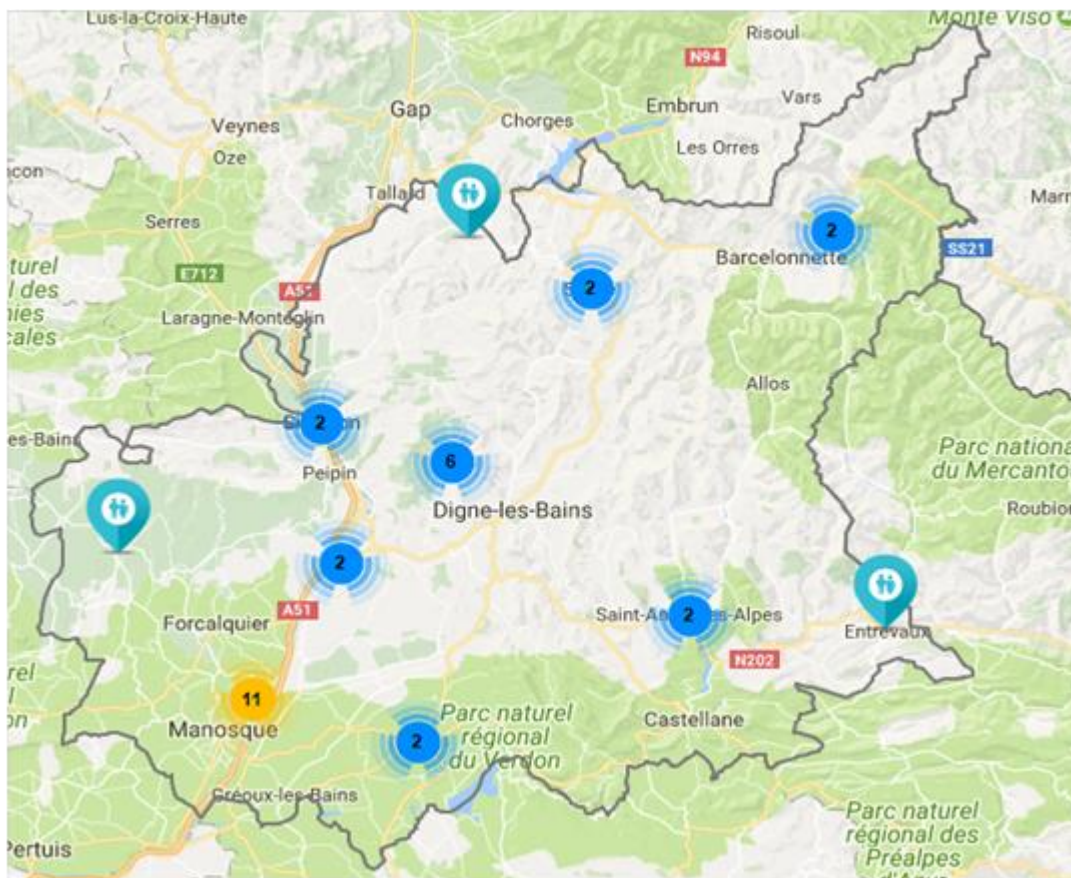
Emission Pièces à conviction : Maison de retraite : les secrets d'un gros business, diffusé sur France 2 le 19/10/2017, (visionné le 4/02/2018), disponible sur le site Internet https://www.francetvinfo.fr/replay-magazine/france-3/pièces-a-conviction/pièces-a-conviction-du-jeudi-19-octobre-2017_2416633.html

Liste des annexes

- Annexe 1 : Cartographie du territoire d'implantation de l'EHPAD
- Annexe 2 : Organigramme de l'association La Compassion
- Annexe 3 : Organigramme fonctionnel et hiérarchique de l'EHPAD
- Annexe 4 : Résultats des enquêtes de satisfaction
- Annexe 5 : Plan des bâtiments de l'EHPAD Saint Domin
- Annexe 6 : Cartographie des acteurs du territoire
- Annexe 7 : SWOT
- Annexe 8 : Plan d'actions détaillé de la réécriture du projet d'établissement
- Annexe 9 : Note Présentation de la démarche – Réécriture du Projet d'établissement
- Annexe 10 : Note de service Mise en place des réunions et commissions
- Annexe 11 : Budget prévisionnel pour la création du jardin sensoriel
- Annexe 12 : Plan d'actions détaillé du projet relayage
- Annexe 13 : Pré budget de fonctionnement du projet relayage
- Annexe 14 : Diagramme de GANT

Annexe 1 : Cartographie du territoire d'implantation de l'EHPAD

Répartition géographique des EHPAD sur le département des Alpes-de-Haute-Provence



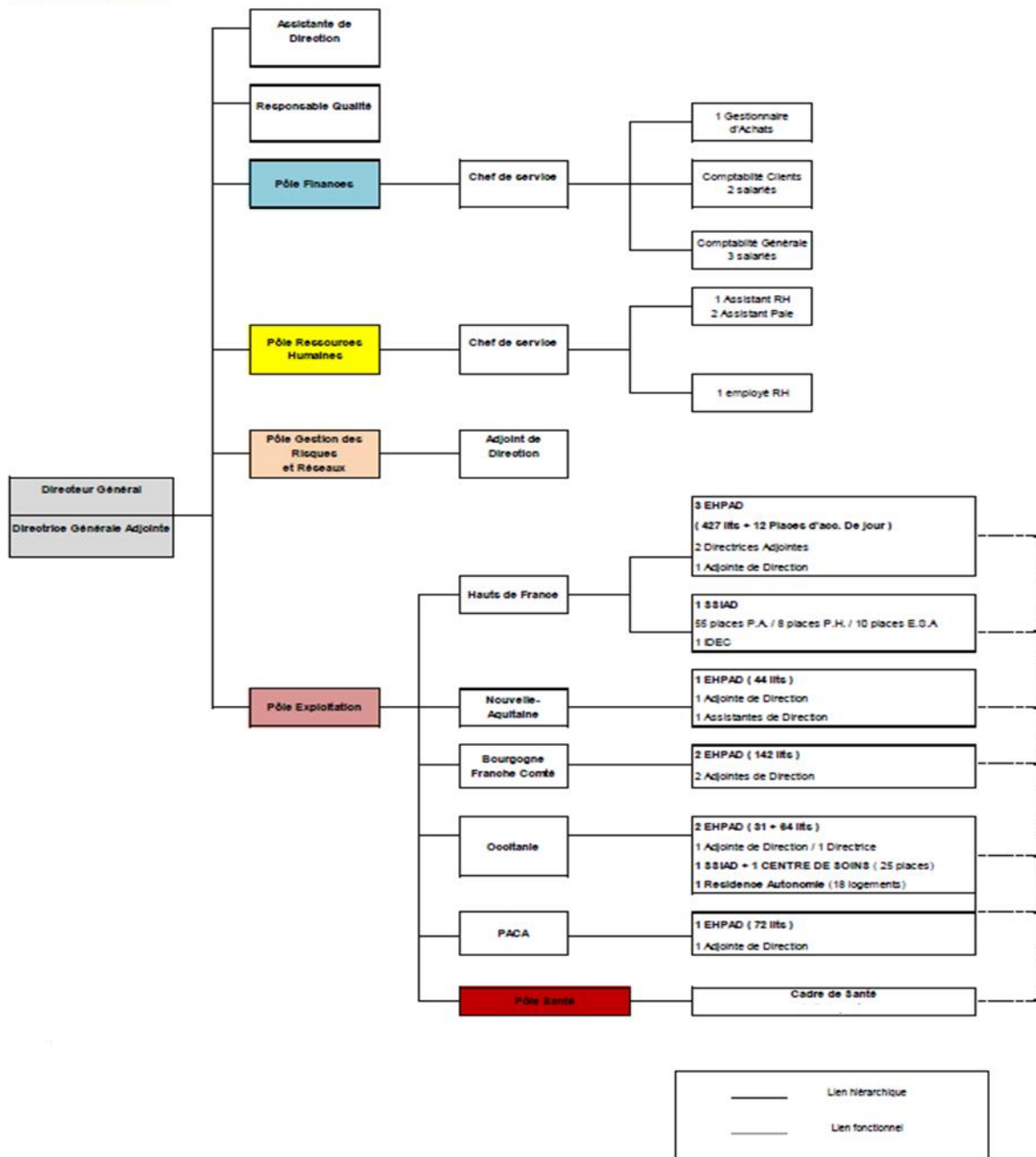
Annexe 2 : Organigramme de l'association La Compassion



Espace P. de Boissieu
Association La Compassion

11, rue Jean Monnet
60 000 Beauvais
Tél: 03 60 29 74 05
Fax: 03 44 22 39 91
contact@lacompassion.fr
www.lacompassion.fr

ORGANIGRAMME DIRECTION GENERALE



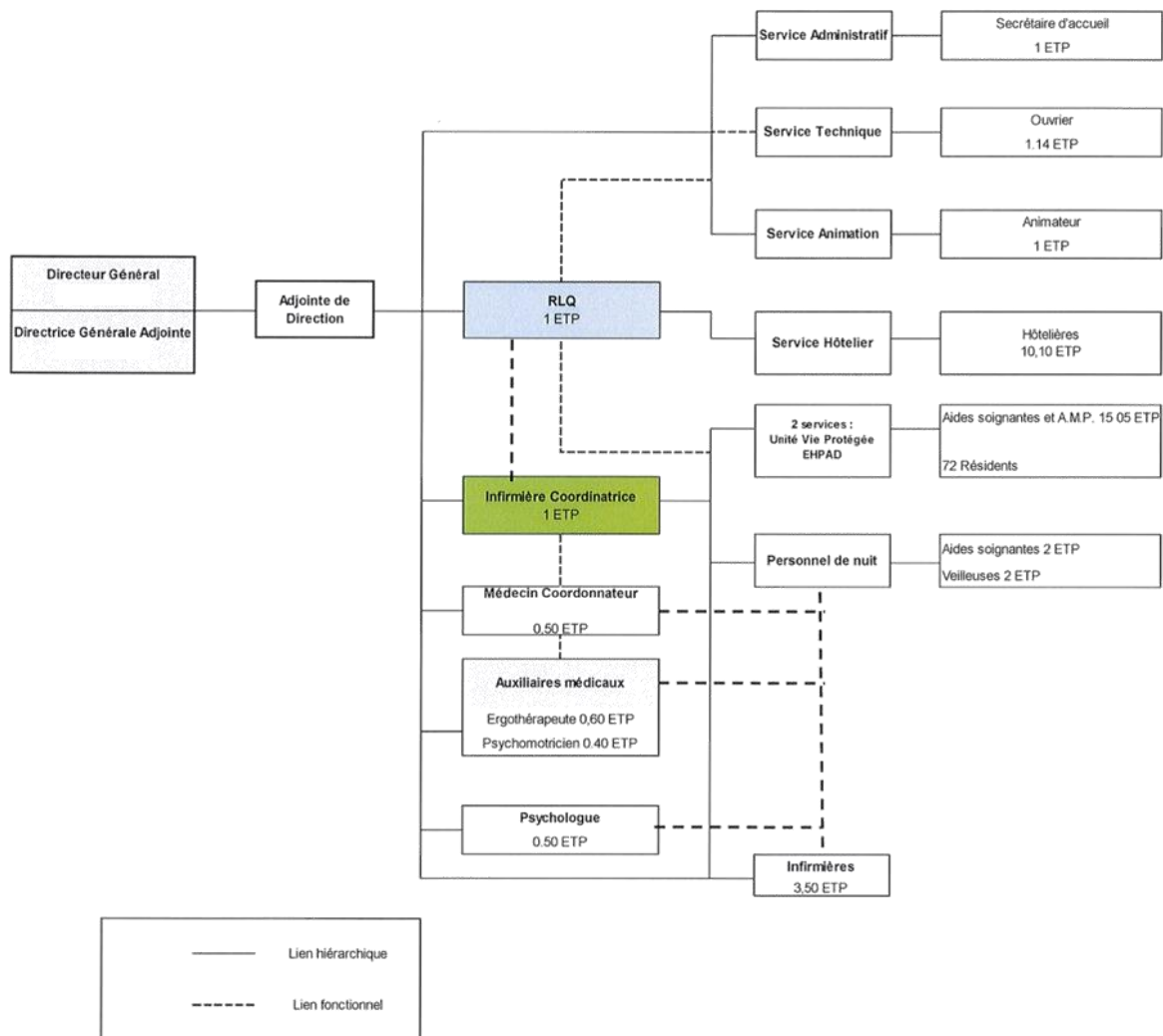
Association loi 1901 déclarée à la Préfecture de l'Oise n°12308 J.O. du 11/07/90 SIREN 382 864 379

Annexe 3 : Organigramme fonctionnel et hiérarchique de l'EHPAD



Espace P. de Boissieu
 Association La Compassion
 11, rue Jean Monnet
 60 000 Beauvais
 Tél: 03 60 29 74 05
 Fax: 03 44 22 39 91
 contact@lacompassion.fr
www.lacompassion.fr

ORGANIGRAMME EHPAD St Domin Digne Les Bains



Annexe 4 : Résultats des enquêtes de satisfaction

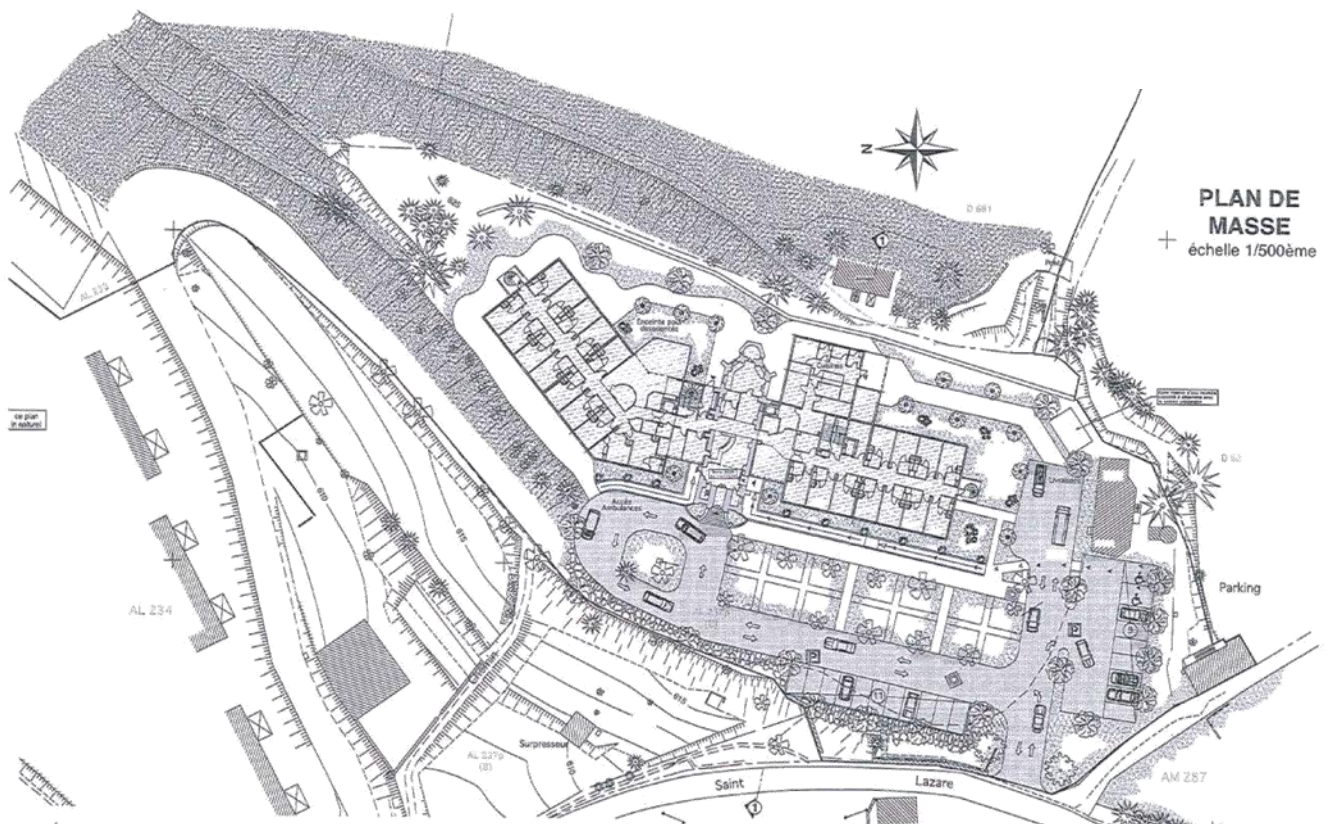
Résultats exprimés en %

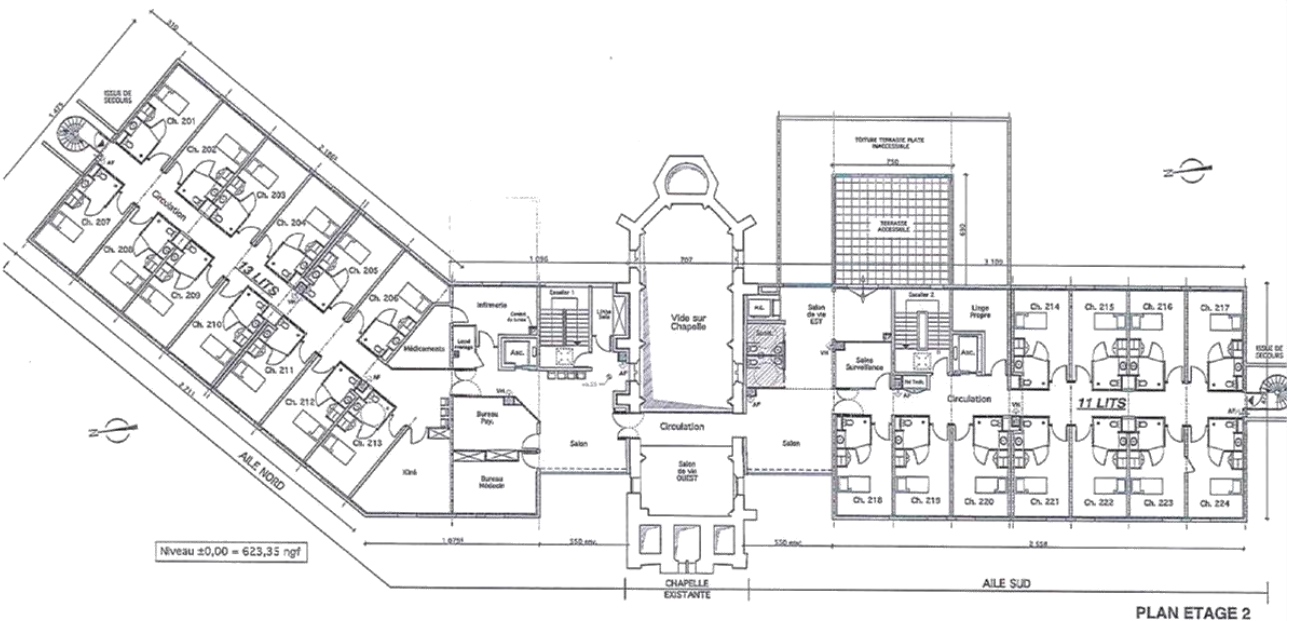
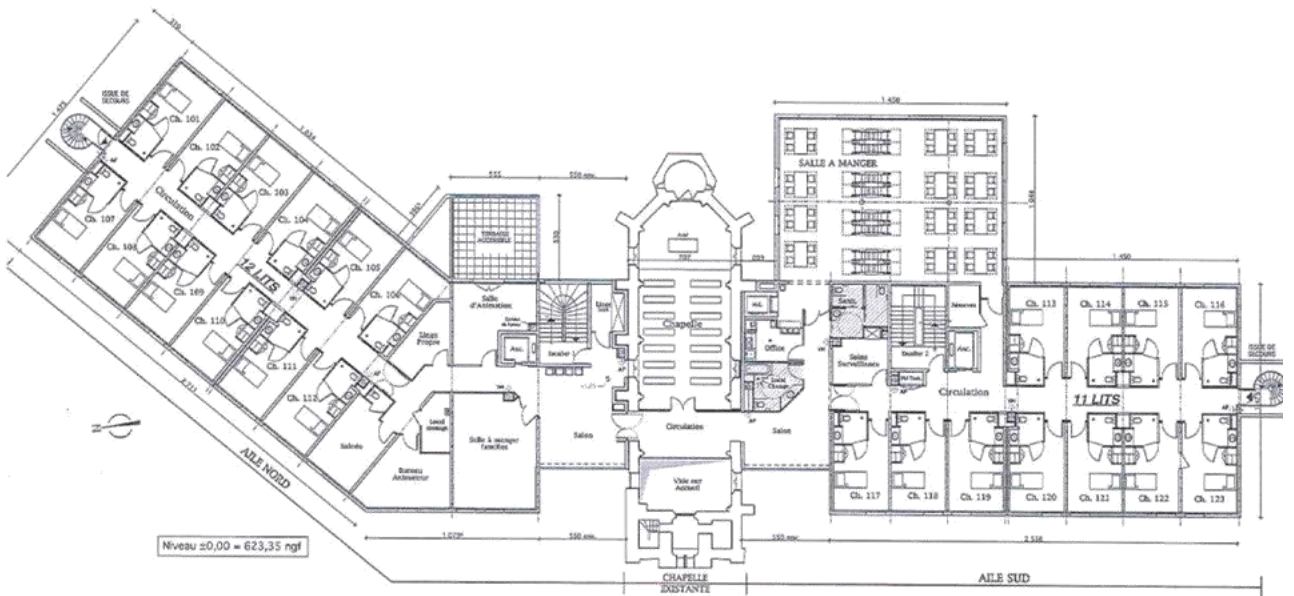
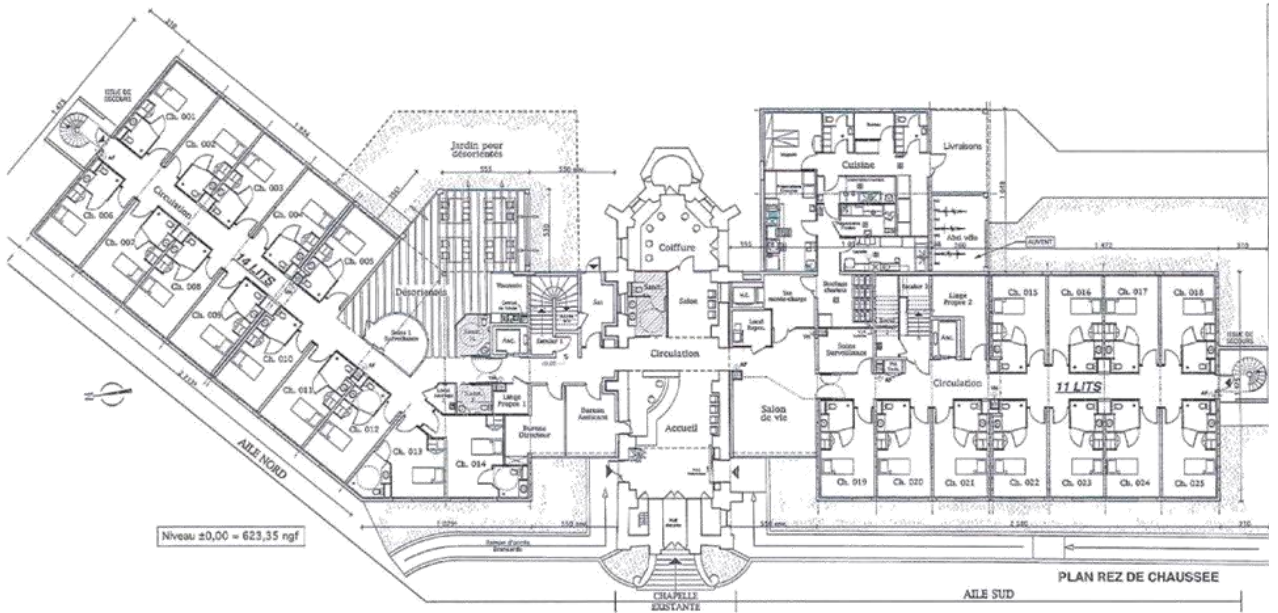
RESULTATS RESIDANTS	Questions	Nombre de répondants	Médiocre - pas du tout	Peu satisfaisant - non peu	Satisfaisant - oui assez	Très satisfaisant - oui tout à fait
Avant votre entrée	1-premiers contacts	7		12,90	9,68	
	2-visite établissement	7			9,68	12,90
	3-livret d'accueil	7		16,13	6,45	
Votre arrivée	4-accueil	7		3,23	12,90	6,45
	5-présentation du personnel	7		12,90	9,68	
Environnement	6-espaces extérieurs	31	3,23	29,03	35,48	32,26
Locaux	7-accueillants et chaleureux	31		6,45	35,48	58,06
	8-propreté et odeur	31		19,35	48,39	32,26
	9-température	31		12,90	45,16	41,94
Chambre	10-confortable	31	3,23	6,45	29,03	61,29
	11-ménage chambre	31	3,23	19,35	38,71	38,71
	12-petits travaux	31	3,23	12,90	38,71	45,16
Linge	13-linge	31	3,23	22,58	35,48	38,71
Sécurité	14-sécurité ch/étab	31	3,23	6,45	35,48	54,84
	15-situation appel d'urgence	31	3,23	9,68	35,48	51,61
	16-réponse appel d'urgence	31	3,23	16,13	48,39	32,26
Restauration	17-confort salle	31	3,23	3,23	32,26	61,29
	18-horaire repas	31		3,23	38,71	85,06
	19-dressage tables	31		3,23	16,13	80,65
	20-présentation assiettes	31		3,23	25,81	70,97
	21-qualité plats	31	6,45	19,35	19,35	54,85
	22-quantité	31	6,45	9,68	41,94	41,94
	23-température	31		9,68	35,48	54,85
	24-non-goûts	31	6,45	3,23	35,48	54,85
Soins	25-pudeur, intimité, dignité	31		6,45	29,03	64,52
	26-prise en compte douleur	31		6,45	29,03	64,52
	27-relation personnel soignant	31			32,26	67,74
	28-qualité soins infirmiers	31			29,03	70,97
	29-informations état de santé	31	3,23	9,68	38,71	48,39
Intervenants extérieurs	30-intervenants méd - paraméd	31			54,84	45,16
	31-ambulanciers	19			29,03	32,26
Animations	32-activités proposées	31	3,23	16,13	45,16	35,48
	33-communication activités	31	12,90	12,90	51,61	22,58
	34-spectacles	31			45,16	54,85
Journal interne	35-avis journal interne	31	6,45	16,13	51,61	25,81
	36-intérêt journal interne	20	6,45	19,35	19,35	19,35
Liens sociaux, amicaux et familiaux	37-maintien contact	31		16,13	38,71	45,16
	38-accueil ext déjeuner	31	3,23	9,68	22,85	64,52
	39-horaire de visite	31	3,23	9,68	41,94	45,16
	40accès aux informations	31		16,13	54,84	29,03
Satisfaction	41-qualité globale prestations	31		6,45	51,61	41,94

Résultats exprimés en %

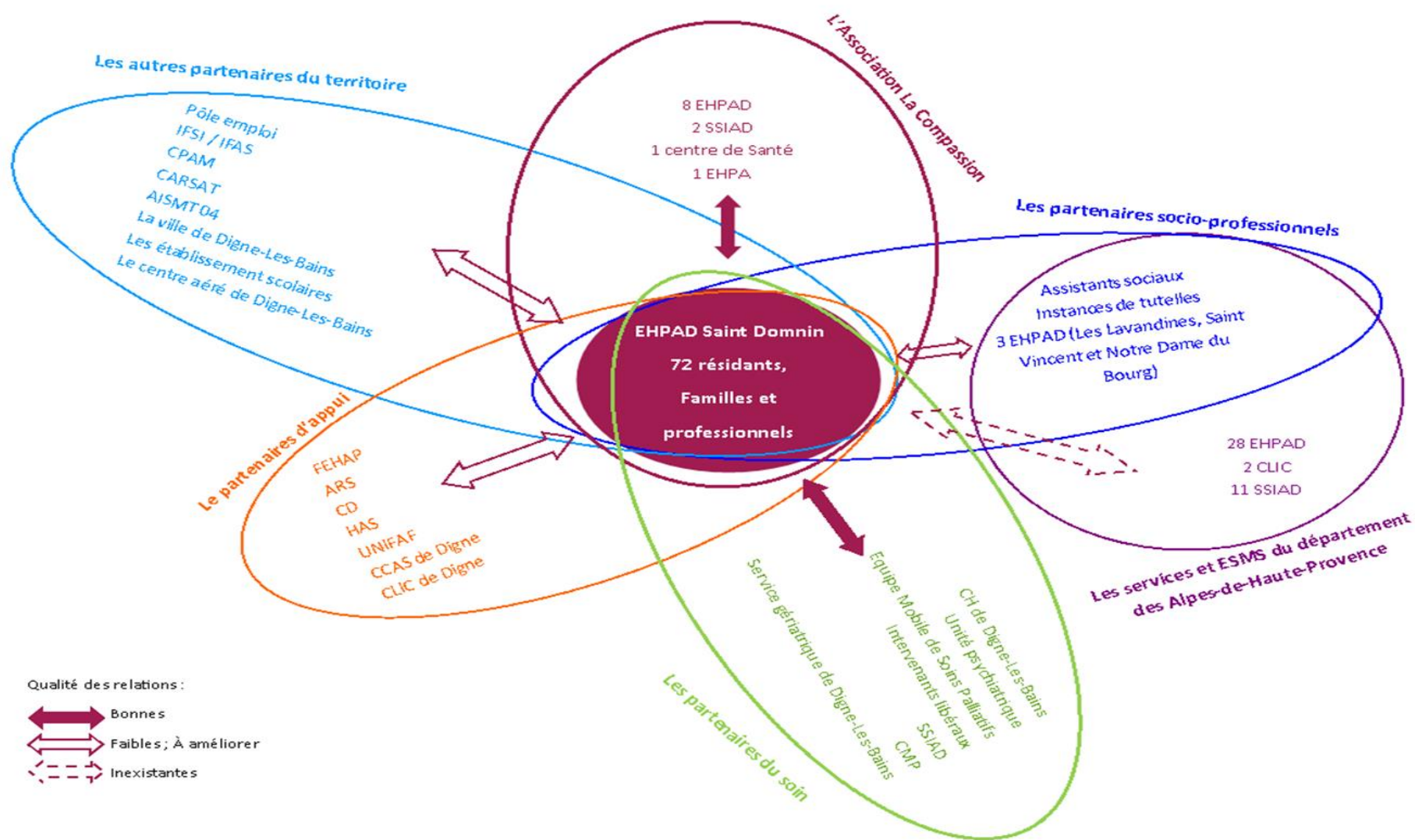
RESULTATS FAMILLES	Questions	Nombre de répondants	Médiocre - pas du tout	Peu satisfaisant - non peu	Satisfaisant - oui assez	Très satisfaisant - oui tout à fait
Avant votre entrée	1-premiers contacts	6		8,82	8,82	
	2-visite établissement	6		5,88	11,76	
	3-livret d'accueil	6		5,88	11,76	
Votre arrivée	4-accueil	6		2,94	11,76	2,94
	5-présentation du personnel	6		8,82	8,82	
Environnement	6-espaces extérieurs	34		23,53	47,06	29,41
Locaux	7-accueillants et chaleureux	34			44,12	55,88
	8-propreté et odeur	34			44,12	55,88
	9-température	34		5,88	44,12	50
Chambre	10-confortable	34		2,94	41,18	55,88
	11-ménage chambre	34	2,94	17,65	38,26	41,18
	12-petits travaux	34		5,88	52,94	41,18
Linge	13-linge	27	5,88	5,88	50	17,65
Sécurité	14-sécurité ch/étab	34		8,82	44,12	47,06
	15-situation appel d'urgence	27	2,94	14,71	35,29	26,47
	16-réponse appel d'urgence	27		11,46	61,76	5,88
Restauration	17-confort salle	34			44,12	55,88
	18-horaire repas	34		17,65	38,24	44,12
	19-dressage tables	34			47,06	52,94
	20-présentation assiettes	34			52,94	47,06
	21-qualité plats	34		17,65	50	32,35
	22-quantité	34		5,88	55,88	38,24
	23-température	34		2,94	76,47	20,59
	24-non-goûts	34		2,94	70,59	26,47
Soins	25-pudeur, intimité, dignité	28			38,24	44,12
	26-prise en compte douleur	29		14,71	41,18	29,41
	27-relation personnel soignant	32			41,18	52,94
	28-qualité soins infirmiers	33		5,88	38,24	52,94
	29-informations état de santé	31		29,41	38,24	23,53
Intervenants extérieurs	30-intervenants méd - paraméd	25			47,06	26,47
	31-ambulanciers	19			32,35	23,53
Animations	32-activités proposées	24	8,82	20,59	35,29	5,88
	33-communication activités	19	8,82	17,65	26,47	2,94
	34-spectacles	25		5,88	38,24	29,41
Journal interne	35-avis journal interne	26		2,94	44,12	29,41
	36-intérêt journal interne	3		2,94	2,94	2,94
Liens sociaux, amicaux et familiaux	37-maintien contact	29		2,94	38,24	44,12
	38-accueil ext déjeuner	31		2,94	26,47	61,46
	39-horaire de visite	31		8,82	35,29	47,06
	40accès aux informations	32		29,41	47,06	17,65
Satisfaction	41-qualité globale prestations	34		11,76	58,82	29,41

Annexe 5 : Plan des bâtiments de l'EHPAD Saint Domin





Annexe 6 : Cartographie des acteurs du territoire



Annexe 7 : SWOT

	Les leviers, points d'appui	Les freins
En externe : le territoire	«l'exclusivité » des places en hébergement temporaire sur un rayon de 30 kms et le manque de places en hébergement temporaire sur le bassin Dignois	La situation géographique de l'établissement
	Les orientations des schémas du territoire : maintien à domicile et répit pour les aidants	Le manque de travail sur le parcours global des personnes, le manque de coordination
		La densité des places en hébergement permanent sur le bassin Dignois
En interne : sphère associative	Une forte expérience dans l'accompagnement des personnes âgées	Les rôles et places des responsables de site, adjoint de direction : pas de légitimité
	Le recrutement de la responsable qualité	L'inexistence du DUD
	La certification AFNOR V5 prochaine de l'établissement	La faible participation des responsables de sites aux orientations de l'association
	Les fonctions supports du siège	Le manque de souplesse : harmoniser mais ne pas standardiser


	Les leviers, points d'appui	Les freins
En interne : sphère associative	L'utilisation des nouvelles technologies et la réponse aux besoins par des solutions innovantes	Le manque de lien entre la théorie et la pratique : approche CARPE DIEM et moyens donnés par la Direction Générale pour mettre en application les concepts de cette approche
	L'approche Carpe Diem	La non prise en compte du contexte et de l'histoire des établissements repris
	L'intégration de Saint Dominin à l'association	
	Le projet d'ouverture sur le secteur du handicap	
	La participation du DG et de la DGA à des instances de décisions	
	La présence sur le territoire nationale	
	L'existence d'instances au sein de l'association : CODIR et COMEX	

Les leviers, points d'appui	Les freins
La qualité de l'hôtellerie et de la prestation restauration	Le nombre important de chambres vides qui fragilise la situation financière de l'établissement (tarif élevé de l'EHPAD, image à revaloriser)
Une équipe de professionnels stable	Le manque de personnel à l'UVP
La proximité de plusieurs structures médico-sociales	La culture institutionnelle, à recentrer sur l'approche globale de la personne, sur l'accompagnement
La signature d'un CPOM avec la fixation des objectifs avec le Conseil Départemental et l'ARS	Le repli sur soi de l'établissement, le manque de partenariat, le manque d'inclusion dans la vie sociale locale
La diversité de la population accueillie	La baisse de la démographie médicale
La mise en place des astreintes d'infirmiers de nuit mutualisées entre les EHPAD du bassin Dignois	L'organisation actuelle de l'établissement : la répartition des postes, le manque de réunions, de transfert d'information
	L'instabilité des anciennes directions et les 6 mois sans directeur sur site
	L'animation, l'environnement extérieur et l'entretien des liens avec les proches qui ne répondent pas aux besoins et attentes des résidents et familles
	La non connaissance par les équipes des RBPP
	La faible implication des résidents et des familles dans l'élaboration des PVI et le non préparation de l'arrivée des résidents

Annexe 8 : Plan d'actions détaillé de la réécriture du projet d'établissement

Action	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation
Définition du COPIL	DG, Direction et Responsable qualité	Dès le lancement du projet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Choix de l'administrateur ➤ Envoi d'un courrier aux représentants des familles et des résidents du CVS 	Réussite de la création du COPIL avec tous les acteurs prévus
Mise en place des groupes de travail	COPIL	Dès la création du COPIL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Élaboration du calendrier des réunions des groupes de travail ➤ Information des parties prenantes du projet et de la création du COPIL : courrier expliquant la démarche, le calendrier, accompagné de la lettre d'engagement du COPIL 	Adhésion et participation des parties prenantes aux groupes de travail
Validation des éléments des groupes de travail	COPIL	Après la dernière réunion d'un groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Validation des orientations et axes de travail ➤ Élaboration des fiches actions : plan de déploiement des objectifs 	Sens donné au projet Cohérence entre les orientations pensées en interne et les attentes des partenaires
Rédaction	Direction	Dès validation par le COPIL des orientations et fiches actions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupération de la partie commune du projet d'établissement ➤ Rédaction du projet à partir des éléments validés et orientations retenues 	Première version du projet d'établissement établie

Action	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation
Présentation du projet d'établissement aux instances	DG/ Direction	Dès que le projet sera rédigé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Au CVS ➤ Au CE ➤ Au Bureau et au CA 	Adhésion et avis favorable rendu pour les orientations du projet d'établissement
Validation du projet d'établissement	CA	Dès retour des instances	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signature du projet par le Président de l'association 	Projet d'établissement signé remis à la direction
Diffusion du projet d'établissement	DG/ Direction	Dès validation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organisation d'une réunion d'information pour l'ensemble des parties prenantes ➤ Envoi par courrier du projet d'établissement aux partenaires 	Projet d'établissement partagé par tous

	Réécriture du Projet d'établissement Présentation de la démarche	EHPAD Saint Domnin
--	---	-----------------------

L'EHPAD Saint Domnin s'engage dans la réécriture de son projet d'établissement. Pour cela, un Comité de Pilotage est constitué.

Le projet d'établissement s'articulera autour de 4 grands thèmes : Le prendre soin ; Le cadre de vie et la citoyenneté ; Les accompagnements spécifiques ; La responsabilité sociétale.

Pour chacun de ces thèmes, un groupe de travail sera constitué sur la base du volontariat, composé de résidants, familles, professionnels et partenaires.

Les réunions des groupes de travail se dérouleront de septembre 2018 à mars 2019.

Finalité du COPIL :

Réécrire le projet d'établissement de l'EHPAD Saint Domnin en associant les différentes parties prenantes.

Missions :

Valider les orientations stratégiques pour Saint Domnin destinées à améliorer la qualité de nos prestations, à partir des propositions des groupes de travail.

S'assurer que les moyens mis à la disposition des groupes de travail sont utilisés efficacement et éventuellement les réajuster en fonction de l'évolution des besoins.

Servir de facilitateur lors de la mise en place de la démarche.

Objectifs opérationnels :

Coordonner la préparation de la réécriture du projet d'établissement, le respect des calendriers et la validation des résultats.

Se porter garant de la méthodologie employée.

Avoir un rôle d'alerte en cas de non-respect des travaux à produire.

Composition :

Madame Juliette A.	Représentante des résidants au CVS
Monsieur Jean-Paul T.	Représentant des résidants au CVS
Madame Martine D.	Représentante des familles au CVS
Madame Nadine T.	Représentante des familles au CVS
Madame /Monsieur	Administrateur
Madame Héléna L.	Responsable qualité
Madame Marion L.	IDEC
Madame Véronique A.	RLQ
Madame Virginie Pagani	Adjointe de Direction

Annexe 10 : Note de service Mise en place des réunions et commissions

	Note de service – Mise en place des réunions et commissions		EHPAD Saint Dominin
	Personnel concerné : TOUS	Date d'application : Le 5 février 2018	

Réunion	Objet de la réunion	Participants	Jours/ horaire
Réunion inter-disciplinaire	Échange sur les projets en cours de l'établissement Point sur l'hôtellerie, la restauration, l'animation et le service technique Transmissions d'informations RH	Adjointe de direction IDEC RLQ Médecin Co AS référente + cuisine/ entretien/ animateur	Mardi de 10h à 11h 30
Réunion médicale	Échanges sur la prise en charge médicale des résidents : situations particulières relatives aux chutes, escarres et plaies, nutrition et hydratation, contentions, soins palliatifs, matériel médical	Adjointe de direction IDEC Médecin Co Psychologue IDEs (<i>Ergothérapeute</i>) (<i>Psychomotricien</i>)	Jeudi de 15h à 16h
Réunion de service	Réévaluation des besoins et attentes des résidents à partir de situations précises qui alertent, afin d'adapter notre accompagnement Utilisation de l'outil JE/ TU/ CONTEXTE Les éléments échangés alimenteront les PVI	Adjointe de direction IDEC Médecin Co RLQ Psychologue AS référente Personnel du service présent (hôtelières + soignants)	Mardi de 15h à 16h
Réunion de service UVP			Lundi de 15h à 16h
Réunion hôtelière	Échanges sur l'organisation du travail et propositions d'amélioration	Adjointe de direction RLQ Hôtelières	1^{er} vendredi du mois de 14h30 à 16h
Réunion animation	Validation des projets d'activités et de sorties à venir	Adjointe de direction Animateur	Lundi de 16h à 16h30
Commission animation	Recueil des souhaits et attentes des résidents et de leurs proches quant aux projets d'activités et de sorties proposés	Adjointe de direction Animateur Résidents /familles	1x/ trimestre
Commission restauration	Recueil des souhaits et attentes des résidents et de leurs proches quant à la restauration ; validation des menus des repas festifs	Adjointe de direction RLQ Chef cuisine Résidents /familles	1x/ trimestre
Commission nuit	Un temps sans les résidents pour échanger sur l'organisation du travail et proposer des améliorations ; Un temps avec les résidents : recueil de leurs souhaits et attentes quant à l'accompagnement proposé la nuit	Adjointe de direction IDEC Veilleuses Résidents	1x/ trimestre

Annexe 11 : Budget prévisionnel pour la création du jardin sensoriel

Coût du projet	
4 bacs à jardiner surélevés	1 400 €
1 grand bac à jardiner	1 100 €
Outillage adapté (ergonomique)	150 €
Système d'arrosage goutte à goutte	150 €
Fontaine lumineuse 3 sphères	350 €
4 pergolas bois 3m x 3m x 2.7m haut	640 €
2 jeux à ressorts pour enfants	900 €
Terrain de pétanque (sable et rondins en pin)	850 €
Brouette	180 €
Revêtement en résine bétonnée 50m ²	4 000 €
2 salons de jardin	800 €
6 jardinières décoratives 80 x 27 x 80	1 230 €
Fleurs et plantes	350 €
TOTAL du projet	12 100 €

Je prévois d'inscrire dans le budget 2019 et 2020 de l'établissement les coûts relatifs à l'achat des fleurs et plantes, des salons de jardins, de l'outillage (brouette, système d'arrosage...) et des pergolas, soit 3 500 € en autofinancement ; presque 30% du coût total du projet. Une demande subvention sera faite auprès du Lions Club et en fonction, les investissements à supporter par l'établissement seront revus.

Les coûts de la maintenance des bacs/ fontaine/ aire de jeux/ système d'arrosage, ainsi que les consommations d'eau, seront intégrés aux charges de l'établissement.

Annexe 12 : Plan d'actions détaillé du projet relayage

Action	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation
Présentation du pré-projet à la Direction Générale	Direction	Dès le lancement du projet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définir la pertinence de porter ce projet pour Saint Domnin et son territoire ➤ Présentation des objectifs, de la démarche envisagée et du pré budget de fonctionnement 	Validation du pré-projet avec le DG et la présidence de l'association Entamer le dialogue avec l'ARS
Mise en place du groupe de travail	Direction	Maximum 15 jours après la validation du pré-projet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Composition du groupe de travail : IDEC, RLQ, secrétaire ➤ Définition des modalités d'intervention et d'organisation du relayage ➤ Mutualisation des ressources ➤ Affiner le budget de fonctionnement 	Procédure d'intervention élaborée Partenariats avec les autres structures du territoire
Validation du projet	DG/ Président	Dès finalisation du projet par le groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Restitution du projet au DG de l'association 	Obtenir l'accord pour lancer le projet et demander les financements à l'ARS Mettre en œuvre les ajustements s'il y en a

Action	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation
Demande de financement à l'ARS	DG/ Direction	Maximum 1 mois après validation du projet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dépôt du projet ➤ Défendre nos positions et nos choix 	Projet retenu, avec ou sans condition d'ajustements
Mise en place du dispositif de relayage	Direction	Dès l'accord de l'ARS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recrutement du personnel pour les interventions ➤ Déploiement progressif des interventions ➤ Transformation progressive des places d'hébergement permanent en hébergement temporaire ➤ Faire connaître le projet au plus grand nombre : communication interne et externe 	Réussite du recrutement Nombre d'intervention Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire

Annexe 13 : Pré budget de fonctionnement du projet relayage

Charges	Montant €	Produits	Montant €
Groupe 1		Groupe 1	
frais de déplacement	3 000,00 €	enveloppe budgétaire de l'ARS	22 000,00 €
frais administratif	700,00 €		
communication	2 000,00 €		
TOTAL GROUPE 1	5 700,00 €	TOTAL GROUPE 1	22 000,00 €
Groupe 2		Groupe 2	
relayeur	31 000,00 €	APA	12 400,00 €
personnel administratif	1 200,00 €	mutuelles	3 000,00 €
personnel de coordination	5 500,00 €	AGIRC/ARRCO	3 000,00 €
		reste à charge des aidants	2 995,20 €
TOTAL GROUPE 2	37 700,00 €	TOTAL GROUPE 2	21 395,20 €
TOTAL DES CHARGES	43 400,00 €	TOTAL DES PRODUITS	43 395,20 €

Bases de calculs pour le groupe 2	
Soignant et hôtelier (relayeurs)	sur la base de 19€/h
Secrétaire	sur la base de 20€/h
IDEC	sur la base de 30€/h

Annexe 14 : Diagramme de GANT

		2018												2019												2020						
Phase	Action	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26	M27	M28	M29	M30	
Outils de la loi 2002-2	Réécriture du projet d'établissement																															
	Mise en place des tables rondes																															
	Procédure des PVI																															
Outils RH	Réorganisation des postes horaires et roulements																															
	Répartition des postes																															
	Plan de formation																															
Outils managériaux	Mise en place des réunions et commissions																															
	Répartition des espaces, changements de bureaux																															
Animation de la vie socio-culturelle	Création du jardin sensoriel																															
	Ouverture des activités à l'extérieur																															
Inscription sur le territoire	Partenariat avec l'EHPAD Notre Dame du Bourg																															
	Partenariat avec le SSR du Cousson																															
	Partenariat avec la MAS																															
	Projets intergénérationnels																															
	Organisation du Café des familles/ des aidants																															
	Organisation du séminaire CARPE DIEM																															
Pérenniser l'activité	Projet relayage à domicile																															

PAGANI

Virginie

Septembre 2018

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIFTS**

**PROMOUVOIR UNE VIE DE QUALITE EN EHPAD : le « prendre soin » au cœur
du projet institutionnel**

Résumé :

L'accompagnement proposé aux résidents et à leur famille doit reposer sur un lien de confiance. L'objectif étant d'offrir aux personnes accompagnées une vie de qualité, basée sur le prendre soin, le cure et offrant une réponse individualisée.

L'EHPAD Saint Domnin a intégré l'association La Compassion au 1^{er} janvier 2018. Cet EHPAD a besoin de recentrer son approche sur le prendre soin. Sur le territoire, on note un manque de coordination des acteurs et une faible réponse au besoin de maintien à domicile ou d'aide aux aidants.

Notre projet vise à :

- ✓ Amorcer un changement d'approche au sein de l'EHPAD Saint Domnin ; e changement passera par la réécriture du projet d'établissement et par la définition du concept d'accompagnement.
- ✓ Formaliser des partenariats sur le territoire pour une inclusion dans la vie sociale locale.
- ✓ Créer un dispositif de relaying et développer l'hébergement temporaire sur le territoire.

Mots clés :

EHPAD – personnes âgées – projet d'établissement projet personnalisé – relaying – hébergement temporaire – aide aux aidants – soutien à domicile – partenariats

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.