



DÉVELOPPER UNE RELATION HUMAINE DE SERVICE AU SEIN D'UN EHPAD : L'APPORT D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Emmanuelle DIETSCH

2008

cafdes



Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma grand-mère paternelle qui m'a transmis que « *Vieillir s'écrit avec deux ailes* ». Si elle s'est envolée ce printemps dernier vers une autre destination étoilée, elle m'accompagne toujours de son amour de la vie.

Je tiens tout particulièrement à exprimer mes remerciements :

- A l'ensemble des résidents et de leurs familles ainsi qu'à l'ensemble des personnels de la Maison de retraite S. Bénichou avec lesquels au quotidien je poursuis avec enthousiasme mes apprentissages.
- A M. Georges LOEB, Président du Conseil d'Administration pour sa confiance accordée et sa contribution à ce mémoire
- A mon directeur de mémoire, Jean-René BERTHELEMY pour ses conseils et sa guidance dans la réalisation de cet écrit
- A mes amis Jean-Marie VANZO et Alexandre HORRACH pour leurs encouragements, leurs conseils et leur travail de lecture
- A mes grandes amies Cécile et Anne de la 14^{ème} promotion du Centre Lorrain CAFDES pour leur soutien inconditionnel pendant toute la durée de la formation
- A mon compagnon Pierre-Yves HEURTEL, à ses enfants Camille, Théo et Léa et à mes fils Boris et Pierre pour leur patience et leur soutien pendant ces deux années de formation.

Sommaire

Introduction	1
1 EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DE LA VIELLESSE : UN EHPAD ASSOCIATIF INSCRIT DANS CE CADRE.....	5
1.1 Panorama et évolution des Ehpads en France :	5
1.1.1 Historique de la structuration de l'offre d'hébergement :	5
1.1.2 De la maison de retraite à l'Ehpad : les ambitions et enjeux de la réforme de la tarification	7
1.1.3 L'évolution réglementaire de la dernière décennie :	10
1.2 L'Oeuvre Israélite de Secours Aux Malades : Une association à caractère confessionnel engagée depuis plus d'un siècle pour accueillir les personnes âgées.....	14
1.2.1 Une histoire sur 150 ans:	14
1.2.2 L'influence confessionnelle et communautaire sur la gestion de l'établissement	16
1.2.3 Signature de la première convention : du diagnostic aux premiers engagements pour qualifier le personnel soignant et améliorer le cadre de vie..	18
1.3 L'Ehpad aujourd'hui : Regards croisés des acteurs	21
1.3.1 Les résidents : entre besoins de soins et besoins sociaux	21
1.3.2 Positionnement des familles : représentations négatives, inquiétudes, et demandes	25
1.3.3 Les difficultés des professionnels:	28
2 LA DEMARCHE QUALITE EN EHPAD, UN LEVIER POUR MOBILISER LES PERSONNELS ET CONSTRUIRE UNE ETHIQUE EN EHPAD	31
2.1 Les enjeux de la qualité en Ehpad :	31
2.1.1 De la réforme de la tarification à la loi du 2 janvier 2002-2 ou d'une réponse économique au vieillissement de la population aux fondements des droits des usagers :	31
2.1.2 Les représentations culturelles, sociales et économiques de la vieillesse	34
2.1.3 Approche de la démarche qualité en Ehpad : une chance pour développer une approche globale et multidimensionnelle de la personne âgée accueillie	36
2.2 Une démarche participative des professionnels au service d'une approche globale du sujet âgé	39

2.2.1	Le choix de la méthode au sein de la maison de retraite israélite : une démarche d'autoévaluation à partir du référentiel ANGELIQUE et de questionnaires de satisfaction.....	40
2.2.2	Les professionnels au cœur de la dynamique de changement : mobiliser et fédérer.....	42
2.2.3	Construire un travail inter culturel au service d'une approche globale du résident	45
2.3	Vers de nouvelles représentations « des sujets âgés » en Ehpad	48
2.3.1	L'accueil pluriprofessionnel du résident et de sa famille :	48
2.3.2	Décloisonner la prise en charge des résidents les plus dépendants:.....	51
3	DEVELOPPER ET VALORISER UNE RELATION HUMAINE DE SERVICE ...	55
3.1	Promouvoir l'exercice de la citoyenneté du résident et de ses proches au sein de l'établissement :	55
3.1.1	Un projet d'animation favorisant la liberté, l'expression, et le plaisir :	55
3.1.2	Le Conseil de la Vie Sociale, vecteur de l'exercice de la citoyenneté :.....	57
3.1.3	Les enquêtes de satisfaction : une autre forme de participation	60
3.2	Valoriser les ressources humaines, optimiser l'organisation :	63
3.2.1	Augmenter les ratios d'encadrement, développer la formation et la qualification des personnels :.....	63
3.2.2	Optimiser l'organisation des soins :.....	67
3.2.3	Améliorer les conditions de travail :.....	70
3.3	Adapter l'établissement aux besoins des résidents, anticiper les évolutions :	73
3.3.1	Rénover et adapter le cadre de vie :	73
3.3.2	Développer des partenariats et le travail en réseau :	74
3.3.3	Adhérer à un groupement employeur :.....	76
	Conclusion	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFPA : Association de Formation professionnelle pour les Adultes

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité Sociale et Médico- sociale

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVVEC : Association Vivre et Vieillir Ensemble

CANTOU : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie

CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico- Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FHF : Fédération Hospitalière de France

IRTS : Institut Régional en Travail Social

GIR : Groupe Iso Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

MAPA : Maison d'Accueil pour Personnes Agées

MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

PAUF : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSGA : Plan Solidarité Grand Age

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Introduction

*« Je sais qu'un régime qui n'offre pas aux êtres humains de profondes raisons de veiller les uns sur les autres ne saurait durablement conserver sa légitimité »
Richard SENNETT¹*

« En 2005, la France comptait un million de personnes de plus de 85 ans, nombre qui aura doublé d'ici 2015 ». Dans ce contexte, *« l'offre de services de qualité respectant le projet de vie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes représente un enjeu national et de société »*, s'est exprimée Valérie LETARD, secrétaire d'Etat à la solidarité en présentant ses orientations générales le 12 février 2008 relatives au plan national des métiers de la dépendance².

Et si une grande majorité de la population va vieillir dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie, une partie développera des pathologies invalidantes nécessitant des prises en charge spécifiques.

Dans ce contexte les Etablissements d'Hébergements de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont vu la population qu'ils accueillent évoluer rapidement ces dix dernières années : un âge moyen d'entrée en établissement supérieur à 84 ans, un niveau de dépendance sur le plan physique ou psychique en constante augmentation. Les maladies neuro-dégénératives de type ALZHEIMER ou PARKINSON touchent 12 % des plus de 70 ans³.

D'autres facteurs contribuent à cette évolution rapide des nouveaux besoins des personnes âgées hébergées en établissements. Les progrès de la médecine, le développement des services d'aide à domicile associés aux solidarités familiales permettent aux « anciens » de vivre plus longtemps à domicile.

Leurs conséquences directes se traduisent par une arrivée en institution tardive avec une perte d'autonomie élevée et des besoins en soins médicaux croissants.

Face à cette évolution sociodémographique et sanitaire, l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées est poussé à s'interroger, d'une part, sur le statut d'accueil donné à la personne âgée fragilisée et à sa famille et, d'autre part, au sens donné aux prestations qu'ils délivrent.

¹ « Le travail sans qualité » Paris, Albin Michel 1998/2000

² Tirée des Actualités Sociales Hebdomadaires N° 2545 du 15 février 2008

³ Chiffres tirés d'une enquête de la Fédération Hospitalière de France de mai 2007

En janvier 2004, j'ai pris la direction d'un Ehpad de 67 lits, géré par une association à but non lucratif. L'établissement venait de signer sa première convention tripartite avec le président du Conseil général et le représentant du Préfet, directeur de la DDASS.

Au regard de la réglementation, avec l'évolution accélérée de la dépendance des résidents, j'ai constaté que « l'hospitalité » et « le bon cœur » qui ont marqué cette maison de retraite comme nombre d'autres structures d'accueil pour personnes âgées, devaient évoluer rapidement vers une logique de compétences s'appuyant aussi sur une véritable éthique professionnelle.

Dans un environnement où de nombreux acteurs évaluent les ratios d'encadrement comme insuffisants au regard des besoins des personnes accueillies, j'ai appréhendé la complexité des réponses à apporter aux demandes implicites et explicites des personnes âgées et de leur famille.

Le bâti n'est pas toujours adapté à l'évolution de la perte d'autonomie des résidents et les moyens financiers sont limités.

Les personnels très largement majoritairement féminins, encore peu ou pas qualifiés, se plaignent de leurs conditions de travail et attendent une plus grande reconnaissance du travail mené auprès des plus fragiles.

Un travail qui nécessite de répondre aux besoins des résidents sur un plan médical, psychologique et social.

En effet le risque principal d'une médicalisation des Ehpad due à l'aggravation des pathologies des résidents, est de renforcer une logique sanitaire où la personne âgée est « objet de soin » au détriment d'une approche globale prenant en compte l'ensemble de ses besoins. Reconnaître et respecter la personne âgée en perte d'autonomie, c'est pouvoir respecter son droit de choisir, son droit à prendre des risques, son droit à vivre sa citoyenneté.

Comment dans ce contexte développer une relation humaine de service au sein de l'établissement que je dirige ? L'enjeu majeur pourrait être de contribuer à transformer le regard sur la vieillesse trop souvent décliné socialement en terme de perte, de déficit, de maladie, pour rendre à la personne âgée accueillie sa place de sujet et d'acteur jusqu'au bout de la vie.

C'est à partir de ces interrogations que j'é mets les hypothèses suivantes :

- la démarche qualité, encadrée par la réglementation et construite sur un processus participatif, constitue un levier pour mobiliser l'équipe pluri professionnelle et développer une compétence collective au service de la personne âgée. La démarche qualité représente une opportunité pour conduire un changement en fédérant les personnels autour du projet d'établissement et faire évoluer les pratiques professionnelles.

- l'objectif d'amélioration continue de la qualité passe également par une gestion ambitieuse des ressources humaines en terme d'organisation, de formation et de qualification des personnels.
- c'est aussi prévoir et entreprendre l'adaptation du cadre de vie à l'évolution des besoins des résidents pour mieux prendre en compte cette approche globale du résident.

A la veille de la négociation du renouvellement de la convention tripartite avec les autorités de tarification, « développer une relation humaine de service » est devenu le fil conducteur du nouveau projet d'établissement.

En associant l'ensemble des acteurs de l'établissement c'est-à-dire, les personnels, les professionnels de santé libéraux, les résidents et les familles, les bénévoles ; en s'appuyant sur un travail en réseau nécessaire pour anticiper et faire face à la complexité des prises en charge médico-sociales, il s'agit de pérenniser les bases d'une communication élargie et permanente au sein de l'établissement comme auprès des acteurs institutionnels, pour construire un lieu de vie constitutif d'une nouvelle reconnaissance et image du grand âge.

Dans la première partie :

J'aborderai le panorama des Ehpad en France et leur évolution au regard de l'environnement politique et réglementaire, la présentation de l'Ehpad que je dirige ainsi que les problématiques que rencontre l'établissement autour de l'accompagnement de résidents de plus en plus âgés, en perte d'autonomie avec des besoins de soins croissants.

La deuxième partie :

Elle traitera des enjeux du pilotage d'une démarche qualité au sein de l'établissement pour mobiliser et fédérer l'équipe pluri professionnelle autour du questionnement éthique, de l'évolution des pratiques professionnelles vers une relation humaine de service.

La troisième partie s'intéressera :

- A la place donnée aux résidents et à leurs familles pour s'approprier leur lieu de vie et promouvoir un autre regard sur la vieillesse en institution.
- A la conduite du changement menée au sein de l'établissement à partir des actions de management pour optimiser et adapter les moyens humains et matériels à la veille de la négociation du renouvellement de la convention tripartite avec les autorités de tarification.

1 EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DE LA VIELLESSE : UN EHAPD ASSOCIATIF INSCRIT DANS CE CADRE

1.1 Panorama et évolution des Ehpad en France :

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. En 2050 il est estimé que les personnes âgées de plus de 60 ans seront majoritaires. L'ensemble des pays européens connaît un vieillissement de sa population résultant de l'allongement de l'espérance de vie et de l'amélioration des conditions sanitaires et sociales en Europe.

En France, l'allongement de l'espérance de vie augmente d'un an tous les quatre ans. Le nombre de personnes dépendantes pourrait croître de 1% en moyenne par an d'ici à 2040⁴.

Conséquence directe de l'évolution des demandes d'accueil tant des personnes âgées que de leurs familles, les structures d'accueil pour personnes âgées ont été confrontées, en 20 ans, à une véritable mutation. L'entrée de plus en plus tardive en établissement d'hébergement avec un niveau plus élevé de dépendance est le révélateur d'autres évolutions de ce dernier siècle.

1.1.1 Historique de la structuration de l'offre d'hébergement :

Avec le grand mouvement de l'industrialisation de notre société, son urbanisation et son exode rural, la structure familiale qui regroupait sur un même lieu trois générations est passée progressivement à deux générations. La cohabitation des générations au sein du même foyer s'est peu à peu étiolée, en particulier en zone urbaine où le phénomène a été le plus marqué.

La génération issue du « baby boom », comme celle de leurs parents, a pris son indépendance, conséquence d'une part, des changements dans les rapports à l'autorité entre les anciens et les jeunes et, d'autre part, de l'évolution des rapports au travail. Avant guerre lorsque les parents ne travaillaient plus, les enfants s'installaient chez leurs parents ou les parents venaient s'installer chez leurs enfants. Cette réponse sociale à la cessation d'activité et à la précarité des plus âgés était surtout développée dans le secteur rural. Dans la société industrielle de la fin du XIXe siècle, les conditions de logement et la précarité matérielle des ouvriers ne leur permettaient pas d'accueillir leurs parents sans ressources. C'est à cette époque que se sont développés les hospices.

La décohabitation amorcée par ce double mouvement, caractérisé par une plus grande indépendance des générations et par la sortie du travail et des lieux de production de la sphère familiale et domestique, n'a pas pour autant effacé les solidarités, mais elle en a modifié les contours. De même « les trente glorieuses » de l'après guerre avec l'augmentation du montant des droits à la retraite, le développement de notre système de protection sociale, l'accélération de l'urbanisation, ont permis à nos parents et grands parents d'acquérir une plus grande autonomie financière et des meilleures conditions de logement.

Les hospices héritiers de notre tradition asilaire et d'une politique « assistancielle » n'avaient donc plus lieu d'être. La loi N° 75-535 du 30 juin 1975 a donné dix ans aux pouvoirs publics pour transformer les hospices en maison de retraite ou en structure hospitalière pour des accueils en long séjour. Il faudra en fait plus de trente ans pour atteindre cet objectif.

C'est également dans ce mouvement que le législateur s'est préoccupé dans les années 60 de construire une véritable politique spécifique de la vieillesse. Les premières maisons de retraite sont créées pour répondre aux besoins de cette catégorie de personnes âgées qui ne veulent pas entendre parler des hospices, lieux connotés pour héberger « les indigents et les vieillards abandonnés ».

En 1962 le rapport LAROQUE⁵ fait le constat d'une image dévalorisante de la vieillesse. Il condamne le caractère asilaire des anciens hospices, dénonce l'insuffisante médicalisation des établissements sociaux. Il demande d'éviter la mise à l'écart des personnes âgées par l'institutionnalisation, en favorisant la citoyenneté et l'insertion sociale des personnes âgées. Il met l'accent sur la priorité du maintien à domicile, le besoin de coordination des acteurs de la gérontologie et un niveau de ressources pour lutter contre la pauvreté et l'isolement.

Ce rapport conclut à une transformation des hospices en lieux de soins de type hospitalier et au développement progressif de deux modèles d'hébergement : les maisons de retraite et les foyers résidence.

Alain VILLEZ, directeur adjoint de l'URIOPSS⁶ Nord Pas de Calais et conseiller technique à l'UNIOPSS⁷, responsable du secteur « personnes âgées », met en avant que « la

⁴ ASH 23 mars 2007 N° 2499, p. 5, Le social en textes personnes âgées

⁵ « Politique de la vieillesse », Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, Paris, 1962

⁶ Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

⁷ Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

structuration de l'offre d'hébergement s'est organisée historiquement à partir de l'institutionnalisation d'un parcours de vie en fonction de l'âge et de la validité »⁸.

Deux filières pour l'hébergement des personnes âgées se sont développées :

- une filière sanitaire structurée par les lois de 1970, 1978, 1991 et 1996
- une filière sociale et médico-sociale organisée par la loi du 30 juin 1975 révisée par celle du 24 janvier 1997 dite réforme de la tarification et par celle du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

L'approche médicalisée de la vieillesse pour les personnes dépendantes a eu aussi pour conséquence de retirer « au vieux » sa place de sujet pour l'identifier à « un objet de soins », placé dans des filières hospitalières avec un plateau technique exclusivement sanitaire.

Face au vieillissement et à la perte d'autonomie croissante des résidents accueillis en maisons de retraite, les lois du 30 juin 1975 et du 6 janvier 1986⁹ ont donné la possibilité aux établissements de créer des sections de cure médicale et de passer des conventions avec les caisses d'assurance maladie afin de prendre en charge les soins des résidents devenus dépendants. Ce processus qualifié alors de « médicalisation » ne pouvait concerner que 25% des places de l'établissement. Il a fallu attendre 1981 pour que cette disposition soit abrogée et autorise à passer à 100% de la capacité d'accueil de l'établissement.

Cette réglementation sur la médicalisation a été supprimée le 24 janvier 1997 par la réforme de la tarification. Les maisons de retraite peuvent alors devenir des EHPAD.

1.1.2 De la maison de retraite à l'Ehpad : les ambitions et enjeux de la réforme de la tarification

1.2.1.1 Un hébergement de qualité attendu pour les personnes âgées dépendantes :

Dès 1984 un programme pour les Mapa¹⁰ et les Mapad¹¹ a été lancé en France. Il s'agit de soutenir la construction d'établissements neufs pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et aux attentes de leurs familles.

Il est également question de prévoir, pour la première fois, dans ces établissements l'accueil des personnes souffrant de pathologies démentielles. (Unité de type Cantou¹²)

⁸Alain VILLEZ, « Adapter les établissements pour personnes âgées. Besoins, réglementation, tarification », Paris, 2005, Edition DUNOD, p.44

⁹ Loi 86-017 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé

¹⁰ Maison d'Accueil pour Personnes Agées

Les structures sont invitées à prévoir une médicalisation allant de 30% à 80% de la capacité d'accueil.

Le cahier des charges définissant ces Mapad a servi de base de référence pour la construction et la rénovation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes jusqu'à la sortie de l'arrêté du 26 avril 1999. Cet arrêté issu de la loi de la réforme de la tarification du 24 janvier 1997 définit des préconisations destinées à encadrer les démarches qualité servant de base de négociation pour le conventionnement de l'établissement par les autorités de tarification, l'Assurance Maladie et le Conseil Général.

C'est ainsi que ces préconisations et recommandations réglementaires s'organisent comme un référentiel qualité. « *A ce titre, il est rappelé que la signature de la convention tripartite engage l'établissement dans une démarche d'assurance qualité destinée à garantir à toute personne âgée dépendante accueillie les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins* »¹³

Les objectifs principaux sont les suivants :

- garantir un espace de vie à caractère privatif
- concilier sécurité et liberté d'aller et venir en particulier pour les personnes désorientées
- maintenir et favoriser les liens familiaux et affectifs des résidents
- conserver une vie sociale
- bénéficier de soins et d'aides nécessaires aux actes de la vie quotidienne
- garder son autonomie le plus longtemps possible

L'établissement rédige un projet institutionnel dans lequel il définit les objectifs du projet de vie et du projet de soins. Ce projet servira de base de négociation au conventionnement. C'est la possibilité pour l'établissement de demander et de négocier les moyens nécessaires à l'amélioration de la qualité des services tant humains que matériels.

1.1.2.2 Tarifier les établissements en fonction des besoins des résidents :

La volonté première de la réforme de la tarification a été de remédier aux difficultés rencontrées lors de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

¹¹ Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

¹² Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

Trois objectifs sont mis en avant :

- a) Supprimer les inégalités de financement des prises en charge des soins par l'assurance maladie entre le secteur sanitaire (filiale long séjour) et l'hébergement en maison de retraite dite médicalisée.
- b) Redéfinir les prises en charge de l'assurance maladie sur les dépenses relevant spécifiquement de sa compétence. Il s'agit de permettre de financer les soins de toute personne âgée hébergée, et non pas de limiter ce financement dans le cadre d'un forfait établi sur un pourcentage de la capacité d'accueil. Cette approche s'est développée en même temps que les débats sur la nécessité de différencier des dépenses liées à la dépendance et des dépenses liées aux soins.
- c) Identifier les dépenses à caractère social (les prestations liées à l'hébergement et à la dépendance) qui doivent être assumées par les résidents au prorata de leur consommation. La grille Aggir¹⁴ mesurera le niveau de perte d'autonomie de la personne âgée. En fonction de son niveau de revenus et de son niveau de dépendance le résident pourra prétendre au versement de la Prestation Spécifique Dépendance couvrant en partie le tarif lié à sa dépendance.

1.1.2.3 Encadrer l'autorisation d'accueillir et définir les établissements concernés :

La réforme de la tarification a également pour objet de réglementer les établissements autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes quel que soit le statut de l'établissement : maison de retraite médicalisée, non médicalisée, foyer résidence, unités de soins de longue durée, petite unité de vie ...

La notion de personne âgée dépendante repose sur l'évaluation de l'autonomie du résident par la grille Aggir.

La grille Aggir cible les personnes dont les incapacités dans la vie quotidienne entraînent un besoin d'aide. Cette grille est composée de dix variantes discriminantes : la cohérence, l'orientation, l'habillement, la toilette, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements et les communications verbales et non verbales.

On évalue à partir de ces variables ce que la personne peut faire ou ne pas faire, seule ou avec de l'aide. Les personnes sont ensuite classées dans une des 6 catégories allant du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes (confinées au lit), aux personnes les plus autonomes pour les actes de la vie quotidienne en Gir 6.

¹³ Alain VILLEZ « Adapter les établissements pour personnes âgées », Edition Dunod, Paris 2005, p.85

¹⁴ Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

Avec la réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) intervenue en 2001, la notion de dépendance s'efface au profit de la notion d'autonomie et les résidents évalués en GIR 4 ouvrent également le droit à la prestation.

Pour les établissements, l'évaluation de l'ensemble de la population accueillie détermine le niveau du Gir Moyen Pondéré (GMP). La hauteur de ce GMP détermine l'obligation pour la structure à signer une convention tripartite pour devenir un Ehpad et intégrer la tarification ternaire.

1.1.3 L'évolution réglementaire de la dernière décennie :

1.3.1.1 De la Réforme de la tarification au plan Solidarité Grand Age : 10 années d'évolution législative accélérée

Confronté au vieillissement inéluctable de notre population et de ses conséquences pour nos équilibres économiques et sociaux, cette dernière décennie est marquée par une surabondance de textes législatifs qui reflètent les évolutions majeures des politiques publiques.

- La réforme de la tarification est née en 1997. Ses décrets d'application sont sortis en 1999 pour encadrer le cahier des charges des conventions tripartites et de la tarification ternaire et rendre obligatoire une démarche d'amélioration continue de la qualité.

- En 2001, l'APA remplace la PSD évaluée insuffisante, dont l'application s'est soldée par un échec. Les dispositions de récupération sont abrogées. L'APA est une allocation universelle financée par l'Etat et les départements au titre de la solidarité nationale. Alors que la PSD n'a touché que 135 000 personnes en France, en 2007 c'est presque 1 million de personnes âgées qui perçoivent l'APA à domicile ou en établissement.

- En 2002, la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale place le résident au centre des dispositifs, affiche les droits des personnes accueillies, encadre les modalités d'autorisation et pose les principes de l'évaluation de la qualité. C'est aussi à cette période que démarrent véritablement les signatures des premières conventions tripartites.

- En 2004, après le drame de la canicule de l'été 2003 et les 15 000 personnes âgées décédées, c'est une année marquée par le plan « *Vieillesse et Solidarités* » de M. RAFFARIN, qui prévoit un programme pluriannuel destiné à améliorer d'ici 2008 la situation des personnes âgées et handicapées. C'est aussi la naissance de la CNSA¹⁵ le 30 juin, instance qui a pour mission d'assurer les conditions d'une solidarité collective pour toute personne en rupture d'autonomie.

¹⁵ Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie

- En 2005, c'est l'année de la création des PRIAC¹⁶ qui encadrent la planification des crédits de médicalisation pour le secteur personnes âgées et personnes handicapées.
- En 2006, le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) de M. Philippe BAS dessine de nouvelles perspectives en affirmant le libre choix pour la personne âgée. Il pose le maintien à domicile comme priorité, et l'hébergement en Ehpad pour les personnes les plus gravement dépendantes. Il préconise dans les maisons de retraite signant leur deuxième convention tripartite, des ratios d'encadrement d'une moyenne de 0.65 salarié pour un résident au lieu de 0.55 auparavant. Le PSGA va plus loin en fixant à 1 pour 1 le ratio dans les établissements dont le GMP est supérieur à 800. Il prévoit également la possibilité de réévaluer la dotation soins en cours de convention en fonction de l'évolution du GMP.
- Un an plus tard, en mars 2007, un nouveau plan de M. Philippe BAS est adopté. Il repose sur dix mesures pour prévenir la maltraitance et développer une culture de la bientraitance en établissement et à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. L'Anesm¹⁷, clé de voûte de ce plan, a pour mission d'élaborer les bonnes pratiques et de promouvoir la démarche qualité dans les structures.

1.1.3.2 Les inquiétudes des professionnels du secteur personnes âgées en 2008:

Aujourd'hui, dix ans après la réforme de la tarification, deux inquiétudes majeures sont présentes à l'esprit des professionnels: le déficit quantitatif des places d'hébergement et le déficit qualitatif au regard des conditions d'accueil et de la typologie des établissements. « *En 2006, 30 000 places d'Ehpad avaient reçu un avis favorable au CROSMS...seules 5 000 places auront été financées* »¹⁸

L'Etat a fixé une échéance définitive à fin décembre 2007 pour l'achèvement de la réforme de la tarification. Le 30 janvier dernier le taux de conventionnement des Ehpad est passé à 92%. Il n'était que de 84% en novembre 2007. Selon la secrétaire d'Etat à la solidarité, Valérie LETARD « *la volonté du gouvernement de ne pas reporter une nouvelle fois la date butoir de signature des conventions a entraîné une véritable prise de conscience* »¹⁹. Cependant certains départements n'ont un taux de conventionnement que de 60%. A ce jour 48 000 places resteraient à conventionner surtout dans des établissements de petite taille et les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

¹⁶ PRogramme Interdépartemental de l'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

¹⁷ Agence Nationale de l'Evaluation de la Qualité Sociale et Médico Sociale

¹⁸ « L'année de l'Action Sociale 2007 », chapitre Politiques Gériatriques, Editions DUNOD, Paris 2007, p.108

¹⁹ ASH du 15 février 2008 N° 2545 Les politiques sociales, p. 21

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008 prévoit que les établissements qui n'auront pas signé de convention tripartite conserveront leur dotation actuelle qui sera gelée ou se verront attribuer d'autorité une dotation calculée en fonction de leur GMP.

D'autre part, les orientations budgétaires de la LFSS²⁰ ne satisfont pas les professionnels. Ils interpellent sur la persistance du décalage entre les engagements des pouvoirs publics et les moyens effectivement débloqués. « *Les crédits pour les créations de place et le fonctionnement des établissements n'augmenteront en 2008 que de 8% contre 13% en 2007, la plus petite augmentation depuis le drame de la canicule* »²¹.

L'Uniopss²² déplore par ailleurs que les crédits budgétés ne permettent pas de financer les mesures d'amélioration du taux d'encadrement en personnel prévues par le Plan Solidarité Grand Age.

L'Avvec²³ demande qu'il n'y ait ni gel de crédits, ni recul des moyens pour les établissements et les services. Il propose que les excédents de la CNSA soient utilisés en 2008, que les charges nouvelles de mises aux normes de sécurité (par exemple équipement d'un groupe électrogène rendu obligatoire dans les 2 ans depuis le 12 septembre 2007) soient compensées.

Le Plan d'Aide de la CNSA à la Modernisation des Etablissements devrait permettre le financement des besoins de rénovation, de mises en sécurité, voire de créations.

Notre pays a un réel retard à rattraper. La foison de textes et évolutions réglementaires dans le secteur de ces dernières années, si elle est riche d'avancées, est aussi porteuse d'inquiétudes face au décalage entre les moyens existants et les besoins croissants des personnes âgées. Sans compter que les professionnels du secteur rencontrent bien évidemment des difficultés pour suivre le rythme de ces évolutions et assimiler l'ensemble des textes réglementaires.

1.1.3.3 Les perspectives :

Après la loi de février 2005 en faveur des personnes handicapées et les dernières orientations de la CNSA, nous voyons se profiler un nouveau droit, celui du droit à l'autonomie. Le gouvernement vient de tracer le 28 mai dernier les contours du cinquième risque de la protection sociale lié à la perte d'autonomie. Le principe serait de mettre en œuvre un droit universel destiné à compenser la perte d'autonomie par un plan individualisé, et de permettre à toute personne handicapée, âgée de choisir une prise en

²⁰ Loi de Financement de la Sécurité Sociale

²¹ ASH du 7 décembre 2007 N° 2534, personnes âgées p.5

²² Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

²³ Association Vivre et Vieillir Ensemble qui regroupe une association de directeurs de maisons de retraite (AD-PA) et une association de résidents et familles (FNAPAEF)

charge à domicile ou en établissement. Reste à en définir les modalités. Quelles aides seront prises en compte pour quels services et bien sûr quel financement : augmenter la CSG, contracter des produits assurantiels, récupérer sur les successions... ? Quel équilibre doit être trouvé entre solidarité nationale, prévoyance privée et participation patrimoniale individuelle ?

L'enveloppe de financements serait gérée par la CNSA en partenariat avec les Conseils Généraux. Les établissements pourraient voir évoluer leurs moyens avec la prise en compte de plus de services financés au titre de la dépendance. Il est aussi envisagé de revoir le système de tarification ternaire qui basculerait sur un système binaire.

Enfin pour M. Philippe RITTER, préfet honoraire, chargé par le gouvernement d'un rapport sur la création d'Agence Régionale de Santé, se profile à l'horizon 2009 « *une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies* »²⁴. Les rapports « Ritter » et « Bur » proposent que les structures médico-sociales soient incluses dans le périmètre de compétences de ces nouvelles ARS lorsque ces structures sont financées totalement ou partiellement par l'Assurance maladie. Pour éviter la perte de la spécificité du médico-social face au sanitaire, M. Philippe RITTER explique que l'ARS devra être « *le garant de l'identité et de la vocation propres du médico-social* »²⁵. Il faudra être en mesure de garantir à la personne accueillie un projet de vie dont la composante médicale ne doit être qu'un aspect.

Un regard porté sur l'histoire, sur les enjeux de nos politiques publiques et le contexte réglementaire dans lequel évoluent les maisons de retraite, permet à un directeur d'EHPAD d'inscrire sa vision stratégique dans un contexte dont il hérite, qui ne se limite pas à son propre établissement, qui détermine un certain nombre de contraintes. Ce travail vise à mieux appréhender le chemin à parcourir pour offrir un accompagnement de qualité aux personnes accueillies. Il aide à distinguer ce qui relève du contexte général de ce qui appartient à l'histoire d'un établissement précis. Ainsi le directeur peut mieux identifier les domaines sur lesquels il peut raisonnablement susciter et exercer une volonté de changement.

J'aborderai maintenant une présentation de l'établissement que je dirige depuis quatre ans, au travers de son histoire, son évolution et de la place de ses acteurs.

²⁴ « Politique économique et sociale » A.S.H. du 8 février 2008 N° 2544 p. 11

²⁵ « Politique économique et sociale » A.S.H. du 8 février 2008 N° 2544 p. 11

1.2 L'Oeuvre Israélite de Secours Aux Malades : Une association à caractère confessionnel engagée depuis plus d'un siècle pour accueillir les personnes âgées

L'histoire de l'Oeuvre Israélite de Secours aux Malades témoigne des valeurs qui l'ont fondée sur un plan religieux et philanthropique. Elle nous éclaire sur ce qui est à valoriser du passé et sur ce qui a du évoluer pour s'adapter. Cette approche historique est pour le directeur un élément de compréhension fondamental pour orienter avec l'ensemble des acteurs les efforts nécessaires à l'activité d'aujourd'hui et de demain.

1.2.1 Une histoire sur 150 ans:

Sur Nancy dans les années 1850, trois hospices existent, tenus par les sœurs de St Charles dont la congrégation est originaire de la ville : l'hospice St Stanislas, l'hospice St Charles et l'hospice St Julien. Ce dernier est réservé spécifiquement à l'accueil des vieillards malades, abandonnés ou indigents.

L'œuvre Israélite de Secours aux Malades est une oeuvre fondée à Nancy en 1852 au sein de la Communauté Israélite de Nancy pour offrir « *un asile aux vieillards Israélites* ». Nous sommes au milieu du XIXe siècle, en pleine période d'industrialisation en Lorraine, avec le développement des entreprises sidérurgiques et minières.

Sur l'initiative généreuse de MM DUPONT et FOULD, Maîtres de Forges à POMPEY, un immeuble primitif est construit en 1858. « *L'immeuble est situé dans un des quartiers les plus salubres de Nancy.* » Il dispose d'un jardin de 4000 mètres carrés. Il est agrandi vers 1895 avec une nouvelle aile pour en améliorer le confort. Il peut alors accueillir 60 pensionnaires répartis en trois classes dans des chambres communes et des chambres particulières.

Par délibération en date du 22 mai 1888, le Consistoire Israélite de Nancy donne son autonomie de gestion à l'Oeuvre. En raison de l'importance que prend l'Oeuvre, le Ministère de l'Intérieur la déclare d'Utilité Publique par un décret signé le 16 septembre 1889 par M. Sadi CARNOT, Président de la République. Cette reconnaissance permet à l'Association de recevoir des legs et des dons. La composition du Conseil est définie dans les statuts associatifs, avec des représentants de la communauté juive de Nancy et de Lunéville. Le Rabbin est membre de droit.

Nancy est une ville restée longtemps hostile à la présence des juifs. A la fin du XVII siècle on ne trouve que quelques individus isolés sur le duché de Lorraine. A partir de 1700 quelques juifs de Metz sont autorisés à commercer avec la ville de Nancy mais pas à s'installer. Toutefois quelques familles parviennent à faire leur place à Nancy. A la fin de l'Ancien Régime on estime la communauté juive à 2 500 personnes soit environ 500

familles. Une synagogue est construite au centre de Nancy en 1788. Elle sera agrandie en 1841 et 1861 en raison de l'accroissement de la communauté. A la fin de la première guerre mondiale avec le besoin massif de main d'œuvre pour répondre à l'industrialisation sur tout le bassin Lorrain, des juifs polonais émigrent massivement et sont embauchés sur les bassins miniers, sidérurgiques et chimiques des environs de Nancy.

Pendant la seconde guerre mondiale, le 10 novembre 1942, vingt enfants accueillis au sein de la Maison de retraite sont déportés à DRANCY. Une plaque commémorative est affichée à l'entrée de la nouvelle maison.

En 1984 à la suite d'un rapport de contrôle, les autorités de tarification interpellent l'Association sur une gestion financière non conforme et sur des évolutions à prévoir pour « remettre l'institution sur des rails ». La directrice appartenant à la communauté juive de Nancy est écartée. Un nouveau président est nommé avec de nouveaux membres au Conseil d'Administration. C'est à cette époque qu'ont été supprimées les salles communes et qu'une section de cure médicalisée a été créée sur la base de 25% de la capacité d'accueil. Le Président assume seul la direction de la structure.

En 1989, la commission de sécurité impose de conséquents travaux de mises aux normes réglementaires qui sont évalués à plus de sept millions de francs. Le Conseil d'Administration sous l'impulsion de son Président décide alors de construire sur le terrain un nouvel établissement et de vendre l'ancienne maison.

Un bâtiment conçu sur 3 étages ouvre en septembre 1992. La « Maison » peut alors accueillir 64 résidents dans 42 chambres individuelles et 11 chambres doubles. Trois studios sont gardés dans l'ancien bâtiment pour servir de logement de fonction ou être occupés par des résidents autonomes.

Le président décède un an après l'ouverture de la maison. L'établissement porte son nom « La maison de retraite Simon Bénichou ». Le trésorier devient l'actuel président. Il occupe également au sein de la communauté juive de Nancy la fonction de secrétaire.

En raison d'un plan de financement mal évalué et d'une surestimation de la valeur de l'ancienne maison vendue seulement en juillet 1994, l'association se retrouve en grandes difficultés financières. C'est avec un prêt de 500 000 francs de la caisse de charité de la communauté et l'avance personnelle de 1 million de francs d'un des membres du Conseil d'administration que la « Maison » est « sauvée » de la menace de saisie.

En 1995 suite à l'échec de la négociation pour une vente à la fondation ROTSCHILD, la Maison sollicite un audit, réalisé par M. BRAMI, directeur d'établissements dans le Sud de la France et auteur de plusieurs ouvrages dans ce domaine. Il est décidé l'embauche d'un directeur. En accord avec les autorités de tarification, l'Association décide également de vendre les trois studios de l'ancien bâtiment et d'aménager trois nouvelles chambres individuelles au détriment des espaces consacrés à l'administration et à un lieu de réunion. La capacité d'accueil passe à 67 places.

En 1996, la trésorerie reste dans l'impasse. La comptabilité est tenue « à l'ancienne ». D'importants retards sont enregistrés dans le règlement des créances et des dettes.

En juin 1997, en accord avec ses salariés, l'association retarde de 6 mois le versement de la prime conventionnelle, pour redonner une bouffée d'oxygène à la trésorerie. Une directrice est embauchée, le comptable part à la retraite. Le président, avec le nouveau trésorier qui a avancé sur ses propres deniers 1 million de francs à l'association, prennent les rênes en associant la nouvelle directrice, pour redresser la situation.

La maison de retraite avec un taux occupationnel très satisfaisant peut poursuivre l'accueil de personnes âgées et se préparer à la réforme de la tarification.

Après cette évolution historique, il est intéressant de s'arrêter sur les liens de l'établissement à la communauté juive et son influence sur son fonctionnement et sa gestion.

1.2.2 L'influence confessionnelle et communautaire sur la gestion de l'établissement

Dans ses statuts, la Maison appelée alors « *asile pour vieillards Israélites* » est contrôlée par une association dont les membres sont tous rattachés à la communauté juive de Nancy. L'œuvre de « *bienfaisance* » a pour projet de secourir ses membres coreligionnaires âgés et malades. Elle s'assure qu'ils puissent disposer d'un lieu calme et confortable « *qui remplace celui que la dureté de l'existence leur a souvent prématurément ravi* ».

Le Conseil d'administration à l'origine est composé de huit membres de la communauté de Nancy. Il assume l'administration de la « Maison », secondée par une directrice qui « *assure à la fois la discipline et le bien-être des pensionnaires* ».

La « Maison » est dirigée suivant les principes généraux de la loi juive sous la haute autorité de M. le Grand Rabbín de Nancy. La nourriture est préparée suivant ces principes, « *elle est à la fois saine et rituelle comme il convient à des personnes âgées* ». Des services religieux sont célébrés les vendredis soirs, les samedis matins, et à l'occasion des fêtes par les soins d'un ministre officiant attaché à la Maison « *dans un coquet oratoire* ».

Si au départ la Maison n'est ouverte qu'aux personnes de la communauté juive, elle a admis au fil des années de plus en plus de personnes de toute confession religieuse, condition sine qua non pour « remplir » l'établissement. A l'admission une priorité est donnée à l'accueil des personnes de religion juive originaires de toute la France.

A l'ouverture du nouveau bâtiment en 1992, la population juive ne représente plus que 40% de la population accueillie. Aujourd'hui, l'établissement ne compte plus que 14 résidents israélites, soit un quart de la population accueillie.

La forte diminution du nombre de résidents issus de la communauté juive est liée semble-t-il à plusieurs facteurs :

- la pause démographique correspondant au déficit des classes creuses de 1914-18
- le génocide de la 2^{ème} guerre mondiale
- la diminution constante de la population juive sur Nancy,
- la politique de maintien à domicile et les possibilités de choix d'autres établissements

La maison de retraite Israélite, qui doit assurer un taux occupationnel maximal s'est donc ouverte à l'accueil de toute personne âgée quelle que soit sa religion, tout en gardant son empreinte confessionnelle et communautaire.

Lorsque j'ai pris la direction de cet établissement, il m'a été demandé de respecter l'attachement aux valeurs religieuses juives et de suivre un certain nombre de principes et d'activités. En voici quelques exemples :

- suivre les contraintes alimentaires juives toute l'année : interdiction d'introduire des produits carnés non Kascher, de mélanger sur un même repas des produits laitiers et carnés, utilisation de la vaisselle spécifique pour les fêtes ...
- de veiller au suivi du rituel lors du décès d'un résident membre de la communauté : au sein de l'établissement : la toilette mortuaire est réalisée exclusivement par des membres de la communauté...
- pas de symboles d'autres religions affichés au sein de l'établissement:
- Organiser les fêtes religieuses juives au sein de l'établissement sous l'autorité du Grand Rabbín : fête de Yom Kippour, Soukkoth, Hanoukka, Pessah...

Lorsque la nouvelle Maison a été construite en 1992, la communauté juive décide de construire au sous-sol de l'établissement un Mikvé, lieu de bain rituel pour les femmes et les hommes de la communauté. Un accès extérieur direct est prévu pour ne pas avoir à passer au sein de l'établissement. La communauté verse une subvention annuelle à la maison de retraite en échange de l'entretien du local et du règlement des charges (eau, électricité, chauffage). La gestion de l'établissement est ainsi directement impliquée dans des services qui dépendent de la communauté.

Un oratoire a également été construit au rez-de-chaussée de l'établissement attenant à la salle à manger, lieu de vie principal. Le Grand Rabbin de Nancy vient y célébrer les principales fêtes religieuses. Par contre aucun office hebdomadaire n'est plus assuré.

Tous les résidents peuvent assister aux célébrations religieuses et restent libres de pratiquer leur religion.

Le président m'a confié lors de ma prise de fonction que les familles de la communauté juive auraient un niveau d'exigence et de critique globalement plus élevé de par leur appartenance à cette même communauté. Cela s'est effectivement confirmé sans pour autant poser de difficultés majeures dans la gestion des sollicitations et attentes des familles.

Il est vrai aussi qu'au regard de l'histoire de la « Maison » et aussi des attentes des familles de la communauté juive, il n'allait pas de soi pour le Conseil d'administration de recruter une directrice n'appartenant pas à la communauté, par crainte pour l'établissement d'une perte d'identité juive.

Les familles des résidents n'appartenant pas à la communauté portent un intérêt certain aux fêtes religieuses juives célébrées dans l'établissement. Et par le partage quotidien des espaces collectifs comme par le biais des activités d'animation, les échanges sont riches entre tous les résidents et leurs familles quelles que soient les appartenances religieuses.

Aujourd'hui encore, le nom de l'établissement « Maison de retraite S. Bénichou ou Israélite » laisse supposer à beaucoup de familles sur l'agglomération nancéenne qu'il est réservé à l'accueil exclusif de personnes de religion juive.

1.2.3 Signature de la première convention : du diagnostic aux premiers engagements pour qualifier le personnel soignant et améliorer le cadre de vie

La première convention tripartite est signée avec le préfet et le président du Conseil général le 23 mai 2003. La Maison de retraite a fait partie du premier tiers des établissements de Meurthe et Moselle à s'engager sur le conventionnement. Au regard

des difficultés passées de la Maison, l'engagement rapide à signer une convention marque la volonté de l'association d'adapter la structure aux évolutions réglementaires et aux nouveaux besoins de soins des résidents. La signature d'une convention tripartite est aussi un moyen pour assurer la pérennité de la structure et revendiquer un établissement de qualité au service des personnes du « Grand Age ».

1.2.1.2 Etat des lieux

En 2003, alors que l'établissement assure en interne tous les services hôteliers (restauration et lingerie), il ne dispose d'un ratio d'encadrement que de 0.48 ETP par résident. Le ratio de personnel soignant qualifié (Aides soignants et infirmières) n'est que de 0.12 ETP. Il n'y a pas de médecin coordonnateur et une quarantaine de médecins traitants interviennent dans l'établissement. Le GMP est de 560, un niveau de dépendance sensiblement identique à la moyenne des établissements de Nancy, qui est alors de 546. La moyenne d'âge est de 86 ans. Une dizaine de résidents souffrent de démences avancées avec troubles de la déambulation, du comportement et nécessitent une assistance totale pour tous les actes de la vie quotidienne. Coupés des autres résidents, ils sont confinés du matin au soir au 2^{ème} étage de l'établissement dans un salon de 30m² situé à côté de l'infirmierie pour assurer leur surveillance.

Le temps infirmier n'est que de 2.25 ETP pour une population souffrant de diverses pathologies : Parkinson, diabète insulinodépendant, cardiopathies, problèmes vasculaires, suites d'accident vasculaire cérébral, cancers, démences, psychoses....

L'établissement a commencé à développer un projet d'animation et a embauché en 2002 une animatrice non diplômée dans le cadre des emplois jeunes.

En 2003, le bâtiment a onze ans, son architecture externe est attrayante. Cependant les espaces révèlent des malfaçons et des défauts, conséquences des choix et du manque de financement lors du projet de construction, comme par exemple les volets qui ne sont pas électrifiés. Un tiers des places est prévu en chambres doubles. Leur espace ne dépasse pas 18 à 20m² et pour les chambres individuelles 14 m². Les normes actuelles sont de 20m² pour des chambres individuelles. Les chambres sont pour la plupart équipées d'un lit médicalisé avec un appel malade mais disposent d'un mobilier vétuste datant de l'ancienne maison. Les salles de bain particulières ne sont équipées que d'un lavabo et d'un WC. Un espace bain collectif est disponible à chaque étage ainsi qu'une douche dans un espace très étroit avec un haut rebord à enjamber.

Les services de cuisine au sous-sol ont été sinistrés suite à des problèmes d'évacuation des égouts et des murs ont été déformés par l'avancée d'un terre-plein. L'établissement manque d'espaces de rangement non prévus lors de la construction.

En raison de la fragilité financière antérieure, l'entretien des espaces et la maintenance des installations techniques ont été négligés. Aucun espace n'a été repeint en 11 ans. Les murs sont abîmés, les peintures défraîchies, les couleurs ternes. Les mains courantes dans les étages sont inadaptées. Aucun investissement en mobilier n'a été réalisé.

La situation financière s'est améliorée depuis 1997. Mais le niveau d'endettement reste élevé, il représente 62% des capitaux permanents. La priorité a été au remboursement maximal des emprunts pour diminuer le niveau d'endettement. La trésorerie est insuffisante et l'établissement a recours à des lignes de crédit. La clôture de deux emprunts dans 3 ans ouvrira des perspectives d'investissement.

La signature de la convention tripartite doit permettre à l'Association de démontrer qu'elle a besoin de ressources humaines supplémentaires pour prendre en charge les résidents de façon conforme aux intentions législatives, de faire reconnaître ces besoins par les autorités de tarification, de négocier les modalités d'un calendrier de mise en place des ressources nouvelles. En effet la satisfaction de ces besoins supplémentaires conditionne directement la capacité de l'établissement à s'engager dans une réelle amélioration de la prise en charge.

1.2.1.3 Les objectifs conventionnels 2003-2007

Au regard de l'auto évaluation réalisée en 2002, de l'aggravation du niveau de dépendance des résidents, et du cahier des charges des conventions tripartites, les objectifs 2003-2007 sont axés principalement sur une qualification du personnel soignant et sur l'amélioration du cadre de vie.

Un médecin coordonnateur doit être embauché à 0.35 ETP. Son rôle est défini dans l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle. Il doit être titulaire d'un diplôme spécialisé de gériatrie ou de la capacité de gérontologie.

Le médecin coordonnateur est une nouvelle fonction dans les maisons de retraite, avec une mission de santé publique forte, celle d'améliorer la prise en charge gérontologique et de donner corps à un projet de soins adapté aux résidents en institution. Ce nouveau poste est d'autant plus crucial que le personnel soignant au sein de l'établissement est peu qualifié comme dans la majorité des maisons de retraite.

Les personnels recrutés sont majoritairement des personnels féminins, avec un niveau scolaire faible ayant quitté l'école entre 14 et 16 ans. Ils assument des tâches ménagères ou de maternage (ménage, linge, cuisine, aide à la toilette). Les seuls personnels qualifiés sont les infirmières et aides soignantes. On ne retrouve pas de professionnels de la filière éducative et sociale comme sur les établissements du secteur du handicap.

En 2003 l'établissement dispose de 6 ETP d'aides soignantes et de 7.71 ETP d'agent de soins exécutant les mêmes tâches que les aides soignantes. L'objectif fixé pour 2007 est d'atteindre 10 ETP de postes aides soignants et de réduire à 6 ETP le personnel soignant non qualifié. En ajoutant l'augmentation de 0.25 ETP d'infirmier prévue en 2004 et les 0.35 ETP médecin coordonnateur, l'établissement arrivera en 2007 à un ratio personnel soignant de 0,28 ETP et à un ratio général de 0.52 ETP en assurant en interne tous les services hôteliers.

Nous aborderons ultérieurement la question suivante : Est-ce que, au regard des besoins et attentes identifiés de façon claire et construite, ces ratios sont suffisants pour offrir un lieu de vie où la personne âgée fragilisée par l'âge et la maladie peut bénéficier d'un accompagnement adapté et de qualité ?

Les deux autres engagements de l'établissement pour améliorer la qualité des soins sont :

- de signer une convention de coopération avec l'hôpital gériatrique local
- de participer au réseau gérontologique local animé par des professionnels du Conseil Général.

Les points principaux pour l'amélioration du cadre de vie sont :

- la rénovation des chambres des 2^{ème} et 3^{ème} étage avec l'aménagement de placards
- la réfection en peinture des locaux communs du 1er et 2ème étage en peinture avec mains courantes adaptées, l'amélioration de l'espace de vie du salon du 2^{ème} étage
- la rénovation de la cuisine et du restaurant.

1.3 L'Ehpad aujourd'hui : Regards croisés des acteurs

En 2008, à l'aube du renouvellement de la convention tripartite, quelles sont les attentes, demandes et difficultés des acteurs de l'établissement : les résidents, leurs proches et les professionnels ?

1.3.1 Les résidents : entre besoins de soins et besoins sociaux

1.3.1.1 La population accueillie au sein de l'établissement:

L'âge moyen de tous les résidents accueillis en 2007, soit au total 90, est de 88 ans. La pyramide des âges est la suivante :

60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	90 à 99 ans	100 ans et +
2	13	43	28	4

- 83% des résidents ont plus de 80 ans, et 36% ont plus de 90 ans.
- 83% sont des femmes et 17% sont des hommes
- La durée de séjour en 2007 est de 36 mois soit 3 ans. Elle était de 38 mois en 2006. Un quart des résidents est présent depuis moins d'un an d'ancienneté et un tiers depuis plus de 5 ans d'ancienneté.
- 45 résidents vivent en chambre individuelle et 22 en chambres doubles.

L'évolution du GMP sur les 5 dernières années :

2003	2004	2005	2006	2007
611	731	644	684	688

On constate une augmentation significative du niveau de dépendance, avec une aggravation très marquée entre 2003 et 2004 pour un GMP qui se stabilise sur ces 2 dernières années à environ 680. Sur le plan départemental, le GMP des résidents en établissement est de 607 en 2006.

Répartition par Gir de tous les résidents accueillis en 2007

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
18	28	17	21	6	0

Plus de la moitié des résidents sont évalués en Gir 1 et 2. Leur niveau de dépendance est très élevé. Il requiert un accompagnement pour tous les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, élimination, transferts, alimentation...)

Le profil des résidents en 2007:

- 42 résidents souffrent de pathologies démentielles, dont 12 relèvent d'une prise en charge type unité de vie Alzheimer
- 45 résidents sont en fauteuil roulant dont 19 confinés au fauteuil ne peuvent se déplacer seul.
- 16 sont confinés au lit
- 43 sont totalement dépendants pour la toilette, habillage, déshabillage
- 51 souffrent d'incontinence urinaire et 40 d'une incontinence fécale
- 21 sont totalement dépendants pour se nourrir et s'hydrater
- 8 souffrent de pathologies psychiatriques nécessitant un suivi par des services spécialisés
- 12 résidents sont diabétiques dont 6 sont insulinodépendants
- 3 résidents sont porteurs d'une gastrotomie et 4 d'une colostomie.
- 12 sont sous anti-coagulants

Cette photographie partielle met bien en avant le niveau élevé de la perte d'autonomie des résidents et les pathologies lourdes dont souffrent les résidents accueillis au sein de l'établissement, nécessitant une surveillance médicale conséquente et des soins infirmiers quotidiens.

1.3.1.2 Les regards des résidents : Du renoncement aux attentes exprimées

En France, de nos jours, neuf personnes sur dix vivent à leur domicile jusqu'à 85 ans alors que la moitié des plus de 90 ans vivent en établissement. La moyenne d'âge d'entrée en établissement en 2007 est de 85 ans²⁶. On entre de plus en plus tard en établissement lorsque la dépendance s'installe trop lourdement. La moitié des résidents admis en 2007 sur l'Ehpad était âgée de plus de 90 ans.

Les résidents sont accueillis en maison de retraite, directement après une hospitalisation, après la perte d'un conjoint aidant, parce que les plans d'aide à domicile sont devenus insuffisants...

Ils ressentent beaucoup d'appréhension à l'idée d'entrer en structure. L'institution sera leur dernière demeure. Ils quittent définitivement « leur chez eux », ou le domicile de leurs enfants, presque toujours à contre cœur.

Rarement à l'initiative de la demande d'entrée en établissement, ils expriment presque toujours un sentiment lourd de résignation et subissent la décision de placement demandée par le corps médical et/ou par la famille.

Les résidents souffrent de pathologies invalidantes et ont beaucoup perdu la maîtrise sur leur environnement. Leurs pathologies les conduisent aussi parfois à nier leurs difficultés. Ils sont dépendants des personnels pour accomplir les actes de la vie courante. Ils ont développé pour certains des comportements de repli, conséquences possibles d'un isolement à domicile, d'une longue hospitalisation, de la perte progressive de leurs capacités et de souffrances physiques comme psychiques.

La confrontation au sein de l'établissement aux plus vieux et plus malades qu'eux peut leur être très pénible, miroir de leur prochain état. Parole d'une résidente : « *Je ne veux pas rester ici, il n'y a que des vieux!* ».

Les résidents sont placés dans une situation de grande fragilité et de dépendance à l'autre par la perte progressive et inexorable de leurs facultés sensorielles, motrices, physiques et psychiques. Leurs attentes à l'égard des personnels sont multiples et complexes.

²⁶ Sources INSEE et www.lesmaisonsderetraite.fr

Le résident s'inscrit dans le regard porté par l'autre, par le proche, par le soignant, par la lingère qui passe déposer le linge dans la chambre, l'agent de service qui dépose le plateau du petit déjeuner...

Le regard commun porté sur la vieillesse perçu comme exclusivement un processus de déclin, synonyme de perte et de handicap, a de vives répercussions sur l'estime de soi, sur les relations engagées par le personnel. Que dire de la remarque de ces résidentes : « *Pourquoi elle ne me dit pas toujours bonjour quand elle vient faire ma toilette !* », ou encore « *Je crois qu'elle ne veut pas me parler parce que je suis sourde...* »

C'est bien dans ce contexte que doit s'investir le personnel ; « *... promouvoir dans un contexte clos celui de l'établissement, un mécanisme substitutif aux différentes pertes* ». ²⁷

Le résident n'attend-il pas que l'on s'attarde sur son histoire de vie en s'attachant à ce qu'il peut vivre et non ce qu'il ne peut plus vivre ? Une parole de résidente, tirée de l'ouvrage « *Les chaos du vieillissement* » sous la direction de Michel PERSONNE confie « *A moi toute seule je suis une inter génération, j'ai tous les âges au-dedans de moi, je suis l'enfant que j'ai été et la personne âgée que je suis devenue* ».

Les résidents ont besoin de soins mais surtout que l'on prenne soin d'eux. Et prendre soin ne s'arrête pas à offrir une prestation de soin, sociale, hôtelière, mais à reconnaître le résident comme un sujet dans toute sa singularité.

Le résident a besoin qu'on l'aide à maintenir son autonomie, demande que l'on respecte sa dignité, son intimité, sa liberté.

Le matin une toilette en dix minutes n'est pas un temps suffisant pour répondre à ses attentes. Le résident préfère être accompagné aux toilettes plutôt que de porter une protection. Il demande à participer à sa toilette, qu'on l'aide à choisir ses vêtements et à s'habiller. Il sollicite qu'on lui prenne la main et qu'on lui consacre un peu le temps pour écouter ses angoisses de la nuit précédente ...

Les attentes des résidents se portent tout autant sur des besoins physiologiques, que relationnels et sociaux.

Quel sens peut-on donner encore à sa vie en collectivité en situation de grande vulnérabilité ? Comment ne pas perdre son identité sociale et ses dernières raisons de vivre ?

²⁷ « Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées », S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN, Edition ERES, Ramonville Ste Agne, 2004, p.8

Il faut également prendre en compte que tous les résidents ne peuvent pas toujours exprimer leurs attentes et que toute personne peut se substituer à elle pour le faire. De ce fait la liberté de la personne âgée est limitée. D'où la place primordiale à un questionnement éthique permanent au sein des EHPAD.

La réponse éthique est bien autour de la capacité de l'institution à concevoir et à décliner un projet de vie, centrée sur la personne âgée perçue comme sujet et pas comme objet. On peut en effet être OBJET de toutes sortes d'attentions, de soins, de mesures d'hygiène, sans pour autant être considéré comme ACTEUR, et surtout sans se percevoir soi même comme tel. Le projet doit avoir l'ambition d'être une chance pour le résident de vivre ce dernier chapitre de vie, d'en être acteur, en profitant d'activités sociales, culturelles, des liens entre les générations, en témoignant de la richesse de sa vie et de ses modes d'expression.

C'est bien dans cette perspective que l'on peut se mobiliser pour que l'établissement soit « un vecteur de chance » pour la personne âgée dépendante.

1.3.2 Positionnement des familles : représentations négatives, inquiétudes, et demandes

D'après un sondage de la F.H.F.²⁸ réalisée en mai 2007, 49% des français ont une mauvaise image des maisons de retraite. Les familles sont confrontées aux réalités suivantes :

- inquiétudes ou refus de leurs parents de quitter définitivement leur domicile
 - à l'insécurité à domicile générée par une grande dépendance, avec les limites des aides à domicile et leur coût financier
 - à des listes d'attente interminables pour accéder à une place en Ehpad : 86% des familles jugent les places insuffisantes
 - à des coûts élevés de prise en charge dépassant les revenus de leurs parents et nécessitant leur contribution : 96% des familles dénoncent des tarifs trop élevés.
- Le coût mensuel d'une maison de retraite est de 1 700€ en province et de 2 400€ en région parisienne. A la maison de retraite israéliite, le coût mensuel en janvier 2008 est de 1823€ pour une chambre individuelle.

²⁸ Enquête de la Fédération Hospitalière de France de mai 2007

Les représentations sur les établissements sont largement négatives: des maisons tristes, « *des mouiroirs* », manquant de personnel qui plus est insuffisamment formé et qualifié. La maison de retraite est perçue comme une anti-chambre de la mort de leur parent. Des reportages télévisés montrent des vieux abandonnés dans des institutions mal traitantes. L'Avvec²⁹ dénonce 300 établissements en France « *indignes* » (locaux vétustes, absence de projet...) et demande leur fermeture.

La première prise de contact des familles, familles parfois réduites à un seul membre et statistiquement la fille, est très chargée de sentiments d'inquiétudes, de culpabilité et d'attentes fortes pour que leur parent soit entouré dignement, se sente en sécurité dans un lieu confortable et chaleureux.

L'entrée en maison de retraite est un moment extrêmement complexe où l'on doit prendre en compte l'histoire du résident, décoder ses relations familiales, ses demandes et celles de ses proches.

Ainsi la nature des relations qui vont s'établir entre l'établissement, le résident et sa famille prend essentiellement sa source dans la capacité de l'institution à mesurer les enjeux lors de la visite de pré admission, de l'entrée et des premières semaines d'accueil. Il s'agit de comprendre le niveau d'implication ou de désengagement de la famille du résident. Car si l'entrée en établissement ne doit pas avoir pour conséquence de supprimer le lien affectif et social qu'elle avait auparavant, il ne s'agit pas non plus de lui faire jouer un rôle artificiel ou de créer un lien qui n'existe pas.

Au sein de la maison de retraite israélite, la présence quotidienne des familles est importante. Plusieurs facteurs favorisent cette présence :

- une proximité géographique des familles. Plus des 85% des résidents originaires de Nancy et de sa banlieue ont de la famille dans le secteur
- un investissement familial important des résidents de la communauté juive
- une place faite aux familles au sein de la maison de retraite (salons à disposition, possibilité de repas au sein de l'établissement, activités partagées avec les familles, taille conviviale de la structure...)

Rappelons le, l'âge moyen des résidents au sein de l'Ehpad est de 88 ans. Aussi, les enfants des résidents ont majoritairement entre 60 et 70 ans. Ils sont à la retraite, aspirent à profiter de leur temps libre. Ils sont aussi sollicités pour prendre en charge leurs petits

²⁹ Association Vivre et vieillir ensemble qui regroupe une association de directeurs de maisons de retraite (AD-PA) et une association de résidents et familles (FNAPAEF)

enfants. Ils rencontrent pour certains des problèmes de santé. D'autres se sont essouffés à maintenir leur parent dépendant le plus longtemps possible à domicile.

L'entrée en établissement modifie les rapports entre l'aidant familial, le conjoint(e), la fille, le fils, la nièce et le résident. Leur investissement dans la vie quotidienne disparaissant avec le placement, il est nécessaire pour eux de retrouver d'autres modes d'échanges et de relations.

Certaines familles se sentent tiraillées par leurs craintes d'imaginer leur parent délaissé, mal soigné. Ils reçoivent les reproches de leur parent ou conjoint qui les culpabilisent de ne pas accomplir leur devoir filial ou conjugal, de laisser à un tiers le soin de s'occuper de leur intimité. Il n'est pas rare de voir des résidents « manipuler » leurs enfants : en refusant des soins de la part du personnel, en envoyant « promener » leurs parents lors de visites, en proclamant que leurs enfants ne viennent jamais.

Que dire des difficultés des familles confrontées à leur parent souffrant de démences avancées qui ne les reconnaissent plus, qui ne communiquent plus et qui deviennent agressifs.

Les familles sont aussi aujourd'hui beaucoup plus exigeantes à l'égard de l'établissement, conséquences du développement d'une société consumériste et individualiste. Les rapports avec l'établissement peuvent s'apparenter à des relations de client en attente de services et de prestations. Le coût sans cesse plus élevé de l'hébergement en établissement n'est pas sans interférer non plus sur ce niveau d'exigence.

Le positionnement des familles et la place que l'on donnera à la famille au sein de l'établissement seront les révélateurs de la qualité des relations entre les familles, les résidents et le personnel de l'établissement.

Le personnel doit parfois gérer des demandes allant à l'encontre des principes établis au sein de la maison quant au respect des droits de la personne âgée. Par exemple, une fille exige que sa mère soit attachée en permanence sur son fauteuil roulant ou installée dans son lit avec les barrières pour éviter toute nouvelle chute. Une autre femme s'autorise à déshabiller son beau-frère pour vérifier que sa toilette intime a été faite correctement.

Quand une famille adopte une attitude de surprotection à l'égard de son parent, agresse verbalement le personnel, critique systématiquement la prise en charge, tous ces comportements sont l'expression de difficultés et révèlent une communication insuffisante entre l'institution et la famille. Il s'agit pourtant de permettre à chacun, à la famille comme au personnel de l'établissement de (re)trouver sa place auprès du résident.

Les familles sont des acteurs à part entière de la vie des résidents, à leur côté, au sein de l'établissement et doivent être associés au projet de vie. Nous entrevoyons les enjeux qui seront abordés en troisième partie :

- quel(s) rôles, quelle(s) place(s) les proches des résidents peuvent tenir dans la vie de l'établissement ?

- comment permettre aux familles de participer et de s'investir dans les projets concernant l'animation, les soins, la sécurité, l'amélioration du cadre de vie de leurs parents accueillis.

1.3.3 Les difficultés des professionnels:

Lorsque j'ai pris ma fonction de directrice dans cet Ehpad, après avoir travaillé dans le secteur des personnes handicapées, j'ai été frappée par le faible ratio d'encadrement et le bas niveau de qualification des personnels qui accompagnent une population particulièrement vulnérable affaiblie par l'âge et par des pathologies invalidantes.

- le ratio d'encadrement en 2003 était de 0.48 ETP par résident en assurant tous les services hôteliers en interne. Le ratio en 2008 est 0.55 ETP. Certes il est dans la moyenne des établissements de personnes âgées, mais rapporté au niveau de dépendance, il reste inférieur aux ratios préconisés en 2006 par le Plan Solidarité Grand Age.

- **Le personnel est largement féminin** : 4 hommes et 32 femmes

- **Le personnel est peu qualifié** : les qualifications sont au mieux de niveau 5 pour les personnels soignants et de service ainsi que pour les services techniques et de restauration. Seules les postes à l'administration et les postes infirmiers relèvent respectivement d'un niveau 4 et 3.

- **Le personnel est majoritairement fidélisé à l'établissement avec une ancienneté moyenne de 11 ans.** Un quart du personnel travaille pour l'établissement depuis plus de 20 ans et a connu l'ancienne maison. Cette ancienneté élevée est en lien avec le faible niveau de qualification, qui ne favorise pas les possibilités de changer de structure ou de fonction. Cette fidélité des personnels manifeste peut être un sentiment d'appartenance à l'établissement. Si l'ancienneté des personnels est une chance par l'expérience professionnelle développée et acquise au service de la personne âgée, elle peut aussi être un frein à accepter des évolutions organisationnelles et à s'ouvrir à de nouvelles pratiques professionnelles.

- **La pyramide des âges révèle un personnel âgé en moyenne de 44 ans**, avec un vieillissement accentué sur ces 5 dernières années non compensé par le recrutement de jeunes diplômées aides soignantes dans le cadre de la convention tripartite :

Age	18 à 29	30 à 39	40 à 49	+ de 50
Répartition				
Au 31/12/2007	12 %	40%	30%	18%

Les personnels âgés de plus de 50 ans sont majoritairement sans qualification. Ils sont peu motivés pour s'engager dans des formations qualifiantes.

- Des tensions et des rivalités s'expriment entre les équipes de l'établissement. Ils sont révélateurs de difficultés à communiquer, de tendances à fonctionner en service cloisonné, alors que les personnels interviennent sur des champs d'intervention communs. Les équipes s'interpellent sur l'organisation et la répartition des tâches « *Ce n'est pas à nous de faire les lits !* », « *On ne peut pas faire la chambre de M. X, sa toilette est faite trop tard !* », « *C'est à elle de porter le plateau repas dans la chambre* » ...

- Le personnel soignant de jour et de nuit est composé de personnel diplômé aides soignants et agents de soin (sans qualification), titulaire ou remplaçant ou en contrat aidé. Diplômés ou pas les personnels soignants effectuent les mêmes activités auprès des résidents. Les personnels non qualifiés sont plus anciens dans l'établissement et plus âgés que les personnels diplômés. Une concurrence entre ancienneté et qualification se manifeste et peut générer des difficultés : un manque de cohésion et de cohérence de l'équipe, des attitudes de retrait, de manque de confiance ou au contraire des comportements pour asseoir un ascendant sur l'autre salarié.

- La part du soin l'emporte sur « le prendre soin » : l'équipe soignante est confrontée à des soins d'hygiène répétitifs, physiquement et psychologiquement dans des temps trop courts avec des sollicitations permanentes de résidents pour qui l'attente chaque matin semble s'éterniser.

Les personnels soignants expriment leurs difficultés devant des prises en charge de plus en plus lourdes et complexifiées par une nécessaire approche médicale, psychologique et sociale. Ils accompagnent des résidents souffrant de maladies très invalidantes et douloureuses. (Parkinson, pathologies cancéreuses...). Ils se sentent bien démunis pour prendre en charge les résidents déments qui développent des comportements hors normes comme la fugue, le repli total, l'aphasie ou la logorrhée verbale, l'agressivité

physique et verbale. Ils sont en première ligne pour accompagner le résident en fin de vie. Ils se plaignent de ne pas être assez écoutés des médecins, ni assez formés et soutenus.

- Les interventions des salariés auprès des personnes âgées leur renvoient une image de leur exercice professionnel souvent dévalorisante et insatisfaisante. Ils enchaînent des toilettes, des changes, des aides alimentaires, dans des temps très courts, avec des gestes très techniques mais où l'espace relationnel est mis de côté. Un manque de disponibilité qui oblige le soignant à faire à la place et qui n'autorise donc qu'une prise en compte très réduite des possibilités d'autonomie du résident. Ainsi, par exemple, nombre de résidents continents à leur admission deviennent incontinents, parce qu'ils ne sont pas accompagnés régulièrement aux toilettes.

Il me semble flagrant que les regards négatifs portés sur la vieillesse, sur le « vieux dépendant », sur sa déchéance physique, psychique ajoutent une note dévalorisante aux métiers et aux professionnels centrés sur l'accompagnement de la personne âgée.

Comment ne plus entendre dans l'établissement « *Attend je vais faire Mme M. ...* » mais pouvoir donner du sens à ce que l'on fait et valoriser la mission de chaque personnel au service du résident accompagné sur sa dernière étape de vie.

On touche du doigt la préoccupation de développer au sein des Ehpad des pratiques professionnelles centrées sur la personne âgée en tant que sujet et citoyen, et non considérée comme une chose, un objet de soin.

Cette première partie a tenté de retracer en France et au sein de l'établissement que je dirige, l'évolution socio économique de la prise en charge de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, les exigences à développer un accompagnement de qualité avec les regards croisés de ces acteurs, résidents, familles et professionnels sur leurs difficultés et attentes actuelles.

Des locaux conformes et adaptés, des personnels en nombre suffisant et qualifiés sont indispensables pour offrir un lieu de vie et de soins de qualité aux résidents. Mais l'enjeu se situe aussi dans une exigence d'amélioration continue de la qualité, avec le développement d'une approche globale du résident, la valorisation d'une image dynamique de la personne âgée, la construction et l'ancrage dans nos établissements d'aujourd'hui et de demain d'un « savoir être » et « savoir faire » au service de la personne âgée-sujet fragilisée.

Comment la démarche d'amélioration continue de la qualité inscrite dans la réglementation peut devenir un vecteur de chance pour dynamiser, fédérer, qualifier une équipe au service du projet de vie global du résident ?

2 LA DEMARCHE QUALITE EN EHPAD, UN LEVIER POUR MOBILISER LES PERSONNELS ET CONSTRUIRE UNE ETHIQUE EN EHPAD

2.1 Les enjeux de la qualité en Ehpads :

La préoccupation de la qualité dans les Ehpads a pris racine avec la réforme de la tarification et la mise en œuvre des conventions tripartites. L'aggravation des pathologies et de la perte d'autonomie des personnes âgées accueillies nécessite un engagement fort de l'ensemble des personnels à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Car « *là où il y a de la fragilité, il y a de la responsabilité* » a écrit le philosophe Paul RICOEUR.

Et si, « *manager signifie conduire et construire* »³⁰, comment la démarche qualité représente cette opportunité de mobiliser et fédérer les professionnels d'un EHPAD autour du projet d'établissement, « *...porté par une autre philosophie et une autre culture, qui consiste à promouvoir un système permettant d'atteindre des objectifs de satisfaction globale, celle « du client » mais aussi celle de tout intervenant* »

2.1.1 De la réforme de la tarification à la loi du 2 janvier 2002-2 ou d'une réponse économique au vieillissement de la population aux fondements des droits des usagers :

La réforme de la tarification a posé au travers de son arrêté du 26 avril 1999 l'obligation pour les Ehpads d'assurer aux résidents et à leur entourage une prise en charge de qualité. Dans le cadre de la convention tripartite les signataires s'engagent dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, dans le respect des règles déontologiques et éthiques qui doivent être clairement identifiées. La qualité sera appréciée au regard de la satisfaction des résidents et de leurs familles et des actions menées pour aider la personne âgée à maintenir un degré d'autonomie sur un plan social, physique et psychique. La qualité sera aussi évaluée sur les capacités de l'établissement à qualifier et former son personnel et à s'inscrire dans un réseau gérontologique local.

³⁰ « Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées », S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN, Edition ERES, Ramonville Ste Agne, 2004, préface Jean-Paul Montagut, p. 8

Mais le premier objectif de la réforme de la tarification est de préciser le mode de calcul des tarifs en Ehpad qui a abouti au découpage de la prise en charge en trois tarifs financés par des sources différentes :

- *un tarif hébergement* reposant sur les prestations de type hôtelier (restauration, logement, entretien des locaux, du linge, chauffage, éclairage, animation...), totalement à la charge du résident ou réglé par le conseil général si le résident est à l'aide sociale et que l'établissement est habilité
- *un tarif dépendance* reposant sur les prestations liées à la dépendance du résident pour accomplir les actes de la vie quotidienne et qui ne sont pas prises en charge par le tarif soins. Ce tarif est financé par le Conseil Général au titre de l'A.P.A.. Un ticket modérateur reste à charge du résident
- *un tarif soins* recouvrant les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des pathologies des résidents accueillis. Ce tarif est financé par la sécurité sociale via la Ddass dans le cadre d'une tarification globale ou partielle

De fait, la tarification découpe donc en trois secteurs les activités mais aussi le financement des postes des personnels de l'établissement. A titre d'exemple, les postes aides soignants sont répartis à 70% sur le tarif soins et 30% sur le tarif dépendance. Un agent de soins de l'établissement, non diplômé mais effectuant les mêmes tâches qu'un aide soignant sera lui financé à 70% sur le tarif hébergement et 30% sur le tarif dépendance. Le poste animation est à charge, à 100%, des résidents. Pour autant l'animatrice effectue des activités relevant de la prise en charge de la dépendance. Dans ce contexte le risque est de ne pas se centrer sur les besoins en personnel mais sur les postes financés, et de renforcer un cloisonnement des services et des tâches des personnels en fonction d'une activité et non d'une approche globale du résident.

Il est donc plus que nécessaire pour répondre aux exigences de qualité de mettre en place un travail au sein de l'établissement autour d'une équipe pluri professionnelle, favorisant l'intégration de compétences différentes et complémentaires au service du projet individualisé du résident.

Si l'action sociale s'est toujours fixée comme objectif de redonner aux personnes autonomie et dignité, la loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale prend appui sur la reconnaissance des droits des usagers en réaffirmant l'orientation des politiques sociales. : « *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tout être humain avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux*

besoins de chacun d'entre eux ». ³¹De même dans le domaine sanitaire le code de la santé publique modifié par la loi Kouchner la loi du 4 mars 2002 inscrit toute une série d'articles relatifs aux droits des malades.

Il s'agit de restituer un statut à la personne. *« Elle n'est plus seulement un usager, voire un client, elle est surtout un sujet de droit et un sujet de vie. Entre l'administré, l'usager et le client, il y a la personne »* ³²

L'intention de la loi est d'affirmer et de promouvoir le droit des usagers. Pour cela elle a inscrit des droits fondamentaux : le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité, le droit et l'accès et à l'information, le droit au libre choix, le consentement et la participation aux décisions.

La loi a créé des outils à mettre en place dans les services et structures sociales et médico-sociales. Elle place la personne accompagnée, accueillie au cœur du projet, en tant que citoyen, sujet reconnu avec des droits et les devoirs sur lesquels reposent les principes de notre démocratie.

Avec le droit des usagers qui encadrent le niveau des exigences, avec le développement d'une société inscrite dans une logique de consommation de services, l'ère de la toute puissance des institutions s'est achevée. Ce qui était inimaginable il y a encore 20 ans en France se produit depuis quelques années ; des résidents et leurs représentants portent plainte contre des établissements pour maltraitances, négligences ou « mauvais services ».

Toute personne accueillie en Ehpad doit être appréhendée comme un sujet capable de volonté au-delà de sa vulnérabilité, au-delà de sa fragilité et de son état de dépendance, mais aussi comme un client à qui l'on doit contractuellement des prestations individualisées.

Cette évolution politique majeure instaure un nouvel équilibre entre les personnes accompagnées et les établissements. La personne âgée dite dépendante est placée dans une relation de réciprocité avec l'Ehpad. C'est ainsi que l'on peut s'engager à construire avec la personne accueillie une relation de service, qui reposera sur un nécessaire questionnement éthique, sur la singularité et la subjectivité d'une relation entre le professionnel et la personne âgée, entre l'établissement, le résident et ses proches.

³¹ Article L116 du Code de l'action Sociale et des Familles

³² . Raymond CHABROL « Entre dépendance et vulnérabilité, le travail social à l'épreuve des personnes », colloque du 22 septembre 2005, à l'IRTS de Nancy

Avant de développer l'approche qualité au sein de l'établissement, il me semble utile de se préoccuper de l'image sociale, culturelle et économique de la vieillesse qui n'est pas sans conséquence sur cette notion « de qualité » en Ehpad.

2.1.2 Les représentations culturelles, sociales et économiques de la vieillesse

En s'intéressant de plus près à l'histoire de la vieillesse dans le monde, on se rend compte qu'elle n'est vraiment pas idyllique. Le regard porté sur « les vieux » depuis la nuit des temps est plutôt sinistre voire repoussant. Certes, dans les sociétés agraires traditionnelles africaines ou indiennes, le vieux est un personnage respecté, écouté, qui détient et transmet des savoirs avec cette fameuse phrase attribuée à Amadou HAMPATÉ BÂ « *Un vieux qui meurt c'est une bibliothèque qui brûle* ». Mais en remontant le temps, chez les chasseurs cueilleurs nomades le vieillard était une charge encombrante. Chez les Inuits et les Aborigènes il est abandonné voire tué quand il devient une charge. Dans nos sociétés occidentales de l'Antiquité au Moyen âge à la Renaissance, le vieux n'est respecté que si il est riche. Les hospices du XIX^{ème} siècle furent longtemps des mouiroirs pour éviter aux vieillards de mourir seul. L'image au travers des textes reste négative. Le plus ancien texte remonte à l'Egypte, il y a 2500 ans, écrit par le poète PTAH-OTEP « *comme elle est pénible la fin d'un vieillard ! Il s'affaiblit chaque jour, sa vue baisse, ses oreilles deviennent sourdes, sa force décline, son cœur n'a plus de repos... tous ses os sont douloureux...* »³³

Chaque individu porte un regard sur la vieillesse qui repose sur son histoire personnelle, son origine culturelle, son éducation, ses expériences de vie. Ce regard s'inscrit aussi en fonction du regard sociétal qui évolue suivant les époques et le contexte social et économique. Les frontières de la vieillesse ont été modifiées avec des repères entre les générations bousculés. Il n'est pas rare, aujourd'hui, de retrouver à un concert « rock » un public composé de deux, voire trois générations, de voir un homme ou une femme de plus de 50 ans à la fois parent et grand parent.

De même les approches professionnelles structurent notre vision de la vieillesse. Il est certain que la représentation que l'on peut se faire d'une personne âgée dépendante ne sera pas la même selon qu'elle est abordée par un journaliste, un commerçant ou un soignant.

Le processus du vieillissement inexorable à chaque être humain est lié au temps qui s'écoule. Dans notre société occidentale, la vieillesse est terriblement associée à la perte

³³ Achille WEINBERG, « L'âge d'or des tempes grises », Revue Sciences Humaines, mai 2008, N° 193, p. 50

de rentabilité, d'efficacité, de compétitivité, de productivité, d'esthétique, qui ont pour conséquence une perte d'utilité économique et sociale. Notre société valorise la jeunesse, la rapidité, la beauté. Elle craint la maladie, la dégradation physique et psychique et plus encore la mort.

Pourtant, sur un plan économique, aujourd'hui « le jeune retraité », classé dans la catégorie du « 3^{ème} âge » bénéficie d'une considération certaine en France. Il dispose encore d'une bonne santé. Il est reconnu comme un consommateur actif. Il voyage et profite de nombreux loisirs. Il possède une résidence secondaire, achète des assurances, des contrats financiers. Il aide souvent financièrement ses enfants, accueille les petits enfants et s'occupe de ses parents.

Mais l'avancée en âge, l'allongement de l'espérance de vie provoque l'entrée dans le 4^{ème} âge et le glissement vers la perte d'autonomie. Le vieux devient alors consommateur non plus de services mais de soins coûteux et d'aides sociales pour assurer son quotidien. L'accompagnement du grand âge pèse sur notre équilibre budgétaire, d'autant quand il s'accompagne d'un vieillissement croissant de la population.

Des questions politiques se posent alors, centrées sur la capacité de la société à assumer les conséquences de la dépendance:

- la population active n'est déjà plus suffisante pour financer les retraites, comment peut-elle régler les coûts sanitaires et sociaux ?
- quelle répartition peut-on accepter entre solidarité nationale et assurances privées ?
- ne faudrait-il pas diminuer certaines prestations sociales et sanitaires trop coûteuses pour une population trop âgée?

Ce questionnement interroge évidemment l'approche médicale et sociale des personnes âgées dans notre société avec ses craintes de voir se profiler le débat « Doit-on vivre si vieux si on est malade, dément, dépendant ? ». Cette représentation négative renforce le développement des peurs chez les individus de devenir vieux, un poids inutile, à la charge de ses proches et de la société. Certains par crainte et rejet de la déchéance physique ou psychique choisissent le suicide, plutôt que de venir peupler les établissements de vieillards qui «*contemplant un monde qui ne les regarde plus* »³⁴

Car pour la personne âgée confrontée au vieillissement biologique inéluctable s'accompagnent des pertes successives, celle de sa place d'actif dans la société, la perte d'utilité sociale, la perte d'un conjoint, d'un frère..., la perte de capacités physiques,

³⁴ « Construire une éthique en établissements pour personnes âgées », B. LABOREL, R. VERCAUTEREN, Edition ERES, citation de M. THOMAS, p. 26

intellectuelles, psychiques... Ces pertes successives fragilisent l'individu qui a besoin pour s'adapter à ces changements, pour maintenir son autonomie le plus longtemps possible, de relations valorisantes et significatives de la part de son environnement familial ou institutionnel.

Les personnels dans les établissements sont confrontés à ce processus de vieillesse, de pertes successives. Ils sont appelés à prendre le relais sur les actes de la vie quotidienne pour des personnes âgées aux corps flétris, abîmés, usés, douloureux, miroir de leur état à venir.

Les personnes âgées interpellent les personnels sur leur devenir, leur mort prochaine. Ils leur demandent des réponses qui leur semblent impossibles, renvoyant chacun à ses représentations de la mort. Il s'agit alors de prendre le risque de la relation avec l'autre, cet autre que je suis aussi.

« Les vieux » utilisent souvent un langage nostalgique mais emprunt d'humour, pour ne pas rester seuls avec leurs angoisses, leurs attentes, avoir le sentiment d'exister, de transmettre, de recevoir. *« Les personnes âgées nous disent qu'elles savent notre impuissance à les guérir, à les empêcher de vieillir. Elles nous proposent une thérapie, ou plutôt un climat thérapeutique, dans lequel elles souhaitent être soignées : le climat d'une relation duelle ».*³⁵

Pour ne pas se perdre dans cet accompagnement des pertes successives, les personnels aux côtés des résidents doivent pouvoir donner sens à la relation au quotidien, accepter la finalité de la mort. Car l'Ehpad est un lieu de vie où l'on accompagne la personne âgée jusqu'au bout de sa vie.

2.1.3 Approche de la démarche qualité en Ehpad : une chance pour développer une approche globale et multidimensionnelle de la personne âgée accueillie

Nos politiques publiques de la vieillesse ont certes le souci de rationaliser les dépenses, on l'a vu avec le décret du 26 avril 1999, mais elles affirment aussi le principe du « *bien vieillir* » notamment en établissement. Elles ont posé les exigences de qualité des prestations et des modes d'accompagnement des personnes accueillies en structure.

³⁵ Sous la direction de Michel PERSONNE « Les chaos du vieillissement », chapitre « L'entrée en vieillesse : une nouvelle crise existentielle » JF COUDREUSE, p. 46

M. Philippe DUCALET, diplômé de l'IAE³⁶ Paris en management des entreprises et directeur général de l'APAJH³⁷ en Gironde pense que la qualité est d'abord une formidable opportunité de redécouvrir et promouvoir les valeurs fondatrices d'un établissement et de reposer auprès de l'ensemble des acteurs la question du sens de l'action.

La qualité ne se décrète pas. Elle doit poser avant tout le débat sur la personne accueillie, ses besoins, ses attentes. La qualité ne peut se passer de méthode, nous le verrons ensuite ; mais les référentiels, procédures et guides de bonnes pratiques, s'ils sont indispensables, ne sont que les outils de la qualité et non une finalité.

Le risque dans une démarche qualité est de se rattacher à la procédure, de « plaquer » des normes reconnues aux Ehpad ; alors que l'enjeu est de conduire la réflexion au sein de l'établissement pour produire la création de normes spécifiques, adaptées aux personnes accueillies et adoptées par l'ensemble de ses acteurs.

Car ce sont bien ses acteurs, résidents, familles, professionnels qui constituent la richesse d'un Ehpad. Et sa force repose sur les interactions entre ces acteurs et les compétences développées par leurs capacités de coopération et de créativité au service de la personne âgée.

Les perspectives d'une démarche qualité en tant que processus permanent sont une opportunité de conduire le changement sur un plan social, culturel et organisationnel :

a) Réinterroger les évidences qui servent de postulats aux pratiques professionnelles du quotidien. Quand on pose la question suivante à un professionnel « *Pourquoi faites vous comme cela ?* » la réponse « *Je ne sais pas, j'ai toujours fait comme ça !* » est-elle adaptée ?

b) Décloisonner les services, les équipes, rechercher la cohérence dans les champs d'intervention communs pour valoriser une approche globale de la personne âgée qui repose sur la complémentarité des ressources pluri professionnelles de l'établissement.

Car l'enjeu de la qualité n'est-il pas de globaliser l'accompagnement et d'adapter l'action au contexte de vie ? Comme l'écrit Edgar MORIN « *Nous sommes lucides pour séparer mais myopes pour relier* ». ³⁸ Nous pensons facilement détenir la connaissance d'une situation, savoir tout décoder d'un contexte, en s'appuyant sur

³⁶ Institut d'Administration des Entreprises

³⁷ Association Pour Adultes et jeunes Handicapés

³⁸ Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE « Penser la Qualité », citation d'Edgar Morin, p. 97.

nos références professionnelles. Dans un environnement technologique toujours plus pointu comme en médecine par exemple, avec des spécialités toujours plus nombreuses, il est parfois bien difficile de se recentrer ensuite sur le malade, ses ressources, son histoire de vie, perdu dans l'analyse de sa maladie et des protocoles de soins.

c) Conduire un questionnement éthique au sein de l'établissement : plus la personne accueillie est en situation de fragilité et de vulnérabilité, et c'est bien le cas des personnes âgées dépendantes, plus cette dimension devra être travaillée. La conduite éthique ne s'impose pas comme la morale qui définit ce qui est bien et mal, ce qui est autorisé et interdit par les codes. La posture éthique des professionnels doit interroger le sens de l'action et ses conséquences. Elle nous incite à nous poser la question des actions qui contribuent à l'autonomie, à l'épanouissement et à la valorisation de la personne âgée accueillie. Elle doit nous obliger à considérer la personne âgée dans sa spécificité, sa singularité et sa réciprocité.

Une démarche qualité repose sur cette recherche permanente de la meilleure adéquation des services aux besoins des personnes accueillies et la recherche d'actions adaptées à l'évolution des résidents et de leurs problématiques. Aussi je proposerai cette définition de Philippe DUCALET qui synthétise l'approche et sous tend l'enjeu d'une démarche qualité : « *La qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissement...) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio psycho social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain* »³⁹

La démarche qualité va donc s'appuyer sur les valeurs de l'Ehpad essentiellement des valeurs relevant du médical et du social et sur des représentations, celle de la personne âgée, personne sujet, celle de sa maladie, celle de la vision de sa dépendance. Si l'on veut améliorer les conditions de vie des personnes âgées accueillies, c'est bien en travaillant au développement d'une culture spécifique gérontologique, réunissant ces différentes approches professionnelles en Ehpad. On ne peut pas faire l'impasse sur la spécificité et la complexité des problématiques des personnes âgées en Ehpad.

³⁹ DUCALET P ; LAFORCADE M. « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales », 2004, 2^{ème} édition, SELI ARSLAN, p. 130

En effet, si la vieillesse n'est pas une maladie et l'Ehpad un lieu de vie ; pour autant, la maladie est omniprésente chez les résidents et nécessite que l'établissement soit aussi un lieu de soins.

L'objectif d'une démarche qualité telle que je l'appréhende dans ma responsabilité est de construire une approche globale et multidimensionnelle de la personne âgée en Ehpad. C'est développer une culture d'établissement avec une identité médico-sociale fondée sur des valeurs partagées par l'ensemble de ses professionnels. Appartenant au secteur médical ou social, à l'équipe de restauration, de lingerie, soignante ou d'animation, les professionnels doivent être guidés par l'objectif d'une relation de qualité au résident pour laquelle chacun doit se sentir concerné et impliqué.

L'enjeu est de pouvoir gérer les différences, en leur donnant sens, dans le but d'apporter la plus grande satisfaction au résident. Faire prendre conscience aux professionnels, qu'ils soient cuisiniers, lingères, aides soignantes, infirmières que leur apport n'est pas banal mais contribue à consolider des pratiques professionnelles basées sur une approche globale du résident.

La relation de service a écrit Andréas AGATHLOCLEOUS⁴⁰ est « *Un acte immatériel, non stockable, comme acte visant une transformation d'état. Il se fait en faveur de quelqu'un et les effets qu'il aura sur celui-ci sont incertains. La qualité du service est toujours une qualité espérée, anticipée. La réalisation de la prestation est le résultat d'un compromis entre plusieurs visions* ».

Et c'est bien au travers de la conduite d'une démarche qualité au sein de mon établissement, que j'ai mesuré la portée de cette réflexion.

2.2 Une démarche participative des professionnels au service d'une approche globale du sujet âgé

Si la qualité se construit par un travail sur les valeurs fondatrices d'un établissement par rapport à la population qu'il accueille, une démarche qualité ne peut se passer d'outils et de méthodes.

⁴⁰ Chargé de mission à l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, citation tirée d'une conférence de Philippe DUCALET sur la démarche qualité et l'évaluation interne, à l'IRTS de METZ en mars 2007

2.2.1 Le choix de la méthode au sein de la maison de retraite israélite : une démarche d'autoévaluation à partir du référentiel ANGÉLIQUE et de questionnaires de satisfaction

- La démarche qualité repose déjà sur un engagement de l'ensemble des acteurs de l'établissement et sur leur capacité à mener une réflexion critique de l'existant, c'est-à-dire leur capacité à réaliser une autoévaluation. Plusieurs référentiels ont été élaborés dans le secteur des personnes âgées, à commencer par l'outil dénommé Angélique⁴¹, construit par un groupe de travail en 1999 réunissant des représentants de l'Etat, des conseils Généraux, de la Cnam⁴² et de la Cnav⁴³ ainsi que des professionnels. Il permet d'évaluer les points forts et les points faibles de l'Ehpad afin de déterminer les améliorations à engager sur un plan pluri annuel d'une durée de 5 ans. Le référentiel décrypte l'ensemble du fonctionnement et de la vie au sein de l'établissement.

Le référentiel Angélique n'est pas imposé par le ministère, il est une référence dans le secteur. Il est antérieur à la loi 2002-2 mais a évolué depuis. Un établissement peut prendre pour base ce référentiel, le compléter ou l'adapter à sa situation et ainsi prendre en compte les évolutions.

L'outil se présente sous la forme d'un questionnaire portant sur 147 points répartis en quatre parties qui balayent l'ensemble des prestations et services sur l'établissement :

- Attentes et satisfaction des résidents et familles : accueil et admission, droits et libertés, restauration, vie sociale
- Réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins : maintien de l'autonomie, organisation des soins, aides et soins spécifiques, hôtellerie
- L'établissement et son environnement : Ouverture sur l'extérieur, sécurité et maintenance, projet institutionnel
- Démarche qualité

A chaque question, on répond par une cotation de type qualitatif avec 4 niveaux de réponse allant de « la structure répond totalement aux exigences du critère » à « la structure ne satisfait pas aux exigences » en passant par « répond en grande partie » ou « répond partiellement ». Sinon les réponses sont de type « oui » ou « non ».

⁴¹ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement

⁴² Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Une colonne « objectif » est positionnée sur chaque item pour que l'établissement y précise les délais et les moyens nécessaires dans le cadre de la convention tripartite. L'établissement reste libre d'ajouter d'autres critères ou indicateurs complémentaires.

Cette autoévaluation Angélique doit impliquer l'ensemble des acteurs de l'Ehpad : c'est-à-dire toutes les catégories de personnel, les résidents et leurs familles, les intervenants externes, les bénévoles, les administrateurs.

Pour la première convention tripartite, l'Ehpad a procédé en 2003 à une autoévaluation avec le support d'un questionnaire remis à l'ensemble des salariés. Il a été constitué un groupe de pilotage composé de représentants des personnels de chaque fonction. En raison des délais alors impartis pour préparer le dossier de conventionnement, l'autoévaluation ne s'est pas appuyée sur une participation des résidents et de leurs familles.

L'analyse des questionnaires auprès des salariés et des 147 items du référentiel Angélique par le groupe de pilotage a permis :

- de mieux appréhender auprès des salariés les représentations de la vieillesse comme les représentations de la qualité de vie pour la personne âgée
- de définir les thèmes prioritaires à travailler pour la période 2003-2007 avec pour objectifs de réaliser des protocoles concrétisant des pratiques existantes ou définissant de nouvelles pratiques

Les thèmes principaux identifiés à travailler par le groupe qualité de l'établissement étaient axés sur :

- les conditions de l'accueil et de l'admission du résident : modalités d'admission administrative, la généralisation d'une visite pluridisciplinaire de pré admission d'un résident, la réalisation d'une fiche « histoire de vie » pour chaque résident...
- la formalisation des protocoles d'hygiène et de soins : la procédure à suivre en cas d'hospitalisation, en cas de décès, le dossier de soins individualisé, la prévention des chutes, la prévention des escarres, les soins d'aide à la dépendance
- améliorer l'organisation des services de type hôtelier en particulier le service de restauration : rythme des repas, qualité et variété des menus, présentation des menus, repas festifs...
- la sécurité des personnes âgées

⁴³ Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

Nous aborderons ensuite comment sous l'impulsion du groupe démarche qualité l'établissement a travaillé ces thèmes sur ces quatre dernières années.

Fin 2007, dans le cadre de la préparation du renouvellement de notre convention tripartite, nous avons choisi d'organiser des enquêtes satisfaction à partir des thématiques du référentiel Angélique auprès des résidents, de leurs familles et des salariés. De même une nouvelle autoévaluation Angélique a été réalisée avec les représentants du groupe démarche qualité.

La méthodologie choisie permet à l'établissement d'établir une feuille de route et de s'inscrire dans une démarche continue de la qualité. L'enjeu est de savoir comment les professionnels de l'établissement peuvent s'approprier cet outil référencé pour définir ses propres processus, donner du sens aux actions du quotidien, interroger ses pratiques professionnelles et conduire le changement au service du bien-être du résident.

2.2.2 Les professionnels au cœur de la dynamique de changement : mobiliser et fédérer

A mon arrivée au sein de l'établissement, la démarche qualité venait de s'engager dans le cadre de la signature de la première convention tripartite. J'ai souhaité poursuivre la méthodologie engagée. J'ai rencontré l'ensemble des personnels pour expliquer la position de la direction valorisant l'intérêt d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Cette démarche repose sur un engagement de tous les salariés, s'appuie sur un travail collectif et se construit dans le temps.

La direction se doit de poser clairement le sens donné à la qualité des services attendus et de marquer sa préoccupation permanente et centrale du résident et de son bien être.

La qualité c'est une ambition à partager, celle de valoriser des relations réciproques et respectueuses dans un espace de vie, un espace de travail au service d'une population fragilisée par l'âge et la dépendance. Un travail sur la qualité c'est aussi pour le directeur l'opportunité de réinterroger la place de chaque professionnel dans les services, de motiver les personnels sur l'organisation du travail, de redéfinir les responsabilités et les modalités d'encadrement, de mobiliser les personnels sur une démarche participative et fédérative.

Pour conduire une réflexion collective sur l'amélioration continue de la qualité, la direction doit montrer sa volonté de veiller à reconnaître et valoriser les compétences de chaque personnel au service du projet de l'établissement.

J'anime depuis quatre ans le groupe de travail qualité composé d'un représentant de chaque fonction des personnels de l'établissement. Un cuisinier, une infirmière, un agent de service, une aide soignante de jour, une aide soignante de nuit, une lingère, l'animatrice, le responsable technique, la cadre administrative, sont réunis toutes les 6 semaines sous la conduite de la directrice. Le groupe de travail qualité s'est fixé chaque année les priorités des thématiques à aborder à partir de l'auto évaluation de 2003, ainsi qu'à partir des points soulevés par le Conseil de la Vie Sociale, les représentants du personnel ou par le groupe de travail interne sur les risques professionnels.

Ce travail favorise la connaissance et la communication des personnels sur chaque métier, fonction, activités et tâches qui en découlent. C'est le lieu où se confrontent les valeurs des uns et des autres. Le lieu où l'on peut mieux appréhender la participation à un objectif commun, être au service de la personne âgée accueillie. Qui fait quoi, pour qui et avec qui, pourquoi ?

A partir d'une problématique spécifique à l'établissement, par exemple, la qualité des repas, l'équipe pluri professionnelle identifie les compétences, « les savoirs faire », « les savoirs être » à mettre en œuvre auprès des résidents. C'est ainsi qu'elle rappelle à l'ensemble des personnels l'importance de la participation de chaque métier à l'élaboration et à l'organisation des actions au sein de l'établissement.

C'est aussi à travers ces échanges et réflexions que les professionnels découvrent les difficultés comme les intérêts à construire un travail d'équipe, dans lequel sont testés et élaborés des procédures et des référentiels propres à l'Ehpad.

Le groupe a rédigé des procédures et des protocoles entre 2003 et 2007 portant sur :

- les enjeux de l'accueil et de l'admission du nouveau résident
- les conduites à tenir en cas d'hospitalisation, en cas de décès
- la qualité de l'accompagnement de fin de vie
- la qualité des soins d'hygiène et médicaux
- un projet d'animation centré sur les résidents les plus dépendants
- la prise en charge globale des personnes désorientées et souffrant de démences avancées
- la qualité des prestations de restauration
- l'amélioration du service et des conditions de travail de la lingerie

Les échanges pluriprofessionnels ont conduit chaque représentant du groupe :

- à mieux appréhender les différentes réalités et contraintes de l'organisation
- à mieux cerner les activités et tâches de chaque corps de métier
- à interroger les conditions de travail
- à développer une approche plus globale de la prise en charge du résident
- à partager des diagnostics, à rechercher des solutions et à évaluer les propositions

En effet, une équipe pluri professionnelle n'est pas la simple juxtaposition de différents métiers. Comme un orchestre interprétant une symphonie, la cohérence de l'ensemble conduit à considérer le résident dans toute sa complexité.

Ces échanges s'appuient sur le vécu des professionnels, sur leurs systèmes de valeurs qu'elles soient éducatives, culturelles, religieuses, sociales, médicales..., sur le sentiment d'appartenance ou pas à un projet commun, sur l'image positive ou négative de leur fonction.

Les travaux du groupe démarche qualité concourent fortement à produire et à alimenter une dynamique collective, créatrice de nouveaux modes d'organisation, choisis et construits en équipe. Les représentants du groupe de travail qualité sont responsabilisés et se sentent porteurs des changements à opérer au sein de l'établissement.

Ils contribuent à ce que l'ensemble des personnels s'approprie les procédures actées et nouvelles pratiques professionnelles.

Michel CROZIER, sociologue, a écrit : *« Quelque bonne solution que nous soyons éventuellement capables de démontrer, elle ne peut avoir d'effet que si les gens auxquels elles doit s'appliquer l'intériorisent ou s'en inventent une autre en refaisant eux-mêmes le chemin qui y conduit »*⁴⁴

Mettre en place de nouvelles procédures, modifier l'organisation des activités, la répartition des tâches ne peut s'opérer sans que les personnels soient convaincus de l'intérêt et de la légitimité de ces changements. Apprendre de nouvelles manières de faire, accepter de nouvelles règles ne peut aboutir sans que *« Les acteurs n'acceptent les changements imposés que dans la mesure où ils en comprennent la logique, où ces changements permettent de donner un sens à leur travail et où ils peuvent en partie les négocier et les modifier. »*⁴⁵

⁴⁴Jean Louis DESHAIES « Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale », Edition DUNOD, p. 206 Citation de Michel CROZIER tiré de « La crise de l'intelligence : essai sur l'impuissance des élites à se réformer » Paris, Inter Editions, 1995

Evidemment, les changements ne peuvent s'opérer qu'avec la seule bonne volonté des représentants du groupe. Mais l'implication des représentants du groupe aide à fédérer l'ensemble des professionnels, qui réagissent aux propositions et solutions proposées par le groupe.

C'est ensuite un travail d'accompagnement quotidien sur le terrain pour mettre en œuvre les nouvelles procédures, évaluer leur pertinence au service du résident, les ajuster ou les modifier. Il est nécessaire que les représentants du groupe soient reconnus par leurs pairs. Cette légitimité dans l'établissement s'appuie sur la réalité des services et le vécu des personnels.

Les interactions multiples entre les professionnels favorisent une intelligence collective, issue de la synergie créée par la collaboration et le partage des représentations autour des pratiques professionnelles. Cette démarche participative aide à construire des rapports moins individualistes et moins cloisonnés pour développer progressivement des rapports plus solidaires et confiants entre les équipes et les personnels. « Les démarches de participation permettent l'expression des ressources et la mise en synergie des compétences pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs »⁴⁶

La qualité ne peut avancer sans les professionnels, des professionnels qui pourront trouver du plaisir et de la satisfaction à améliorer le service rendu, éprouver de la fierté d'appartenir à un établissement reconnu pour sa compétence. Ainsi, le travail sur la qualité est un levier formidable pour mobiliser et fédérer une équipe pluri professionnelle et favoriser l'émergence d'une compétence collective au service du résident.

2.2.3 Construire un travail inter culturel au service d'une approche globale du résident

Les résidents, nous l'avons vu précédemment, sont rarement demandeurs d'une entrée en EHPAD. Le choix est accepté par défaut. Le résident arrive au sein de l'établissement en situation de fragilité, de perte, de rupture avec son environnement familial. Si le vieillissement, rappelons le, n'est pas en soi une maladie ni un handicap, « être vieux » est aussi porteur de fragilité tant au niveau de la santé, qu'au niveau social,

⁴⁵ Philippe BERNOUX « Sociologie du changement », Edition le Seuil, Septembre 2004, p.11

⁴⁶ Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales », Editions SELI ARSLAN, 2004, p. 206

psychologique et économique. Les attentes multiples du résident nécessitent donc une approche globale, qui ne se limite pas aux seules pathologies ou déficiences dont il est porteur.

La démarche qualité initiée dans l'établissement permet de construire au quotidien un travail pluriculturel et pluri professionnel. L'EHPAD établissement médico-social est porteur de plusieurs cultures :

- une culture administrative
- une culture sociale
- une culture médicale

Ces trois référentiels culturels doivent produire ensemble pour mieux entrer en interaction, et viser le bien-être du résident au sein de l'établissement. La finalité de l'Ehpad confronté à cette triple culture professionnelle est la satisfaction de la personne âgée accueillie. L'établissement doit chercher à apporter des réponses à la complexité du résident confronté au collectif constitué par les personnels, les résidents, les familles et les bénévoles. *« Il s'agit donc de trouver un intérêt commun à l'ensemble de ces groupes, de ces « collectifs » isolables dans leurs rapports, seulement « unis » par l'affectif (les familles), le travail (les personnels) ou encore l'âge et les dépendances (les résidents) »⁴⁷*

La force d'une démarche continue d'amélioration de la qualité engagée au sein de l'établissement est justement de valoriser un travail interculturel et de faire prendre conscience à l'ensemble des personnels, quelle que soit leur fonction, de l'importance de leur contribution à la prise en compte des besoins et des attentes du résident. Un agent de service qui apporte le plateau petit déjeuner au résident dans sa chambre peut-il se contenter de le déposer puisque sa fonction n'est pas de prendre en charge directement le résident ? Un travail en équipe sur la qualité du service attendu par le résident aide à dépasser les références aux tâches à effectuer pour se centrer sur des missions à exercer auprès du résident. L'agent de service ne va plus se contenter alors de servir ou desservir un plateau mais va s'intéresser au résident, en le saluant, en ouvrant les volets si il le souhaite, en veillant à son confort pour prendre son petit déjeuner, en demandant de l'aide à un soignant pour l'installer en toute sécurité, en signalant que le résident n'a pas pris son repas lorsqu'elle débarrasse le plateau ...

⁴⁷ Sous la coordination de Michel PERSONNE « L'institution : vecteur de chance pour la personne vieillissante », Editions MF, 2007, Paris, p. 29

En Ehpad, le travail des personnels majoritairement peu qualifiés (diplômes de niveau 4 ou 5) est synonyme de tâches répétitives, fatigantes, peu valorisées. La référence à une mission responsabilise et conduit à une notion de projet. Les personnels impliqués par la démarche qualité participent alors à un projet commun et donnent sens au processus permanent illustré par la roue de DEMING :

- vérifier, évaluer, analyser
- décider, améliorer
- planifier, préparer, définir
- faire, mettre en œuvre.

Ce processus constitue un véritable outil de management dans lequel chaque personnel quelle que soit sa qualification, devient un acteur. L'intelligence collective contribue à construire une meilleure reconnaissance des personnes accueillies comme une meilleure reconnaissance de compétences et qualités professionnelles.

Cette démarche accompagnée et managée par le directeur de l'établissement soutient que la gérontologie constitue un véritable métier au carrefour de plusieurs fonctions sociales, médicales, techniques, administratives. Elle donne du sens aux actions menées, recherche la cohérence d'équipe sur la base d'un projet collectif, valorise des pratiques choisies et adoptées par les personnels, mieux adaptées aux attentes des résidents.

Si on peut dire que la culture provoque un mécanisme humain qui relie les individus ou les groupes entre eux, par une codification, « *un véritable référentiel de sens* »⁴⁸ ; il semble, que l'apport majeur de la qualité, est de pouvoir créer au sein de l'établissement une culture de synthèse. Celle ci devient l'enjeu de la satisfaction des attentes du résident dont la priorité est de lui permettre de garder une autonomie décisionnelle.

Cette approche interculturelle, pluri et interprofessionnelle alimentée par la démarche continue de la qualité favorise une évolution des pratiques professionnelles.

Pourtant, comment convaincre et conduire ces changements autour de nouvelles pratiques professionnelles, nouveaux modes d'organisation alors même que le résident sujet de notre mobilisation n'est que de passage dans l'établissement (la moyenne de séjour est de 36 mois dans notre Ehpad), que les bouleversements vont générer des difficultés pour les résidents habitués à une organisation, ou encore que le personnel

⁴⁸ « Contre l'anti-culturalisme primaire », Revue française de gestion, novembre décembre 2002, Eres, Toulouse, extrait de citation de Philippe d'IRIBARNE reprise dans « Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées », S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN, Eres, 2004, Ramonville Ste Agne, p. 127

fidélisé voit dans tout changement des risques liés à des pertes de repères, de rythmes, à l'apport de nouvelles contraintes...

C'est bien une approche holistique du résident porté par une démarche qualité qui nous aide à construire de nouvelles représentations des résidents, et qui nous conduit à développer de nouvelles pratiques et modes d'accompagnement au sein de l'établissement, que nous allons aborder maintenant.

2.3 Vers de nouvelles représentations « des sujets âgés » en Ehpad

La démarche qualité nous permet de nous interroger sur la possibilité d'introduire dans les pratiques des conceptions qui dépassent le rapport à une référence unique, médicale, sociale, psychologique, administrative pour évoluer vers des mécanismes interculturels et interprofessionnels.

2.3.1 L'accueil pluriprofessionnel du résident et de sa famille :

2.3.1.1 Mobiliser une équipe autour du nouveau résident :

L'entrée en Ehpad pour la personne âgée en perte d'autonomie constitue une rupture dans sa vie. La personne âgée quitte définitivement son domicile. Un changement de domicile est toujours un événement difficile pour tout à chacun. On quitte les murs de son « chez soi » investis de tant de souvenirs et d'affects. Que dire de la personne âgée qui vit « un déménagement » dans un lieu souvent non choisi, en provenance directe de l'hôpital ? Cette maison de retraite qui représente la vieillesse, la mort hors de son domicile, avec des rythmes imposés. Et plus le niveau de dépendance du résident est élevé, moins il a été associé au projet d'admission au sein de l'établissement.

Les enjeux lors de l'accueil et des premières semaines d'intégration du résident sont donc cruciaux.

L'entrée en institution est un passage très complexe où se mêlent pour le résident et ses proches des sentiments, des émotions, des conflits psychiques qui doivent être pris en compte. L'enjeu est de taille pour le résident, lui permettre de s'approprier son nouveau lieu de vie.

L'accueil et l'intégration du nouveau résident impliquent l'ensemble des acteurs de l'établissement. Ces dimensions avec leurs enjeux pour le résident ont donc été les premiers à être travaillées par les représentants du groupe démarche qualité de l'établissement.

La fonction, la compétence de chaque catégorie professionnelle doivent permettre d'évaluer les enjeux lors de l'admission d'un résident pour aider ce dernier à s'intégrer et à investir son nouveau lieu de vie.

Ce travail pluriprofessionnel a favorisé et renforcé l'approche globale du résident dans ses dimensions complexes tant psychologiques que sociales ou médicales. Les questions se sont centrées sur ce que peut attendre un nouveau résident, sur ses besoins, et sur la définition des « services » à apporter par l'institution pour satisfaire celui que l'on peut aussi appeler « client ».

Ce travail pluriprofessionnel basé sur des échanges étalés sur plusieurs réunions a abouti à la rédaction de procédures reprenant l'ensemble des points qui doivent être traités lors de l'admission d'un nouveau résident : le rôle et la place de chacun, les modalités d'organisation pour optimiser les conditions d'accueil et d'intégration du résident.

L'accueil mobilise tous les professionnels et services de l'établissement : la direction, le service administratif, l'équipe de restauration et de service, l'équipe soignante de jour et de nuit, le service lingerie, d'animation, le service technique.

Ce travail fixe le niveau d'exigence de l'établissement vis-à-vis de ses professionnels qui ont la responsabilité d'offrir à une population accueillie des services de qualité.

Pour que la démarche soit largement participative, les représentants du groupe qualité ont été chargés entre deux rencontres d'échanger avec leurs collègues sur les modalités possibles d'organisation lors de l'accueil et de l'intégration du résident et de rédiger en équipe les bases de l'engagement de chaque équipe.

Les procédures et fiches pédagogiques ou techniques rédigées sous la conduite de la direction sont spécifiques à l'établissement et ont été présentées à l'ensemble des acteurs de l'établissement au travers des instances du Conseil d'Administration, du Conseil de la Vie Sociale et des représentants du personnel.

La richesse de cette approche qualité pluriprofessionnelle est avant tout de mobiliser l'ensemble des professionnels sur les enjeux et difficultés des résidents à l'arrivée dans l'établissement et de construire des compétences et qualités attendues pour mieux répondre aux attentes et besoins des futurs résidents.

Mesurer que chaque professionnel qui déroule « sa partition » participe à accueillir, à rassurer le résident, l'aide à déculpabiliser ses proches, accompagne le résident et sa famille pour leur permettre de trouver leur place au sein de l'institution.

2.3.1.2 Des modalités d'admission au service d'un regard plus dynamique sur le nouveau résident

Les familles se substituent souvent à leur parent lors de la première visite de l'Ehpad. Nous insistons pour que le futur résident puisse lui aussi visiter la structure avant son admission. Il s'agit d'accompagner le résident dans son choix d'intégrer une vie en institution.

- Cette première visite encadrée par la directrice et le médecin coordonnateur est l'occasion d'un premier accueil essentiel pour aborder avec le résident et ses proches le futur lieu de vie. Dans l'attente d'une place, il peut être proposé au résident de passer seul ou avec un proche, quelques journées ou quelques heures dans l'établissement dans le cadre d'une animation, d'un repas pour se familiariser avec l'établissement et démystifier l'arrivée future dans un endroit inconnu.

- Pour mieux se centrer sur l'identité du résident, un outil « Fichier de vie » a été validé. Ce fichier reprend des informations diverses sur la connaissance du résident, de son histoire familiale, de ses habitudes de vie, de ses centres d'intérêts... Les informations sont recueillies auprès du résident, de ses proches ou des professionnels l'ayant auparavant accompagné. Ce fichier est l'outil qui aide chaque professionnel à mieux aborder le résident dans son individualité et sa complexité, à mieux l'appréhender dans son histoire de vie.

- De même, le jour de l'admission, les rôles des personnels sont formalisés auprès du résident et de sa famille. Un entretien est assuré par la direction avec le résident et ses proches pour reprendre toutes les questions autour du contrat de séjour, faire exprimer les inquiétudes, les questions, les attentes du résident et de sa famille. Ensuite, deux référents de l'équipe de service et de l'équipe soignante accompagnent le résident et son parent, dans la chambre. Ils se préoccupent de son installation tout au long de cette première après-midi et assurent le lien avec l'équipe de nuit.

- Le nouveau résident est l'objet de toutes les attentions pendant la première journée. Il faut que cette situation s'inscrive dans la durée. C'est la raison pour laquelle, les équipes aujourd'hui, dans le cadre du nouveau projet de vie, travaillent à une grille de recueil d'informations pour évaluer l'intégration du résident dans les premières semaines passées au sein de l'établissement.

L'entrée en établissement comporte des enjeux éthiques. Poser la question de la place du futur résident dans sa décision d'entrer en Ehpad est essentiel pour redonner à la personne âgée, malade, en situation de dépendance, son statut de sujet. Ce travail pluri professionnel est un des éléments essentiels de l'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'intégration des résidents au sein de notre établissement.

2.3.2 Décloisonner la prise en charge des résidents les plus dépendants:

Fin 2006, le groupe démarche qualité engage une réflexion sur la prise en charge des résidents les plus dépendants de l'établissement, confinés toute la journée dans un salon au 2^{ème} étage à côté de l'infirmerie. Ces résidents souffrent de pathologies démentielles avancées ou de pathologies physiques nécessitant une surveillance médicale accrue. Les constats suivants sont le reflet des tensions permanentes des personnels de l'établissement, entre les obligations pour assurer la sécurité des résidents, respecter leur dignité, et soutenir leur autonomie.

- augmentation croissante de résidents dépendants sur le plan psychique avec des comportements de déambulation et de résidents porteurs de pathologies médicales lourdes et multiples (résidents avec des gastrotomies, problèmes de déglutition, maladies de Parkinson...)
- l'espace du salon est insuffisant pour accueillir confortablement plus de 10 résidents. Pourtant une quinzaine de résidents y sont installés en permanence
- les résidents confinés dans ce salon sont privés des relations avec l'ensemble des résidents et des activités de l'établissement.
- cette prise en charge ne permet pas de maintenir les acquis des résidents, de favoriser une vie sociale, de lutter contre le repli sur soi et l'isolement induit par des pathologies évolutives.
- Ce confinement des résidents très dépendants au 2^{ème} étage s'est créé au fil des années. Il s'agit d'assurer une plus grande surveillance et sécurité de ces résidents. L'autre raison est aussi de vouloir épargner, protéger les autres résidents d'une confrontation avec les personnes démentes qui génère des attitudes de rejet et de peur.
- Cet isolement des résidents les plus fragiles a renforcé une représentation particulièrement négative de la dépendance et des pathologies démentielles. auprès de tous les acteurs de l'établissement. Les résidents craignent « de finir » au 2^{ème}. Les familles angoissent à l'idée que leur parent « termine » sa vie au 2^{ème} étage et refusent des chambres à cet étage. Les personnels portent des regards négatifs sur le travail auprès de ces résidents, qu'ils décrivent comme des

individus absents, qui ne demandent plus rien. Des résidents que l'on n'hésite pas à poser « en rang d'oignons » devant les ascenseurs pendant le nettoyage du salon.

- les personnels soignants assurent les aides alimentaires des résidents au salon du 2^{ème} étage. De ce fait, un seul soignant est présent dans la salle à manger commune de l'établissement pour plus de 50 résidents. Ce fonctionnement renforce des pratiques cloisonnées des soignants centrées sur les soins, coupées des autres services. Ils limitent aussi les échanges avec les résidents et les familles dans le lieu de vie principal du rez-de-chaussée.
- les aides aux repas sont délivrées dans des conditions inconfortables tant pour les résidents que pour les soignants et ne privilégient pas les échanges avec les résidents. (aides soignantes debout ou assises en biais pour donner à manger)
- la participation récente des résidents très dépendants à des fêtes organisées dans l'établissement, à des sorties dans le cadre du projet d'animation conforte les personnels soignants à s'interroger pour développer une prise en charge plus adaptée.

Le groupe démarche qualité pose alors l'objectif à atteindre sur une année de décroquer la prise en charge des résidents les plus dépendants et de construire un projet de vie répondant à leurs besoins de surveillance, d'échanges, de stimulation et de repos. Cet objectif doit être partagé avec tous les acteurs de l'établissement. Il nécessite en premier lieu de communiquer sur les valeurs de l'Ehpad : le respect et la dignité, la tolérance et la solidarité sont à garantir au sein d'une structure accueillant des personnes âgées aux besoins, désirs et attentes multiples.

Les étapes du projet sont les suivantes :

- les équipes soignantes, de restauration et de service élaborent des scénarios à partir de la condition suivante : réunir tous les résidents dans la salle à manger du rez-de-chaussée pour les repas
- analyse des scénarios par les représentants du groupe démarche qualité. Délai 6 mois
- choix et communication sur le projet auprès des instances de l'établissement, des résidents et de l'ensemble du personnel
- expérimentation et réalisation du projet en fonction des investissements et aménagements à réaliser sur le second semestre.

Aujourd'hui tous les résidents prennent leur repas dans l'espace « Stanislas » du rez-de-chaussée. La salle à manger a été agrandie en réduisant l'oratoire. Un espace repas pour les personnes en fauteuil « coque » a été aménagé avec le choix de 4 tables ergonomiques conçues au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée. Les salons de chaque étage sont rénovés et ont été réaménagés avec des fonctions spécifiques à chacun :

- un salon réservé aux activités d'animation avec un espace informatique pour les résidents
- un salon de détente réservé aux échanges avec les familles. Une résidente y a installé son piano. Les familles peuvent l'utiliser pour y fêter des événements
- un salon de repos pour des résidents qui ont besoin de calme

L'expérimentation a pu se dérouler en profitant des travaux de rénovation de peinture dans les salons et ainsi démontrer que ce changement majeur est non seulement des plus réalistes mais apporte beaucoup plus de satisfactions que d'inconvénients.

Les craintes des personnels de voir, des résidents et certaines familles manifester des attitudes d'intolérance à l'égard des résidents plus dépendants et souffrant de démences, ne se sont pas avérées.

Bien sûr les phases de transition et d'adaptation à la nouvelle organisation n'ont pas été simples et ont suscité des réactions, des tensions de la part des professionnels comme des résidents. Pour autant, les avantages de ce nouveau projet de vie des résidents les plus dépendants ont rapidement pris le dessus. Les résidents souffrant de démences avancées se sont intégrés. Ils disposent d'un espace dans lequel ils peuvent se déplacer en sécurité et leur participation à la vie de l'établissement dans son quotidien contribue à maintenir leur autonomie. Il est surprenant de constater la modification de certains comportements. Des résidents auparavant agités sont plus calmes et participent à des activités. Le personnel de service comme le personnel soignant est « mutualisé » en salle à manger pour rendre un service plus adapté et individualisé aux résidents.

En quelques mois la représentation négative portée sur les résidents du deuxième étage s'est effacée en même temps que les murs des chambres et des couloirs du second étage offraient de nouvelles couleurs.

La réussite de ce projet tient par un investissement fort de l'ensemble des personnels. Selon Michel CROZIER « *pour réussir un changement, il ne s'agit pas de décider d'une nouvelle structure, d'une nouvelle technique ou d'une nouvelle méthode, mais bien de lancer un processus qui implique « actions et réactions, négociation et coopération » dans lequel une grande partie des acteurs s'approprie la démarche.* »⁴⁹

Ces deux exemples non exhaustifs du travail mené dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement illustrent la dynamique de changement portée par les personnels qui favorisent de nouveaux regards sur les personnes âgées accueillies.

Cette démarche fédère l'ensemble des acteurs de l'établissement. Elle valorise une approche dynamique du résident au-delà de ses problématiques de dépendance. Le rôle du directeur dans cette démarche est de mobiliser le plus grand nombre de personnels, de les associer pour faire émerger de nouvelles pratiques plus adaptées aux attentes et besoins des résidents.

L'enjeu est celui de lever les résistances au changement, de faire évoluer les normes sociales de l'établissement pour développer un langage commun autour de la préoccupation permanente du bien être du résident.

Dans cette démarche il est aussi question de mettre en commun les compétences des personnels mobilisés et responsabilisés par leurs propositions et leur participation au projet de d'établissement. Sous l'angle d'un management participatif, le directeur inscrit sa volonté auprès des équipes pour faire évoluer les pratiques professionnelles, axées sur un engagement éthique et des valeurs pour soutenir et activer une relation humaine de service.

La troisième partie s'intéresse aux actions qui s'inscrivent dans les obligations d'un directeur, donnent corps au projet d'établissement et contribuent à l'amélioration continue de la qualité.

- Promouvoir et développer l'exercice de la citoyenneté du résident et de ses proches, pour lui permettre de mieux s'approprier son lieu de vie et mieux prendre part à son projet d'accueil et d'accompagnement.
- Engager des actions de management pour optimiser et adapter les ressources humaines
- Adapter le cadre de vie, anticiper les évolutions des besoins des résidents
- Mutualiser les moyens et les ressources de l'Ehpad au sein d'un réseau associatif

⁴⁹ Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, 2004, « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales », 2^{ème} édition, 2004, SELI ARSLAN, p. 214

3 DEVELOPPER ET VALORISER UNE RELATION HUMAINE DE SERVICE

3.1 Promouvoir l'exercice de la citoyenneté du résident et de ses proches au sein de l'établissement :

La citoyenneté c'est « *la qualité de citoyen* » nous indique le petit Larousse français et « *le citoyen dans l'antiquité est la personne qui jouissait du droit de cité* ». C'est aussi « *le membre d'un Etat considéré du point de vue de ses devoirs et de ses droits civils et politiques.* »

Le terme politique est à prendre au sens de citoyen, défini par un rôle social. C'est bien par la participation au monde, par sa place, son rôle, son statut que la personne existe socialement. Comment peut on penser dignité et respect sans permettre à une personne âgée parce qu'elle est malade, dépendante, vulnérable, de s'approprier l'espace social qu'est la vie de l'établissement ? Comment construire « un vivre ensemble » qui prend en compte chaque personne âgée quelque soit son état de santé et d'autonomie avec ses droits et ses devoirs au sein d'un Ehpad ?

*« Lorsque l'on a l'impression que la personne n'est plus capable de telle délibération, il reste la construction de relations permettant la meilleure expression de l'autonomie du vivre ensemble. »*⁵⁰. En ce sens l'enjeu de la vie en établissement peut être celui d'offrir aux résidents, dans la coexistence du collectif et de l'individuel, des processus d'évolution, qui retardent l'augmentation de la dépendance.

Projet d'animation, participation au conseil de la vie sociale, à l'évaluation des prestations, politique de communication, sont autant de supports et vecteurs de l'exercice de la citoyenneté du résident pour valoriser une relation humaine de service.

3.1.1 Un projet d'animation favorisant la liberté, l'expression, et le plaisir :

L'animation est envisagée dans notre Ehpad comme l'ensemble des comportements, des initiatives qui participent au mieux être, à la qualité de vie au quotidien, qui favorisent les échanges et l'expression créatrice de chacun.

Animer, ou aider à s'animer s'apparente à donner du temps en respectant les rythmes de chaque personne. Il s'agit d'insuffler la vie en lui donnant du sens. Au delà donc d'une démarche mise en œuvre au sein de l'établissement, c'est tenter de développer un état

⁵⁰ Sous la coordination de Michel PERSONNE « L'institution vecteur de chance pour la personne vieillissante », 2007, Editions MF, Paris, p. 9

d'esprit porté par l'ensemble des acteurs de l'établissement, les résidents, leurs proches et l'ensemble des personnels.

Dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante l'article 6 précise que « *L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne* »

Les activités proposées au sein de l'établissement sont portées par un projet d'animation qui a l'ambition de permettre à tout résident d'exprimer un choix de participation, un choix du type d'activité, de favoriser l'expression de ses désirs, comme celui de prendre du plaisir pour soi et avec les autres. En finalité, se sentir exister. « *Ainsi tout facteur qui vient augmenter la puissance d'exister provoque la joie. Inversement, tout facteur réduisant cette puissance d'exister provoque la tristesse* »⁵¹

Le projet d'animation conduit par l'animatrice diplômée s'appuie sur cinq axes :

- **Activités dites de « ré créativité » dans l'établissement** : elles participent à la construction de l'image de soi et de l'identité des résidents. Ces activités (jeux de société, chant, gym, atelier esthétique, massage, goûters d'anniversaires, sortie au cinéma, ferme auberge, sortie en péniche,...).relèvent d'une jouissance pour soi, partagées ou pas avec les autres. Elles sont quotidiennes, hebdomadaires, ou mensuelles. Elles sont des repères pour le résident au sein de l'établissement. Les activités sont répétitives et laissent le choix au résident de s'y inscrire ponctuellement ou régulièrement.
- **Echanges intergénérationnels** : nous développons des échanges très étroits avec deux écoles maternelles, une du quartier et l'autre de la communauté juive. Les enfants et les résidents se rencontrent tout au long de l'année, une à deux fois par mois, autour d'activités comme la danse assise, le chant, la peinture... Les résidents se rendent à la kermesse de l'école en fin d'année. Des sorties en commun sont organisées : découverte d'une montgolfière, sortie en side-car, visite d'un aquarium et d'une ferme équestre avec promenades en calèches ... Des échanges sont également tissés avec des adolescents d'un club de prévention qui viennent assurer des séances de cinéma et réaliser des jeux de société adaptés. Les lycéens et collégiens du secteur participent ponctuellement pour venir présenter des activités artistiques (poésie, musique, théâtre). Ces échanges sont d'une grande richesse pour les jeunes comme pour les anciens. Ils favorisent des apprentissages et transmissions mutuelles, fondés sur le bonheur à partager des émotions et de la tendresse. Ils aident à lutter contre les cloisonnements entre les âges de la vie.

⁵¹ Sous la coordination de Michel PERSONNE « L'institution vecteur de chance pour la personne vieillissante », 2007, Editions MF, Paris, p.11

- **Poursuivre une vie sociale et ancrer l'établissement dans les relations avec l'extérieur** : échanges réguliers avec l'association de la vie de quartier (fête des voisins, journal de quartier...), organisation de sorties culturelles et musicales, échanges avec d'autres établissements, (participation aux Olympiades, journée Vieil Art...), accueil d'artistes au sein de l'établissement...
- **Participer à la vie de la maison** : une commission « menu » se réunit deux fois par trimestre sous la conduite de l'animatrice. Les résidents font part aux cuisiniers de leurs suggestions, mécontentements et attentes. Les résidents sont associés à la préparation des grandes fêtes de l'établissement et à la décoration des espaces. Pour exemple, la dénomination des espaces collectifs de l'établissement a été choisie à la suite d'un vote des résidents, des familles et des personnels.
- **Développer des activités pour maintenir les acquis et l'autonomie** : organisation d'un atelier de cuisine thérapeutique, d'un atelier équilibre pour la prévention des chutes, d'un atelier mémoire, d'un atelier sur le toucher, intervenante musicale pour les personnes alitées ou isolées en chambre, atelier d'expression artistique, cours de gymnastique adaptée, organisation de journées à thèmes sur l'alimentation et la santé, sur l'activité physique...

Tous ces axes développés participent à l'épanouissement des résidents au sein de l'établissement et confortent la vie sociale. Ce projet d'animation repose sur le développement d'un partenariat, sur la mutualisation de moyens humains avec d'autres structures et associations, ainsi que sur la participation active de bénévoles et des familles des résidents.

Des transports adaptés sont subventionnés par la ville de Nancy chaque année permettant aux résidents à mobilité réduite de sortir de l'établissement. Si le budget du poste animation (hors frais de personnel et subventions) a presque triplé en quatre ans passant de 2.400 € à 7.800€, son montant reste bien « raisonnable » au regard de la montée en charge des animations et de la qualité des prestations offertes. La difficulté majeure réside dans le manque de personnel pour répondre aux attentes d'activités et d'animations des résidents. Un temps plein d'animation est insuffisant et la participation du personnel soignant reste limitée au regard des ratios d'encadrement ; la priorité étant d'assurer les soins d'hygiène et médicaux. Une demande de poste sur les activités d'animation se négociera dans le renouvellement de la convention tripartite.

3.1.2 Le Conseil de la Vie Sociale, vecteur de l'exercice de la citoyenneté :

Dans la loi du 2 janvier 2002, la participation des usagers est énoncée comme suit dans l'article L. 311-6 « *Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au*

fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. »

Déjà la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales avait prévu une participation des usagers et des personnels à la vie de l'établissement avec le décret N° 78-377 qui précisait que dans tous les établissements privés, un conseil de maison devait être instauré. La loi du 3 janvier 1975 a généralisé le conseil de maison aux établissements publics et lui a donné le nom de conseil d'établissement.

C'est dans un troisième décret N° 91-1415 du 31 décembre 1991 qu'il est stipulé que le président est élu par le conseil et que les représentants des usagers et de leurs familles sont majoritaires.⁵² Pour autant, il a été constaté qu'un grand nombre d'établissements n'ont pas mis en place cette instance.

Le développement d'une vie plus participative dépend beaucoup de la volonté des décideurs de l'établissement, directeur et conseil d'administration à faire vivre et valoriser cette instance démocratique

Un conseil de maison existait dans l'Ehpad sans participation directe des résidents qui étaient représentés par les familles. Ce conseil d'établissement se réunissait deux fois par an. Dès la fin 2004, nous avons organisé les élections des représentants du nouveau conseil de la vie sociale (CVS). Le rôle de la direction au-delà de garantir l'organisation des élections a été d'interpeller les résidents pour leur expliciter l'intérêt de cette instance et les inciter à poser candidature.

Le CVS fonctionne depuis janvier 2005. Douze personnes y participent. Sa composition est la suivante :

- deux résidents assument les fonctions de président et vice-président
- deux autres résidents et quatre représentants des familles sont membres
- une aide soignante est la représentante du personnel
- le président, le trésorier de l'Association, et la directrice

Plusieurs élections des collèges « familles » et « résidents » ont déjà eu lieu en raison des décès de résidents ou des désistements de familles.

Le décret prévoit que le CVS se réunit au moins trois fois par an et que son champ de compétence est centré sur le fonctionnement de l'établissement.

Notre CVS se réunit une fois par trimestre et aborde les points suivants :

- l'organisation de la vie quotidienne
- les prestations de soins, d'animation, techniques et hôtelières

⁵² Source Jean-Marc LHUILLIER dans « Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico sociaux » 3^{ème} édition, ENSP, Rennes, 2004, p.170

- les projets d'aménagement, d'adaptation et les investissements qui en découlent
- les relations avec les autorités de tarification

L'ordre du jour et les invitations sont fixées et signées par la présidente du CVS, qui est aidée dans sa mission par la direction. Les comptes rendus signés par la présidente sont affichés au sein de l'établissement.

Le passage du conseil d'établissement à un CVS a favorisé une participation dynamique des résidents et de leurs familles à la vie de l'établissement. Informés et directement impliqués dans les choix de l'Ehpad pour améliorer ses prestations, les principaux acteurs se retrouvent au cœur des débats et participent directement à leur projet d'accueil et de prise en charge.

Un nouvel équilibre se construit avec la nécessité pour l'organisme gestionnaire de mettre en œuvre une communication active et transparente sur la vie de l'institution et de travailler les projets en associant les personnes accueillies. Le CVS est un lieu d'expression et d'échange qui oblige chacun à se re-positionner autour du résident, à clarifier les stratégies, en prenant en compte l'avis et les propositions qui ne manquent pas de la part des représentants résidents et de leurs familles.

Les pratiques professionnelles sont interrogées et rééquilibrent les rapports « d'égal à égal » entre professionnels et résidents bien que fragilisés par l'âge et des pathologies invalidantes.

C'est aussi au travers de ces rencontres et de ces échanges que le projet de vie, de soins et d'animation prend tout son sens.

Le travail collectif au sein des CVS permet de voir fleurir de nombreuses initiatives de la part des représentants des personnes accueillies pour améliorer les prestations. Par exemple, la demande d'affichage des départs et arrivées des personnels, l'organisation d'une tombola pour financer un téléviseur à écran géant...Les représentants du CVS participent à la réflexion sur les nouveaux axes de prise en charge. Ils confortent ou orientent les priorités du groupe démarche qualité. Ils sont consultés sur les procédures et protocoles de l'établissement. Ils proposent des évolutions dans l'organisation des prestations soins, de restauration et d'animation.

Le CVS apporte à l'établissement un dynamisme réel porté par un engagement démocratique de l'ensemble des protagonistes. Il oblige la direction et le personnel à se mobiliser sur des pratiques d'évaluation pour mieux répondre aux missions d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Les critiques, les insatisfactions, les plaintes exprimées par les représentants des résidents et de leurs familles aident à clarifier les limites de la structure, à mieux appréhender les difficultés rencontrées par l'établissement. De ce fait il médiatise, voire

transforme des rapports conflictuels sous tendus par des relations de type « clientéliste » en des rapports où l'on accepte de débattre du niveau des responsabilités des uns et des autres.

Faire vivre un CVS sur un mode largement participatif demande un investissement important du directeur, pour soutenir, accompagner et former l'expression démocratique. Sous cet angle, le CVS est un outil précieux de régulation et de participation des personnes accueillies qui soutient l'émergence de rapports plus riches et plus démocratiques dans l'établissement, contribuant à améliorer « le vivre ensemble » entre les acteurs de l'établissement.

3.1.3 Les enquêtes de satisfaction : une autre forme de participation

L'article L. 311-6 de la loi du 2 janvier 2002 prévoit également d'autres formes de participation des usagers :

- « - par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement...
- par l'organisation de consultation de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge...
- par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction... »

Cet autre mode de participation nous intéresse parce qu'il participe directement à l'évaluation des prestations et à l'amélioration continue de la qualité de vie dans l'établissement.

Dans le cadre du renouvellement de notre convention tripartite, nous avons décidé parallèlement à l'utilisation par le groupe démarche qualité du référentiel d'auto évaluation Angélique, de mener une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement : les résidents, les familles, les personnels.

Cette enquête de satisfaction a été organisée et menée en interne sur le mois de décembre 2007.

La méthodologie choisie pour chaque questionnaire a été adaptée en fonction du type d'acteurs :

Pour l'enquête auprès des familles : la direction a choisi de transmettre un questionnaire à 40 familles soit un échantillon de 60%, avec une approche plus quantitative que qualitative. En effet cette méthodologie nous autorisait une gestion plus réaliste avec les moyens en temps et en personnel pour traiter cette enquête et, d'autre part de bénéficier d'une vision plus objective et synthétique des champs abordés pour évaluer le niveau de satisfaction. Comme pour l'enquête auprès des résidents, nous avons choisi de traiter cinq thèmes que l'on retrouve dans le référentiel Angélique :

- l'accueil et l'intégration du résident
- la place du résident et les relations avec le personnel
- la qualité de la prise en charge (la sécurité, les soins, l'animation)
- le cadre de vie et les prestations d'hébergement
- la qualité globale

Le nombre de retour a été très satisfaisant avec 28 questionnaires sur 40 renvoyés, représentant au final un échantillon de 42% des familles de l'ensemble des résidents.

Une analyse détaillée et un tableau synoptique des résultats (voir annexe N° 3) ont été affichés dans l'établissement et transmis aux familles par voie postale en février 2008.

L'enquête exprime un taux de satisfaction élevé sur les cinq domaines investigués. Des suggestions ou remarques apportées par les familles sont venues compléter avec intérêt cette enquête. Ces remarques concernent d'une part des difficultés dans les relations du personnel avec les résidents en terme de savoir être et de compréhension des problématiques de la personne âgée, d'autre part, sur des demandes d'amélioration des prestations de restauration, des évolutions du bâti pour aménager des douches dans les chambres, et rendre accessible les espaces extérieurs aux personnes à mobilité réduite. Cette enquête est venue confirmer des points déjà exprimés au sein du CVS, également abordés avec les personnels. Ils confortent les axes de travail validés par le Conseil d'Administration pour mieux répondre à l'évolution des besoins et demandes des résidents et de leurs familles.

Pour l'enquête auprès des résidents : la direction a choisi de réaliser des entretiens auprès d'un échantillon de résidents en capacité de compréhension et d'expression verbale avec le support d'un questionnaire reprenant les cinq thèmes évoqués ci-dessous. En raison du niveau de perte d'autonomie des résidents, il était indispensable d'accompagner le questionnaire d'un entretien explicatif pour recueillir un nombre suffisant de réponses et pouvoir valider l'intérêt de la démarche. Un échantillon de 20 résidents a été retenu et 18 entretiens ont été menés par trois personnels de l'établissement : la directrice, la cadre administrative et l'animatrice. Pour se garantir de toute influence ou manipulation, les entretiens auraient du être conduits par des personnes externes à l'établissement. Pour autant les trois personnels choisis ne sont pas impliqués directement dans la prise en charge du résident. Les entretiens d'une durée d'environ 45 minutes se sont déroulés dans la chambre du résident en toute confidentialité. Le questionnaire complété a été traité d'une manière anonyme.

Même si l'enquête révèle globalement un taux de satisfaction plutôt élevé dans les cinq domaines, des insatisfactions et des attentes sont rapportées:

- manque de présence et de disponibilité du personnel soignant « *elles sont toujours pressées* », « *Elles ont beaucoup de travail...* »
- la douleur est vécue comme non soulagée pour 1/3 des résidents interviewés « *avec ma maladie je souffre beaucoup* », « *ma douleur est entendue mais pas soulagée* »
- l'extérieur du bâtiment est inadapté pour les personnes en fauteuil « *le jardin n'est pas accessible* » « *les bancs sont durs* »...
- une demande d'installation de douches dans les chambres « *il manque une douche dans ma salle de bain* »...
- une insatisfaction sur la qualité et la variété des repas « *ce n'est pas assez varié* » « *si ce n'était pas Kascher on mangerait plus de choses* »...

Les points forts de cette enquête sont : la qualité de l'accueil, le respect de l'intimité, la discrétion et la politesse du personnel (même si « *Tous les matins c'est la même question vous êtes allée à la selle ?* »), la sécurité, la qualité des soins médicaux et de nursing, la qualité des animations mais « *il faudrait plus d'animation* », la qualité de l'entretien des locaux et de la blanchisserie. « *C'est briqué* »

Ces résultats sont à relativiser au regard de l'échantillon limité à 18 résidents sur les 67 accueillis, d'autant qu'il s'agit des résidents les plus autonomes. Ces résultats, à relier avec les résultats de l'enquête auprès des familles, contribuent à l'évaluation des prestations pour orienter les actions à mener sur les cinq années à venir.

Les résultats ont été affichés dans l'établissement, transmis aux résidents interviewés ainsi que rapportés avec l'enquête satisfaction auprès des familles lors du dernier CVS de mai 2008.

La direction a réuni l'ensemble des personnels en mars 2008 pour rendre compte des résultats des enquêtes satisfaction et des étapes à prévoir pour le dossier de renouvellement de la convention tripartite avec la mise en place de groupes de travail sur le prochain projet d'établissement.

Les résidents interviewés se sont montrés particulièrement ravis de participer à l'enquête de satisfaction. Les entretiens ont été d'une grande richesse par les remarques, les suggestions renvoyées. Le résident interviewé se reconnaît par l'importance qu'on lui attribue et par la place qu'il occupe dans l'établissement. Avec les attentes qu'il exprime, il s'offre la possibilité de se projeter et de faire valoir son identité au sein de la collectivité.

Ce chapitre aura tenté de souligner l'importance à promouvoir et construire l'exercice de la citoyenneté des résidents au sein d'un Ehpad. Car, veiller à l'égalité des relations humaines en établissement, contribuer à valoriser un statut social, tout cela participe au respect de la personne âgée et l'aide à cultiver des rapports avec les autres dans leur diversité suivant ses modalités décidées par elle-même. L'établissement doit favoriser l'expression de chaque « sujet âgé », seul ou entouré de ses proches, autonome ou dépendant, lui offrir les possibilités d'une participation active à la vie de l'établissement, pour mieux prendre en compte son identité au sein de la collectivité.

3.2 Valoriser les ressources humaines, optimiser l'organisation :

3.2.1 Augmenter les ratios d'encadrement, développer la formation et la qualification des personnels :

3.2.1.1 : Augmenter les ratios d'encadrement :

Développer une qualité d'accompagnement de la personne âgée nécessite aussi des moyens humains. Philippe BAS, ministre délégué, a précisé dans son Plan Solidarité Grand Age de mars 2006, « *Qu'à l'occasion des renouvellements de convention, les besoins de soins seront pris en compte. Cela permettra d'augmenter significativement le nombre de soignants auprès des personnes âgées, en passant d'un ratio moyen de 0.57 pour un résident, tous personnels confondus à 0.65 pour un résident.* »

La première convention a permis de créer sur 5 ans, 5 postes d'aides soignantes diplômées, 0.25 ETP d'infirmier et 0.35 ETP de médecin coordonnateur. A ma prise de fonction en 2004, le nombre de personnel diplômé (6 aides soignantes) et non diplômé n'autorisait la présence quotidienne que de 4 personnels en journée (3 les week-ends) pour accompagner les actes de la vie quotidienne et assumer les soins de nursing et d'hygiène des 67 résidents. Comment parler de bienveillance, de bien être des résidents et comment mobiliser un personnel sur des missions, quand on est obligé de réaliser des toilettes en 5 minutes auprès de personnes en situation de grande dépendance?

Dès 2005 pour pallier au manque de personnel soignant, nous avons renforcé les effectifs par le biais de recrutement de personnels en contrats aidés : 2 agents de soins et un agent de service. Avec le recrutement des aides soignantes budgétées nous avons pu organiser un service quotidien auprès des résidents avec 6 personnels le matin, 5 les après midis jusque 19H30. Le renforcement des équipes soignantes et de service avec les contrats aidés a réduit également le coût des remplacements. L'amélioration des

conditions de travail par le renfort des équipes a contribué à faire baisser le nombre de journées d'absence pour maladie.

En octobre 2006, nous avons présenté un budget prévisionnel avec une demande d'avenant à notre convention tripartite pour la création de deux postes d'aides soignantes supplémentaires et 0.5 ETP d'infirmière, en présentant les perspectives pour la période 2007-20011 s'appuyant sur les préconisations du PSGA. :

Tableau des effectifs ETP en 2006 selon la convention 2003-2007 :

TP section hébergement	ETP section Dépendance	ETP section Soins
19.37	7.78	9.15

TOTAL : 36.28 ETP

Préconisations des ratios d'encadrement du PSGA en fonction du niveau de dépendance des résidents :

Ces préconisations s'appuient sur le calcul suivant : 1 ETP par résident en GIR 1 et 2, 0.66 ETP par résident en GIR 3 et 4, et 0.25 ETP par résident en GIR 5 et 6.

Résidents en GIR 1 et 2	35 ETP
Résidents en GIR 3 et 4	17,16 ETP
Résidents en GIR 5 et 6	1.5 ETP
Total ETP théoriques de l'établissement	54 ETP
Nbre de postes à créer :	17 ,72
54 ETP - 36.28 ETP	ETP

Demande de mesures nouvelles sections soins et dépendance sur 5 ans

2007	2008	2009	2010	2011
2.5 ETP	3 ETP	3 ETP	3 ETP	3 ETP

Six mois après l'envoi du rapport budgétaire avec son argumentation sur l'analyse des besoins, une réunion avec les représentants de la DDASS et du Conseil Général a permis de négocier en cours de convention le financement d'un poste d'aide soignante sur les deux demandés et 0.5 ETP d'infirmier par une reprise de provision de 60 000€ accordée par la DDASS sur le budget 2006 et finançant le poste sur 2007 et 2008.

Nous préparons actuellement le plan des ressources humaines dans le cadre du renouvellement de notre convention en positionnant la création des postes liés aux soins et à la dépendance au regard des besoins des résidents et des temps d'intervention des personnels pour assurer un accompagnement de qualité de l'ensemble des actes de la

vie quotidienne. L'organisation de l'équipe soignante de jour comme de nuit tient aujourd'hui grâce à l'apport des salariés en contrat aidé dont le devenir reste hypothétique, ainsi qu'à la politique de formation qualifiante et continue développée dans l'établissement.

Nous procédons à l'évaluation PATHOS⁵³ auprès des résidents. Cette évaluation définira le niveau de notre dotation globale « soins ». Nous espérons que le tableau des effectifs pour les 5 ans ne sera pas limité à cet indicateur mais pourra soutenir les engagements de l'établissement à mieux répondre aux besoins globaux des résidents sur un plan médical, social et psychologique.

3.2.1.2 : Développer la formation et la qualification des personnels :

Développer la formation continue, qualifiante est un moyen stratégique pour contribuer à construire une équipe de professionnels motivés et engagés au service des personnes accueillies.

« Au sein de toute entreprise ou organisation, les valeurs et les principes éthiques se reflètent sur les pratiques professionnelles et les comportements de l'ensemble des acteurs. Mettre l'accent sur la formation permanente des personnels au service des personnes âgées, c'est donc prendre conscience, au niveau individuel comme au niveau collectif, de la nécessité du partage des valeurs au sein d'une Institution »⁵⁴

La formation est pour le directeur un outil de management, un moyen pour favoriser l'adéquation entre les projets de l'institution et ceux des salariés, un levier pour mieux anticiper les évolutions professionnelles liées aux avancées de nos politiques sociales.

Avec la carence de formation initiale d'une majorité des personnels et l'absence de qualification des salariés bénéficiant de contrats aidés ; l'Ehpad, confronté à l'évolution des besoins des résidents et à l'intérêt de développer une culture gériatrique, a travaillé le projet formation sur les 3 axes suivants:

- a) Développer des actions de formation individuelles et collectives, en externe ou en interne, sur des thématiques identifiées comme prioritaires par la direction et les représentants du personnel au regard de l'auto évaluation Angélique et des travaux engagés par le groupe démarche qualité.**

Les thématiques suivantes ont été proposées sur plusieurs années successives : « La maladie Alzheimer », « la prévention des escarres », « l'aide à l'hygiène et au bien être »,

⁵³ Outil d'évaluation médicale des pathologies des personnes âgées en établissement

⁵⁴ « L'institution vecteur de chance pour la personne vieillissante » Acte du colloque de Pau- Mars 2007 Sous la coordination de Michel PERSONNE, p.88

« les troubles du comportement et les conduites agressives », « la voix et la musique en gériatrie »...

Ces formations courtes se réalisent en dehors de l'établissement et favorisent les échanges entre salariés de différentes structures. Pour chaque session de formation 2 à 4 salariés de l'établissement participent. L'intérêt est que les personnels de retour de formation transmettent leurs nouvelles connaissances, se mobilisent sur des nouvelles pratiques professionnelles, initient des projets à partir de leur expérience en formation. Mettre l'accent sur la formation des personnels au service des personnes âgées, c'est donc prendre conscience, au niveau individuel comme au niveau collectif, de la nécessité du partage des valeurs au sein de l'établissement. Car l'objectif de l'établissement est de donner une chance de mieux être à la personne âgée avec une garantie de bienveillance.

Sur les thématiques névralgiques pour fédérer les équipes, construire des « savoir être » et « savoir faire » communs à l'établissement, nous avons organisé **des formations en interne** concernant l'ensemble d'une équipe ou l'ensemble des personnels. Les formations suivantes ont déjà eu lieu :

- 5 jours de formation sur l'amélioration des prestations du service restauration suivie par 10 salariés en 2005

- 2 jours de formation en ergonomie et mobilisation des résidents qui ont concerné 20 salariés de l'équipe soignante de jour et de nuit

- 4 jours de formation sur la bienveillance qui ont concerné 12 personnels de tous les services. Formation renouvelée en 2009 avec 2 nouvelles sessions pour toucher l'ensemble des personnels de l'établissement.

- 4 jours de formation sur le toucher et le bien être pour 12 personnels soignants

Toutes ces formations sont inscrites et financées sur le PAUF, qui s'est élevé en 2007 à plus de 15.000€. L'évaluation de ces formations basée sur la participation et l'investissement est à ce jour très satisfaisante. Nous constatons un effet fédérateur et moteur au sein des équipes qui construisent une approche plus globale du résident avec des « savoir être » et « savoir faire » plus adaptés à une relation résident/soignant basée sur une philosophie du « prendre soin » et de la réciprocité.

Avec le développement de ces formations, les salariés sont maintenant demandeurs sur le PAUF de formations individuelles courtes.

b) Qualifier des salariés non diplômés, par le biais de la validation des acquis et de l'expérience, par les périodes de professionnalisation et la formation continue :

Plusieurs possibilités existent pour se qualifier et ouvrent au directeur des opportunités pour anticiper les besoins des salariés, former et valoriser des

personnels dans un parcours de professionnalisation. La direction s'est engagée pour motiver et soutenir les salariés se mobilisant sur un parcours de qualification. Nous avons organisé plusieurs réunions d'information sur les différents dispositifs de formation avec des représentants de notre organisme collecteur des fonds de formation, des représentants des écoles d'aides soignants. La direction a proposé des entretiens aux salariés pour les aider à formaliser leur projet de formation.

Sur les 7 personnels soignants non diplômés, 5 se sont engagés vers une qualification :

- quatre salariés ont engagé une VAE aide soignant. Une salariée vient d'obtenir directement, après passage devant le jury, son diplôme d'aide soignante. A noter qu'elle suivait depuis 3 ans toutes les formations proposées sur le plan de formation en interne comme en externe et elle a été soutenue dans son parcours par une infirmière et une aide soignante de l'établissement.

- une salariée en contrat aidé, suit une période de professionnalisation sur la formation d'Aide Médico Psychologique. La fonction AMP est récente dans le secteur des personnes âgées. Elle contribue à construire une approche plus sociale à l'accompagnement de la personne âgée dans un contexte de culture soignante très prégnante.

- un salarié, travailleur handicapé, en contrat avenir, suit une formation qualifiante de niveau 5, d'agent d'entretien auprès de l'AFPA⁵⁵, sur 2 ans en alternance, avec une embauche en CDI prévue en 2009.

Mettre en œuvre une politique de formation et de qualification est un levier indiscutable pour développer les compétences, les apprentissages, anticiper les recrutements de personnel qualifiés, faire évoluer les pratiques professionnelles, fédérer les équipes autour d'une culture gériatrique et valoriser les savoirs des personnels.

L'orchestration de cette politique est de la responsabilité directe du directeur qui doit communiquer et mobiliser les équipes pour optimiser les ressources dont l'établissement dispose. D'autres actions sont à mettre en place pour valoriser une relation humaine de service.

3.2.2 Optimiser l'organisation des soins :

Dans un contexte d'aggravation de la perte d'autonomie des résidents, nous devons travailler sur des actions favorisant la coordination et le suivi des soins des résidents. A la signature de la première convention en 2003 aucun projet de soins n'avait été rédigé.

⁵⁵ AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

Seules des orientations pour la formalisation de protocoles et la mise en place de dossiers de soins ont été posées.

Les principaux points faibles de l'établissement sont :

- aucun poste de cadre infirmier ou d'infirmier référent et une présence de 2.5 ETP d'infirmière pour 67 résidents. Une infirmière travaille en semaine de 6H30 jusque 19H, sans temps de doublure infirmier, n'autorisant pas une liaison avec l'équipe de nuit à 20H. Aucun temps de transmission n'est organisé avec l'équipe de jour. La préparation des traitements médicamenteux représente 6 à 8 heures par semaine. Cette gestion peu satisfaisante au regard des normes réglementaires pénalise la présence infirmière auprès des résidents et des équipes.
- les dossiers de soins individualisés ne sont pas opérationnels. Il n'existe pas d'outil de communication et de coordination du suivi des soins de nursing. Les temps de transmissions ne sont pas formalisés entre les équipes de jour et de nuit et l'équipe infirmière. Le médecin coordonnateur ne rencontre jamais l'ensemble de l'équipe infirmière et soignante.
- les horaires du personnel soignant de jour couvrent une période de 7H à 19H30. (un seul personnel dans l'établissement entre 20H et 20H30 et entre 6H et 7H). Les personnels travaillent 6 jours de suite une semaine sur deux. L'organisation des repos hebdomadaires et de l'amplitude horaire sur une semaine est inégale selon les salariés et génère une fatigue importante. L'organisation en deux équipes cloisonnées renforce des rivalités et des tensions entre les personnels.

Dans la même logique de travail participatif que la démarche qualité, la direction avec le médecin coordonnateur, a organisé des temps de réunion avec l'ensemble des professionnels de l'équipe soignante pour prioriser les actions à mener afin d'assurer un suivi médical plus adapté à l'évolution des besoins des résidents ainsi que pour améliorer l'accompagnement des actes d'aide à la vie quotidienne.

Ces temps de travail en lien avec les propositions du groupe démarche qualité et les suggestions et remarques du C.V.S ont permis dans un contexte d'adhésion majoritaire de la part des salariés de mettre en oeuvre les actions suivantes :

- instauration en 2005 d'une fiche de suivi quotidien des soins d'hygiène affichée dans la salle de bain du résident. Cet outil facilite les transmissions entre les personnels et la communication avec le résident et sa famille.
- création du dossier de soins individualisé avec les différents outils de surveillance des paramètres de santé (prévention et suivi des chutes, des escarres, de l'hydratation, des troubles alimentaires, des traitements médicaux...) et mise en place d'un tableau mural du suivi des soins à l'infirmierie en 2006

- mise en place d'un système de référent au sein de l'équipe soignante pour la gestion d'un certain nombre d'activités : suivi des fiches des soins d'hygiène, gestion et entretien du matériel médical, évaluation de l'autonomie des résidents. L'intérêt est double : responsabiliser les soignants sur leurs activités et pérenniser dans le temps des modes d'organisation choisis par les acteurs concernés, après concertation. Les référents se sont désignés spontanément dans chacune des équipes de jour et de nuit.

- signature en avril 2007 d'une procédure de partenariat avec une pharmacie de proximité pour sécuriser la préparation des traitements médicaux. Ce partenariat permet d'assurer une meilleure traçabilité de la distribution des traitements et de libérer du temps infirmier. Les doses à administrer sont préparées par le pharmacien sous blister avec le système Manrex. Nous avons renforcé la sécurité à la préparation et à la distribution des traitements avec une meilleure prévention des risques iatrogènes et un meilleur contrôle des coûts.

- signature d'une convention en mars 2008 avec les kinésithérapeutes libéraux intervenant au sein de l'établissement pour définir le cadre éthique des interventions libérales et les modes de coordination avec l'équipe soignante. Les kinésithérapeutes et les infirmières de l'établissement ont créé une fiche de liaison quotidienne affichée dans la salle de bain du résident.

- travail de la direction en juin 2007 sur l'organisation des plannings de l'équipe soignante. Dans le respect des dispositions conventionnelles afin de corriger les points faibles relatifs à l'accompagnement des résidents et aux conditions de travail des personnels soignants, une organisation basée sur un cycle de travail de 6 semaines a pu être définie. Elle offre une équité de traitement entre les salariés sur les types d'horaire et le rythme des repos hebdomadaires. Le rythme de travail est allégé. Il assure une mixité des personnels soignants sur la semaine. Il allonge la durée de service jusque 20h et jusque 7H du matin pour le personnel de nuit assurant toujours une présence minimum de 2 personnels soignants. Il autorise des temps de transmissions quotidiens ainsi que l'organisation d'un temps de doublure des infirmières en matinée. La mise en œuvre de la nouvelle organisation de travail en cycle a été facilitée par l'investissement d'un logiciel de gestion de planning.

M. Henry MINTZBERG, universitaire canadien, spécialiste du management, rejette l'idée d'une « *bonne organisation* » mais affirme qu'il existe des organisations mieux adaptées que d'autres à l'ensemble des contraintes. Il dit aux managers « *Pensez conjointement vos objectifs et votre organisation* »⁵⁶.

Une organisation se pense et se décline en fonction du projet de l'établissement à partir des besoins identifiés des personnes accueillies et des diverses réglementations en vigueur. De fait, une organisation définie dans un certain contexte est appelée à évoluer, s'adapter aux besoins de l'Ehpad. Ce message doit être sans cesse explicité par le directeur, confronté aux sollicitations, aux exigences de l'ensemble des acteurs (professionnels, résidents et familles) et aux contraintes de l'environnement.

A l'aube du renouvellement de la convention tripartite, sous la conduite du médecin coordonnateur, l'équipe soignante travaille à l'élaboration du projet de soins 2009-2013 avec l'apport de l'auto évaluation Angélique et des enquêtes de satisfaction de décembre 2007.

Mobiliser des équipes autour d'une politique d'amélioration de la qualité des prestations et des pratiques professionnelles pour mieux accompagner la population accueillie s'appréhende aussi en abordant avec les salariés les questions relatives à l'amélioration des conditions de travail.

3.2.3 Améliorer les conditions de travail :

Travailler à l'amélioration continue de la qualité au service des résidents, nous l'avons vu précédemment, oblige l'établissement à évaluer le travail réalisé. C'est donc aussi l'opportunité pour les salariés directement engagés dans la démarche ou associés par leurs collègues sur des thématiques, de dire ce qu'ils pensent de leur travail, des conditions dans lesquelles ils l'exercent, des difficultés rencontrées. Développer une approche éthique de l'accompagnement des résidents, aborder les questions relatives à la valeur que l'on donne aux relations humaines au sein de l'établissement s'accompagne aussi d'une réflexion sur la considération que porte la direction aux salariés et sur les conditions d'exercice de leurs activités.

Les conditions de travail sont des déterminants de l'absentéisme et des maladies professionnelles. Elles ne comportent pas que des aspects matériels, la vie relationnelle y participe tout autant ainsi que le statut de l'emploi. Les conditions de travail sont un

⁵⁶ Philippe BERNOUX « Sociologie du changement », Editions du Seuil, Septembre 2004, p. 92

ensemble de paramètres qui vont inévitablement influencer sur la satisfaction trouvée à son travail.

Nous abordons au sein de l'établissement les questions relatives aux conditions de travail et à la prévention des risques professionnels (accidents, maladies) sous trois angles :

- à partir des travaux du groupe démarche qualité
- des réunions mensuelles avec les représentants du personnel
- des rencontres pluri professionnelles du groupe de travail sur les risques professionnels.

Une lingère a exprimé en groupe démarche qualité « son ras le bol » lié au manque d'attention récurrent des personnels soignants sur le tri et l'entretien du linge des résidents et des vêtements professionnels. Cette remarque a été l'occasion d'engager une réflexion sur le respect du travail de ses collègues et d'étudier un réaménagement des postes en lingerie. L'objectif est double, celui de veiller à la qualité de la prestation et celui d'améliorer les conditions de travail des lingères. Je citerai pour exemple « les stages » organisés en lingerie pour que chaque personnel soignant soit confronté sur 1 à 2 journées à la réalité de l'activité de la lingère et mesure l'importance d'adopter des gestes quotidiens respectueux du travail de ses collègues.

Un travail avec les lingères, le technicien de maintenance et des échanges avec d'autres établissements sur ces questions nous ont conduit en octobre 2007 à préparer le plan d'action suivant qui s'échelonne sur 18 mois :

- fermeture de la gaine de linge sale pour raisons de sécurité incendie en janvier 2008
- adaptation de l'ensemble des postes du service lingerie à hauteur constante avec travaux et achat de matériel adapté. L'investissement total s'élève à 12.000€
- externalisation du traitement des vêtements professionnels auprès d'un autre Ehpad associatif pour réduire la charge de travail et se centrer sur une prestation de qualité du traitement du linge des résidents. Projet sur le premier semestre 2009.

Un travail identique est en cours sur l'aménagement et l'adaptation de la plonge en cuisine. De même, les travaux du groupe démarche qualité ont également directement contribué à améliorer l'organisation du travail, aménager les espaces de travail et à prévoir un plan de renouvellement du matériel de l'établissement (chariots de soins, de ménage, matériaux de mobilisation des résidents, matériel de cuisine...).

Sur l'enquête satisfaction menée auprès des salariés en décembre 2007⁵⁷, les conditions de travail sont évaluées à 92% comme « satisfaisantes », les horaires de travail à 84% comme « satisfaisants », l'organisation du travail comme « plutôt satisfaisant » et les locaux de travail à 72% comme « plutôt adaptés ». Des remarques et des attentes ont été exprimées : « avoir une meilleure entraide entre personnels », « création d'un lieu de réunion », « avoir un abri fumeur », « plus de respect du matériel » ...

L'amélioration des conditions de travail est pour le directeur une préoccupation permanente. Il s'agit de sensibiliser les salariés aux risques professionnels, les responsabiliser dans leurs activités menées au quotidien et valoriser des modes d'organisation reposant sur une concertation la plus large possible après évaluation des difficultés rencontrées. **Un projet qualité ne peut aboutir que si chaque acteur peut en retirer un bénéfice.**

L'enquête satisfaction a conforté la direction sur la nécessité de poursuivre le travail relatif à l'amélioration des conditions de travail ; un levier contribuant à mener une politique qualité au sein de l'établissement concernant l'ensemble des acteurs.

Cette partie s'est intéressée aux actions conduites en interne par la direction, menées avec les salariés pour valoriser les ressources humaines et optimiser les modes d'organisation de l'établissement. L'exigence de la qualité requiert un engagement de tous les acteurs de l'établissement, en particulier des personnels. Cette exigence passe par l'engagement de la direction aux commandes du projet global, pour mener un travail en amont et en aval sur les conditions à développer pour favoriser l'émergence d'une culture gérontologique, former et qualifier les professionnels d'aujourd'hui et de demain, évaluer et faire évoluer les modes d'organisation en adéquation avec les besoins et attentes de la population accueillie.

Le directeur, pilote du projet d'établissement, doit pouvoir aussi développer cette faculté à prendre un temps d'avance pour anticiper les évolutions, penser les adaptations de la structure et rechercher des modes de coopération et de collaboration externes.

⁵⁷ Voir annexe

3.3 Adapter l'établissement aux besoins des résidents, anticiper les évolutions :

3.3.1 Rénover et adapter le cadre de vie :

La responsabilité du directeur aux côtés du Conseil d'Administration est aussi de se préoccuper de la gestion du patrimoine comme de prévoir et financer les évolutions et adaptations nécessaires à l'accueil et la prise en charge de la population accueillie. Lorsque je prends la direction de la structure, la garantie décennale de l'établissement construit en 1992 est achevée. Les difficultés financières de l'Association n'ont pas permis pendant 10 ans de réajuster le projet architectural aux besoins de la population et de réaliser des aménagements nécessaires pour offrir un cadre de vie adapté et sécurisé.

Le taux d'endettement à plus de 50% des capitaux propres et la trésorerie particulièrement tendue n'autorisait pas d'envisager des investissements réguliers et de réaliser des travaux pour l'amélioration du cadre de vie.

L'établissement a remboursé en 15 ans 1.500.000€.

De 2004 à 2006, à l'échéance d'anciens prêts, il a été possible de contracter deux nouveaux emprunts d'un montant total de 125.000€. Nous avons financé en priorité des travaux de modernisation de l'établissement:

- la motorisation des volets des chambres des résidents
- la pose d'un store électrique sur la verrière centrale de l'établissement (protection thermique) et protections solaires sur les vitrages des chambres
- la climatisation d'un salon et le rafraîchissement de la salle de restauration
- isolation thermique du 3^{ème} étage
- des travaux de mise aux normes : adjonction de détecteurs, portes coupe feu...
- renouvellement de matériel en cuisine, lingerie et restauration.
- réfection peinture et carrelage de différents espaces de vie: salle de restauration, douches et vestiaires du personnel, salon de coiffure, et de 10 chambres
- réaménagements des locaux techniques et d'hygiène à chaque étage
- réfection d'un mur d'enceinte du jardin.

De 2006 à 2008, l'accent a été mis sur les objectifs fixés par la convention tripartite 2003-2008 et sur les priorités définies dans le cadre de la démarche qualité. L'investissement financier a représenté un montant de 235 000€.

L'accroissement du niveau de dépendance des résidents et l'approche globale de la prise en charge des résidents ont nécessité :

- d'aménager prioritairement les salles de bain collectives et de créer des douches de plain-pied avec sièges et barres de protection dans d'anciennes toilettes

- de changer le système appel malade
- de sécuriser les espaces extérieurs
- d'agrandir et d'aménager l'espace de restauration du rez de chaussée
- de rénover en peinture les deux étages avec la pose de mains courantes et d'aménager des salons avec des cloisons pour créer un bureau médical et une salle d'activités
- de construire un hangar de stockage pour libérer et sécuriser la circulation dans les couloirs des étages et optimiser le rangement

Sur ces 5 dernières années, plus de 400.000€ ont été investis à l'amélioration et l'adaptation du cadre de vie. Plus de 600.000€ sont à prévoir sur le plan pluri annuel de financement des 5 années à venir avec des mises aux normes réglementaires et des adaptations à réaliser pour que l'établissement réponde mieux aux besoins et attentes des personnes âgées et de leurs familles.

Nous prévoyons :

- d'installer un groupe électrogène avant septembre 2009
- de changer le système de sécurité incendie avant 2010
- de mettre aux nouvelles normes les ascenseurs avant 2012
- de prévoir l'aménagement de douches de plain-pied dans les 56 chambres
- de rendre accessible les extérieurs de l'établissement (terrasse, jardin, parking) aux personnes à mobilité réduite avec le projet d'un parcours pour les personnes désorientées
- de renouveler le parc des lits médicalisés et mobilier des chambres
- la rénovation des chambres avec pose de placard aménagé

A défaut de pouvoir envisager un projet architectural autorisant des créations de nouveaux espaces ou extensions de la structure pour offrir d'autres prestations d'accueil et d'accompagnement (accueil de jour, accueil temporaire, de nuit...) ; le choix du Conseil d'Administration et de la direction est d'optimiser le projet d'établissement centré sur une qualité d'accompagnement global de la personne âgée dépendante. Il doit offrir à chaque résident un environnement confortable, adapté et sécurisé. L'établissement, situé au centre ville de Nancy, a une dimension humaine qu'il nous faut valoriser. Il est donc plus que souhaitable de développer le travail en réseau et d'envisager des modes de coopération avec d'autres établissements associatifs.

3.3.2 Développer des partenariats et le travail en réseau :

Penser le projet d'établissement ne se limite pas à la frontière de l'Ehpad. Il s'agit de comprendre l'établissement inscrit dans un contexte social local, environnemental et de jouer sur toutes les complémentarités possibles. « Le bien vieillir » exige une multitude de ressources que l'établissement à lui seul ne peut et ne doit développer. « *Ouvrir*

l'établissement vers et sur l'extérieur, permet d'éviter qu'il ne devienne une « institution totale », au sens du sociologue canadien Erving Goffman, c'est-à-dire un lieu de résidence où les individus de même situation, coupés du monde extérieur, pour une période relativement longue, mènent une vie recluse dont les modalités sont explicitement et vigoureusement réglées. »⁵⁸

Nous avons évoqué précédemment quelques exemples de partenariat relatifs au projet de soins ou au projet d'animation. J'aborderai ici les liens tissés avec le secteur hospitalier et associatif pour mieux accompagner les résidents de l'établissement sur un plan médical et social.

a) Convention avec le secteur hospitalier spécialisé :

Un partenariat existait avec l'hôpital psychiatrique local mais n'était pas formalisé. Une infirmière psychiatrique intervenait une demi-journée tous les quinze jours auprès des résidents nécessitant un suivi psychologique. Nous avons sollicité des réunions trimestrielles avec le médecin gériatro-psychiatre de l'hôpital pour mieux accompagner les résidents souffrant de troubles psychiques et psychologiques. Ces réunions nous ont aidés à mettre en avant les besoins d'accompagnement sur l'établissement. Nous avons formalisé en novembre 2007 une convention avec l'hôpital psychiatrique. Cette convention est basée sur notre engagement à accueillir des personnes âgées sortantes de l'hôpital avec à la clef un accompagnement renforcé des services psychiatriques. Nous avons pu obtenir une augmentation du temps de présence de l'infirmière psychiatrique qui intervient maintenant une demi-journée par semaine auprès d'une dizaine de résidents, avec un temps d'échange et de formation auprès des personnels soignants. Des résidents participent également à des ateliers de l'hôpital de jour. Ce mode de prise en charge vise à prévenir et à réduire le nombre d'hospitalisation comme il facilite l'intégration au sein de notre établissement de résidents aux comportements difficiles.

b) Inscription dans un réseau gérontologique et convention avec un hôpital gériatrique

Dans le cadre de notre première convention tripartite nous avons adhéré au réseau gérontologique local et signé une convention avec l'hôpital gériatrique St Charles pour assurer la continuité de la prise en charge des soins médicaux et faciliter le suivi médical de résidents atteints de pathologies lourdes et chroniques. Notre médecin coordonnateur sollicite l'équipe de médecins gériatres de l'hôpital pour accéder à des évaluations médicales et des soins en évitant les séjours hospitaliers de longue durée dans les

⁵⁸ « L'institution vecteur de chance pour la personne vieillissante » Sous la coordination de Michel PERSONNE, Collection Géont'au présent, 2007, Editions MF Paris, p.21

hôpitaux du secteur. De même une priorité est donnée à l'accueil des résidents de l'établissement sur des lits de soins palliatifs, comme nous accueillons prioritairement des patients en provenance de l'hôpital. Ces échanges et cette coordination assurent des soins plus adaptés aux personnes âgées et contribuent aussi à enrichir nos pratiques professionnelles, optimiser notre projet de soins et améliorer les réponses à des problématiques complexes.

c) Réseau de soins palliatifs :

Le développement des soins palliatifs est pour la direction une préoccupation majeure avec l'accompagnement de résidents arrivant en fin de vie et souffrant de pathologies douloureuses. Les personnels soignants expriment leur manque de formation relative à la prise en charge de la douleur et sont confrontés à une majorité de médecins traitants peu sensibilisés dans leurs pratiques à la gestion de la douleur. Nous avons signé une convention avec une association de soins palliatifs dont les deux objectifs sont :

- former des référents parmi notre personnel soignant de jour et de nuit aux bonnes pratiques des soins palliatifs
- faire intervenir une équipe spécialisée de l'association auprès du résident en fin de vie pour organiser les soins palliatifs en lien avec son médecin traitant et ses proches.

Le travail en réseau soutient le développement d'une culture gériatrique au sein de l'établissement. En effet il favorise les échanges relatifs aux pratiques professionnelles du secteur sanitaire et médico-social. Il valorise les ressources complémentaires de différents services publics et privés sur un secteur géographique pour apporter à la personne âgée accueillie en Ehpad des réponses individualisées adaptées à la complexité de sa situation. Ce travail contribue à la professionnalisation du secteur médico-social plutôt qu'à son uniformisation. En effet, il se fonde sur la diversité des professions médicales et sociales et de leurs cultures. Ce décloisonnement est une réponse à l'évolution des besoins des personnes âgées marquée par une complexification des pathologies qui relèvent de problématiques sociales, médicales et psychologiques.

3.3.3 Adhérer à un groupement employeur :

En 2006, cinq Ehpad associatifs et l'hôpital gériatrique appartenant tous à la congrégation religieuse des Sœurs de St Charles, se sont constitués en groupement employeur. L'objectif des directeurs des structures était dans un premier temps de mutualiser et gérer le recrutement de personnels spécialisés (psychologues et qualitatifs) pour intervenir à

temps partiel sur chaque établissement. L'autorité du Conseil général sollicitée pour le financement à temps partiel de ces postes répondait favorablement dans le cadre d'un groupement employeur. Ainsi chaque Ehpad du groupement s'est vu attribué le financement d'une journée par semaine (0.20 ETP) d'un psychologue et d'un qualicien.

Dans le cadre de réunions professionnelles de directeur organisées par l'URIOPSS, j'ai été amenée à échanger avec les directeurs du groupement sur :

- les possibilités de mutualiser certains services (externaliser le traitement de notre linge professionnel auprès d'un Ehpad ayant rénové et agrandi sa blanchisserie)
- des informations relatives des projets de formation et à des partenariats (nous avons apporté notre expérience pour la préparation et la distribution des traitements médicaux et sur l'adhésion à un réseau de soins palliatifs)
- la nécessité d'une approche cohérente auprès des autorités de tarification sur la valorisation de postes de personnels spécialisés dont nos établissements : psychologues, ergothérapeutes, diététicien, qualicien...

En janvier 2008 le groupement employeur St Charles a proposé à notre association de les rejoindre sur l'opportunité d'une journée par semaine de qualicien qui se libérait. Comme le souligne M. Michel LAFORCADE, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de Dordogne « *La formule du regroupement peut être un moyen pour une petite association de conserver son histoire, son identité et sa culture, et donc sa singularité, en mutualisant ses ressources avec d'autres dans des domaines où ses valeurs ne sont pas remises en cause.* »⁵⁹

Le dossier pour adhérer au groupement a été présenté à notre Conseil d'Administration en février 2008. Celui ci a validé la demande d'adhésion, qui a pris effet en juin 2008 lors de l'assemblée générale du groupement réunissant les présidents, trésoriers et directeurs des établissements. Dès mars 2008, nous avons écrit au Conseil Général pour exposer le projet d'adhésion et solliciter en cours d'exercice budgétaire le financement de 0.20 ETP de psychologue de juillet à décembre 2008 représentant un coût de 5.900€. Le poste de qualicien représente un coût de 8.130€ pour la période. Il est financé sur la section hébergement non soumis à autorisation du Conseil Général puisque notre tarif aide sociale est fixé sur la moyenne des tarifs départementaux. Le financement du poste de psychologue a été accepté par le Conseil Général en date du 1^{er} juin 2008.

L'adhésion de notre établissement au groupement employeur St Charles est une formidable opportunité. Il va nous permettre :

⁵⁹ Actualités Sociales Hebdomadaires, Politiques Sociales, « L'approche managériale, impasse ou opportunité à saisir pour les professionnels ? » 21 mars 2008, N° 2550, p. 36

- de mutualiser des moyens humains avec la création de postes en commun ainsi que des moyens matériels avec la sous-traitance des services de blanchisserie, le prêt de véhicule ...
- d'échanger des informations entre directeurs sur les évolutions de nos structures ainsi que sur les axes à développer pour mieux répondre aux demandes des personnes âgées et de leurs familles
- de développer une politique commune cohérente avec nos autorités de tarification
- de contribuer à une politique qualité au sein de l'établissement, avec une base commune aux différents Ehpad associatifs, par la mise en place d'un réseau intranet avec une gestion documentaire des ressources de chaque établissement.

Les directeurs du groupement se retrouvent une journée tous les deux mois pour partager sur la gestion et l'évaluation des postes ainsi que suivre les dossiers en cours relatifs aux évolutions réglementaires et aux projets de nos établissements respectifs. Les fiches de salaire sont réalisées par l'URIOPSS et la comptabilité du groupement est suivie par un établissement.

L'adhésion de notre association à un groupement employeur d'établissements caritatifs de confession catholique n'a pas posé de problème. Elle ne remet pas en cause ni nos valeurs, ni notre identité et notre culture. Elle vient nous enrichir de moyens supplémentaires pour poursuivre nos projets au service de la personne âgée et éviter que notre avenir ne soit remis en cause par nos faiblesses liées à la taille de l'Ehpad et à la limite des modalités d'accueil en hébergement permanent.

Les évolutions législatives et réglementaires encouragent les acteurs privés non lucratifs à développer les partenariats et le travail en réseau et à s'engager vers de nouveaux modes de gouvernance. On peut craindre la perte des spécificités et identités associatives comme une réduction des marges de manœuvre des fonctionnements des établissements avec une uniformisation et un contrôle accru des structures.

Mais, on peut aussi se saisir de ces évolutions comme des leviers pour anticiper et mieux s'adapter aux évolutions des besoins des populations. Notre Ehpad isolé ne pourrait répondre seul aux enjeux du secteur médico-social. L'intérêt majeur n'est-il pas dans un contexte d'une société toujours plus individualiste et consumériste de faire valoir pour un Ehpad les spécificités de son projet associatif. Un projet où l'on s'attache à développer une qualité de prestation, à interroger et respecter l'éthique ainsi qu'à qualifier et former les professionnels inscrits dans une culture gérontologique.

Conclusion

« On juge une civilisation au sort qu'elle réserve à ses anciens »,
Claude Lévi-Strauss⁶⁰

Le grand âge se décline socialement en terme de pertes, de déficits, de manques et de maladies chroniques. Dans un tel contexte comment une équipe peut donner du sens à ses interventions s'il ne s'agit que de se battre contre une fin annoncée. C'est justement là où les professionnels des Ehpad trouvent toute leur place. Les hommes et les femmes sont la principale richesse d'un établissement. M. Pierre PEYRE, professeur des Universités à PAU nous dit lors d'un colloque en mars 2007 « *Ainsi les institutions pour personnes âgées sont-elles ces concentrations, certes de moyens techniques, matériel et financiers, au service des objectifs sociaux et thérapeutiques qu'elles poursuivent, mais elles sont, surtout et avant tout, ces milieux d'hommes au service des hommes* »⁶¹

En quatre années d'exercice de direction, mes trois priorités restent :

- le développement des aptitudes professionnelles des personnels, la qualité du rapport humain et le travail sur les questions éthiques avec la valorisation des compétences au service du résident
- la recherche de partenariat au service du projet associatif et du projet d'établissement pour contribuer à asseoir une culture gérontologique du « mieux vieillir » en institution
- la négociation auprès des autorités de tarification pour valoriser des moyens humains et matériels en réelle adéquation avec le projet de l'établissement.

Quand on s'interroge sur une maison de retraite on recherche avant tout la bienveillance d'une équipe, ses attentions, ses compétences. Aussi adaptée que soit une salle de bain, aussi gastronomique que soit un repas, aussi perfectionné que soit un lève malade, la valeur de ces prestations ne pourra être retenue que si elles sont soutenues par une action humaine de qualité. « *Ce qui inquiète le nouveau résident c'est de savoir qui derrière la porte de l'institution va l'accueillir, l'écouter, lui sourire, lui servir à manger...* »⁶²
En cela la démarche qualité participative instaurée au sein de l'établissement mobilise et fédère les personnels autour d'une approche globale de la personne âgée. S'appuyant

⁶⁰ Citation tirée de l'ouvrage de, B. LABOREL, R. VERCAUTEREN, « Construire une éthique en établissements pour personnes âgées », Editions ERES, Ramonville, 2004, p. 173

⁶¹ Sous la direction de Michel PERSONNE, « L'institution vecteur de chance pour la personne vieillissante » Acte du colloque de Pau, Editions MF, Paris 2007, p. 75

⁶² S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN « Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées », Editions ERES, Ramonville, 2004, p.142

sur des outils référentiels, la dynamique de cette démarche est propre à l'établissement. Elle motive une équipe pluri professionnelle et donne sens au changement nécessaire pour développer des pratiques et des actions plus adaptées aux attentes et besoins d'une population accueillie de plus en plus âgée et fragilisée.

Quelle que soit la pertinence d'outils d'organisation et de gestion, sans participation des acteurs de l'établissement, sans appropriation des décisions qui concernent les salariés, les résidents et leurs proches, une démarche pour l'amélioration continue de la qualité serait limitée à une production de procédures et de normes encadrant des prestations.

Or, développer une relation humaine de service en gérontologie doit être l'ambition d'un directeur **avec** son équipe. Au final, la démarche participative à l'amélioration continue de la qualité en tant que processus est un outil précieux de management au service d'un projet collectif. Cette démarche tend vers une prise en charge globale et individualisée du résident dans le respect de son premier droit, celui du droit à l'autonomie jusqu'à son « dernier souffle ».

A l'aube du renouvellement de notre convention tripartite, avec l'évaluation conduite à l'aide des questionnaires satisfaction et de l'autoévaluation Angélique nous souhaitons sur un plan pluri annuel de cinq ans, pouvoir renforcer les moyens humains de l'établissement en nombre et en qualification professionnelle, comme financer des aménagements pour améliorer le cadre de vie et le confort des résidents. Nous avons su nous appuyer sur des partenariats et un travail en réseau qui apportent des réponses complémentaires aux attentes et besoins des résidents. D'autres perspectives s'offrent avec l'adhésion au groupement employeur et la possibilité d'accentuer une politique qualité en lien avec d'autres structures associatives.

Il me semble qu'au-delà d'une profession, d'un secteur d'activités, il y a pour nous, acteurs associatifs et directeurs d'Ehpad la nécessité de justifier ce qui fonde notre action dans le cadre d'un pacte associatif. Dans un contexte d'évolutions législatives et réglementaires de plus en plus complexes et face au risque de la marchandisation, nous devons être porteurs de propositions, d'un projet où la relation humaine basée sur le don et la reconnaissance de l'autre est primordiale. Nous avons à travailler ensemble au développement d'un accompagnement digne et respectueux des personnes âgées dont l'enjeu est considérable pour notre pays dans les années à venir.

Bibliographie

OUVRAGES

BERNOUX, Philippe, 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris, Editions du SEUIL, 307 p.

BRAMI, Gérard, 2000, *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris Editions Berger-Levrault, 218 p.

CONNANGLE, Sylvain, VERCAUTEREN, Richard, 2004, *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Ste Agne, Editions ERES, Pratiques Gérontologiques, 103 p.

CONNANGLE, Sylvain, VERCAUTEREN, Richard, 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées*, Editions ERES, Pratiques Gérontologiques, Ramonville Ste Agne, 141 p.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, 1980, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 436 p.

DESHAIES, Jean-Louis, 2005, *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris, Editions DUNOD, 235 p.

DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes*, 2^{ème} édition, SELI ARSLAN, 335 p.

GUEGEN Jean-Yves Coordination éditoriale, 2007 *L'année de l'Action Sociale, les nouvelles frontières de l'Action Sociale*, DUNOD, Paris, 2007, 289 p.

LABOREL Bernard, VERCAUTEREN Richard, 2004, *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*, Ramonville Ste Agne, Pratiques Gérontologiques, ERES, 151 p.

MIRAMON, Jean-Marie, dir, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, 2005, *Le métier de directeur*, Rennes, Editions ENSP, 269 p.

PERSONNE, Michel, dir., 2003 *Les chaos du vieillissement*, Pratiques Gérontologiques , Ramonville Ste Agne, ERES, 183 p.

SAINSAULIEU Renaud, 1977, *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Paris, Fondation Nationale des Sciences politiques, 486 p.

VERCAUTEREN, Richard, LABOREL, Bernard, JAHAN, Franck, 1999, *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*, Ramonville Ste Agne, Editions ERES, Pratiques du champ social, 271 p.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001, *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*, Ramonville Ste Agne, Editions ERES, 198 p.

VILLEZ, Alain, 2005, *Adapter les établissements pour personnes âgées. Besoins, réglementation, tarification*, Paris , Editions DUNOD, 392 p.

REVUES ET ARTICLES

ADEHPA/AD-PA, mai juin 2007, revue des directeurs adhérents à l'Association des Directeurs d'établissements pour Personnes Agées

ADEHPA/AD-PA, septembre octobre 2007 revue des directeurs adhérents à l'Association des Directeurs d'établissements pour Personnes Agées

MINTZBERG, Henry, Nous vivons dans le culte du management, Sciences Humaines- Hors Série N  20, Mars/Avril 1998, p. 16/18

RENTREE SOCIALE 2007 2008 Enjeux Politiques Budgets Prévisionnels 2008, UNIOPSS-URIOPSS, Hors série N  209 Septembre 2007

SAINSAULIEU, Renaud, *La construction des identités au travail*, Sciences Humaines- Hors série N  20, Mars/Avril 1998, p. 40/47

COLLOQUES

Sous la coordination de PERSONNE Michel, *L'institution vecteur de chance pour la personne vieillissante*, Mars 2007, PAU, Acte du colloque, Collection Géront au présent, Editions MF, 2007, 117 p.

Congrès Francophone des Directeurs d'Établissements pour Personnes Agées, dans le cadre du 7^{ème} congrès National des Professionnels de la Gériatrie, 30 31 mars et 1^{er} avril 2008, PARIS, *Mieux se connaître pour travailler en équipe pluridisciplinaire*, intervention de M. LORA (Fondateur Groupe Intervention Innovation, Paris)

RAPPORTS ET TEXTES DE LOI :

LAROQUE, Politique de la vieillesse, *Rapport de la commission Laroque*, 1962, Disponible sur internet, URL : <http://www.inserm.fr/age>

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AUX PERSONNES AGEES AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET A LA FAMILLE, *Plan Solidarité Grand Age*, présenté par M. Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la famille, 27 juin 2006 ? Disponible sur internet : http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse.pdf

MINISTÈRE DU TRAVAIL DES RELATIONS SOCIALES DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ, *Présentation du Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009*, du 24 janvier 2007, Disponible sur internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/.../presentation-du-plan-national-bien-vieillir-2007-2009->

DOCUMENTS ELECTRONIQUES :

DRESS enquête : « Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées », 2003 études et résultats <http://www.securite sociale.fr/communication/rapports/dress.htm>

INSEE La France en faits et chiffres- Les Personnes Agées Evolution du nombre de Personnes Agées, janvier 2008, disponible sur internet <http://www.insee.fr/fr>

Henry Schumann, *La communauté Juive de Nancy*, Extrait des Mémoires des communautés juives de Meurthe et moselle, Meuse et Vosges, Editions Serpenoises, Metz 2003, disponible sur internet <http://www.judaisme.sdv.fr/histoire/villes/nancy.htm>

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation photographique de l'établissement

Annexe 2 : Organigramme de l'établissement

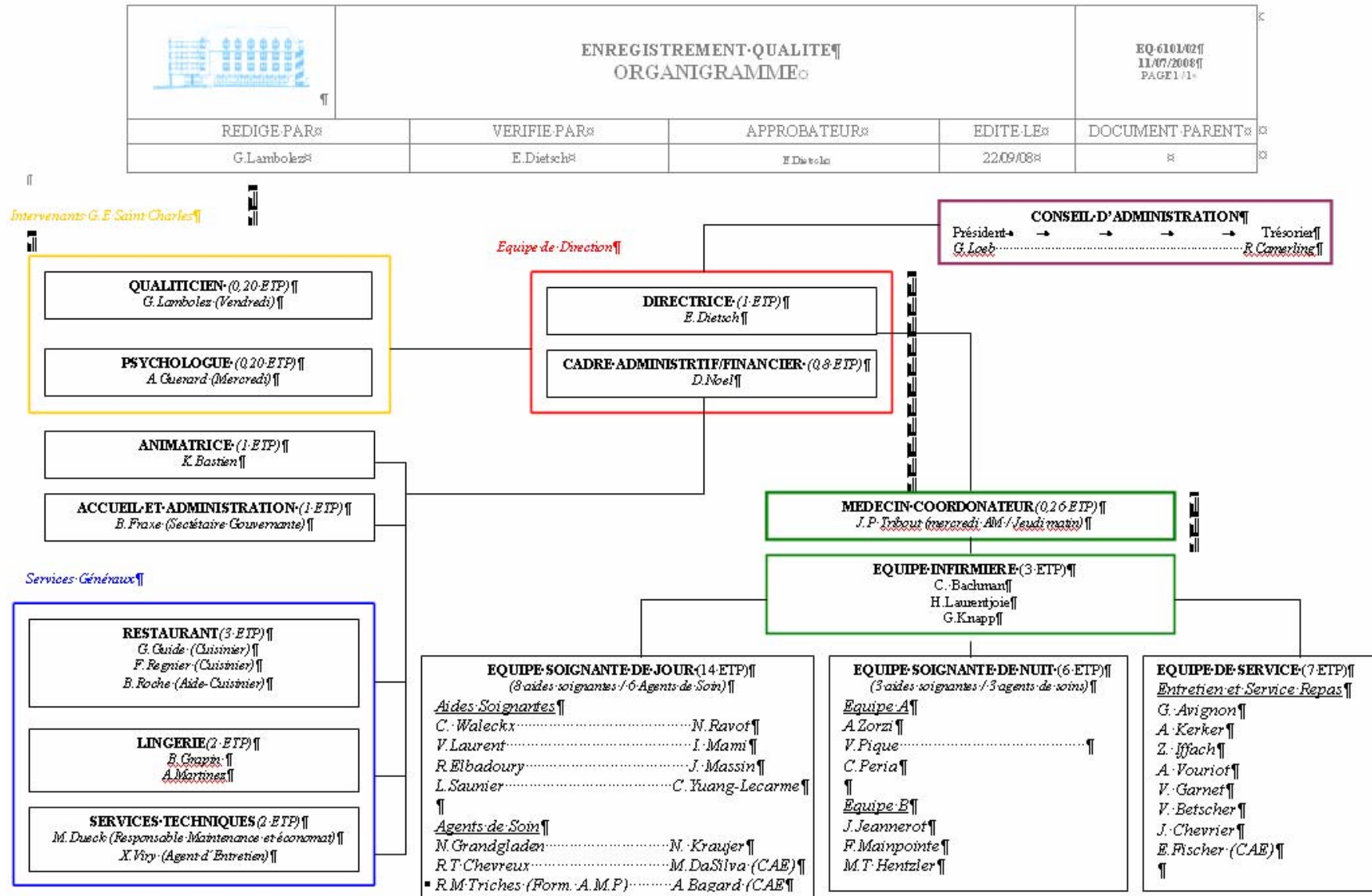
Annexe 3 : Tableaux de synthèse des 3 questionnaires satisfaction auprès des résidents, des familles et des salariés

Annexe 4 : Extrait de fiches réalisées par le groupe démarche qualité « Conduites à tenir en cas d'hospitalisation d'un résident »

Annexe 5 : « L'amélioration continue de la qualité illustrée par la roue de Deming »

Annexe 6 : Planche photos d'activités et d'animations

Annexe 2



Le présent document est la propriété de La Maison Simon Bénic hou et ne peut être reproduit ou communiqué même partiellement à un tiers sans autorisation.

**SYNTHESE DE L'ENQUETE DE SATISFACTION
DES FAMILLES DES RESIDENTS
MAISON DE RETRAITE ISRAELITE**

A) ACCUEIL ET INTEGRATION				
Q4. Avez-vous reçu toute l'information que vous souhaitez, avant l'entrée de votre parent en MDR?	OUI 90% (25/28)	NON 10% (3/28)	§	§
Q5. Avez-vous pu visiter l'établissement avant l'admission de votre parent?	OUI avec le résident 25% (7/28)	OUI sans le résident 64% (18/28)	NON 11% (3/28)	§
Q6. Avez-vous eu le choix avec votre parent de l'établissement?	OUI 52% (14/27)	NON 48% (13/27)	§	§
Q7. Avez-vous été satisfait de l'accueil qui a été réservé à votre parent?	Tres satisfait 41% (11/27)	Satisfait 59% (15/27)	Moyen satisfait 3% (1/27)	§
Q8. Vous a-t-on expliqué le fonctionnement de la maison (repas, linge, soins, animation...)?	OUI 97% (26/27)	NON 3% (1/27)	§	§
Q9. Comment votre parent s'est-il intégré au sein de la maison?	Tres bien 35% (9/26)	Bien 46% (12/26)	Difficilement 15% (4/26)	Tres difficilement 4% (1/26)
B) PLACE DU RESIDENT ET LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL				
Q10. Globalement le personnel vous semble-t-il à l'écoute et disponible?	OUI tout-à-fait 32% (9/28)	Plutôt OUI 58% (16/28)	Pas assez 10% (3/28)	NON pas du tout 0%
Q11. Le personnel est-il poli et respectueux?	OUI tout-à-fait 57% (16/28)	Plutôt OUI 43% (12/28)	NON 0%	§
Q12. Que pensez-vous du respect de l'intimité de votre proche?	Satisfait 61% (17/28)	Assez satisfait 32% (9/28)	Pas assez satisfait 7% (2/28)	Insuffisant 0%
C) QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (SECURITE-SOINS-ANIMATION)				
Q13. Sentez-vous votre parent en sécurité au sein de l'établissement?	OUI tout-à-fait 61% (17/28)	Plutôt OUI 36% (10/28)	Pas assez 3% (1/28)	NON 0%
Q14. Obtenez-vous facilement des informations sur la prise en charge de votre parent au sein de l'établissement? a) Sur le plan des soins?	OUI facilement 71% (20/28)	Pas assez facilement 28% (8/28)	Difficilement 0%	§
Q14 b) Sur le plan administratif?	100% □	0%	0%	§
Q14 c) Sur le plan de sa vie sociale?	89% (23/26)	15% (4/26)	0%	§
Q15. Que pensez-vous de la qualité des soins qui sont pratiqués à votre proche?	Tout-à-fait satisfait 43% (12/28)	Assez satisfait 50% (14/28)	Insuffisant 7% (2/28)	§
Q16. Que pensez-vous de la prise en charge de la douleur à la MDR?	Satisfait 59% (16/27)	Pas assez satisfait 33% (9/27)	Insuffisant 7% (2/27)	§
Q17. Que pensez-vous globalement de la qualité des animations et des activités proposées?	Tres satisfait 43% (12/28)	Satisfait 54% (15/28)	Moyen satisfait 3% (1/28)	Pas satisfait

D)- LE CADRE DE VIE ET LES PRESTATIONS D'HEBERGEMENT				
Q18 Pensez-vous que les locaux, le cadre dans lequel réside votre parent est adapté? A l'intérieur du bâtiment. A l'extérieur du bâtiment.	OUI tout-à-fait 68% (19/28)	OUI plutôt 32% (9/28)	NON pas assez 10% (4/28)	NON
Q19 Que pensez-vous globalement de la chambre de votre parent? (espace, luminosité, aménagement, voisinage...)	Très-satisfaisant 32% (9/28)	Satisfaisant 50% (14/28)	Moyen-satisfaisant 18% (5/28)	Pas-satisfaisant
Q20 Que pensez-vous de la salle de bain privative (vanabo+WC)?	Tout-à-fait-adapté 22% (6/27)	Adapté 63% (17/27)	Insuffisant 11% (3/27)	Inadapté 4% (1/27)
Q21 Que pensez-vous des salles de bain et espaces douches à chaque étage?	Tout-à-fait-adapté 20% (4/20)	Adapté 65% (13/20)	Insuffisant 10% (2/20)	Inadapté 0%
Q22 Que pensez-vous de l'hygiène des locaux? a) → De la chambre b) → De la salle à manger et des salons c) → Des salles de bain/douches et toilettes d) → Des couloirs, escaliers et ascenseurs	Très-satisfaisant 25% (7/28) 46% (13/28) 21% (5/24) 43% (12/28)	Satisfaisant 61% (17/28) 54% (15/28) 75% (18/24) 54% (15/28)	Moyen-satisfaisant 14% (4/28) 0% (0/24) 4% (1/24) 3% (1/28)	Pas-satisfaisant 0% (0/28) 0% (0/24) 0% (0/28)
Q23 Que pensez-vous de la qualité des repas? (Équilibre alimentaire, quantité, qualité...)	Très-satisfaisant 35% (8/23)	Satisfaisant 61% (14/23)	Moyen-satisfaisant 4% (1/23)	Pas-satisfaisant
Q24 Les horaires des repas vous conviennent-ils? Petit déjeuner entre 8H et 9H Déjeuner à 11H30 Gouter à 15H30 Dîner à 18H	OUI 100% (9/9) 96% (9/9) 92% (8/9)	NON 0% (0/9) 4% (1/24) 8% (2/25)		
Q25 Que pensez-vous de la qualité de la blanchisserie?	Très-satisfaisant 46% (13/28)	Satisfaisant 43% (12/28)	Moyen-satisfaisant 17% (5/28)	Pas-satisfaisant 0%
E)- QUALITE GLOBALE				
Q26 Que pensez-vous globalement de la qualité de séjour de votre parent au sein de l'établissement?	Très-satisfaisant 29% (8/28)	Satisfaisant 68% (19/28)	Moyen-satisfaisant 3% (1/28)	Pas-satisfaisant 0%
Q27 Pensez-vous que votre parent est satisfait de sa vie au sein de l'établissement?	Très-satisfait 36% (9/25)	Satisfait 56% (14/25)	Moyen-satisfait 8% (2/25)	Pas-satisfait 0%
Q28 Pensez-vous que les prestations fournies correspondent au prix payé?	OUI tout-à-fait 84% (21/25)	NON pas vraiment 16% (4/25)	Non pas du tout 0% (0/25)	
Q29 Conseilleriez-vous le placement dans cet établissement?	OUI 100% (9/9)	NON 0% (0/9)		

Janvier 2008

**SYNTHESE DE L'ENQUETE DE
SATISFACTION
DES RESIDENTS
MAISON DE RETRAITE ISRAELITE**

A) ACCUEIL ET INTEGRATION				
<i>Q7 Avez vous pu choisir votre MDR</i>	OUI 61% (11/18)	NON 39% (7/18)		
<i>Q85 Avez vous pu visiter l'établissement avant votre arrivée ?</i>	OUI 33% (6/18)	NON 67% (12/18)		
<i>Q9 Comment avez vous trouvé l'accueil lors de votre arrivée ?</i>	Très satisfaisant 25% (4/16)	Satisfaisant 63% (10/16)	Moyen satisfaisant 6% (1/16)	Pas satisfaisant 6% (1/16)
<i>Q10 Vous a t'on expliqué le fonctionnement de la maison ?</i>	OUI 37% (6/16)	NON 63% (10/16)	2 sans réponse « disent ne plus se souvenir »	
<i>Q11 Vous a t'on montré les locaux ?</i>	OUI 35% (6/17)	NON 71% (11/17)	1 sans réponse ne se souvient plus	
<i>Q12 Les personnels des différents services vous ont-ils été présentés ?</i>	OUI 29% (5/17)	NON 71% (12/17)	1 sans réponse ne se souvient plus	
<i>Q13 Vous a t'on aidé à vous intégrer parmi les résidents déjà présents ?</i>	OUI bien aidé 17% (3/18)	Un peu 39% (7/18)	Non pas du tout 44% (8/18)	
B) PLACE DU RESIDENT ET RELATIONS AVEC LE PERSONNEL				
<i>Q14 Globalement le personnel vous semble t'il à l'écoute et disponible ?</i>	OUI tout à fait 28% (5/18)	Plutôt OUI 39% (7/18)	Pas assez 33% (6/28)	NON pas du tout 0%

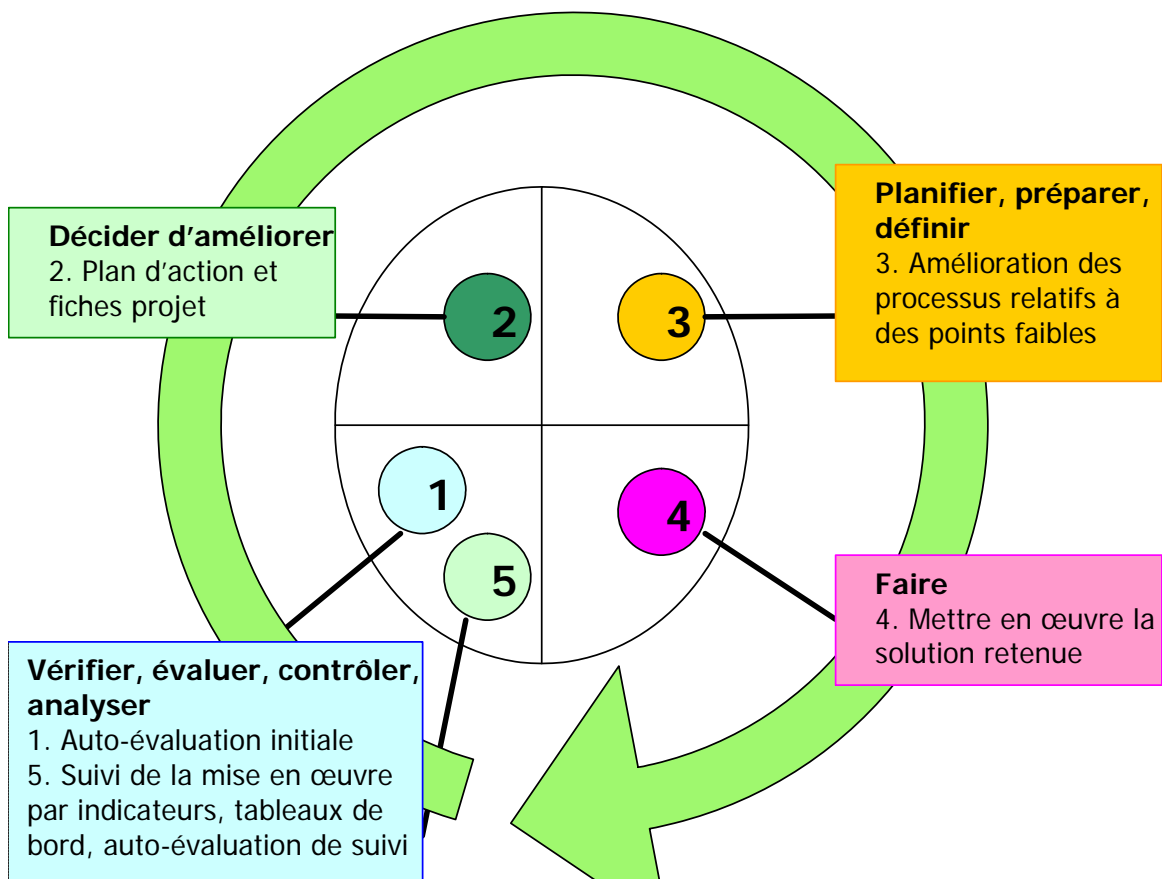
Q15 Pensez vous que votre intimité est respectée ?	OUI tout à fait 78% (14/18)	Parfois NON 22% (4/18)	N'est pas respectée 0%	
Q16 Que pensez vous de la discrétion du personnel ?	Très Satisfaisant 6% (1/18)	Satisfaisant 83% (15/18)	Pas assez satisfaisant 11% (2/18)	Insuffisant 0%
Q17 Le personnel est-il poli et respectueux ?	OUI toujours 61% (11/18)	Parfois NON 39% (7/18)	NON 0%	
Q18 Répond-on rapidement et aimablement à vos questions ?	OUI toujours 41% (7/17)	Parfois NON 47% (8/17)	NON 0%	
C) QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (SECURITE-SOINS-ANIMATION)				
Q19 Vous sentez- en sécurité au sein de l'établissement ?	OUI 100%	NON		
Q20 Que pensez vous des soins médicaux qui vous sont prodigués ?	Très satisfaisant 22% (4/18)	Satisfaisant 56% (10/18)	Pas trop satisfaisant 22% (4/18)	Pas satisfaisant 0%
Q21 Vous sentez vous bien informé sur votre santé ?	Satisfaisant 47% (8/17)	Assez satisfaisant 35% (6/17)	Pas satisfaisant 18% (3/17)	
Q22 Votre douleur est- elle entendue ? Est-elle soulagée ?	OUI 72% (13/18)	NON 28% (5/18)		
Q23 Que pensez vous des soins d'hygiène qui vous sont prodigués ? (Aide à la toilette, aide au change, déshabillage, au coucher...)	Très satisfaisant 33% (6/18)	Satisfaisant 50% (9/18)	Pas trop satisfaisant 17% (3/18)	Pas satisfaisant 0%
Q24 Que pensez vous des aides à la vie quotidienne qui vous sont apportées ? (Aide aux déplacements,	Très satisfaisant 24% (4/18)	Satisfaisant 65% (11/18)	Pas trop satisfaisant 12% (2/18)	Pas satisfaisant 0%

**SYNTHESE DE L'ENQUETE DE
SATISFACTION
DES SALARIES
MAISON DE RETRAITE ISRAELITE**

A) REPRESENTATION DE SON TRAVAIL				
<i>Q5 Estimez vous avoir dans l'établissement toutes les conditions de travail réunies pour mener à bien votre activité ?</i>	OUI totalement 33% (8/24)	OUI presque 54% (13/24)	NON pas totalement 13% (3/24)	NON pas du tout 0%
<i>Q6 Vous qualifieriez votre charge de travail de :</i>	Tout à fait correcte 8% (2/24)	Normale 50% (12/24)	Un peu lourde 34% (8/24)	Trop lourde 8% (2/24)
<i>Q7 Vous qualifieriez votre travail de :</i>	Pas stressant 8% (2/25)	Un peu stressant 60% (15/25)	Stressant 32% (8/25)	Très stressant 0%
<i>Q8 Diriez vous que votre travail contribue à votre épanouissement ?</i>	OUI beaucoup 20% (5/25)	OUI 76% (19/25)	Non pas vraiment 4% (1/25)	Non pas du tout 0
B) ENVIRONNEMENT AU TRAVAIL				
<i>Q9 Vous diriez que vos conditions de travail sont :</i>	Très satisfaisantes 4% (1/24)	Satisfaisantes 92% (22/24)	Peu satisfaisantes 4% (1/24)	Pas du tout satisfaisantes 0%
<i>Q10 Vous diriez que les locaux de travail sont :</i>	Tout à fait adaptés 8% (2/25)	Plutôt adaptés 72% (18/25)	Peu adaptés 16% (4/25)	Pas adaptés 4% (1/25)
<i>Q11 Les horaires de travail sont</i>	Très Satisfaisant	Satisfaisant 84%	Peu satisfaisant 4%	Pas satisfaisant

	12% (3/25)	(21/25)	(1/25)	0%
<i>Q12 Disposez vous du matériel nécessaire pour faire votre travail ?</i>	OUI toujours 20% (5/25)	OUI en général 64% (16/25)	NON pas totalement 16% (4/25)	NON pas du tout 0%
<i>Q13 diriez vous que l'organisation du travail au sein de l'établissement est :</i>	Très Satisfaisant 8% (2/25)	Plutôt Satisfaisant 80% (20/25)	Peu satisfaisant 12% (3/25)	Pas satisfaisant 0%
<i>Q14 Vos relations avec vos collègues sont :</i>	Très Satisfaisant 12% (3/25)	Plutôt Satisfaisant 76% (19/25)	Peu satisfaisant 12% (3/25)	Pas satisfaisant 0%
<i>Q15 Vos relations avec les résidents sont :</i>	Très Satisfaisant 56% (14/25)	Plutôt Satisfaisant 44% (11/25)	Peu satisfaisant 0%	Pas satisfaisant 0%
C) LA REMUNERATION				
<i>Q16 Diriez vous que votre salaire est :</i>	Très correct 4% (1/25)	Correct 80% (20/25)	Peu satisfaisant 16% (4/25)	Pas satisfaisant
<i>Q17 Pensez vous que votre salaire est intéressant comparé à d'autres établissements pour le même emploi :</i>	OUI 44% (11/25)	NON pas vraiment 12% (3/25)	NON pas du tout 0% (1/25)	Ne sait pas 44% (11/25)
<i>Q18 Accepteriez vous plus de responsabilités en contre partie d'une revalorisation de votre salaire ?</i>	OUI c'est certain 30% (7/23)	OUI peut être 57% (13/23)	NON 13% (3/23)	
D) LA CARRIERE				
<i>Q19 Pensez vous avoir des possibilités de progression et/ou de promotion au sein de l'établissement ?</i>	OUI 36% (9/25)	Ne sait pas 40% (10/25)	NON 24% (6/25)	
<i>Q20 Pensez vous avoir des possibilités de progresser et de promotion en dehors de</i>	OUI 24% (6/25)	Ne sait pas 48% (12/25)	NON 28% (7/25)	

LA ROUE DE DEMING



Annexe 6

