



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-Social**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**La mixité ou la sectorisation des  
résidents en EHPAD : un enjeu  
organisationnel adapté à la diversité  
des profils ?**

---

**Lara ZIEGLER**



---

# Remerciements

---

Je tiens en premier lieu à remercier ma famille et mes amis qui m'ont soutenu dans mon projet professionnel ainsi qu'aux résidents qui m'ont conforté dans mon choix d'exercer ce métier.

Mes remerciements s'adressent ensuite à l'équipe de direction et tout particulièrement à Laurent GRESSE, Directeur du Centre Hospitalier, pour avoir été à mon écoute et donné sa confiance tout au long de ce stage. Je remercie également Chantal COLLOMBIN, Cadre Supérieur de Santé, véritable pilier de l'établissement qui s'est toujours rendue disponible et s'est assurée des meilleures conditions d'intégration au sein de la structure.

Je remercie l'équipe médicale et soignante qui a bien voulu répondre à mes interrogations ainsi que Catherine REY GIRAUD, cadre de santé de l'EHPAD dans mon choix d'aborder ce thème de mémoire.

Mes remerciements vont également à Christelle ROUTELOUS, pour son aide tout au long de cet exercice du mémoire de fin de formation notamment pour son regard critique sur le sujet.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu lors de la rédaction de ce mémoire.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Les paradoxes de l'évolution des EHPAD .....	3
1.1 La notion du vivre ensemble en EHPAD.....	4
1.1.1 De la charité publique à la tarification.....	4
1.1.2 Le profil des résidents : une population hétérogène .....	7
1.1.3 Organisation sectorisée ou organisation brassée des résidents : les pratiques des institutions .....	9
1.2 Les EHPAD dans un cadre des politiques publiques .....	13
1.2.1 Les enjeux à venir du point de vue des politiques publiques .....	13
1.2.2 Les recommandations des autorités de tarification .....	16
1.2.3 La réforme de la tarification des EHPAD .....	18
1.3 Diagnostic et enjeux d'un établissement sectorisé .....	20
1.3.1 La méthode d'investigation.....	21
1.3.2 La sectorisation : une volonté en premier lieu dans l'intérêt du personnel vieillissant.....	22
1.3.3 Une situation financière favorable au changement .....	25
2 La sectorisation : une organisation adaptée mais non aboutie.....	28
2.1 Un moyen pour favoriser le bien-être et la dignité des résidents .....	29
2.1.1 Les avis gérontologiques selon le profil des résidents .....	29
2.1.2 Poursuivre la sectorisation en favorisant les relations harmonieuses .....	31
2.1.3 La nécessité d'accompagner les familles au changement .....	34
2.2 La nécessaire amélioration du pilotage interne.....	37
2.2.1 Des outils de la loi 2002-2 insuffisamment exploités .....	37
2.2.2 L'impératif de travailler en réseau sur le territoire .....	40
2.2.3 S'approprier une architecture inadaptée.....	43
2.3 Les ressources humaines, un levier déterminant pour un gage de qualité.....	45
2.3.1 La nécessaire conciliation entre organisation et management de proximité.....	45
2.3.2 Ajustement des compétences et adéquation des ressources humaines.....	48

2.3.3 La prévention des risques professionnels dans le cadre de la lutte contre l'absentéisme.....	52
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AGGIR** : Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

**ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

**ARS** : Agence Régional de Santé

**AS** : Aide-soignant

**ASG** : Assistant de Soins en Gérontologie

**ASH** : Agents des Services Hospitaliers

**AT** : Accident du travail

**CAF** : Capacité d'Autofinancement

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

**CH** : Centre Hospitalier

**CHSCT** : Comité Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail

**CLACT** : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**EHPAD** : Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes

**EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale

**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé

**FV** : Foyer de Vie

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**GIR** : Groupe Iso Ressources

**GMP** : GIR Moyen Pondéré

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IME** : Instituts Médico-Educatif

**MAIA** : Méthode conçue pour Améliorer l'Accompagnement des personnes âgées

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**PPA** : Projet Personnalisé d'Accompagnement

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

**TMS** : Troubles Musculo Squelettiques

**UPHA** : Unités pour Personnes Handicapées Agées

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcé

**UHTU** : Unité d'Hébergement Temporaire d'Urgence

**UPG** : Unité Psycho Gériatrique

**USLD** : Unités de Soins de Longue Durée



## Introduction

*« ... On ne devrait pas mélanger ceux qui sont débiles mentaux avec ceux qui sont bien. Parce que c'est dur de vivre avec ces gens-là. Il faut les accepter, mais nous avons assez de malheur, s'il faut encore qu'on supporte ceux des autres, ce n'est quand même pas agréable. »*

La réflexion part du constat d'un résident rencontré dans le cadre du stage de découverte dans un Établissement d'Hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD). Les propos de cette personne âgée arrivée dans l'institution par dépit, tentant de retrouver un sentiment de bien-être, m'ont interpellé.

Si le plan solidarité grand âge<sup>1</sup>, préconise de « *donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elle en développant les services de soins et d'aide à domicile* » tout en assurant une continuité entre domicile et institution, il reste une part de personnes âgées qui devient résident « malgré eux », quand le maintien à domicile n'est plus possible suite à l'épuisement des proches-aidants ou l'aggravation de leur pathologie.

Le nombre de personnes en perte d'autonomie et dépendante ne cesse de croître. En effet, fin 2015, la France accueille 728 000<sup>2</sup> personnes en structures dont 80 %<sup>2</sup> en EHPAD. Ces derniers représentent pas moins de 751 990 places soit 10 601<sup>3</sup> établissements accueillants des personnes âgées en moyenne de 87<sup>2</sup> ans de plus en plus dépendantes (54 %<sup>2</sup> d'entre eux sont classés en GIR 1 et 2). De plus, un tiers des résidents souffrent d'une maladie neurodégénérative et 18% relèvent de la psychiatrie. Ainsi, aborder l'accompagnement des personnes âgées en établissement et notamment la nécessité de leur proposer un cadre de vie adapté à leurs besoins dans un lieu de vie collectif est un véritable enjeu pour les établissements confrontés à des populations présentant des profils variés. Il peut se faire en brassant la population ou en la sectorisant. Mais si la sectorisation est un réel modèle d'organisation appliqué dans le milieu sanitaire notamment en psychiatrie, il n'existe, aujourd'hui, ni établissement idéal, ni pratiques parfaitement adaptées, dont il n'y aurait plus qu'à reproduire le modèle dans le secteur de la personne âgée.

---

<sup>1</sup> Plan solidarité grand âge 2007-2012

<sup>2</sup> LHERITIER JL., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Etudes et résultats de la DREES*, n°1015, 8p.

<sup>3</sup> MULLER M., 2017, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre » ; *Les dossiers de la DREES*, n°20

La réglementation fournit peu d'instructions aux directions pour les aider dans leurs choix. La loi 2002-2<sup>4</sup> apporte des évolutions remarquées sur les droits des résidents avec des outils tels que le contrat de séjour ou la mise en place des projets d'accompagnement personnalisé mais n'aborde pas la notion et les déterminants du « bien vivre ensemble », pourtant essentiels pour créer les conditions d'accueil et de vie optimales. L'innovation constante des structures doit porter sur l'intégration de manière continue des nouveaux besoins des résidents avec la recherche de réponses adaptées au vivre ensemble. En effet, comme l'indique René MULLER<sup>5</sup> : « *le lien entre des personnes différentes participe à la construction de chaque personnalité.* » La loi d'adaptation de la société au vieillissement dite loi<sup>6</sup> « ASV », précise quant à elle, qu'il faut « *inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.* » Ainsi, les aspects financiers ne sont pas anodins ; l'optimisation du taux d'occupation tendant vers les 100% avec un profil GIR 1-2 comme « conditions de remplissage » complexifient le choix de sectoriser les résidents selon le profil, nécessitant d'avoir une liste d'attente suffisante dans chaque pathologie.

A ce titre, se pose la question de savoir si la mixité de publics est pertinent et salutogénique pour les usagers et les soignants ou au contraire si la sectorisation des structures ou des services est préférable, à l'image du développement des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) ? A quelle(s) complexité(s) sont confrontées les structures pour satisfaire les besoins des usagers lorsqu'il existe une diversité de pathologie et un contexte financier contraint ? Quelle serait l'organisation cible pour préserver les attentes individuelles des résidents sur un lieu de travail ?

J'ai ainsi, eu l'opportunité de faire mon stage de spécialisation au sein d'un EHPAD adossé à un centre hospitalier (CH), qui a fait le choix d'une sectorisation par étage afin de pouvoir proposer une prise en charge adaptée à des groupes de résidents aux besoins homogènes, mais surtout de créer un contexte de travail favorable pour les agents en terme d'adaptation de la charge de travail aux effectifs et aux compétences. Aujourd'hui, cinq ans plus tard, le directeur de l'établissement se pose la question de la pérennité de cette organisation.

---

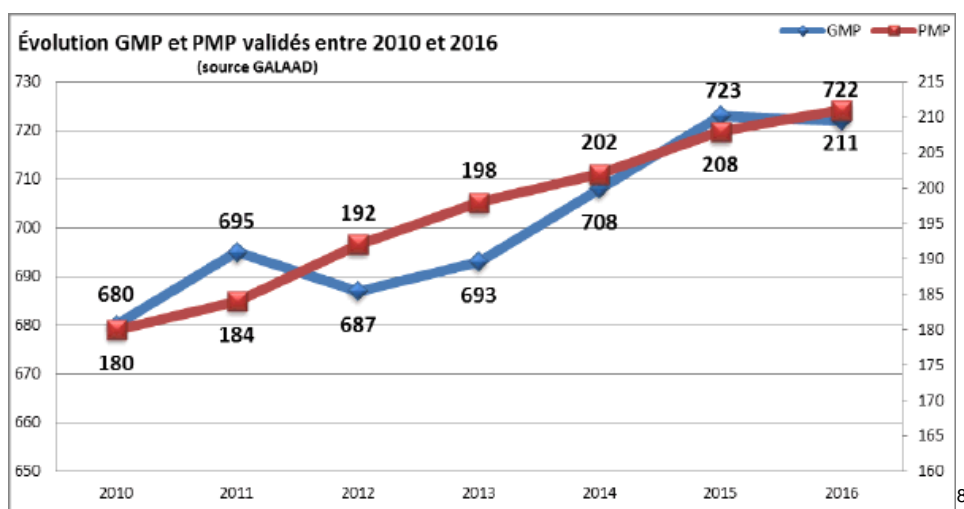
<sup>4</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>5</sup> MULLER R., 2008, Vivre ensemble, *Gérontologie et société*, pp.225-230

<sup>6</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

# 1 Les paradoxes de l'évolution des EHPAD

Les institutions d'hébergement pour personnes âgées sont les héritières des hospices, qui accueilleraient tous ceux que la société rejetait. Leur évolution est marquée par la coexistence de deux paradoxes : d'une part, la volonté des institutions d'offrir aux personnes âgées « un domicile » et d'autre part, l'augmentation et la spécialisation des soins du fait de leur fragilité et de la dépendance. D'ailleurs, comme le souligne Sylvie FREUDIGER<sup>7</sup>, les institutions ont « *une spécificité qu'il est essentiel de ne pas négliger : elles représentent le lieu d'habitation principal et dernier pour les personnes accueillies qui n'ont, dans la majorité des cas, pas de perspective de changement possible vers un type d'hébergement alternatif et plus individuel.* » Ainsi, le sentiment d'être chez soi, est le premier concept au bien être de tout individu quel que soit son âge. Mais face à la diversité des profils qui sont admis en EHPAD et l'évolution de leurs niveaux de dépendance où comme le souligne le graphique ci-dessous le niveau du Gir Moyen Pondéré (GMP) passe de 680 en 2010 à 722 en 2016, il est légitime de s'interroger sur la possible cohabitation entre eux.



A ce titre, nous ferons dans cette première partie, plusieurs constats : un constat historique afin de comprendre la dynamique de l'évolution de l'EHPAD en passant d'une approche collective à une approche individuelle. Puis, un deuxième constat sera établi sur la typologie des profils admis en EHPAD pour finir sur un état des lieux des différents choix des directeurs en matière d'organisation.

<sup>7</sup> CHRISTEN-GUEISSAZ E., 2008, « Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif » in FREUDIGER S., *Le bien-être de la personne âgée en institution - un défi au quotidien*, Paris : Seli Arslan, pp. 41-80

<sup>8</sup> CNSA, 2017, La situation des EHPAD en 2016. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents

## 1.1 La notion du vivre ensemble en EHPAD

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **qualité de vie** est définie comme « *La perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes*<sup>9</sup>. » Ce concept, basé sur la perception de chacun, renvoie à plusieurs dimensions notamment celui de l'état de santé mentale et physique, son environnement social et ses sensations de bien-être. Ainsi, lors de l'institutionnalisation du résident, cette qualité de vie prend toute sa place car l'objectif devient le « **bien vivre ensemble** » qui peut se définir comme une cohabitation harmonieuse entre des individus. Mais lorsque les résidents sont porteurs de handicap ou de pathologie pouvant être différents, comment être garant de la qualité d'accompagnement de ces résidents ?

### 1.1.1 De la charité publique à la tarification

Si l'on reprend l'historique, les EHPAD sont actuellement dans la troisième phase de leur adaptation à l'évolution, issue des besoins exprimés par les personnes âgées et leurs proches.

En effet, au lendemain de la seconde guerre mondiale, les personnes âgées avaient toutes leurs places auprès de leurs familles. Mais cette solidarité intergénérationnelle n'a pu être maintenue notamment dans les villes, car l'espérance de vie s'est améliorée et les enfants ne pouvaient accueillir leurs aînées faute de place dans leurs modestes habitats. Ainsi, les hospices, les couvents ou l'asile étaient une solution promettant lit, assiette - voire du tabac-, où l'on garantissait des « soins » et moins de soucis. Rappelons que ces structures financées par les communes et l'Etat étaient érigées par les églises émanant du principe de la loi du de 1905<sup>10</sup> sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources dit plus couramment les « fragiles » ou les « indigents ». La plupart d'entre elles étaient construites en dehors des villes, sans vocation médicale, cherchant à mettre à l'abri les personnes vulnérables tout en les mettant à l'écart pour éviter le « désordre<sup>11</sup> ». Le **droit au secours** instaure à « *tout français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités d'existence, âgé de plus de 70 ans, ou ayant une maladie incurable, d'être accueilli gratuitement dans les hospices.*<sup>10</sup> »

<sup>9</sup> WHOQOL GROUP, 1993, "Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument", *Quality Life Research*, n° 2, pp. 153-159.

<sup>10</sup> Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables

<sup>11</sup> FELLER E. CHEMIN A., « L'invention de la vieillesse », visité le 06/06/18, disponible sur internet : [https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/05/24/l-invention-de-la-vieillesse\\_5304007\\_3232.html#OHOL117dVJVRSBLi.99](https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/05/24/l-invention-de-la-vieillesse_5304007_3232.html#OHOL117dVJVRSBLi.99)

Malgré ces avantages, ces espaces collectifs ne comportaient pas de chambres individuelles permettant de préserver l'intimité des pensionnaires. D'autant plus que le nombre de vieillards, infirmes et incurables inscrits sur les listes d'assistance ne cesse d'évoluer en passant de 400 000<sup>12</sup> personnes au 1<sup>er</sup> janvier 1908 à 555 000 au 31 décembre 1909, où plus des deux tiers des assistés sont des vieillards. Cet accroissement se fait de manière disparate sur le territoire français où « *l'ensemble des facteurs économiques et sociaux susceptibles d'avoir une influence sur le paupérisme*<sup>10</sup> » en sont les principales raisons. Ainsi, l'un des enjeux des trente glorieuses pour l'État providence, était **d'humaniser** ces hospices afin de veiller aux sphères privées. Dans les archives de 1959, on y recense les propos suivants : « *les pensionnaires ont une vie collective heureuse mais ils ont aussi leur vie privée qu'ils arrangent comme ils l'entendent.*<sup>13</sup> » Il faut attendre la loi du 30 juin 1975<sup>14</sup> pour prendre conscience de cette humanisation des espaces publics afin que disparaisse l'image du mouiroir. Cette dernière fait entrer le concept de « maison de retraite » écartant le terme « hospice » de manière définitive.

Depuis la loi de 1975, la notion de **médicalisation** commence à s'intégrer dans le fonctionnement des institutions par la présence notamment d'aides-soignants ou d'infirmières pour un accompagnement paramédical. Mais cette médicalisation reste dans un premier temps partielle puisqu'elle est contenue dans une partie seulement des établissements, voire mieux « *l'interdiction est faite de médicaliser son établissement entièrement. Certains établissements échappent à cette règle, mais demeurent l'exception.*<sup>15</sup> » Avec la réforme de 1999<sup>16</sup>, une majorité d'établissement quel que soit leur statut, surnommées les « maisons de retraite » se sont médicalisés, bénéficiant d'une nouvelle appellation : les EHPAD<sup>17</sup> ainsi que des moyens qui en découlent et ce, uniquement si cette médicalisation est bien définie et beaucoup plus développée, contractualisée obligatoirement par une convention tripartite. L'ensemble de la structure est médicalisée et la présence médicale renforcée par la création d'un poste de médecin coordonnateur où l'objectif est « *l'amélioration de l'encadrement, du suivi et de la qualité de vie des personnes âgées*<sup>15</sup> ».

---

<sup>12</sup> DUGE DE BERNONVILLE, 1911, « La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables : ses premiers résultats », *Journal de la société statistique de Paris*, n°51, pp.216-229

<sup>13</sup> Issue d'un reportage de Thomas SNEGAGAROFF diffusé le 30 janvier 2018 sur France Info [https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/histoires-d-info/histoires-d-info-de-l-hospice-a-l-ehpad-les-personnes-agees-ont-ete-plus-ou-moins-choyees-en-france\\_2563403.html](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/histoires-d-info/histoires-d-info-de-l-hospice-a-l-ehpad-les-personnes-agees-ont-ete-plus-ou-moins-choyees-en-france_2563403.html)

<sup>14</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

<sup>15</sup> BRAMI G, 2013, « Les paradoxe de l'évolution des EHPAD », *EMPAN*, n° 91, pp. 56-61

<sup>16</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>17</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette phase de médicalisation amène la phase de **tarification**<sup>18</sup> reposant sur des instruments médico-économiques construits dans l'objectif de « *rationaliser la consommation des ressources*<sup>19</sup> » permettant d'évaluer le niveau de dépendance tel que le Groupe Iso Ressources (GIR). Véritable paradoxe ou détournement, cette grille publiée en 1994 qui avait pour perspective d'être l'unique outil d'observation et d'évaluation des gérontologues français pour mesurer le niveau de perte d'autonomie, devient l'outil incontournable pour décider des ressources nécessaires. Cette dernière phase, permet par un effet de ricochet, aux autorités de tarification telles que le conseil départemental ou l'Agence Régional de Santé (ARS) d'orienter les directeurs d'établissement dans leur détermination des critères d'admission de résidents au sein de leur établissement uniquement par la bonne appréciation de la perte d'autonomie ou la détérioration cognitive des résidents. En effet, ce mode de tarification amène souvent les membres de la commission d'admission à favoriser l'accompagnement de résidents ayant des GIR de niveau 1, voire 2 et à éviter les personnes âgées de GIR 5 ou 6, en sachant que le groupe 1 étant le niveau le plus élevé de dépendance et ce, à des fins financiers.

Face à ce constat, l'objectif est de concilier, dans ce contexte, la notion du « vivre ensemble » en tenant compte des différents profils des résidents où la sélection de ces derniers en fonction du niveau de dépendance dès l'admission devient une étape incontournable, et la question de la cohabitation au sein des structures en est une autre.

D'autant plus et comme le souligne Myriam Rollet<sup>20</sup> « *Les résidents accueillis en EHPAD auront davantage un profil USLD ou avec des pathologies psychiatriques. Pour cela, il faudrait davantage de moyens humains et matériels. Les personnes âgées restent de plus en plus longtemps à domicile, grâce aux aides humaines et techniques.* » Propos confirmé par le rapport dit « Chappin » où les dépenses publiques liées à la dépendance sont prévues en augmentation de 0,4 à 0,7 point de PIB à l'horizon 2040<sup>21</sup> soit 45 millions par an et ce, compte tenu des projections démographiques et épidémiologiques.

---

<sup>18</sup> Décret n°99-316 du 26/04/1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié ensuite par le Décret n°2001-388 du 4 mai 2001

<sup>19</sup> COUTTON V., 2001, « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille agir », *Gérontologie et société*, n°99, p. 111-129

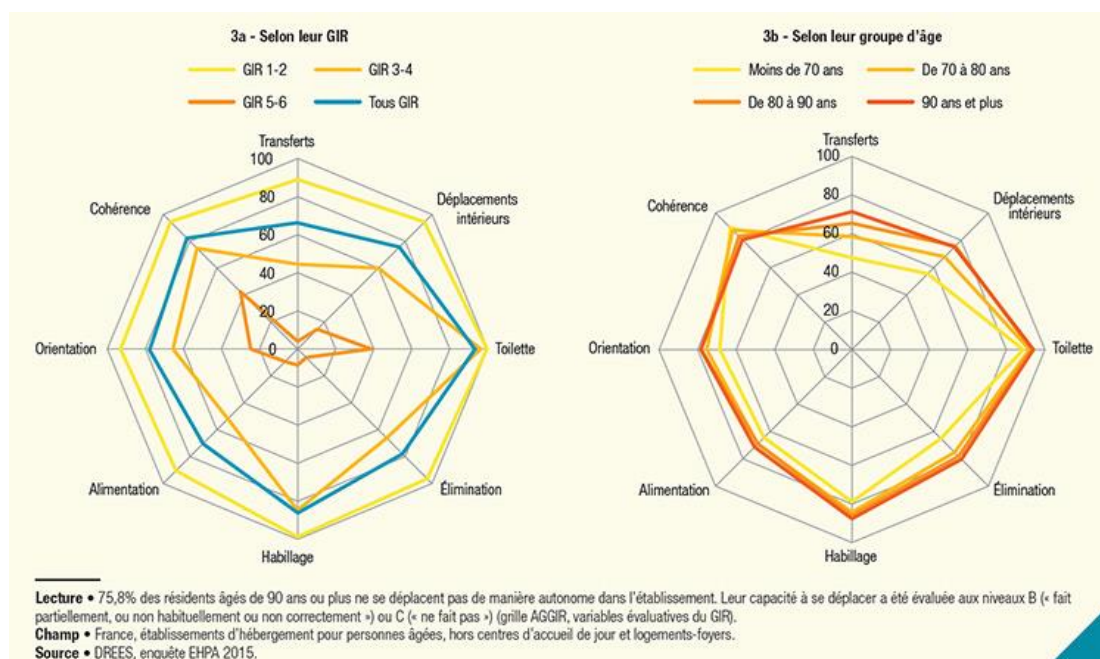
<sup>20</sup> KPMG, 2015, *EHPAD : Vers de nouveaux modèles ?*, Direction Nationale Economie Sociale et Solidaire, Paris : KPMG, 60 p.

<sup>21</sup> CHARPIN JM., 2011, « *Perspectives démographiques et financières de la dépendance* », pp. 34-36

### 1.1.2 Le profil des résidents : une population hétérogène

En effet, si « les résidents en EHPAD ont en commun un âge avancé et de multiples pathologies ayant entraîné leur accueil dans une structure spécialisée<sup>22</sup> », connaître le profil de ceux accueillis et celui de ceux entreront demain, est un vrai enjeu, afin de satisfaire au mieux les besoins et d'organiser en conséquence les structures, particulièrement sur l'aspect de la cohabitation et des compétences des agents.

Les personnes vivants plus longtemps chez elles, les demandes d'entrée dans une institution concernent de plus en plus des personnes très âgées, souvent dans une forte situation de handicap et avec dans la plupart des cas une déficience physique et/ou sensorielle ou atteinte de troubles cognitifs. Le recours à l'EHPAD se fait le plus souvent « en cas de nécessité absolue, pour des raisons médicales ou/et sociales, voire en urgence, dans les toutes dernières années de leur vie<sup>23</sup> »



Accueillies dans les EHPAD, les personnes âgées dépendantes dont le GMP passe de 689 en 2011 à 710 en 2015<sup>24</sup>, doivent bénéficier d'un accompagnement approprié, mais tous ont un profil différent. Ces profils qui se concentrent au sein d'un même service, peuvent varier en fonction du territoire d'implantation. Toutefois, il ressort de l'enquête<sup>25</sup> menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2015 que 83% des résidents sont en perte d'autonomie au sens de la grille

<sup>22</sup> ANESM, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), « La vie sociale des résidents en EHPAD », 45p.

<sup>23</sup> BESSAC G., février 2013, « EHPAD construire le futur au présent », Documents Cleirppa, cahier n°49, pp.8-11

<sup>24</sup> LHERITIER JL., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées », Etudes et résultats de la DREES, n°1015, 8p.

<sup>25</sup> DREES, enquête EHPA 2015, «part des résidents confrontés, fin 2015, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité »

Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) autrement dit classés dans les GIR 1 à 4 avec un GMP en moyenne en 2016<sup>26</sup> de 722 points. A savoir que plus il est élevé, moins les résidents sont autonomes.

De plus, en sachant que le nombre de pathologies et leur gravité sont fortement liés au niveau de dépendance, les résidents en EHPAD cumulent en moyenne 7.9 pathologies et 9 personnes sur 10 souffrent d'affections neuropsychiatriques d'après l'enquête<sup>27</sup> réalisée par la DREES en 2011 auprès des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA).

En ce qui concerne la psychiatrie de la personne âgées et vivant en institution gériatrique, la DREES fait état d'un taux de 36 %<sup>27</sup> de troubles dépressifs, 26 % de troubles anxieux, 16 % de troubles délirants et 42 % de troubles cognitifs. La prévalence des troubles psychiatriques en EHPAD est donc très élevée ce qui oblige à s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour adapter l'offre de soins psychiatriques à l'institution gériatrique<sup>28</sup>.

Autre point, 36 % du total des résidents en structures sont atteints d'une maladie neurodégénérative, comme la maladie d'Alzheimer et plus d'un quart des résidents bénéficient d'une mesure de protection juridique des majeurs. Le GIR mesure notamment certaines incapacités qui peuvent être causées par un syndrome démentiel, telles que les incohérences du comportement ou la désorientation spatio-temporelle.

Il convient de noter qu'un certain nombre de pathologies sont très fréquentes : les affections dermatologiques, gastroent rologiques et uro-néphrologiques ainsi que les troubles de la marche en lien avec le fort niveau d'incapacité des résidents et les affections cardiovasculaires<sup>27</sup>.

Enfin, les  tats grabataires ou la fin de vie concernent plus d'1 résident sur 5 en EHPAD dont 2/3 des plus dépendants où 57 %<sup>29</sup> d'entre eux souffrent de d ficiance de langage et de la parole contre 22 % des autres résidents. On peut définir la personne grabataire comme un résident qui reste confiné dans son lit. Contrairement aux résidents en phase terminale, le diagnostic vital n'est pas engagé sur un très court terme.

---

<sup>26</sup> CNSA, 2017, La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2016, disponible sur internet <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites>

<sup>27</sup> MAKDESSI Y. et PRADINES N., 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aigu es », *Etudes et Résultats DREES*, n 989

<sup>28</sup> PLAYE M., 2016, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable », *La revue de gériatrie*, n 41, pp.403-416

<sup>29</sup> MAKDESSI Y. et PRADINES N., 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aigu es », *Etudes et Résultats DREES*, n 989



Sans compter leur passé socio-culturel, leur expérience de vie ou encore leur métier, voilà autant de profils concentrés dans les EHPAD où le « vivre ensemble » pourrait être très difficile à organiser et où il est intéressant de suivre les préconisations du guide pratique<sup>30</sup> concernant l'accompagnement et le cadre de vie en établissement du ministère, afin d'analyser l'évolution des profils de l'établissement. Ces profils et l'organisation qui en découle sont tout autant de critères à prendre en compte pour favoriser l'entrée en institution, en sachant que cela constitue une rupture dans la vie des personnes âgées formant une certaine forme d'iatrogénie<sup>31</sup> liée aux organisations dans les institutions induisant une perte d'autonomie de manière plus précipitée.

### 1.1.3 Organisation sectorisée ou organisation brassée des résidents : les pratiques des institutions

A priori, si la loi de 2002 met en exergue le rôle précis de l'EHPAD dans l'accompagnement des résidents où la cohabitation entre résidents de profils différents paraît simple, étant donné que certains établissements sont organisés de manière uniforme quel que soit leurs pathologies. Il s'avère qu'il existe certaines difficultés dès lors que la perspective est d'appliquer les recommandations des bonnes pratiques professionnelles notamment de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), afin d'améliorer le « bien-vivre ensemble » et la qualité de l'accompagnement de ces personnes, selon les spécificités de chacun. En effet, en prenant l'exemple de certains profils de résidents, il s'avère qu'ils disposent de particularités amenant des critères d'accompagnement au quotidien différent, à savoir pour les personnes atteintes :

- D'une **maladie d'Alzheimer ou apparentée**, aux risques et à l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux, qu'ils soient de type repli sur soi, apathie ou dépression, ou qu'il s'agisse de troubles tels que agitation, déambulation, cris, il est fortement recommandé<sup>32</sup> « *de construire un environnement et une relation optimisée avec la personne notamment par une organisation et une structuration de la journée personnalisée, par des interactions sociales, par une attention pour la solliciter et la stimuler à bon escient.* » A titre d'exemple, il est souhaitable de mettre en place une organisation et un fonctionnement souple où le rythme collectif ne contraint pas les rythmes habituels notamment du lever, du repas, du coucher. De même, un environnement architectural adapté avec une atmosphère rassurante améliorent la

---

<sup>30</sup> Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la solidarité, Direction générale de l'action sociale, 2008, *Guide pour l'appréciation de la qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Rennes : Presses de l'EHESP

<sup>31</sup> MAS S. et NICOLAS C, 2017, « L'iatrogénie liée aux organisations dans les institutions », *La revue gériatrique*, tome 42 n°5, pp. 279-281

<sup>32</sup> ANESM, 2009, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 47.p

qualité de vie de ces personnes notamment en « *organisant l'établissement par unité de petite taille (12 à 14 personnes) ou encore en « adaptant la simulation visuelle et auditive.* »

- De **troubles psychiatriques**, souvent plus jeunes que les résidents de la structure, ils ont une plus grande ancienneté dans l'établissement. Le handicap psychique présente d'autres spécificités et il est plus souvent question « *d'inquiétudes, de l'estime de soi, des troubles du comportement, de l'autorité et des limites à poser dans le cadre de l'accompagnement au quotidien.*<sup>33</sup> » A ce titre, il est préconisé notamment de « faire des activités susceptibles de favoriser la reconnaissance sociale et visant à renforcer sa capacité d'agir, de lutter contre l'isolement social. »

Ainsi, dans le cadre d'une étude menée par le cabinet KPMG<sup>20</sup> sur les modèles des EHPAD, la majorité des directeurs de structures interrogés affirment qu' « *il est primordial d'adapter leur offre de services et leur organisation en fonction des situations des personnes âgées accueillies qui peuvent être plus ou moins dépendantes et de leurs affections qui peuvent être somatiques, géronto-psychiques ou gériatriques.* » Ainsi, on voit apparaître différentes organisations dont la proportion est méconnue avec d'une part, ceux qui vont se spécialiser dans la grande dépendance, certains handicaps ou dans la fin de vie et d'autre part ceux qui vont accueillir toutes les dépendances et pathologies.

En effet, si la cohabitation peut avoir une connotation politique, elle peut se définir également comme le fait d'habiter et de vivre ensemble sous le même toit. Elle relève d'un choix où les personnes le font pour des raisons économiques, sociales ou culturelles mêlant transmission des compétences entre générations. Au sein d'un EHPAD, ce choix s'impose dans la majorité des cas aux résidents. Elle consiste à mettre l'espace, en commun où se matérialise la difficulté d'articuler l'espace institutionnel et l'espace familial. D'autant plus qu'il existe différents profils avec ceux ayant perdu partiellement ou totalement leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice ou encore sociale avec les grabataires lucides dont les fonctions mentales peuvent être altérées et les déments « déambulants ». Ce brassage se fait pour la plupart du temps dans un espace restreint : des lieux partagés comme les lieux d'animation, la salle à manger ou des lieux plus privatifs comme la chambre lorsqu'elle est double où se matérialise la difficulté de vivre ensemble où l'on doit tenir compte des appétences individuelles de chaque résident. Les goûts musicaux ou d'animation, les pathologies sont autant de critères à prendre en considération pour vivre de manière harmonieuse.

---

<sup>33</sup> ANESM, 20XX, « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques », 160.p

Si le choix de la direction est d'organiser l'EHPAD en **brassant** les résidents où se mêlent les personnes présentant une déficience ou non, l'observation de l'évolution des uns et des autres montre qu'il n'était pas de nature à assurer l'optimum du bien être souhaitable pour tous et a conduit à la création d'unités spécifiques. La mixité entre des résidents atteints de pathologies diverses peut apporter des difficultés dans le développement d'une vie sociale collective au sein de l'EHPAD. Au moment de l'entrée, les résidents sont confrontés au défi de maintenir leur identité dans un environnement marqué par la présence de personnes très âgées qui sont physiquement ou mentalement déficientes. Vincent CARADEC a appelé cela la « *triple menace* » :

- L'image de ce qu'ils craignent de devenir ;
- Le risque d'être confondus avec elles ;
- Et l'absence de respect des bases des interactions sociales.

Cela provoque parfois des **stratégies d'évitement ou de partition de l'espace collectif en fonction du degré de dépendance**, agissant fortement sur la vie sociale interne, car l'environnement d'accueil permet de participer au maintien ou à l'amélioration du potentiel cognitif, moteur et sensoriel des résidents.

Pour Colette EYNARD, il ne s'agit pas de démolir l'Ehpad, « *Tout l'enjeu du futur est d'arriver à **faire de la personnalisation dans du collectif** : l'EHPAD peut être une vraie bonne réponse si la personne y entre au bon moment avec un bon accompagnement<sup>34</sup>. » En effet, retarder au maximum l'entrée en institution par un accompagnement à domicile est un vrai gain sur l'autonomie, autant qu'utiliser à bon escient le projet personnalisé. De même, à la question « *comment résoudre les contradictions inhérentes aux dynamiques d'ouverture et d'enfermement, de mélange et de séparation ?* » la réponse est qu'il n'est pas impossible de réaliser le mélange des personnes désorientées avec des personnes plus autonome. Selon elle, la conception allemande de la mixité doit nous interroger, car « *certainement pour des raisons sociologiques, on peut constater dans le même service des résidents en GIR 5-6 qui relèveraient en France des résidences services, côtoyer des personnes en GIR 3-4, voir 1-2 sans que cela ne pose problème* ». Pour autant, la conception allemande en est à sa cinquième génération de maison de retraite, et les premières « Demenz WG » colocations pour personnes atteintes de démences sont apparues en 1995<sup>35</sup>. Ces dernières ayant connues des déclinaisons se sont imposées comme une nouvelle forme d'habitation appréciées parce qu'elles répondent*

---

<sup>34</sup> EYNARD C., DENORMANDIE P., 2013, « Il ne s'agit pas de démolir les EHPAD », *Documents CLEIRPPA*, cahier n°49, pp. 04-11

<sup>35</sup> LEENHARDT H., 2013, « Déjà la cinquième génération d'établissements en Allemagne », *Documents CLEIRPPA*, cahier n°49, pp.22-24

particulièrement bien aux besoins des personnes désorientées de par leur petite taille et la possibilité d'un accompagnement intensif et adapté.

En effet, d'autres structures ont fait le choix de **sectoriser**. A titre d'exemple, on peut citer l'EHPAD de la Maison blanche en Bourgogne Franche-Comté où la structure est organisée en unités de vie. Ce principe de sectorisation repose sur une expérience depuis plus de 27 ans. Le directeur précise qu' « *elle a le désavantage de faire une ségrégation entre les populations, mais lorsqu'elle est assumée, nous pouvons **développer des projets de vie et de soins spécifiques, pour avoir un accompagnement plus fin.*** » Ainsi, il est souvent indiqué qu'un projet très clair et une vigilance importante de la part des équipes sont nécessaires pour éviter les écueils possibles de ce type de structuration, car les dérapages vers un mode « carcéral » des personnes accueillies dans l'unité spécifique sont aisés. En effet, à titre d'exemple, le risque à terme est de se « *préoccuper seulement des effets bénéfiques sur les résidents non déments, qui n'ont plus à être confrontés en permanence à la détérioration psychique.*<sup>36</sup> »

De plus, s'il est possible de noter qu'il existe des critères d'admission et un profil de personne bien définis pour l'entrée en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) ou en Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA) pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, il n'existe aucun critère ou profil de personne pour l'admission en unités de vie : chaque structure est libre de prononcer l'admission de personne sur la base de critères qui lui sont propres.

Toutefois, certaines personnes interrogées par l'enquête menée par KPMG semblent revenir sur leur choix **d'exploiter un EHPAD spécialisé** dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démences. Cela s'explique par :

- « *Des difficultés de maintenir un taux d'occupation stable dans la durée*<sup>38</sup> » : En effet, cela nécessite d'avoir suffisamment de dossiers de demandes d'admission pour alimenter les unités de vie spécialisées en fonction des différents profils sur du moyen et long terme, au risque de refuser certaines demandes. Cet aspect dépend également de la localisation de la structure où certains **établissements isolés géographiquement doivent revenir à une organisation brassée pour maintenir leur taux d'occupation**. A ce titre, le directeur d'un établissement isolé géographiquement confirme : « *Nous avons déjà des difficultés de remplissage, l'organisation de manière sectorisée n'a pas tenu dans le temps et nous sommes revenu à une organisation où l'on mélange les résidents* » ;

---

<sup>36</sup> CHRISTEN-GUEISSAZ E., 2008, « Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif » in FREUDIGER S., Le bien-être de la personne âgée en institution - un défi au quotidien, Paris : Seli Arslan, pp. 41-80

- « *Des conditions de travail plus difficiles pour les personnels<sup>37</sup>* » : Car comme le souligne un directeur dans le cadre d'une unité de vie pour les résidents ayant des troubles psychiatriques, « *en concentrant la population, on concentre également les problèmes.<sup>37</sup>* » et notamment ceux liés à la charge mentale pour les agents ;
- Et enfin, « *des relations plus difficiles avec les familles et l'environnement social de proximité<sup>38</sup>* » qui peuvent s'expliquer par la crainte que l'état de santé de leurs proches se dégrade comme les résidents de la même unité.

Ainsi, la question d'organisation de manière sectorisée ou non, d'après les directeurs participants à l'audit mené par KMPG présente autant d'avantages que d'inconvénients. Toutefois, l'organisation sectorisée semble être de mon point de vue, l'approche la plus appropriée pour répondre aux attentes des résidents tant au niveau de la qualité de vie, qu'au niveau de leur état de santé.

## **1.2 Les EHPAD dans un cadre des politiques publiques**

Si les pratiques et les avis divergent sur cette question d'organisation en institution, il s'avère qu'il existe un cadre des politiques publiques dont l'objectif est l'efficience des moyens financiers amenant non pas vers une organisation où l'on brasse et/ou l'on sectorise les résidents mais vers un enjeu qui est de standardiser la qualité de l'accompagnement tout en l'individualisant et l'adaptant au profil de la personne âgée. D'autant plus, qu'actuellement le contexte financier est de plus en plus prégnant avec notamment la réforme budgétaire et comptable des EHPAD<sup>39</sup> et l'intervention du mécanisme de convergence tarifaire sur les sections soins et dépendance ayant comme incidence « *des pertes sèches estimées à 210,2 millions d'euros (M€) pour les établissements "sur-dotés", dont 144,6 M€ pour le public<sup>40</sup>* ». Ainsi, le contexte politique et financier est à prendre en considération dès lors qu'un projet d'organisation d'un service ou d'un établissement doit se faire.

### **1.2.1 Les enjeux à venir du point de vue des politiques publiques**

En effet, le contexte des politiques publiques dans lequel le modèle de l'EHPAD se situe est à prendre en considération dans le choix d'une organisation.

<sup>37</sup> QUARTIER T., 2014, « Les troubles psychiatriques accueillis en EHPAD », Lien social, n°1150, pp. 20-23

<sup>38</sup> KPMG, 2015, EHPAD : Vers de nouveaux modèles ?, Direction Nationale Economie Sociale et Solidaire, Paris : KPMG, 60 p.

<sup>39</sup> Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

<sup>40</sup> MORET A., 2018, « *Le médico-social souligne « l'urgence de refonder en profondeur le modèle des EHPAD et du domicile* », HOSPIMEDIA.fr

La prise en charge de la dépendance est un vrai enjeu national, car la projection de la DREES<sup>41</sup> où l'on estime qu'il y aura deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2060, amène les pouvoirs publics à revoir l'organisation tant des structures d'hébergement que dans l'aide à domicile.

Plusieurs réformes se succèdent depuis les années 1980, mais depuis les années 2000, apparaît une très nette accélération en se caractérisant par un changement de référentiel : celui d'une « *une recherche d'une standardisation poussée des procédés.*<sup>42</sup> » appartenant au monde industriel qui consiste à l'industrialisation du secteur et des activités. Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des conditions de travail et des services où l'objectif est la maîtrise des dépenses. Avec tout d'abord la loi de janvier 1997<sup>43</sup> mettant en place le processus d'autorisation pour la création d'EHPAD où le financement par les autorités de tarification ne se fait plus par le statut juridique de la structure mais du niveau de dépendance. Puis, avec la loi de 2002<sup>44</sup> et le décret de mars 2013<sup>45</sup>, où il n'existe plus d'approbation du tableau d'effectif, mais une nouvelle rédaction des conditions minimales de fonctionnement (sans ratio ETP/place) avec une opposabilité de l'enveloppe limitative de crédits, laissant à l'établissement une marge de manœuvre au niveau du ratio d'encadrement dans une enveloppe limitée. Ensuite, la loi de 2009 dite loi « HPST<sup>46</sup> » qui intègre la notion de concurrence par la mise en place des appels à projets conduisant à des regroupements de structures et à une homogénéisation progressive des prestations, où la notion d'économie d'échelle apparaît et persiste avec une possibilité d'adhésion au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Et enfin, la dernière en date de décembre 2015 dite loi « ASV<sup>47</sup> » qui instaure une obligation d'un socle de prestations pour l'ensemble des structures afin de garantir une meilleure transparence des prix pratiqués par les EHPAD et de permettre leur comparaison.

Effectivement, le nouvel enjeu des directeurs d'EHPAD ne consiste plus en la « simple » gestion de leur établissement mais à prendre en considération les attentes individuelles des résidents tout en harmonisant les pratiques avec une standardisation des prestations

---

<sup>41</sup> LECROART A. FROMENT O., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossiers solidarité et Santé*, n°43, 28p.

<sup>42</sup> DUSSUET A., 2017, « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur du médico-social », *La revue de l'IREES*, n°91-92, pp.185-211

<sup>43</sup> LOI n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

<sup>44</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>45</sup> Décret n° 2003-101 du 13 mars 2003 portant règlement général sur la comptabilité publique

<sup>46</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>47</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

dites « socle » et une gestion efficiente de leur budget, tout en ayant un ratio d'encadrement et des métiers à compétences qui peuvent être différents d'une structure à une autre.

Les évolutions des politiques publiques sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en sont un illustre exemple. En effet, face au nombre grandissant des malades en France et à l'étranger, ainsi que des initiatives associatives, un premier rapport portant spécifiquement sur la maladie a vu le jour en 2000<sup>48</sup>. Première preuve de l'intérêt public porté à ce sujet en mettant en avant le nombre insuffisant de solution et l'absence de coordination sur le territoire. Par la suite, des plans nationaux de santé publique ont été lancés en 2001-2005, 2004-2007 ou encore 2008-2012 et enfin 2014-2019 dédiés aux maladies neurodégénératives<sup>49</sup> qui avaient pour objectifs de faciliter le diagnostic, la prise en charge et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage. A cette occasion, certains psychiatres ont souligné l'intérêt d'utiliser l'organisation de la psychiatrie pour développer des réponses adaptées en termes d'offre de soins. Ainsi, la première initiative d'une structure adaptée accueillant des résidents atteints de la maladie, a été créée par le Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles (CANTOU). De même, les plans nationaux ont pu impulser une forme de diversification de l'offre avec la mise en place de PASA et d'UHR en EHPAD. A ce stade, la position des pouvoirs publics est d'« *Offrir la bonne prestation, à la bonne personne, au bon moment, tout en respectant ses choix, apparaît être l'enjeu principal de la prises en charge de ces personnes et de leurs aidants.*<sup>50</sup> »

Mais si 36 %<sup>27</sup> des résidents en EHPAD sont atteints d'une maladie neurodégénérative, ce type de structure est peu répandu dès lors qu'en 2015, seul 26 % des EHPAD dans le secteur public hospitalier disposent d'un PASA et 10 % d'un UHR. Ces structures qui bénéficient d'un surcoût à la place entre 20 000 € et 27 000 €, sont financées par les ARS et déployées de façon homogène sur le territoire mais ne constitue pas une réponse systématique ou un acquis à chaque EHPAD. Selon l'enquête Bientraitance 2015, les EHPAD tous statuts juridiques confondus, se sont adaptés à cette spécificité puisque 77 % d'entre eux disposent d'unités permettant d'accueillir des personnes à besoin spécifiques, à savoir un EHPAD sur deux dispose d'une unité pour personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, hors PASA et UHR.

---

<sup>48</sup> Les ministres de la Santé et de la Solidarité confient à Jean François Girard, conseiller d'Etat, une mission d'expertise.

<sup>49</sup> Le plan Neurodégénératives marque la poursuite du déploiement des structures du plan Alzheimer et le développement de l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire

<sup>50</sup> LAVALLART B., 2008, « Les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer » ; ADSP, n°65, pp.25-30

Face à la forte prévalence où il est estimé qu'1.3 million<sup>51</sup> de personnes seront atteintes de la maladie d'Alzheimer et dans le cadre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019, l'ANESM accompagne les directeurs au travers une fiche repère afin d'adapter la mise en œuvre du projet d'établissement tant au niveau institutionnel qu'organisationnel et de garantir un accompagnement de qualité aux personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénératives en EHPAD. Cette fiche doit permettre à l'ensemble des équipes de direction de prioriser les actions à mener, sans pour autant disposer d'une unité spécialisée du type PASA « *PASA, UHR, à mettre en œuvre ou pas*<sup>51</sup> ». A cet égard, parmi les différents points clés identifiés pour guider une dynamique d'amélioration d'accompagnement des soins en établissements, plusieurs sont à mettre en exergue, à savoir : « *porter une attention particulière à la qualité de la réponse personnalisée*<sup>51</sup> » tout en valorisant la « *diversité des modes de réponses et d'organisations au sein des projets d'établissements en réponse aux besoins des résidents*<sup>51</sup>... »

### 1.2.2 Les recommandations des autorités de tarification

Si l'analyse des politiques publiques s'est faite au niveau national, il est intéressant de s'interroger sur le positionnement des autorités de tarification en matière d'organisation afin de recenser leurs préconisations.

En effet, du point de vue de l'**ARS** et selon l'inspecteur de la filière gérontologique : « *la sectorisation, ce n'est pas un sujet de débat, mais c'est une vraie question à résoudre dans les EHPAD !* » L'agence a pour mission d'organiser le système de soins en région. A ce titre, elle coordonne les activités et attribue le budget de fonctionnement des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes où l'enjeu est de garantir une répartition au plus juste des équipements sur l'ensemble du territoire. Ainsi, elle doit garantir une réponse et un accompagnement du public dit « fragile » en organisant et simplifiant le secteur. Au travers des appels à projets et du schéma gérontologique, elle répond à des besoins identifiés sur la base de diagnostics et orientation du territoire. L'ARS incite les établissements à accueillir des résidents en fonction de leurs pathologies mais n'apporte aucun élément en matière d'organisation interne à l'EHPAD en fonction des profils, comme le souligne l'inspecteur, l'organisation à mettre en œuvre relève des compétences de la direction : « *Comment faire vivre ensemble ces personnes, proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins avec des moyens limités, et que ce soit soutenable pour les personnels : c'est le quotidien du directeur d'EHPAD !* »

---

<sup>51</sup> ANESM, 2018, « Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative en EHPAD », Fiche repère, 18 p.



De même, d'après le pilote MAIA (Méthode conçue pour l'Améliorer l'Accompagnement des personnes âgées) : « *On finance les établissements de la même manière et il ne devrait pas y avoir de discriminations lors des commissions d'admission* ».

Enfin, selon le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) du secteur Grand Age de l'ARS Rhône Alpes « *l'image de la personne âgée qui joue aux cartes est dépassée, les personnes entrent de plus en plus tard et les attentes sont différentes.* » Il indique également qu' « *il existe des profils différents nécessitant un accompagnement adéquat où l'EHPAD pour la plupart n'est pas adapté. L'idéal serait de ne pas regrouper les profils mais on n'a pas les moyens nécessaires pour faire autrement.* »

En ce qui concerne le **conseil départemental**, si la première réaction du chef de service des Etablissements et Services pour Personnes Agées à la Direction de la Santé et de l'Autonomie est similaire à l'ARS, où la problématique est afférente aux directeurs : « *vos collègues seraient plus à même de répondre à cette question, j'ai toute confiance pour que leurs structures soient adaptées aux résidents, ils doivent faire avec leurs moyens* », il en ressort plusieurs éléments intéressants :

- Le premier objectif est « *d'homogénéiser les prises en charge quel qu'il soit et dans la mesure du possible* » car les unités fermées ont, selon les professionnels de terrain tendance à renfermer le résident atteint d'une maladie d'Alzheimer sur lui-même et il y a des structures où la mixité se déroule très bien et sont bénéfiques pour tous. « *Ce n'est pas parce qu'il y a des conflits qu'il faut les cantonner dans une unité, il faut s'adapter* » ;
- Selon le chef de service, ce qui justifie d'avoir encore des unités protégées et spécialisées sont :
  - la proportion des résidents car plus ils sont nombreux, plus la probabilité des conflits est élevée ;
  - un ratio de personnel suffisant et compétent ainsi qu'une architecture et des activités adaptés permettant de garantir une sécurité pour les résidents et les professionnels ;

Enfin, il est à noter que le département oriente de façon détournée, les institutions à privilégier les personnes handicapées vieillissantes au sein des EHPAD notamment par les enjeux financiers que cela peut représenter pour les établissements. En effet, le département de l'Isère est l'un des rares en France à disposer d'un financement plus favorable pour accompagner au mieux les résidents, en identifiant des places spécifiques voire des unités telles que les Unités pour Personnes Handicapées Agées (UPHA) favorisant ainsi la sectorisation en identifiant les résidents, une conception architecture

adaptée, les effectifs concernés ainsi que les activités à mettre en œuvre tel que peut le préciser un cahier des charges d'un PASA ou d'une UHR. En effet, ces derniers comprenant entre 12 et 14 places doivent non seulement avoir du personnel formé mais obligatoirement avoir un Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), un psychomotricien et/ou ergothérapeute dédié à l'unité et en permanence dans la structure et ce, afin de réaliser des activités thérapeutiques bien spécifiques qui peuvent être manuelles, musicothérapie, multi-sensoriel ou encore d'activité physique.

### 1.2.3 La réforme de la tarification des EHPAD

Comme a pu le montrer les remous médiatiques provoqués par « la grève la plus longue de France » en 2017 par un EHPAD privé du Jura où les soignants de la structure ont comptabilisés plus de 100 jours, le contexte financier est à prendre en considération dans l'organisation à mettre en œuvre. En effet, les établissements doivent prendre en compte l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015<sup>52</sup> relative à l'adaptation de la société au vieillissement, où deux décrets datant du 21 décembre 2016 sont parus et peuvent impacter la stratégie de la direction sur son organisation.

Le **premier décret**<sup>53</sup> d'application est celui qui met en œuvre le point principal de la tarification à savoir la mise en œuvre d'un forfait global relatif à la dépendance, versé par le département d'implantation de l'établissement. A ce titre, une simulation<sup>54</sup> a pu être réalisée en ce sens, sur un EHPAD de 80 lits ayant 57 % de GIR 1-2, 34 % en GIR 3-4, 9% en GIR 5-6 et sur la base médiane de chaque catégorie d'établissement. Il en ressort des impacts défavorables financièrement pour les établissements publics et ce, même si le solde s'équilibre entre les statuts juridiques. Cet écart peut s'expliquer notamment par les tarifs appliqués dans le secteur commercial qui sont inférieurs à la moyenne. A titre d'exemple et en prenant les médianes des tarifs du GIR1-2, le tarif est de 19.07 € pour les commerciaux contre 21.70 € pour un EHPAD rattaché à un CH. L'écart sera d'autant plus important lorsque l'on compare les extrêmes, les tarifs varient de 15.93 € pour le décile le

---

<sup>52</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>53</sup> Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

<sup>54</sup> EHPA, Tarifs dépendance : convergence public/privé d'un côté, disparités territoriales de l'autre, site internet visité le 13/05/2018 sur le site <https://www.ehpa.fr/actualite/tarifs-dependance-convergence-public-privé-dun-cote-disparites-territoriales-de-lautre/>

plus bas des commerciaux contre 26.15 € pour le décile le plus élevé des EHPAD publics.

	Recettes dépendance		Solde
	avant-convergence	après-convergence	
<b>Commerciaux</b>	456 779	489 283	<b>+ 32.503</b>
<b>Associatifs</b>	478 863	478 549	<b>- 313</b>
<b>Publics autonomes</b>	486 377	472 104	<b>- 14.273</b>
<b>Publics hosp.</b>	501 166	472 104	<b>- 29.062</b>
<b>Publics CCAS</b>	481 320	472 104	<b>- 9.216</b>
<b>MOYENNE</b>	476 400	476 400	<b>0</b>

Le **deuxième décret**<sup>55</sup> détaille les conditions de mise en œuvre des CPOM au détriment de la convention tripartite. Sous peine de voir minorer le forfait global relatif aux soins, le directeur est amené à signer pour 5 ans le CPOM. En effet, selon l'art 58 : « *Le directeur général de l'agence régionale de santé et les présidents de conseil départemental programment sur cinq ans, par arrêté conjoint, la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.* » Ce CPOM présente le double avantage de pouvoir s'inscrire dans une dynamique pluriannuelle et de permettre d'avoir une logique de groupe, voire de filière sur plusieurs établissements pour les pluri-gestionnaires notamment, facilitant ainsi la mise en œuvre de logique de parcours de soins.

L'ARS ainsi que le conseil départemental sont ainsi tenu de valider les activités prévues au contrat. Ces activités doivent à minima aborder les thématiques suivantes :

- La prise en considération des besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial ;
- Le renforcement de l'efficacité de la gestion de la structure ;
- Le développement de la qualité de la prise en charge des résidents. Cela concerne :
  - L'accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels ;
  - L'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
  - L'amélioration des conditions d'emploi et de travail ;
  - Les démarches favorisant la bientraitance ;
  - Les dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance, l'accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes ou encore l'accès aux soins palliatifs des personnes.

<sup>55</sup> Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Cette forme de contractualisation a le mérite de pouvoir établir un diagnostic concerté entre les parties, les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis en plan d'action sur les 5 ans à venir, le suivi et l'évaluation du contrat avec des indicateurs concrets en lien avec la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>56</sup>. Ainsi, cette avancée par rapport à la convention tripartite se traduit dans les modalités de détermination du calcul du budget de fonctionnement où l'on détermine d'abord l'activité et les recettes prévisionnelles pour aboutir au budget des dépenses

En effet, plusieurs enjeux sont identifiés dans le CPOM et permettent de remettre en avant les axes prioritaires des missions d'un EHPAD dans le cas du bien-être du résident. L'établissement peut ainsi s'appuyer sur ces axes afin de poursuivre sa logique de sectorisation tout en alliant le lieu de vie au lieu de travail.

### 1.3 Diagnostic et enjeux d'un établissement sectorisé

L'EHPAD du Centre Hospitalier, comprenant 78 lits, a fait le choix en 2013 de sectoriser son service en fonction des pathologies et du niveau de dépendance des résidents en raison d'une opportunité de reconstruction. Il comporte 3 étages, avec des particularités suivantes :

- Au 1<sup>er</sup> étage : 27 résidents relevant de la psychiatrie. L'établissement avait une unité ayant des personnes atteintes de pathologies mentales surnommés les « chroniques mentaux » jusqu'en 2009 en lien avec l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Ce dernier, dans sa réorganisation a supprimé cette unité pour la remplacer par un Centre Médico-Psychologique (CMP) à proximité de l'établissement. A ce titre, certains patients ont été orientés vers des structures du type Foyer de Vie (FV) dans le département. D'autres ont eu le souhait de rester au sein de l'EHPAD avec une dérogation d'âge (moins de 60 ans). En sachant qu'ils ont en moyenne 68 ans, un GMP qui s'élève à 708, en moyenne une sortie par an avec une liste d'attente ;
- Au 2<sup>ème</sup> étage : 29 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ;
- Au 3<sup>ème</sup> étage : 22 résidents, plus valides, tant au niveau psychologique que physique relevant pour certains d'une résidence autonomie. Cet étage comporte également depuis 2017, 2 lits d'Unité d'Hébergement Temporaire d'Urgence (UHTU).

Si la **réflexion** de cette organisation a débuté lors de la parution de l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et à la publication de la circulaire du 10 mai

---

<sup>56</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

2007<sup>57</sup> permettant de distinguer les résidents afférents à l'USLD et ceux de l'EHPAD, l'opportunité est liée aux travaux de reconstruction et d'aménagement du site, favorisant ainsi un « environnement habilitant », concept canadien encourageant la participation sociale, l'inclusion et la cohabitation des résidents . Quant aux choix de cette sectorisation prise par la direction, les médecins et les cadres de santé de la gériatrie, il est dû en grande partie au bénéfice escompté pour les professionnels.

### 1.3.1 La méthode d'investigation

Ainsi, afin de pouvoir établir un constat sur l'organisation existante de l'EHPAD et d'en ressortir les atouts et les inconvénients, des entretiens semi-directifs sont établis en interrogeant :

- Les **professionnels** (soit 7) : 1 Infirmière diplômée d'Etat (IDE), 3 aides-soignantes (AS) des différents étages, la cadre supérieur de santé, la cadre de santé et la psychologue afin de connaître la représentation du personnel à ce sujet ;
- Les **résidents** (soit 2) en mesurant leurs ressenti sur le fait d'être mélangés avec d'autres résidents en privilégiant ceux qui n'ont pas de problème de dégénérescence cérébrale et étant présents depuis assez longtemps ;
- mais également **3 familles et/ou aidants** sur ce qu'ils ont droit d'attendre. Voir s'ils ont le même ressenti que le proche qui réside dans la structure.

Les entretiens sont enregistrés après accord et retranscrit littéralement. Une grille d'analyse a pu être faite, mettant en exergue les points à explorer. Des biais ont pu être constatés tant par :

- les familles avec la crainte de l'enregistrement,
- le personnel de peur que la direction modifie l'organisation,
- les résidents du 2<sup>ème</sup> étage qui n'ont pu être interrogés de par les capacités cognitives ou le stress que l'entretien peut générer.

Un autre biais à l'analyse en lien avec le contexte et l'historique peut être mis en exergue notamment celui de la concomitance entre la période de déménagement et la satisfaction des membres du personnel à la nouvelle organisation de manière sectorisée. En effet, ce changement d'organisation est basé sur des constats établis dans l'ancien bâtiment. Ce dernier comportait plusieurs chambres comprenant plusieurs résidents, des sanitaires avec baignoires, des locaux non adaptés, peu de matériels d'aide à la manutention tel que les rails, les tapis de transferts ou encore les lits à hauteur variable. Les arrêts maladies à répétition ou les accidents du travail peuvent être en lien avec le manque de

---

<sup>57</sup> Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

moyens de manutention ou encore avec l'architecture qui ne permettait pas d'installer des dispositifs et non en lien avec l'organisation de manière sectorisée.

Une comparaison entre différentes organisations et fonctionnements **d'autres structures** permet de confirmer ou non les axes vue internes et ce, à partir d'observation ou de temps d'échanges avec la direction et d'une recherche documentaire.

De même, des échanges ont pu avoir lieu avec des membres des autorités de tarification notamment l'ARS et le Conseil Départemental afin d'avoir leur positionnement en matière d'organisation. Tous ces matériaux font l'objet d'un tableau<sup>58</sup> d'analyse synthétique.

### 1.3.2 La sectorisation : une volonté en premier lieu dans l'intérêt du personnel vieillissant

Avant de comprendre les enjeux de cette organisation mise en place par la direction, un diagnostic est établi sur les effectifs afin d'appréhender le contexte social.

En effet, l'EHPAD dispose en 2017 de **64,45 ETP** rémunérés dont : 25.03 ETP **d'aides-soignants** (AS), 8.14 ETP d'agents du service hôtelier (ASH) faisant fonction d'aides-soignants, ainsi que 6.56 ETP d'**Infirmières** Diplômées d'Etat (IDE). Soit un ratio d'encadrement pour les 78 lits de **0.51 ETP**. Ce qui est en deçà de la moyenne nationale qui est de 0.60<sup>59</sup> ETP évoquée par Monique IBORRA dans le cadre de sa mission flash.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>AS</b>	20,91	18,67	22,06	24,04	25,42	25,03
<b>ASH FF AS</b>	7,59	8,67	6,10	6,30	7,72	8,14
<b>IDE</b>	6,95	7,74	6,07	5,40	6,80	6,56
<b>TOTAL</b>	<b>35,45</b>	<b>35,07</b>	<b>34,23</b>	<b>35,74</b>	<b>39,93</b>	<b>39,74</b>
<b>Nb résidents</b>	69	69	76	76	76	78
<b>Ratio</b>	<b>0,51</b>	<b>0,51</b>	<b>0,45</b>	<b>0,47</b>	<b>0,53</b>	<b>0,51</b>

Mais si l'EHPAD semble moins bien doté au vu de ces recommandations nationales, Bertrand FRAGONARD souligne que « *La qualité en EHPAD est beaucoup plus subtile et complexe pour que l'on puisse définir rapidement et identifier des indicateurs pertinents... Donner le nombre d'ETP n'a pas de pertinence si ce n'est pas relié au GMP<sup>60</sup>.* » En effet, si l'on fait état du nombre d'agents pas étage, on remarque dans le tableau ci-dessous

<sup>58</sup> Annexe 1 : Tableau récapitulatif des matériaux recueillis

<sup>59</sup> Rapport d'information n° 769 par la commission des affaires sociales de mars 2018 en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD et présenté par les députées IBORRA M. et FIAT C.

<sup>60</sup> BEZIAU C., GERONTONEWS, EHPAD : définir et publier des indicateurs qualité est prématuré, visité le 04.03.2018, <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ7PB8ZL8>

que le renfort se situe au niveau du 2<sup>ème</sup> étage en lien avec le GMP ainsi qu'au 3<sup>ème</sup> pour le soir par un contrat aidé. De même, l'analyse de ce ratio ne peut s'arrêter à ce constat car plusieurs critères peuvent impacter la lourdeur en soins de l'étage, notamment le taux d'absentéisme ou encore le projet personnalisé du résident nécessitant plus de présence de soignants.

	AS du matin	AS de l'après- midi	ETP	GMP
1 <sup>er</sup> étage	2	1	5.80	708
2 <sup>ème</sup> étage	4	3	13.20	905
3 <sup>ème</sup> étage	2	1	7.34	704

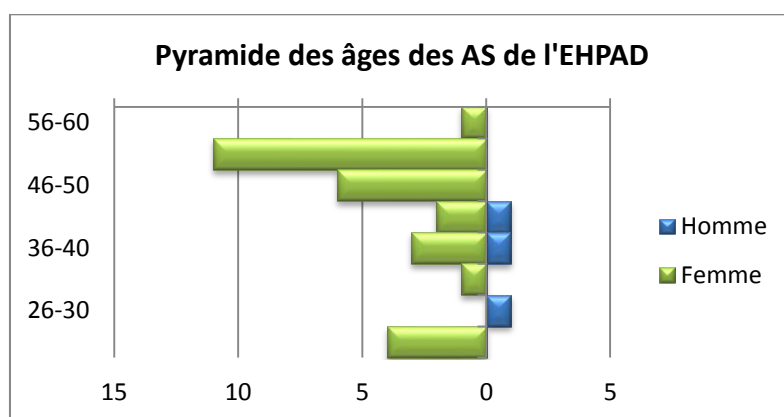
En ce qui concerne les enjeux et à l'unanimité de l'ensemble des entretiens menés auprès des soignants, et notamment celui de la cadre de santé, la sectorisation est avant tout un choix dans l'intérêt du personnel afin de **limiter les arrêts maladies** et **favoriser leur implication** au sein du service, notamment par les appétences de chacun à travailler dans un service selon les pathologies des résidents. Comme le souligne la psychologue : « *si les soignants sont bien, on pourrait penser que les résidents le soient aussi* ».

Mais, même si la plupart des agents sont conciliants avec leurs collègues « *Vu l'état de santé de mes collègues, certaines ne peuvent pas faire tous les étages, je me dis que pour l'instant je le fais, mais peut être qu'un jour il peut m'arriver quelque chose et je serai bien contente qu'on tolère que je ne puisse plus faire les étages.* », il est judicieux de se poser la question de la **viabilité** de ce choix car comme le souligne la psychologue de la structure « *Le 3ème étage a été aussi pensé comme celui où l'on met les agents cassés. Sauf que les gens sont vieillissants, les pathologies vont en majorant, les prises en charges sont plus lourdes mais les agents eux sont toujours cassés. Ils ne se sont pas réparés entre temps.* »

Malgré le renfort sur le 3<sup>ème</sup> étage, il s'avère que le taux d'absentéisme représente 23.04 %, pouvant s'expliquer en partie par un agent en accident du travail, un autre en maladie professionnelle ainsi qu'un agent en congé longue maladie, en sachant que la « norme » pour ce service est de 2 agents en horaire du matin et 1 agent en horaire du soir .

	Age moyen	Ancienneté	Taux absentéisme
1 <sup>er</sup> étage	47 ans	20 ans	6.17 %
2 <sup>ème</sup> étage	39 ans	14 ans	3.10 %
3 <sup>ème</sup> étage	48 ans	25 ans	23.04 %

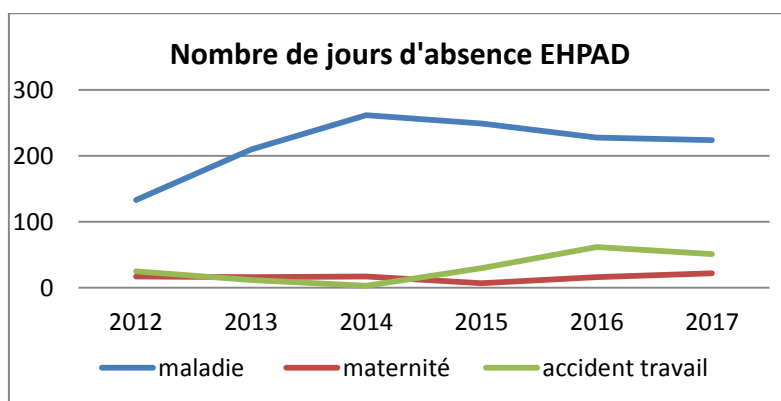
Le tableau ci-dessous montre bien que le personnel vieillissant se situe au 3<sup>ème</sup> étage et que les agents ont une ancienneté dans le service non négligeable. A savoir que cette ancienneté est déterminée uniquement sur les agents titulaires. En effet, **les carrières sont longues** dans ce secteur et se pose la question de la pyramide des âges des aides-soignants du service. Cette dernière montre une forte proportion d'agents féminins dans la tranche d'âge 51-55 ans, ce qui pourrait expliquer « **l'usure** » de ces agents ayant débutés leurs carrières au sein de l'établissement pour la plupart très jeunes. D'autant que pour beaucoup d'entre eux, ils ont commencés en tant qu'ASH du fait d'une connaissance dans l'établissement, ou travaille dans la structure parce que c'est le principal employeur de la ville et connaissent très peu d'autres établissements.



Même si l'enjeu de cette stratégie est de **soulager les agents victimes de TMS** en les affectant sur des étages dits « moins lourds » en terme de charge de travail et de manutention auprès du résident, la tendance globale des courbes de l'**absentéisme** révèle qu'après une forte augmentation du nombre de jours d'arrêts maladies entre la période 2013 à 2014, ces derniers décroissent sur la période 2014 à 2017, tout en restant supérieur au niveau de 2012. Ainsi, cette diminution peut **conforter la décision de la sectorisation** même si un biais existe notamment au niveau des équipements de manutention et des conditions de travail qui se sont améliorées du fait de l'emménagement dans les nouveaux locaux au moment de la sectorisation, mais également à l'accompagnement par la formation et les rappels institutionnels des gestes et postures à adopter par les agents. Malgré tout, se pose la question du taux d'absentéisme qui atteint les 12.50 % en 2017, ce qui reste supérieur à la moyenne nationale qui est de l'ordre de 10 %<sup>61</sup>.

<sup>61</sup> Communication de IBORRA M., rapporteure de la mission « flash » sur les EHPAD – septembre 2017





En ce qui concerne les jours d'accidents du travail (AT) qui sont en augmentation, le constat peut être ambivalent :

- En effet, il pourrait y avoir une corrélation avec le constat national où « *Les accidents du travail en EHPAD seraient aujourd'hui deux fois supérieurs à la moyenne nationale et supérieurs à ceux dans le secteur du BTP<sup>61</sup>* », avec pour impact l'application par les pouvoirs publics du jour de carence ayant pour objectif de réduire les arrêts maladie de courte durée ;
- Ou la validation des accidents du travail en interne de l'établissement serait plus souple par les services des ressources humaines en lien avec le changement du personnel d'encadrement. En effet, la reconnaissance du caractère professionnel d'un arrêt en AT représente un intérêt pour les agents comme le précise la cadre supérieur de santé « *les arrêts de travail sont totalement payés !* » contrairement aux arrêts maladie où notamment les jours de carence s'appliquent.

Enfin, préservée par la médecine du travail<sup>62</sup> qui estime que certains étages sont moins lourds au vu du nombre de résidents par étage, l'organisation était faite dans le cadre de la **soutenabilité** induisant une affectation des agents selon leurs pathologies, à savoir : les agents ayant des TMS sur le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> étage et les autres agents sur le 2<sup>ème</sup> étage, où historiquement le 3<sup>ème</sup> étage était le moins lourd. Malgré tout, cela n'est pas sans contrainte et sans problématique du point de vue de la **mobilité** des agents dès lors qu'il y a de l'absentéisme pour maladie ou congé, ou encore de la **compétence** des agents face à des profils diversifiés.

### 1.3.3 Une situation financière favorable au changement

Le constat est à faire également sur les aspects financiers. En effet, comme évoqué précédemment, ces éléments peuvent impacter l'organisation notamment en matière de financement sur le ratio d'encadrement mais également les activités, les formations proposées ou encore les investissements. A ce titre, l'analyse portera d'une part sur le

<sup>62</sup> Cf. Annexe 3 : Courrier de la médecine du travail

positionnement de l'EHPAD au travers de son territoire et du contexte réglementaire dans lequel il se situe et d'autre part sur son équilibre financier.

En effet, l'établissement fait partie de la **première vague de contractualisation** par CPOM du département sur la période 2017-2018, ce qui lui a laissé très peu de temps sur la prise de recul. Mais la réforme de la tarification issue de la loi dite loi ASV<sup>63</sup> et les impacts financiers sont autant d'éléments favorables à la structure et à l'amélioration de l'accompagnement des résidents.

Dans ce cadre, l'établissement est **bénéficiaire sur la section soin** de 120 200 € (soit environ 15 000 € par an pendant 7 ans) sur la base de la revalorisation du GMP et du PMP faite en 2014. De même, et contrairement à d'autres établissements du secteur public, l'EHPAD est en **convergence tarifaire positive sur la section dépendance** et bénéficie en 2018 d'un delta de 72 250 €, revalorisation non négligeable pour pérenniser les équipes en contrats aidés notamment celui du 3ème d'environ 12 000 € ou encore de conforter les crédits de remplacement en permettant notamment aux agents de récupérer leurs heures supplémentaires notamment pour les aides-soignantes (AS) avec 2 090 heures pour un montant de 18 500 €.

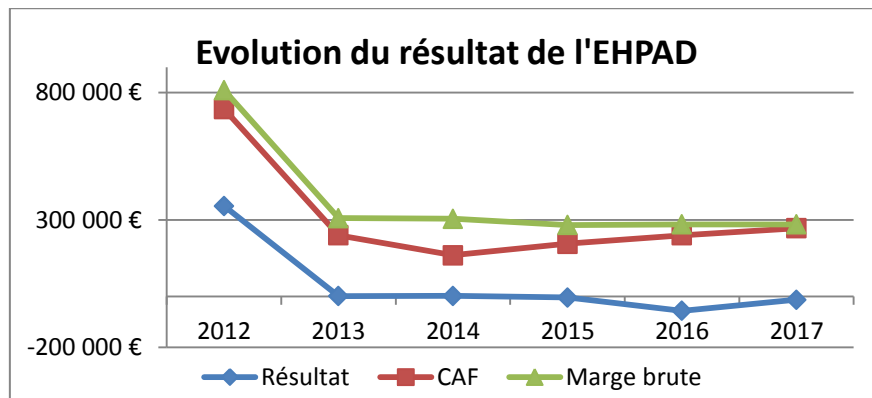
	Heures générées en 2017	Solde au 31-12-2017	Cout au poste (chargé)	Cout HS 2017
<b>EHPAD</b>	<b>719,49</b>	<b>3318,38</b>		<b>15 102,75 €</b>
Infirmier(ère) en soins généraux	-107,88	207,79	47 457,56 €	- 2 813,03 €
Aide-soignant(e)	774,28	2089,87	43 507,72 €	18 509,43 €
Agent de bio-nettoyage	26,49	169,66	35 453,82 €	516,03 €
Anim/psy/maitresses de maison	-50,49	649,37	40 000,00 €	- 1 109,67 €
Autre spersonnels (adm, ouvrier,...)	77,09	201,69		- €

Deux éléments peuvent expliquer cet avantage : d'une part, la revalorisation du GMP et d'autre part, la valeur point GIR du département qui est de l'ordre de 8.12 € en 2018 contre 7.71 € en 2017. En effet, il existe une certaine disparité géographique entre les départements avec une valeur nette du point GIR départemental qui atteignait en 2017, une moyenne de 7.05<sup>64</sup> €.

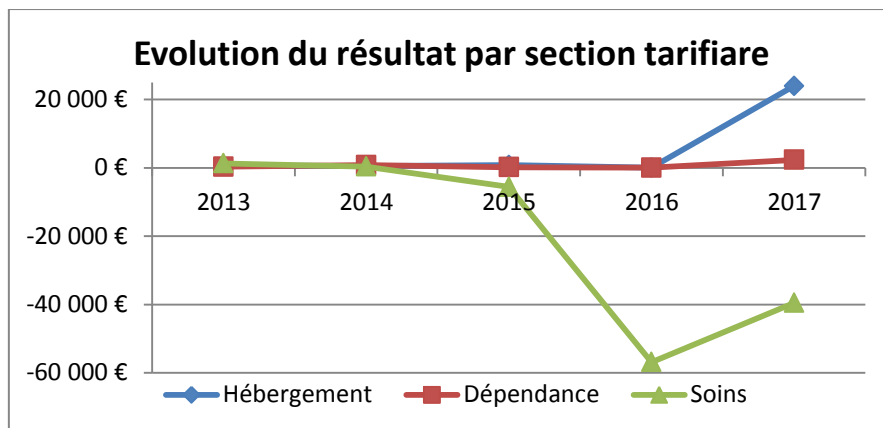
En ce qui concerne l'analyse des éléments du compte financier, ils se maintiennent globalement à l'équilibre. La Capacité d'Autofinancement (CAF) ainsi que la marge brute restent confortables et permettent de financer des investissements.

<sup>63</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>64</sup> MORET A., Hospimédia, Point GIR départemental, une réforme à l'application disparate pour limiter la casse dans les EHPAD, site internet visité le 13/05/2018 sur le site <http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20170830-economie-point-gir-departemental-une-reforme>



Toutefois, l'analyse selon les résultats par section tarifaire met en exergue une section soin déficitaire. Une action a été menée entre 2016 et 2017 sur la location du matériel médical, mais d'autres actions peuvent être menées telles que les analyses de laboratoire, la consommation des médicaments en lien avec les nouvelles approches médicamenteuses ou encore l'absentéisme, mais également une action sur la réduction du temps de travail du médecin sur la structure.



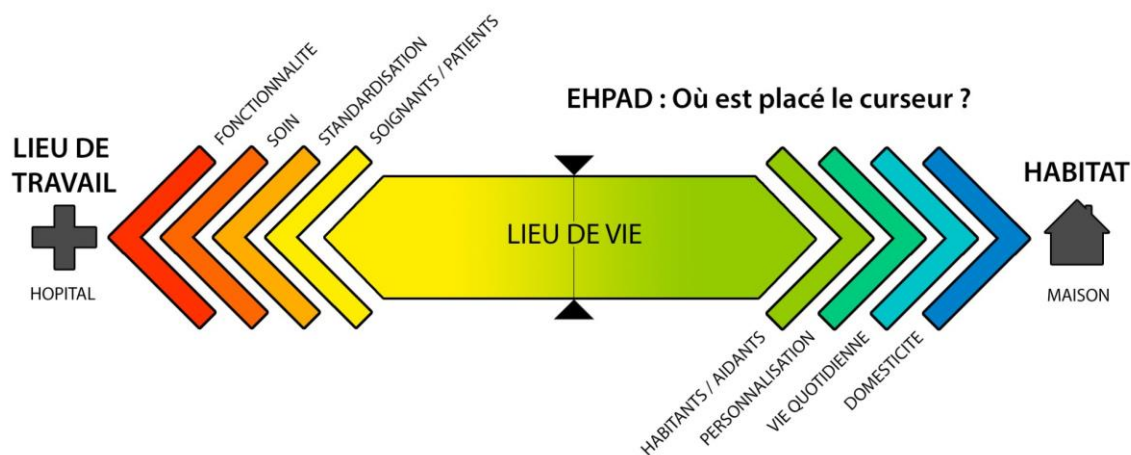
L'analyse ne doit pas s'arrêter à ce constat, il pourrait porter également sur la solvabilité des résidents qui pourrait être problématique. Ce n'est pas le cas pour l'EHPAD, après analyse du bilan et des restes à recouvrer sur les exercices précédents, mais le besoin en fonds de roulement serait à optimiser au vu des délais très courts de règlement des fournisseurs. Cette action permettrait de renforcer la trésorerie. .

## 2 La sectorisation : une organisation adaptée mais non aboutie

Si le choix de la sectorisation peut être ainsi bénéfique pour le personnel, les résidents et leurs proches, il faut aller jusqu'au bout de la démarche afin d'en voir réellement les intérêts. Tout l'enjeu est de concilier le lieu de travail face à la diversité des profils et aux attentes de chacun au risque de centraliser les problématiques et la lourdeur de prise en soin, induisant notamment des éventuels troubles musculo-squelettique des soignants.

L'établissement qui a longtemps privilégié les services de rééducation au détriment de la gériatrie, restant atone sur les enjeux de qualité d'accompagnement des personnes âgées, doit poursuivre sa démarche. En effet, ce constat se transpose dans l'architecture mais également dans les documents institutionnels. Pérenniser la sectorisation part du renforcement du pilotage interne et doit s'appuyer sur du personnel motivé et compétent afin que les résidents puissent s'y retrouver dans cette organisation.

La performance et l'efficience de ce pilotage ne peut se faire que s'il existe une dynamique et une stratégie qui orienterait les résidents, les soignants et leurs proches vers une trajectoire bien définie.



65

<sup>65</sup> Centre de Formation Eval'zheimer – Fondation Médéric Alzheimer

## 2.1 Un moyen pour favoriser le bien-être et la dignité des résidents

A partir des matériaux recueillis, on aurait pu croire que le sentiment d'être chez soi est une des préoccupations principale des résidents mais il s'avère que les sources de bien-être se trouve dans la qualité des relations et des prestations proposées par la structure. En effet, même s'il est évident que la qualité des prestations passe par la tranquillité, le confort et la propreté des chambres dans un espace individuel puis par l'organisation des soins et des repas dans des espaces collectifs, elle s'évalue également par la participation sociale au sein de l'établissement, l'animation et le fait de pouvoir se sentir utile.

Ainsi, au travers de cette partie et après avoir présenté les recommandations en faveur d'une sectorisation pour un accompagnement mieux adapté aux pathologies et niveau de dépendance des résidents de la part des gérontologues, un diagnostic sera établi au sein de la structure afin de mettre en exergue les enjeux pour aller au bout de la démarche de cette organisation.

### 2.1.1 Les avis gérontologiques selon le profil des résidents

En ce qui concerne les résidents, nombreux sont les bénéfiques dans le choix de cette sectorisation.

D'une part, en ce qui concerne les personnes handicapées vieillissantes : Pour eux et jusqu'aux enjeux de la désinstitutionalisation et la dé-stigmatisation en psychiatrie, les patients psychotiques chroniques restaient en psychiatrie jusqu'à leurs décès, séparés du reste du monde. Des lits ont été fermés et la priorité est devenue ambulatoire, tournée vers l'inclusion. Comme pour l'ensemble de la population, l'espérance de vie augmente mais l'on sait, aujourd'hui encore, qu'il existe peu de structures accueillant des malades chroniques psychiatriques vieillissants. « *Il s'agit de trouver la bonne prise en charge au bon endroit.* »<sup>66</sup> L'une des difficultés de l'accueil de ce public réside notamment dans le rapport à l'autre. « *L'étiquette associée aux maladies mentales ou aux troubles psychiatriques fait peur, que ce soit aux résidents des maisons de retraite ou bien aux professionnels*<sup>67</sup>. » A ce titre, le Dr Catherine VUILLEMIN indique que leurs **capacités d'adaptation sont bien plus limitées** que les autres résidents. Pour eux, la cohabitation entre tous les résidents n'est pas optimale notamment s'ils ne sont pas stables au niveau des troubles de l'humeur et du comportement. D'autant plus que certaines comorbidités favorisées par des facteurs de risque particulièrement représentés dans la population des

---

<sup>66</sup> PANCAZZI MP., GUINARD P., ISSERLIS I., 2015, « L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France », *Information psychiatrique*, n°9, 755-761

<sup>67</sup> QUARTIER T., 2014, « Les troubles psychiatriques accueillis en EHPAD », *Lien social*, n°1150, pp. 20-23

personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques, telle que la « *sédentarité le tabagisme, la iatrogénie, amène souvent à une institutionnalisation précoce*<sup>68</sup> » posant la **différence d'âge** avec les autres résidents de l'EHPAD.

De même, les résidents souffrant de troubles psychiatriques, accueillis dans une unité ordinaire, font régulièrement des séjours en EPSM engendrant de la rupture. L'unité spécifique permet de faire **diminuer le nombre d'hospitalisation** en service d'urgence et stabilise plus rapidement l'état de santé.

Autre atout d'une unité spécifique de personnes handicapées mentales vieillissantes, notamment dans le cadre d'une Unité Psycho Gériatrique (UPG), c'est la **diminution de la consommation de neuroleptiques et d'anxiolytiques**. Cela peut s'expliquer notamment par les avantages de la communication. En effet, l'écoute et le dialogue sont essentiels pour favoriser l'intégration des résidents et cela grâce aux infirmières spécialisées en psychiatrie. Mais encore faut-il avoir du personnel disposant de l'expertise nécessaire pour les accompagner sous peine de laisser les représentations sociales dépasser les compétences soignantes. Selon une infirmière responsable d'une UPG, « *il y a toujours eu des personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais ils étaient très mal intégrés. Ainsi, le principe de sectorisation limite la problématique de cohabitation et favoriser l'intégration de ces derniers.* » L'unité permet ainsi, de vivre avec des personnes avec lesquelles il y a une certaine communauté d'intérêts portant un véritable bénéfice pour ces résidents. A titre d'exemple, « *Les animations habituellement proposées en maison de retraite ne leur correspondaient pas.*<sup>69</sup> ». Ces dernières doivent être travaillées bien en amont dans le cadre du projet d'accompagnement, selon l'historique, les appétences, les rêves réalisables de chacun. Après observation, les résidents souhaitent davantage de sorties vers l'extérieur, souvent habitués aux activités proposés dans le champ du handicap comme les Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). La limite étant qu'il existe des degrés différents de la pathologie psychiatrique, ayant pour impact que certains d'entre eux doivent supporter les autres, induisant des dispositions de la part de l'équipe soignante et du cadre de santé afin d'éviter les conflits, notamment des placements de chambres ou lors des repas

De même, avec la forte proportion de personnes âgées souffrant de **démences accompagnées de troubles du comportement** (50 % à 80 %<sup>70</sup>), les établissements sont de plus en plus nombreux à disposer d'une unité spécifique pour les personnes atteintes

---

<sup>68</sup> PLAYE M., 2016, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable », La revue de gériatrie, n°41, pp.403-416

<sup>69</sup> MALLAURY A., 2016, « Un EHPAD qui s'est adapté

<sup>70</sup> DE LA FOURNIERE F., 2016, « Les troubles psychiatriques en EHPAD : le point de vue du médecin coordonnateur », *La revue de la gériatre*, Tome 41 n°7, pp. 417-420

de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, peu dispose de structures identifiées telles que le PASA ou l'UHR ou de personnel formés. A ce titre, si l'entrée se fait plus tardivement dans le cadre du maintien à domicile, il est préconisé de raisonner en termes de « **standardisation de la présence** de ces personnes et non l'inverse»<sup>71</sup> d'autant plus que « *l'environnement, qu'il soit humain ou architectural, à un pouvoir : il peut être aussi bien bénéfique que iatrogène*<sup>72</sup>. »

Au Québec, les préconisations<sup>73</sup> en matière de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont de disposer de structures ayant à la fois des unités ordinaires, pour tous les résidents, mais aussi d'unités spécialisées où il existe différents secteurs en fonction du degré de démence des malades d'Alzheimer, afin de **prévenir l'aggravation des symptômes** par un accompagnement adapté notamment en anticipant dès l'apparition des premiers signes d'anxiété du résident pour les affaiblir.

Si l'on prend en compte la spécificité des pathologies des résidents, **certaines initiatives par des soignants non formés peuvent être néfastes**. A titre d'exemple, Philippe CALMETTE, directeur général de la Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales, précise que « *les professionnels savent stimuler la personne handicapée afin qu'elle gagne en autonomie. Or, ces techniques peuvent accélérer les syndromes chez les malades d'Alzheimer*<sup>74</sup>. » C'est souvent le sentiment d'impuissance des soignants qui prime ou encore le manque de connaissance sociale sur l'accompagnement de ces personnes.

### **2.1.2 Poursuivre la sectorisation en favorisant les relations harmonieuses**

Au sein de l'EHPAD, plusieurs enjeux peuvent ressortir selon les pathologies des résidents, si le maintien de cette organisation est réalisé de manière sectorisée et notamment celui d'accompagner les résidents de façon harmonieuse.

En effet, historiquement, comme le souligne l'ensemble des personnes interrogées, il existait beaucoup de conflits entre les résidents avant cette organisation notamment entre les personnes ayant des troubles psychiatriques et les autres résidents. Dorénavant, il existe moins de rapport de force sur les plus vulnérables. La sectorisation permet **d'améliorer les rapports entre résidents** qui se tolèrent mieux, comme l'indique une

<sup>71</sup> LAURENT B. et DE BATAILLE G., 2017, « Les troubles du comportement en EHPAD : le point de vue du médecin coordonnateur », *La revue Gériatrie*, Tome 42 n°7, pp. 426-430

<sup>72</sup> LAURENT B. et DE BATAILLE G., 2017, « Les troubles du comportement en EHPAD : le point de vue du médecin coordonnateur », *La revue Gériatrie*, Tome 42 n°7, pp. 426-430

<sup>73</sup> Préconisations du ministère de la Santé et des Services sociaux à la suite du plan Alzheimer de 2009 - « l'appariement de la clientèle »

<sup>74</sup> DE COPPET C., 2011, « Face au défi d'Alzheimer », *Direction(s)*, n°89

aide-soignante « *La population actuelle n'est pas tolérante pour accueillir les personnes plus démentes qu'elles ne le sont.* » Cela permet également une **harmonisation de l'accompagnement** car selon les étages, les attentes et les rythmes des résidents diffèrent, laissant place à une organisation plus ciblée notamment pour les activités, les heures du levé, du repas ou encore du couché. Si les publics étaient brassés, l'organisation identique pour l'ensemble des résidents, conduirait, selon la cadre de santé, à avoir tendance à focaliser l'attention sur les personnes qui nécessitent plus de vigilance, au détriment des autres.

De plus, le bénéfice de faire cette distinction se voit également lors **des animations**. A ce titre, les résidents du 1<sup>er</sup> étage ont les **mêmes goûts pour les menus des repas** ou encore pour les déguisements sans être dans le jugement comme peuvent l'être ceux qui ont 20 à 30 ans de plus. Lors des activités, leur trait de personnalité commun tels que le chacun pour soi, l'isolement et l'égoïsme sont neutralisés laissant place à la convivialité. Il est essentiel d'indiquer également que leurs parcours de vie et leurs origines géographiques sont similaires avec un passé social très chaotique et une institutionnalisation dès l'adolescence. **Adapter les activités selon le profil** des résidents est indispensable, mais encore faut-il l'indiquer dans un **projet de service** en distinguant les étages.

Enfin, l'analyse peut être approfondie selon la particularité des étages, plusieurs points peuvent être mis en exergue, à savoir :

Au 1<sup>er</sup> étage les résidents ayant une pathologie psychiatrique ont pour la plupart toujours vécu en structure et se connaissent depuis longtemps. Comme le souligne une aide-soignante de l'étage, « *Cela me fait penser à un club de vacances, ils font leurs petites vies, ils forment une petite famille.* » Il s'avère que ces derniers peuvent être agressifs envers les autres et le fait d'avoir eu des personnes grabataires ou des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer déambulant au milieu de leur cocon a pu entraîner certaines frictions. A titre d'exemple, les résidents de cet étage ont un **rapport particulier avec leurs chambres** qui est différent des personnes atteintes de maladies cognitives, et peuvent l'exprimer de manière violente tant par les mots que par les gestes. La cadre de santé indique qu' « *ils ont l'impression qu'on les viole en entrant dans leur chambre sans leur accord.* » Le fait de les mettre sur le même étage permet de **prendre en compte leur rythme de vie avec des règles propres** à eux notamment l'heure du goûter, le fait qu'ils doivent prévenir les soignants s'ils sont sortis ou qui doit mettre la table et débarrasser. Cette participation autonome ne peut se faire sur le 2<sup>ème</sup> étage. Quant au dernier étage, peu de résidents souhaitent ou sont en capacités de participer. De même, d'un point de



vue physique, ils sont **moins dépendants** même s'ils sont en GIR 1 et se considère comme les « *plus jeunes* » de l'EHPAD.

Mais, selon la psychologue, le fait de mettre tous les résidents dans le même service ne permet pas qu'ils se stimulent entre eux « *De voir les autres faire, va stimuler, à l'inverse cela peut être dans les 2 sens. Si on met tous les grabataires dans le même service, cela risque de les faire chuter.* » Ce constat se vérifie car les résidents du 1<sup>er</sup> étage se retrouvent sans arrêt dans le même contexte, sans ouverture. La psychologue précise le fait d'avoir « *tout le temps ensemble les mêmes résidents, cela **génère aussi des problèmes, des tensions, ça se bat et cela peut emmener des conflits.*** » **Les espaces conviviaux en intérieur ou en extérieur** peuvent permettre de résoudre cette problématique. De même, la création d'un **temps festif** regroupant l'ensemble de la gériatrie une fois par an, peut être conçue afin de créer de la diversité et de la communication entre les résidents de chaque étage et service. De même, le décloisonnement de certaines activités d'animations et d'art-thérapie proposées par étage, pourraient être proposées aux autres résidents notamment en donnant plus de visibilité aux programmes et aux lieux des activités.

Au 2<sup>ème</sup> étage, il s'avère qu'il existe beaucoup de déambulation et très peu de conflits même si les résidents entrent souvent dans les chambres des autres. « *Toutes les personnes démentes, qui potentiellement déambulent ne se rendent pas compte que d'autres déambulent* » précise l'infirmière et cela minimise les problématiques telle que celle de la représentation des chambres. En parallèle de cette distinction par étage, il existe une scission au sein de la salle à manger notamment pour **préserver la communication** entre ceux qui le peuvent encore et ainsi **éviter les cris**. Toujours dans l'objectif d'illustrer, une aide-soignante de l'étage indique qu' « *une personne atteinte de la démence à corps de LEWY<sup>75</sup> qui insulte tout le monde en pensant qu'elle est saine et qui imagine que les autres ne vont pas bien, il est compliqué de la mettre sur les autres étages.* » Toutefois, le rassemblement de personnes porteuses de troubles avec beaucoup d'anxiété, d'angoisse et qui sont dans le non verbal peut-être néfaste pour les résidents. En effet, **l'angoisse et l'anxiété transparaissent** et cela se transmet énormément entre les résidents. La psychologue précise qu'« *il suffit qu'il y en a un résident angoissé pour qu'il y ait facile des répercussions sur 5, voir 6 autres résidents qui sont autour alors qu'ils allaient à peu près bien. **L'approche non médicamenteuse** peut être un levier pour faire diminuer la tension comme l'appropriation de l'étage dans le*

---

<sup>75</sup> La démence à corps de Lewy (DCL) est la seconde démence neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. C'est une maladie complexe qui emprunte certains symptômes à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson, donc difficile à reconnaître ou à diagnostiquer

cadre du concept multi-sensoriel avec des espaces « *snoezelen* » dynamique ou non, de manière mobile ou en déterminant des lieux, où le coût peut varier selon les équipements souhaités allant de 150 € à 5000 €. Autre exemple pouvant être cité, les **poupées** « **reborn**<sup>76</sup> » ayant des traits parfois similaires à de vrais bébés qui auraient la propriété de calmer les angoisses et de canaliser certains résidents notamment en évitant ceux ayant un profil de démence frontale, coût environ 350 €.

Enfin, la sectorisation propre au 3ème étage devrait permettre aux résidents encore en possession de leurs facultés intellectuelles, de créer davantage de communication entre eux et d'être moins confrontés à des personnes grabataires ou Alzheimer. Malgré tout, ces résidents sont pris par leurs isolements et sont souvent dans leurs chambres. Toutes les conditions sont réunies pour qu'il existe de bonnes relations de voisinage, mais ils semblent être isolés et ce, malgré que cela reste personne dépendante. Ce manque de cohésion constatée, est peut-être à rapprocher du manque d'activité. A ce titre, l'identification d'un créneau horaire en début d'après-midi, pour que les soignants puissent faire de **l'occupationnel** serait un atout car qui de mieux que les soignants pour connaître les résidents de leur étage. Ce travail nécessite d'être réalisé en corrélation avec l'animatrice qui doit coordonner les activités et prendre du recul par rapport à l'animation en tant que tel. En effet, à partir d'un listing des appétences des résidents selon les étages, l'animatrice et les soignants doivent se concerter afin que ces derniers puissent proposer des activités variées, sur un temps défini et que ce moment puisse être apprécié de chacun. Le tout est de pouvoir tracer les activités afin d'évaluer tous les trimestres si celles proposées conviennent, ou à défaut de les faire évoluer.

### **2.1.3 La nécessité d'accompagner les familles au changement**

Cette démarche de sectorisation nécessite d'accompagner à minima les familles dans tous les changements de situation et ce, jusqu'à la fin de vie du résident.

En effet, comme le souligne une infirmière du service « *La sectorisation pour les familles, je pense qu'il y en a pour qui cela reconforte.* » Ces propos soulignent que les proches ne sont **pas tolérants** et selon la pathologie et l'état de santé, certaines familles sont effrayées de ce que pourraient devenir leur proche. L'organisation selon les pathologies permet de **favoriser les discussions** entre les familles notamment pour échanger sur des situations similaires notamment lors des animations ou des sorties de leurs proches et communiquer avec le personnel affecté à chaque étage de manière plus sereine, en

---

<sup>76</sup> MORAN A., LIBERATION, « Maladies Alzheimer, faux bébés, vraies questions », visité le 08/07/2018 [http://www.liberation.fr/france/2018/02/25/maladie-d-alzheimer-faux-bebes-vraies-questions\\_1632265](http://www.liberation.fr/france/2018/02/25/maladie-d-alzheimer-faux-bebes-vraies-questions_1632265)

ayant pour objectif **d'accompagner les familles au** changement tant lors de l'arrivée dans la structure ou lors d'un changement d'étage.

Toutefois, il s'avère que cette organisation présente des **désavantages** ressentis par certaines familles notamment des plaintes par les proches du 2<sup>ème</sup> étage, comme l'indique une infirmière « *Les familles ne sont pas contentes parce que les lunettes de la maman ont disparues ou les chaussures du papa.* » Le fait de rassembler les personnes atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée qui n'ont parfois plus la faculté d'avoir le sentiment d'appartenance à un objet ou à une personne favorise, de manière indirecte à ce que des choses disparaissent au sein du même service et ce, même si les soignants sont attentifs et connaissent les affaires personnelles de chacun. Il n'est pas rare également de retrouver un résident dans le lit d'un autre sans pour autant l'avoir fait de manière volontaire. En parallèle de cette vigilance des soignants, il est **nécessaire d'anticiper la situation et d'alerter les familles** lors de la visite de préadmission du résident qu'il existe une probabilité que les affaires de leurs proches peuvent disparaître momentanément. De même, l'approche avec l'avancée de la maladie, de la grabatisation ou encore de la dépendance, reste un enjeu pour les soignants et les médecins envers la famille.

De plus, si le souhait de certains résidents est **d'être transféré** dans un autre étage notamment pour trouver des gens avec des personnes moins âgées à qui parler comme le souligne une résidente : « *j'en ai marre d'être avec des vieillards* », le changement d'étage ne se fait que très rarement voire jamais selon leurs volontés et s'oriente plus vers l'USLD. A l'inverse, cette volonté peut se faire ressentir du côté des familles en pensant que l'état de santé de ce dernier pourrait s'améliorer en le changeant vers un étage où les résidents sont plus autonomes, mais comme le souligne la cadre de santé : « *l'accueil et l'adaptation des résidents ont précipité leur proche dans la démence et la grabatisation de manière plus rapide.* »

La question de **la mobilité** et de sa mise en place reste prioritaire dans le cadre de la sectorisation. Véritable sujet sensible au niveau du service et des familles, car suivant le niveau de dégradation de l'état de santé d'un résident, la charge en soin peut très vite s'alourdir et la sectorisation perdrait alors tout son sens dès lors que son état ne correspond plus aux profils de l'étage. A ce titre, **aucun critère n'est véritablement défini** afin de déterminer s'il s'agit du moment opportun pour une réorientation suivant l'état pathologique du résident. Ce mouvement entre chambre, étage ou service **n'est ni formalisé dans le contrat de séjour, ni dans règlement intérieur ou dans le projet personnalisé d'accompagnement (PPA)**. Ainsi, tout changement de lieu de résidence,

ou même de chambre, doit faire l'objet d'une **concertation avec la personne**. Ces dernières n'ayant plus la capacité cognitive nécessaire à cette décision, la question qui se pose principalement pour des considérations organisationnelles, doit être adressée aux familles.

Dans le cas où les proches acceptent de transférer leur proche à l'USLD, cela n'est pas sans conséquence. Il est bien connu que changer l'environnement d'une personne âgée est très déstabilisant pour cette dernière. Il en est de même pour les proches. A ce propos, une infirmière indique « *Des fois les familles, ça les effraient l'USLD, c'est du longue durée.* » A ce titre, plusieurs difficultés peuvent être recensées lors d'un transfert vers un autre étage, service ou chambre :

- La principale reste **la négociation avec les familles** : Comme le précise le chef de service du conseil départemental « *si la sectorisation se justifie, pour les familles et à partir du moment où la maladie progresse et s'accélère, il est difficile pour eux d'admettre qu'il est nécessaire pour leur proche de le changer d'unité notamment en UHR. D'autant plus et réglementairement, il est inscrit dans le code de l'action sociale et des familles ainsi que le droit des usagers que tout changement de chambre ou de service ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne. Ce qui a tendance à pénaliser et « emboliser » les EHPAD ainsi que les autres résidents d'où la nécessité de les accompagner avec **le soutien et la compétence de la psychologue** afin qu'ils ne se sentent pas délaissés.* » A ce titre, il est utile de préciser les critères de la qualité d'accompagnement selon les besoins des résidents et ce, en fonction des différents étages ;
- La **chambre double** : si le transfert se fait vers l'USLD, ce service de 45 lits comprend 7 chambres doubles. D'une part, il arrive que le résident ne voie pas d'inconvénient à partager la chambre avec une autre personne mais les proches s'y opposent. D'autre part, dans le cas où il accepte la difficulté se pose lorsqu'il s'agit de respecter la cohabitation selon qu'il s'agisse d'une chambre « homme » ou une chambre « femme » où se pose la question de l'intimité et de la fin de vie ;
- Enfin, la problématique peut être **architecturale** en lien avec les besoins des grands dépendants. En effet, certaines chambres du 3<sup>ème</sup> étage ne disposent pas de rail pour la manutention des résidents et le transfert entre les chambres de l'étage devient nécessaire.

D'autres limites au maintien d'un résident dans une unité peuvent être également mises en exergue. D'une part, le cas de **risque de fugues**, où certes il existe une unité de vie pour les personnes atteints de la maladie d'Alzheimer mais il ne s'agit pas d'une unité renforcée. Il serait intéressant de **rester vigilant sur la parution des appels à projets** de

l'ARS portant sur des PASA ou UHR car il serait possible d'adapter l'architecture à ce titre notamment en modifiant celui de l'accueil de jour où les espaces sont surdimensionnés pour un effectif de 6 patients en moyenne. De même, l'établissement pourrait disposer d'un accompagnement financier et renforcer les équipes soignantes et leurs compétences. D'autre part, le **comportement agressif** ou encore la **décompensation** d'un résident pouvant déstabiliser tant les résidents que les soignants. A ce titre, l'accompagnement des familles doit se faire au travers du contrat de séjour.

Le point de vue du représentant du CVS à ce sujet ne laisse pas indifférent. Davantage centré sur les moyens de l'établissement et sur les actes de la vie quotidienne, il considère que le reste des prestations sont des superflues : « *En tant que famille, on est un peu angoissée par les restrictions budgétaires. En tant que famille, cela se sent, cela influence le bien être de notre famille et notre proche.* » Le principe de réalité ou la réalité du terrain sur les aspects financiers, les prestations de type restauration, blanchisserie masque les idéaux sur l'accompagnement de leur proche à tel point que le représentant en avait presque honte de demander plus : « *Dans son état on ne peut pas attendre plus.* » La question de l'organisation ne semble pas être une priorité ou apparaît comme un manque de culture de ce qu'est la qualité d'accompagnement.

## 2.2 La nécessaire amélioration du pilotage interne

### 2.2.1 Des outils de la loi 2002-2<sup>77</sup> insuffisamment exploités

Afin de donner du sens dans l'organisation et l'accompagnement des résidents, plusieurs outils peuvent être actualisés ou mis en place. Car beaucoup d'entre eux sont élaborés dans le cadre des évaluations interne et externe afin de répondre à la contrainte réglementaire mais ne répondent pas forcément aux enjeux du document. D'autres sont inexistantes.

En effet, au niveau de l'institution et du pilotage, certains outils peuvent être ciblés.

- Si l'un des principes inscrits dans la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance porte sur son mode de vie : « *Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.*<sup>78</sup> », cet article qui devrait être la base de la sectorisation doit figurer dans le **règlement de fonctionnement**. Ce dernier qui n'existe actuellement pas dans la structure permettrait de définir les droits de la personne accueillie, les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles

---

<sup>77</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>78</sup> Article 1 - charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

de vie collective au sein de la structure. Il permettrait également de détailler l'organisation de la vie quotidienne, de présenter la sectorisation et son intérêt pour le résident mais également de laisser la possibilité de changer de chambre ou de service en cas d'aggravation de l'état de santé d'un résident. Induisant ainsi une fluidité dans la gestion des lits afin de ne pas pénaliser un étage et préserver les avantages de la sectorisation.

- De même, si actuellement ce règlement n'existe pas au sein de la structure, son contenu est inscrit dans **le projet de service**. Ce dernier quant à lui, doit être fondé sur le projet personnalisé d'accompagnement et doit impulser une dynamique. Il doit définir les objectifs en matière de coopération, de coordination et d'évaluation des activités en fonction des spécificités de chaque étage. Son rôle porte sur l'organisation des services qu'il faut mettre en avant avec la nécessaire conciliation des souhaits et projets individuels avec les contraintes du collectif. La dimension éthique est importante lors des prises de décision. Le projet de service a un bon angle en matière d'organisation et doit être établi pour une période maximale de 5 ans, après consultation du conseil de la vie sociale. Ce dernier étant arrivé à son terme (2012-2017), il serait judicieux de saisir l'opportunité afin d'en redéfinir le périmètre d'action, les objectifs pour chaque étage, les moyens que l'on se donne pour les atteindre et des indicateurs pour le suivre. Cet outil permet également de faire adhérer les équipes au changement lors de groupe de travail afin qu'ils puissent faire remonter les problématiques de terrain. Car en parallèle, l'un des enjeux des conditions de travail est que les professionnels doivent se sentir impliqué, soutenu, valorisé par la famille, les résidents et l'établissement, automatiquement les conditions de travail ne peuvent que s'améliorer. Car s'il en ressort un projet de service établi avec les cadres et les professionnels sur les évolutions importantes, ces derniers vont s'identifier et l'on pourra parler de condition de travail. L'idéal serait de le travailler par étage car les objectifs devraient être différents, ce qui permettrait d'inscrire notamment les priorités de formation de chaque étage et les grands axes stratégiques.
- Enfin, **le projet d'établissement** est le document phare pour amener les équipes vers une trajectoire. Il est autant un outil de management et de communication que de positionnement et de négociation auprès des autorités. La fiche-repère de l'ANESM affiche comme objectifs de « *permettre à l'ensemble des équipes de direction d'identifier et de prioriser les actions à inscrire au projet d'établissement pour garantir un accompagnement de qualité et adapté aux personnes touchées par une maladie neurodégénérative*<sup>79</sup>. » En effet, au même titre que le projet de service, il doit faire l'objet d'une adhésion par les équipes. Mais cette trajectoire est institutionnelle et

---

<sup>79</sup> ANESM, 2018, « Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative en EHPAD », Fiche repère, 18 p.

porte sur l'ensemble de l'établissement. De la même optique que le projet de service, le projet d'établissement doit faire l'objet d'une refonte pour la période 2019-2023 non pas vers un descriptif de ce qui a été fait mais **vers un objectif à atteindre** dans l'intérêt des résidents et des patients.

De même, si le souhait est d'aller au bout de la démarche de la sectorisation, l'objectif est de tendre vers un accompagnement personnalisé. A ce titre, d'autres outils mériteraient d'être actualisés ou mis en place. A savoir :

- D'une part, le **contrat de séjour**. Ce dernier mis en place au vu de répondre à la réglementation à un instant « T » n'est pas actualisé au fil de l'évolution des nouveaux textes de loi. Ce document ne semble pas être exhaustif voire parfois incohérent. A titre d'exemple, il fait référence à l'avis du Conseil National de consommation<sup>80</sup> et non au décret du 26 novembre 2004<sup>81</sup> et ne comporte pas les objectifs et la nature de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques. L'actualisation doit être réalisée en lien avec la loi dite « ASV<sup>82</sup> » avec notamment la définition des prestations sociales. Dans le cadre de la sectorisation, plusieurs axes doivent figurer comme la notion de changement de chambre dans le cadre d'une dégradation de l'état de santé ou encore des notions de participation des proches dans le cadre d'une animation plus appropriée.
- D'autre part, l'élaboration de **l'avenant au contrat de séjour** et son application. Cette annexe permet de définir les mesures particulières à prendre, autre que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Cela permet d'améliorer les conditions d'accompagnement des résidents en tenant compte du cadre réglementaire et revoir ainsi les contraintes organisationnelles qui entacheraient la liberté d'aller et venir, notamment pour ceux du 2<sup>ème</sup> étage.
- Enfin, le **projet personnel d'accompagnement**, véritable pierre angulaire de la sectorisation et d'adhésion des équipes, basé sur les attentes de la personne et non seulement sur ses besoins. Plusieurs constats de fonctionnement poussent à la réflexion d'un accompagnement plus adapté, à savoir des projets d'accompagnement se limitant à l'aspect médical dans un cadre privilégiant la dimension des soins et très peu vers la participation sociale, les habitudes de vies, les projets favorisant le maintien de l'autonomie ou encore la vie nocturne et les intérêts permettant de construire une véritable réponse d'animation ou d'occupationnel. Comme le souligne

---

<sup>80</sup> Avis du Conseil National de consommation, paru le 29 juillet 1994 au Bulletin Officiel de la concurrence, de la consommation et de la représentation des fraudes

<sup>81</sup> Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>82</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Freudiger<sup>83</sup>, le projet personnel est essentiel au résident car il permet de refaire le lien avec les actes de la vie quotidienne et constitue un outil de travail pour le personnel afin d'y parvenir : « *Il s'agit d'un accompagnement de la vie au quotidien avec pour beaucoup un sentiment d'échec dès l'arrivée du fait de ne pas pouvoir rester à son domicile et y être entré sans véritable consentement ou choix.* »

Tous ces outils, s'ils sont appropriés à bon escient, constitue des facteurs de réussite pour faire évoluer et progresser cette sectorisation.

### **2.2.2 L'impératif de travailler en réseau sur le territoire**

La sectorisation actuelle au sein de l'EHPAD ne peut fonctionner de manière pérenne qu'à une seule condition : des admissions régulières de résidents répondant à la spécificité de chaque étage et ce, en nombre suffisant. Travailler en réseau sur le territoire permet de s'adapter aux profils des résidents.

En effet, la pérennité du concept organisationnel pose question à la plupart des agents. Comme le souligne une IDE : « *A l'heure actuelle, on a des populations comme ça, **mais dans 3 ou 6 mois, peut-être que l'on aura plus de demandes au 2ème qu'au 1er.*** » De même, des inquiétudes persistent lorsqu'ils voient vieillir et se « grabatiser » les personnes qu'ils ont vu évoluer dans le temps ou lors d'un décès : « *Est-ce que l'on va retrouver les mêmes personnes ?* »

Ainsi, si le souhait est de maintenir la sectorisation, il faut continuer à admettre des personnes qui relèvent de chaque spécificité des étages. Ce qui pourrait être une limite à cette organisation car cela peut devenir une contrainte d'admission où la sélection des profils selon les étages devient obligatoire. L'inverse de cette sectorisation induirait une facilité lors de la sélection des admissions qui porterait sur le premier dossier de la liste d'attente. A ce titre, il est souhaitable de mettre en place **une procédure d'admission**, élément qui n'existe pas. Cette procédure permet non seulement d'établir des statistiques sur les listes d'attentes selon les étages, de déterminer des critères d'admission, de fixer les commissions d'admissions à des jours réguliers chaque mois et de faciliter la sélection des dossiers tout en ayant des arguments de réponse au cas où il y aurait un litige lorsqu'une demande n'est pas retenue. Ce cadre permet de structurer la procédure d'admission mais en aucun cas ne doit outrepasser le caractère d'urgence. Cela met également en exergue les dysfonctionnements de la sélection des dossiers qui arrivent de manière non structurée par tous les biais : sous format papier mais incomplet, par

---

<sup>83</sup> CHRISTEN-GUEISSAZ E., 2008, « Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif » in FREUDIGER S., Le bien-être de la personne âgée en institution - un défi au quotidien, Paris : Seli Arslan, pp. 41-80



téléphone ou encore sur la plateforme via internet mais de façon irrégulière. L'utilisation de cet outil « Viatrajectoire » mis à disposition par la Région aux établissements et l'orientation systématique des demandes vers cet outil doit permettre de fluidifier le traitement des dossiers par la sélection mais également de faciliter les retours de réponses de manière dématérialisée.

A partir de ces outils mis en place dans le cadre de la procédure d'admission, la structure se doit **d'analyser son offre** par rapport aux besoins et aux nouvelles demandes émergentes. Cette analyse doit permettre de créer notamment des liens, avec les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), les MAS ou l'EPSM du territoire afin d'avoir une continuité de prise en charge des personnes atteintes de maladies psychique ou psychologique. La création de ce réseau avec les autres structures permettra à l'EHPAD de se faire connaître auprès d'eux en sachant qu'ils ne sont pas à même de savoir qu'il existe une unité dédiée au 1<sup>er</sup> étage pour ces personnes avec un accompagnement qui se devra d'être plus approprié. D'autant plus, que l'établissement ne dispose pas d'un site internet. A ce propos et comme le montre le tableau ci-dessous, il s'avère qu'il existe un nombre plus conséquent de dossiers en attente sur le 3<sup>ème</sup> étage que sur les autres, mais cela reste cyclique.

	2016	2017	Au 25/04/2018
<b>EHPAD 1<sup>er</sup> étage</b>	1	15	4
<b>EHPAD 2<sup>ème</sup> étage</b>	7	33	17
<b>EHPAD 3<sup>ème</sup> étage</b>	9	18	<b>21</b>

Des plans et des directives incitent actuellement les EHPAD à renforcer leurs liens avec la psychiatrie ou d'autres coopération entre structures permettant de faire jouer la complémentarité entre les acteurs notamment avec la loi de 2002 favorisant la coordination et la continuité de prise en charge et d'accompagnement des usagers mais également de nouvelles compétences et connaissances à travers le retour d'expérience des équipes soignantes. Ce qui peut se faire, comme 87 %<sup>20</sup> des coopérations avec les EHPAD, avec l'intermédiaire des **équipes mobiles psycho-gériatrique** ou encore par des **téléconsultations psychiatrique**. Certes, au vu de leur moyenne d'âge d'environ 68 ans, on pourrait prétendre que le turn-over est faible à cet étage mais l'on ressent déjà des personnes qui souhaitent quitter l'établissement car le service ne correspond plus à leurs attentes.

En effet, comme le souligne une résidente la cohabitation devient difficile sur du long terme : « *je suis guérie, je ne suis plus malade, j'en ai marre de rester dans cette atmosphère de cris et de hurlements.* » » Ce qui pourrait se comprendre au vu du contexte de l'inclusion du handicap dans la société. En effet, « *la question de l'intégration*

*en EHPAD des personnes âgées ayant des troubles psychotiques anciens s'impose également avec le prolongement de l'espérance de vie.<sup>84</sup> »* A titre d'exemple, au sein de l'EHPAD, on y retrouve des personnes atteints de déficience intellectuelle, institutionnalisés depuis longtemps, ayant l'habitude d'avoir des activités stimulantes en FAM ou en MAS et pour la plupart sont plus jeunes que les résidents accueillis. Ainsi, le MISIP précise que *« La prise en charge de ces résidents nécessite un encadrement spécifique ainsi qu'un médecin psychiatre mais au vu de la pénurie de ces derniers et les moyens alloués aux EHPAD, l'organisation doit s'adapter et notamment faire appel aux équipes mobiles psychiatriques. »*

En ce qui concerne le 2<sup>ème</sup> étage, l'établissement disposant **d'un accueil de jour** de 6 places, il n'est pas rare que les admissions à cet étage proviennent de ce service. De même, la participation de la psychologue et de la cadre de santé à **la filière gérontologique** du territoire sur le thème des aidants permet non seulement de faire connaître le service mais également de maintenir le lien avec des personnes ayant potentiellement besoin d'une structure adaptée. Cet accueil de jour fêtant ces 10 ans cette année, l'idéal serait de communiquer d'une manière générale dans la presse locale afin de mieux faire connaître les qualités de ces services. D'autant plus que le service est reconnu par les autres structures avoisinantes et dont il fait encore état d'une liste d'attente contrairement aux autres structures.

Autre porte d'entrée, les lits **d'UHTU** dont la procédure d'admission est gérée par la filière gérontologique. Comme pour 82 %<sup>20</sup> des EHPAD au niveau national, cette coopération avec les réseaux gérontologiques constitue un véritable levier. En effet, le fait de posséder 2 lits permet d'avoir des entrées régulières et de recruter à la fin de la période, si la famille et le résident le souhaitent.

Au même titre, le Service de Soins Infirmiers à Domicile (**SSIAD**) de l'établissement constitue également un accès permettant d'assurer la continuité de la prise en charge de ces patients vers l'EHPAD. Autant de prestations où il est nécessaire d'avoir une interaction entre les commissions d'admission afin d'alimenter chaque étage et chaque service où en 2017, la durée moyenne de séjour sur le 1<sup>er</sup> étage était de 7 ans contre 3 ans pour le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> étage. De la même manière que la qualité d'accompagnement des résidents peut faire connaître l'EHPAD, la création et la participation à un réseau ou à la filière en fait de même notamment afin de recruter de manière régulière des résidents.

---

<sup>84</sup> PLAYE M., 2016, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable », *La revue de gériatrie*, n°41, pp.403-416

### 2.2.3 S'approprier une architecture inadaptée

Plusieurs points architecturaux confirment que la direction a favorisé les services de rééducation dans les nouveaux locaux au détriment des services de gériatrie n'induisant pas les conditions optimales pour l'accompagnement des résidents et les conditions de travail du personnel au travers de cette sectorisation. L'EHPAD dispose d'une architecture sans ouverture vers l'extérieur, où se concentre la vie interne ainsi qu'un unique salon de familles exiguës et un accueil austère, laissant apparaître une organisation non aboutie.

A ce titre, plusieurs points peuvent être améliorés comme le souligne les directeurs interviewés dans le cadre de l'enquête KPMG<sup>20</sup> : *« Outre les adaptations liées aux obligations réglementaires en matière de sécurité et d'accessibilité des lieux, l'accueil de personnes âgées plus dépendantes, à la santé plus fragile et souvent atteintes de pathologies neurodégénératives et psychiatriques, entraînent depuis plusieurs années déjà des modifications profondes sur le bâti des EHPAD. »*

Ainsi, l'architecture ne favorise pas l'identification dans la structure **d'un espace commun** au service où la cadre de santé et les soignants de chaque étage pourraient se rencontrer et créer une dynamique voire une **cohésion d'équipe**. Comme le souligne la cadre de santé *« Au niveau de l'architecture, c'est vraiment trop sectorisé ! Elles n'ont pas le temps de se côtoyer, elles ne se côtoient pas. Elles ne peuvent pas se voir quand elles sont entre les services. »* De même, au niveau de la **transmission des informations**, cela implique que la cadre passe à chaque étage avec le risque de générer des informations divergentes selon la forme de la question posée par les soignants de l'étage ou de la désinformation pour les autres étages n'ayant pas posés la question ou une omission du cadre de diffuser cette information. A ce titre, un espace dédié tel que le « bistrot » situé au 1<sup>er</sup> étage aurait la capacité de pouvoir réunir les agents de manière conviviale afin de pouvoir communiquer avec la cadre de santé, le tout est de pouvoir définir un créneau, des jours et une fréquence régulière mais également un fil conducteur permettant de travailler sur des axes spécifiques et stratégiques sur l'organisation avec les soignants, quitte à faire un ordre du jour en lien avec eux. Car cette action était mise en place mais abandonnée : *« Avant je faisais « le jeudi du cadre, où je les réunissais toute, mais c'est compliqué. »*

Autre point, **aucun lieu spacieux n'est dédié** aux résidents afin qu'ils puissent s'y retrouver en interne, avec ou sans activité d'animation, favorisant ainsi le décroisement entre les étages pendant un laps de temps et de manière ponctuelle. Comme le souligne l'infirmière : *« Peut-être que des résidents du 1<sup>er</sup> connaissent certains résidents du 2<sup>ème</sup>, ils étaient peut être voisins ou amis, mais du fait de la sectorisation*

*architecturale, ne le savent pas et du coup ne peut se côtoyer.* » De même, certains résidents du 3<sup>ème</sup> étage plutôt renfermés sur eux-mêmes souhaitent pouvoir discuter avec d'autres résidents, comme l'indique une résidente « *pouvoir discuter avec d'autres personnes permettrait de sortir du quotidien* »

A ce titre, **des plans de l'accueil**<sup>85</sup> ont pu être travaillés lors du comité d'animation, puis proposés aux équipes afin qu'ils puissent y faire leurs suggestions tant au niveau de l'USLD qu'au niveau de l'EHPAD afin de créer une dynamique autour d'un projet commun, fédérant ainsi les équipes. L'objectif étant de créer des salons où après observation, les résidents puissent y avoir une certaine forme d'attraction. Plusieurs lieux stratégiques ont pu être ciblés notamment celui proche des ascenseurs où il y a beaucoup de passage tant par les professionnels, les familles ou encore les résidents, ainsi que celui proche de la salle d'activité physique et adaptée et la salle dédiée à l'art-thérapie.

A cet espace interne, pourrait s'accoler un **espace extérieur** de déambulation permettant échange et bien être. Le fait d'en parler au directeur des **bienfaits** de cet espace en novembre 2017, a eu plusieurs effets **bénéfiques**, à savoir :

- Cela a permis de faire ressortir une étude qui avait été réalisée en 2013 par l'architecte ayant mené les travaux de reconstruction. Mais si cette étude d'un montant de 60 000 € a le mérite d'exister, elle n'est pas adaptée à des personnes âgées ou des personnes étant en situation de handicap car le plan<sup>85</sup> comporte des marches et plusieurs strates réduisant l'espace de déambulation et d'endroits où les résidents puissent se poser et discuter.
- L'établissement ayant une situation financière confortable, la validation de ce projet a pu être validée dans le cadre du plan achat 2018 et plusieurs dossiers de subvention ont pu être constitués avant la fin de mon stage auprès des organismes tels que « +de vie » ou « l'AG2R ». L'architecte a été de nouveau sollicité afin de lui évoquer le nouvel objectif et des plans doivent être proposés courant juillet.
- Enfin, le CPOM étant élaboré au même moment, les frais d'amortissements ont pu être intégrés aux nouveaux tarifs validés par le conseil départemental.

Dernier aspect, l'avantage de la sectorisation est de proposer un accompagnement plus approprié à l'état pathologique de chaque résident. A ce titre, **chaque étage devrait être aménagé en fonction des attentes des résidents**. L'exemple du 2<sup>ème</sup> étage, illustre bien cette problématique. En effet, l'animatrice ainsi que les équipes soignantes étant dépourvues face à des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentée, il

---

<sup>85</sup> Annexe 2 - Proposition de plan d'aménagement du rez-de-chaussée et ancien plan extérieur

existe peu d'occupationnel et les locaux restent inadaptés lorsque les personnes sont désorientées ou qu'il existe un risque de fugue. Un projet a donc été lancé où les enjeux sont de développer des espaces multi-sensoriels et s'approprier l'étage afin de s'adapter aux résidents en apportant les moyens nécessaires aux équipes. Un groupe de travail est lancé mi-juin en lien avec la cadre de santé et la psychologue. Des locaux étant ciblés<sup>85</sup>, reste à définir les besoins et construire le projet de manière participative.

Cette architecture favorise la sectorisation des résidents mais également celle du personnel et du management. Si des lieux peuvent être identifiés comme unité de vie en fonction de la pathologie, il n'est pas nécessaire d'avoir une architecture cloisonnée. Ainsi, à défaut de pouvoir adapter l'architecture à l'organisation, il est opportun de s'adapter avec l'architecture actuelle tout en sachant qu'il reste des possibilités d'aménagement tant pour favoriser la vie en collectivité tout en préservant l'espace privé.

## **2.3 Les ressources humaines, un levier déterminant pour un gage de qualité**

La sectorisation ne peut être aboutie si le personnel n'est pas motivé et compétent. A ce titre, plusieurs leviers peuvent être nécessaires afin de concilier efficacité et bien-être au travail en redéfinissant notamment le rôle du cadre de proximité ou en ajustant les compétences.

### **2.3.1 La nécessaire conciliation entre organisation et management de proximité**

Si pour des raisons architecturales, il devient complexe de transmettre les informations et d'avoir une cohésion d'équipe, l'aboutissement de la sectorisation au sein de l'EHPAD nécessite de revoir le positionnement du cadre de proximité ainsi que l'organisation d'une manière générale.

En effet, en ce qui concerne le **positionnement du cadre de santé** et selon le référentiel d'activités et de compétences, ce dernier doit « *organiser l'activité de soins et les prestations associées, en encadrant et animant l'équipe et doit coordonner les moyens en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ». Le **cadre organise ainsi l'interdisciplinarité et veille à la motivation des équipes** en permettant aux équipes de réfléchir ensemble à la mise en œuvre d'une organisation plus en adéquation avec les attentes et les habitudes de vie des résidents et lutter contre tout ce qui peut être iatrogène pour les résidents. Son rôle d'analyse de l'adéquation entre les besoins et les moyens est particulièrement important et ce, à partir de données plus objectives tels que le ratio d'encadrement, la comparaison avec d'autres établissements similaires, le calcul de l'indice de personnel nécessaire (IPN), le taux d'absentéisme, ou encore les éléments

en lien avec la charges de soin comme la dépendance ou la pathologie. Le cadre identifie aussi les besoins en formation pour développer les compétences de l'équipe. Il dit pouvoir se poser la question du temps dégagé et de la formation proposée pour leur permettre d'accomplir les missions demandées. Comme le souligne Sandrine MAS : « *Les décisions sont prises par le directeur, mais celui-ci doit bénéficier d'avis éclairés.*<sup>86</sup> »

Ce management de proximité dispose de plusieurs outils, à savoir :

- La **procédure d'évaluation** qui n'implique pas à l'heure actuelle la définition d'objectifs à l'équipe soignante et ce, pour plusieurs raisons :
  - D'une part, une certaine méconnaissance du fonctionnement quotidien du service mettant en avant certains manquements de la part des soignants ou un manque de compétence lié aux besoins spécifiques des résidents non perçu par le cadre ;
  - D'autre part, peu d'orientation de la part de la direction vers une trajectoire notamment au travers d'un projet d'établissement ou du projet de service induisant un plan de formation en adéquation avec les orientations stratégiques.

Ainsi, à défaut de définition d'un objectif à un agent, cela devient difficile de l'évaluer l'année suivante mais également de le valoriser.

- Le **passage régulier** dans les étages à plusieurs moments de la journée afin de vérifier que l'organisation mise en place est toujours en adéquation avec les attentes des résidents. Typiquement, la composition du petit déjeuner se fait dès l'admission puis figé dans le temps, on s'installe dans la routine du quotidien. Si le projet personnalisé est actualisé tous les ans, il est nécessaire de s'adapter aux attentes quotidiennes des résidents. En effet, même si cela part d'une bonne intention de la part des cadres de santé de mettre en place un document sur les habitudes de vie, les résidents restent libre également dans le changement de ces habitudes au quotidien et l'organisation ne doit cependant pas restée rigide sur certains points (heure du lever, coucher, goûts,...).
- La **gestion des plannings** où actuellement chaque étage dispose d'un planning sur mesure et dès lors qu'il y a un changement, il peut exister des contradictions entre celui qui a été modifié à un étage et les autres, induisant peu de lisibilité en cas d'absence du cadre ou lors des astreintes. Autre point, chaque étage mettant sur une feuille à part, les désidératas des jours où ils ne peuvent pas venir travailler pour des raisons diverses (enfant malade programmé, rendez-vous privé, demande de congés,...), la cadre de santé passe un temps considérable à **l'élaboration des plannings**. A ce titre, avant de réunir l'ensemble des plannings dans un seul et unique

---

<sup>86</sup> Mas S et NICOLAS C, 2017, « L'iatrogénie liée aux organisations dans les institutions », La revue gériatrique, tome 42 n°5, pp. 279-281

classeur pour l'ensemble du service afin d'avoir une vision globale, il serait judicieux d'accompagner la cadre de santé tant dans la redéfinition des cycles horaires que dans les astuces informatiques afin de renseigner plus facilement et rapidement les informations. Ensuite, afin que les changements de plannings entre agents ne surcharge sa gestion et que l'actualisation des plannings sur le logiciel permettent une lisibilité lors des gardes administratives, admettre un quota de changement ou fixer une date limite pourrait être étudié.

Une formation concernant le positionnement de la cadre de santé peut être un atout notamment en lui laissant de l'autonomie dans ces décisions de terrain. En parallèle, établir un plan d'actions sur le management en lien avec la direction peut être intéressant afin de :

- Permettre au cadre de passer du temps avec son équipe, dans une démarche constructive d'élaboration de leur organisation de travail ;
- Redéfinir les tâches en lien avec ses compétences ;
- Donner un temps d'échange au cadre afin de s'exprimer de manière ouverte sur les difficultés de son équipe ou encore participer à des groupes d'analyses de pratiques professionnelles avec d'autres cadres seraient intéressants.

Enfin, s'il est prouvé que les soignants affectés à chaque étage connaissent les résidents, permettant ainsi **d'éviter les angoisses** comme le souligne la psychologue « **Une équipe fixe fait référence pour les résidents** », il faut garantir la connaissance des besoins en cas d'absence ou de changement ponctuel de personnel. Même si ce principe ne peut s'appliquer dans toutes les situations, il peut atténuer certaines situations conflictuelles entre les soignants et les résidents, cela est un atout. A titre d'exemple, les personnes ayant des troubles de mémoire mettent beaucoup de temps à savoir à qui ils ont à faire et l'équipe en place permet **d'éviter de bouleverser leurs repères** tout en créant une cohésion entre soignants sur le même étage.

Toutefois, lorsqu'il y a un arrêt maladie ou une absence, il est difficile de déplacer les agents et d'avoir un renfort entre les étages, mettant ainsi en avant un **manque de cohésion au niveau du service**. En 2016, on peut lire dans un compte rendu du Comité Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail (CHSCT) des propos de la cadre supérieur indiquant qu'une « *politique de solidarité doit être mis en place entre les équipes, pour que cela soit tangible, les personnes ayant terminé les tâches imparties dans leur service peuvent aider sur un autre étage en difficulté.* » Mais dans les faits, si pour certains, la **mobilité permet d'éviter la monotonie**, il s'avère qu'il reste encore des agents qui ne bougent pas de leur étage, surtout ceux qui sont présents depuis plusieurs

années et qu'il est difficile de mobiliser en ce sens, sous peine de réceptionner un arrêt de travail et/ou un avis de la médecine du travail<sup>87</sup> favorable aux agents. Ce qui n'est pas sans faire de contrariété auprès d'autres agents « *Tu n'es pas marié à un étage !* » ; « *cela n'est pas équitable mais qu'est-ce que l'on peut faire ?* » La question de la mobilité, sans tenir compte de l'organisation, reste un sujet de fond pour tous les EHPAD, car tous les agents ont besoin de repères et de faire partie d'une équipe. A ce titre recenser les personnes qui souhaitent se rendre mobile sur la base du volontariat ou de manière contractualisée serait un atout.

De plus, la condition sine qua none pour que l'établissement puisse favoriser les conditions de travail et la qualité de l'accompagnement des résidents, est d'avoir à disposition **des soignants formés et compétents en nombre suffisant** sur chacun des étages. Ainsi, la mobilité et la formation sont complémentaires, car le changement d'étage nécessite de s'adapter tel que le précise une aide-soignante « *Si l'on reste trop affecté sur un étage c'est plus compliqué lors des remplacements, on ne connaît pas les résidents.* » et ce, d'autant plus que la cadre de santé indique que « *La volonté des agents de rester au sein du même étage existait avant même que la sectorisation soit mise en place.* » Si la mobilité reste une problématique illustrée par les propos de la cadre de santé, elle est aussi un levier favorisant l'absentéisme. Rassurer les équipes en ayant des éléments concrets sur de connaissances de chaque résident, facilement accessible, ou des échanges de pratiques entre les professionnels de manière régulière pourrait atténuer cette problématique.

### **2.3.2 Ajustement des compétences et adéquation des ressources humaines**

Lors de la réorganisation de 2013 en secteur, l'affectation des agents selon les étages s'est faite sur la base du volontariat et selon les appétences de chacun. Malgré tout, le personnel nécessite d'être formé selon les spécificités de chaque étage. La cadre de santé indique « *par manque de connaissance, les agents ne vont pas trouver les biais à saisir pour pouvoir faire une toilette qui se déroule dans les meilleurs conditions.* » A cela s'ajoute la problématique des nouveaux recrutements suite aux départs des effectifs selon les étages où la base du volontariat et de l'appétence de l'étage d'affectation peuvent être différente. A ce titre, si l'idéal serait d'avoir une personne ayant une appétence pour les résidents de l'étage concerné, il est primordial d'intégrer dans le processus d'intégration de l'agent nouvellement recruté, la question de la mobilité afin que cet agent puisse connaître dans un premier temps chaque particularité des étages. Dans un deuxième temps, une rencontre avec la cadre de santé pourrait se faire afin d'évaluer si une appétence pour un étage se dessine et voir si d'autres agents souhaitent permuter.

---

<sup>87</sup> Cf. Annexe n°3 – courrier de la médecine du travail



Pour le 1<sup>er</sup> étage, le personnel reconnaît que, malgré leurs appétences pour le profil des résidents de ce secteur, cela n'est **pas toujours simple de cerner les personnes** qui relèvent de la psychiatrie puisque leurs habitudes peuvent être envahissantes voire harcelantes comme le souligne une aide-soignante « *il faut quand même être patient envers les résidents lorsqu'ils répètent 500 fois la même chose.* » A ce titre, l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance précise que « *Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.* ».

En effet, contrairement aux UPG, l'établissement **ne dispose pas d'infirmière spécialisée** en psychiatrie et **peu d'agents sont formés à appréhender les troubles psychiatriques**. Aujourd'hui, l'unique moment pour remettre le contexte de la pathologie au cœur des préoccupations et comprendre le « fonctionnement » du résident de manière exhaustive reste les réunions pluridisciplinaires portant sur l'actualisation du projet d'accompagnement qui se déroule une fois par an pour chaque résident. A ce titre, les deux psychologues présentes lors de ces réunions, constituent de véritables piliers car elles amènent ce regard extérieur du fait de leurs formations spécifiques à chaque pathologie ainsi que leur implication dans différents réseaux du territoire. Elles peuvent rappeler les spécificités de chacun et comment les accompagner. De même, nommer des référents par pathologie serait valorisant pour les agents et permettrait des échanges constructifs avec les autres.

En ce qui concerne le 2<sup>ème</sup> étage, la difficulté porte sur la **confrontation quotidienne** avec des personnes qui sont dans la démence, avec pour ceux qui sont dans un stade plus avancé de la maladie, des troubles du comportement, des troubles du langage ou de la communication. La psychologue évoque le fait qu'« *humainement c'est très compliqué d'être tous les jours face à quelqu'un qui ne répond pas à toute la bonne volonté et la bonne humeur des soignants.* » Tout ce qui permet d'interpeller le résident, de façon joviale et chaleureuse est difficile à maintenir sur du long terme. Pour aller dans ce sens, selon David CAUSSE, de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés non lucratifs (Fehap), « *il faut absolument intégrer les nouvelles connaissances sur les maladies neurodégénératives dans les formations initiales*<sup>88</sup> ». A titre d'exemple, l'animatrice, ancienne AMP de l'EHPAD, sélectionnée après la vacance de poste suite à un départ à la retraite indique qu'elle ne sait pas comment s'y prendre avec les résidents du 2<sup>ème</sup> étage par manque de connaissance. Et peu d'actions sont

---

<sup>88</sup> DE COPPET C., 2011, « Face au défi d'Alzheimer », Direction(s), n°89

faites en ce sens pour que les résidents déambulent moins ou soient moins sous traitements médicamenteux. A ce titre, l'animatrice nécessite d'être formé au métier. En parallèle, l'approche de l'animation occupationnelle du type Montessori peut être intégrée dans le déroulement d'une journée. De même, des lieux peuvent être adaptés et identifiés afin que ce temps puissent être bénéfique et dans les meilleures conditions. Le projet d'aménagement d'un espace « **snoezelen** » pourrait être un exemple en l'accompagnement par **des formations à l'utilisation de cet espace** par les membres volontaires du groupe projet. Élément qui peut être pris en compte lors de la prochaine évaluation des agents concernés, d'autant plus que cette approche est une véritable découverte.

En prenant les **plans de formations** sur les 5 dernières années, force est de constater que les priorités institutionnelles portent essentiellement sur la manutention ou encore la déglutition et **très peu sur les spécificités de chaque étage**. De même, les formations ne concernent qu'un groupe restreint et le suivi des formations afin que les acquis persistent et soient transmis, n'est pas fait. Seule la volonté de pérenniser la formation « Humanitude® » sur la bientraitance a débuté en 2018 mais il s'avère que le choix des agents s'est fait tardivement alors que les plannings étaient déjà affichés induisant une formation pour des agents présents de manière non pérenne au sein du service. A ce titre, plusieurs propositions peuvent être faites, et inscrites dans une proposition de plan de formation<sup>89</sup> :

- Première étape : sur le plan de formation 2019 **instaurer une spécialisation** des équipes en fonction des étages afin d'avoir l'essentiel sur les pathologies des résidents et **nommer des référents** ;
- Deuxième étape : **favoriser la mobilité** en formant le personnel aux spécificités des autres étages afin de mieux appréhender le changement entre les étages ;
- En parallèle, **promouvoir l'animatrice** dans son rôle et lui permettre d'avoir les moyens nécessaires à la mise en place d'activités et la gestion de projet d'animation approprié à la personne âgée notamment en lui acceptant la formation du Brevet professionnel de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport mention « animation sociale ». La mise en place d'outils est indispensable afin de recenser les attentes des résidents mais également afin d'avoir une certaine interaction avec les soignants pour de l'animation occupationnel. Cette personne ayant un rôle majeur au sein de la structure peut également s'enrichir en allant sur les établissements extérieurs tant pour avoir un retour d'expérience que pour constituer un réseau professionnel, mais également par des bases de données en ligne notamment transmis par le réseau gérontologique du territoire. De même, pour que les ASH faisant fonction puissent

---

<sup>89</sup> Annexe 4 : Proposition de plan de formation pour la gériatrie en 2019-2021

avoir à minima les connaissances de tous les aspects de la gériatrie, proposer une formation qui les professionnalise sur une courte durée et la réitérer lors de la venue de nouveaux arrivants afin qu'une base socle soit acquise. Enfin, sur la **promotion professionnelle** orienter une AS vers la formation d'ASG ainsi que vers la formation d'une IDE serait d'autant plus valorisant pour les agents de l'établissement. D'autant plus, que comme pour beaucoup de structures, l'établissement est confronté à des difficultés de recrutement, là où d'après la DREES<sup>90</sup>, 63 % des structures fonctionnent avec au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus, l'établissement met 2 mois en moyenne pour une AS et 4 mois pour une IDE. Délai en deçà de la moyenne nationale qui pourrait s'expliquer par l'attractivité du service de rééducation où il est possible lors des postes vacants d'avoir de la mobilité en interne.

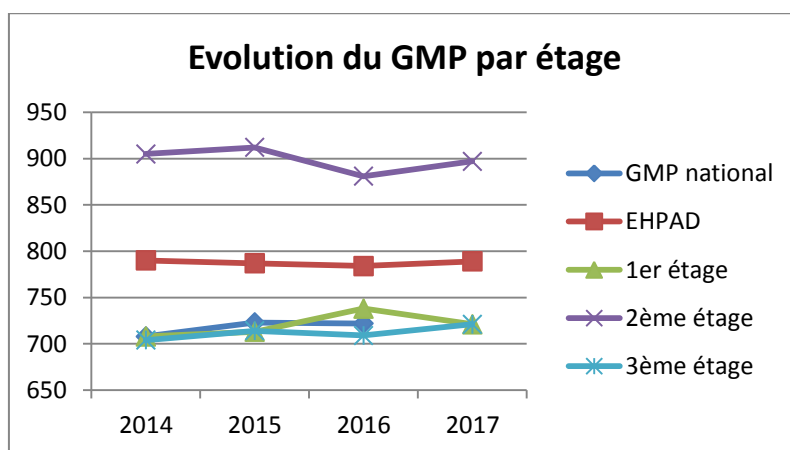
Pour que cette proposition fonctionne et se maintienne dans le temps, il est nécessaire de mettre en place **un suivi des formations par agents et par étage** afin d'avoir à minima une proportion de personnes formée aux spécificités. Si l'on reprend la proposition de plan de formation<sup>89</sup> et en fonction des enjeux financiers, il est nécessaire d'échelonner et de planifier les formations afin qu'un maximum d'effectif par étage soient formés sans pour autant atteindre les 100%.

En parallèle et selon l'objectif de la mission « flash<sup>91</sup> », il est indiqué qu'il sera nécessaire d'avoir « *l'adéquation des ressources humaines aux profils des résidents, pour parvenir à une norme d'encadrement.* » A ce titre, si le GMP a été pris en considération dans la détermination du ratio d'encadrement par étage et ce, depuis la sectorisation, induisant une certaine complexité dans la gestion des plannings, il s'avère qu'il existe des fluctuations du GMP d'une année sur l'autre, voire d'un mois sur l'autre selon les admissions et que l'actualisation de ce ratio n'est pas faite de manière régulière. A titre d'exemple, le 3<sup>ème</sup> étage, identifié comme celui ayant moins de résidents avec des troubles du comportement et de dépendance physique sont vieillissants et les pathologies vont en majorant. Avec les dernières admissions et l'ouverture de l'UHTU, les agents ayant des TMS qui y sont affectés voient s'alourdir l'étage avec une sensation d'avoir moins de temps car plus de soins et ce au détriment des résidents. D'autant plus, qu'un cercle vicieux s'installe car s'ajoute des absences à répétition liées à l'âge et à l'usure des soignants. A ce propos, les agents disent clairement vouloir se mettre en arrêt plutôt que de pallier à l'absentéisme.

---

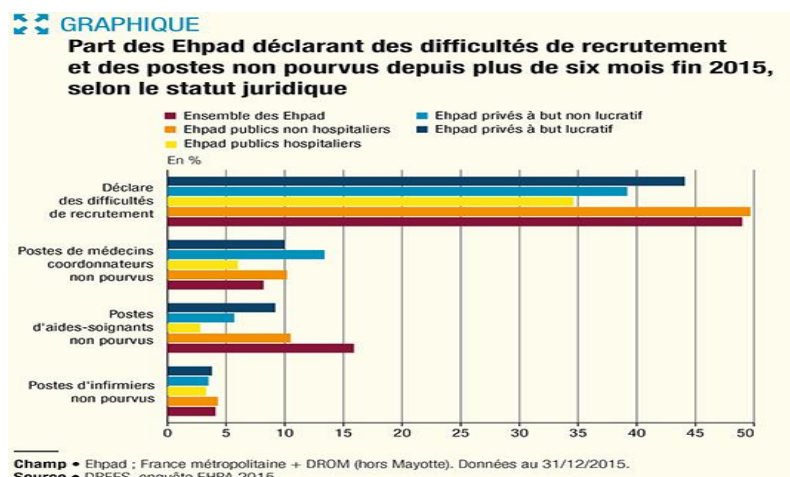
<sup>90</sup> BAZIN M. – MULLER M., 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Etudes et résultats de la DREES*, n°1067, 6p.

<sup>91</sup> Communication de IBORRA M., , rapporteure de la mission « flash » sur les EHPAD, Assemblée nationale - commission des affaires sociales, septembre 2017



L'analyse de l'évolution du GMP sur les différents étages de l'EHPAD conduit à identifier des trajectoires distinctes. En effet, le GMP du 1<sup>er</sup> et du 3<sup>ème</sup> étage est proche de la moyenne nationale, voire en deçà, contrairement au 2<sup>ème</sup> étage, comme le montre le graphique ci-dessus.

### 2.3.3 La prévention des risques professionnels dans le cadre de la lutte contre l'absentéisme



Comme l'indique l'enquête de la DREES<sup>92</sup> en 2015 et le graphique ci-dessus, les conditions de travail du personnel en EHPAD restent très **difficiles tant physiquement que psychologiquement** et ce, malgré l'engagement du personnel à accompagner les résidents ayant des profils de plus en plus lourds et des exigences de plus en plus fortes, induisant une sensation d'impuissance et de maltraitance au regard de la charge de travail. A tel point, que 44 %<sup>92</sup> des établissements sont confrontés à des difficultés de recrutement. A ce titre, **agir sur le manque d'attractivité** des métiers de l'Ehpads et sur l'usure des professionnels est prioritaire pour **maintenir la stabilité des équipes**.

<sup>92</sup> BAZIN M. et MULLER M., 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Etudes et résultats de la DREES*, n°1067, 6p.

En effet, la gériatrie concentre les facteurs favorisant beaucoup de manutention de résidents, d'activités sans variation saisonnière, considérée comme peu valorisante où il existe une surreprésentation des professionnels débutants et des agents en fin de carrière. Selon un dossier de la DREES<sup>93</sup>, cinq dimensions sont à prendre en compte lorsque l'on évoque les conditions de travail des soignants dans les EHPAD à savoir : l'organisation du temps de travail, l'organisation du travail, la pénibilité physique, la charge émotionnelle, et l'avenir professionnel.

Ainsi, à partir de ces dimensions, plusieurs axes peuvent être mis en place afin de leur permettre de travailler dans les meilleures conditions possibles :

- le développement des **axes de formation** avec notamment des crédits pour l'accompagnement à la promotion professionnelle afin de donner une perspective de carrière. En effet, il serait pertinent de monter en compétence les ASH faisant fonction d'AS, et des AS en ASG de manière régulière dans le plan de formation, à savoir 1 à 2 personnes par an, comme le montre la proposition de plan de formation<sup>89</sup>.
- Proposer des **emplois stables**. En effet, actuellement la proportion des agents ayant des contrats dits « précaires » est de l'ordre de 17 %. Ce sont principalement des contrats à durée déterminée ou des contrats emplois aidés. Certains d'entre eux font fonction AS, il serait judicieux de les intégrer de manière plus pérenne dans l'établissement d'autant plus, qu'ils ont bénéficiés de formation ;
- Multiplier la prévention des risques dans le cadre de l'élaboration du **document unique d'évaluation des risques professionnels**. Ce document pourtant obligatoire permet d'évaluer, apprécier les risques de l'établissement et surtout d'établir un plan d'actions. A ce titre, des formations dédiées peuvent accompagner sa mise en place tant dans la méthodologie que dans les outils. Documents et outils à évaluer et à actualiser ;
- Et en recentrant le travail sur la réponse aux besoins de l'utilisateur, comme le souligne Caroline Fiat « *Ce n'est pas le travail qui ne plait plus.* »

Tous ces axes peuvent être travaillés dans le cadre d'un levier important à saisir, celui du **Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail** (CLACT) notamment afin d'avoir des financements complémentaires auprès de l'ARS.

A ce titre, Fernand LE DEUN<sup>94</sup>, précise que le principal levier de la satisfaction au travail des professionnels reste **l'accompagnement global des résidents**, sa proposition d'établir des **fiches de postes** pour que le personnel ne soit pas cantonné au nursing,

---

<sup>93</sup> MARQUIER R. et VROYLANDT T., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Les dossiers de la DREES, 32p

<sup>94</sup> Fernand LE DEUN : Directeur d'hôpital et responsable de la filière des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

mais alterne des tâches d'animations, de soins, d'hôtelier, redonne du sens à leur métier et permet de redimensionner la charge de travail. « *Les directeurs d'EHPAD ont la chance de travailler avec de l'humain, dont la plupart sont présents par vocation et conviction, mais encore faut-il que l'organisation de leur quotidien soit rythmés selon la vie des résidents et non le nombre de toilettes à faire.* » A l'inverse, il faut tenir compte des métiers « d'alimentation » où leur présence ne se résume qu'au salaire versé à la fin du mois. Tout l'enjeu est de concilier avec l'ensemble du personnel en leur redonnant une perspective d'avenir, un objectif à atteindre dans le cadre du bien-être du résident, tout cela dans une organisation qui a du sens et des valeurs partagées.

Afin de les accompagner dans cette démarche, tout professionnel nécessite de **concilier vie personnelle et vie professionnelle**, tout en veillant à la continuité du service.

De plus, l'intervention d'un psychologue du travail dans le cadre des **analyses des pratiques professionnelles** serait judicieuse notamment pour les agents de l'EHPAD et surtout pour les agents des étages où il existe une charge physique et mentale plus lourde. Pour la plupart d'entre eux, ils n'ont pas ou peu d'expérience ou de connaissance d'autres pratiques qui se font dans d'autres établissements. Dans le même objectif, permettre l'**observation** des agents des autres étages sur d'autres sujets dans le cadre du projet d'établissement, de service ou tout simplement de l'organisation de « l'instant repas » est bénéfique. En effet, il est nécessaire que les agents du terrain puissent prendre du recul par rapport à leurs pratiques afin de prendre une dimension de jugement constructif. Ils ne sont pas là pour juger leurs collègues mais pour apporter une plus-value dans l'organisation.

Enfin, la valorisation de leur travail c'est également leur permettre de pouvoir prendre un **temps de pause** dans de bonnes conditions avec notamment le projet de l'espace extérieur de déambulation qui pourrait profiter aux agents ou encore de leur **proposer des activités** telles que le yoga ou la sophrologie sur leur lieu de travail. En effet, le rythme de travail de plus en plus intense, la gestion des relations avec les résidents, aidants ou collègues, l'adaptation aux changements fréquents des plannings, sont autant de facteurs pouvant susciter des troubles liés au stress.

## Conclusion

Bien vivre ensemble en préservant l'autonomie, les appétences, le parcours de vie des résidents, tout en veillant au confort et à la participation sociale reste un objectif essentiel pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Il est le garant de la qualité de l'accompagnement des résidents et des proches aidants. A ce titre, la définition de la qualité dans le secteur médico-social peut être la suivante : « *Aptitude d'une organisation à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'usager, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé, l'autonomie sociale et la dignité d'être humain des personnes qui lui sont confiées.*<sup>95</sup> »

Ainsi, le sujet de l'organisation d'un EHPAD et de sa qualité est un vrai enjeu pour un directeur d'établissement mais si la question initiale était de savoir qu'elle est l'organisation à mettre en œuvre en favorisant tant les résidents que les soignants, un directeur souligne : « *Organisation sectorisée ou mixée, si l'on connaissait l'organisation idéale, toutes les structures seraient organisées de la même manière !* ».

Car peu de préconisations de la part des autorités de tarification ou de la réglementation existent en la matière, seule des recommandations de la part de gériatres ou des retours d'expérience de certains établissements sur des pathologies Alzheimer ou psychiatrique existent, laissant place à une totale autonomie sur ce sujet. De plus, sachant que cette question aura des effets iatrogène pour les résidents ainsi que des impacts sur l'organisation et les conditions de travail du personnel, où le taux l'absentéisme et de remplacement peuvent se révéler être les meilleurs indicateurs, il devient nécessaire d'allier qualité de vie des résidents et qualité de vie au travail.

A ce titre et dans le contexte des politiques publiques et financier dans lequel l'établissement se situe, il a été démontré tout au long de ce mémoire que l'objectif est non pas de brasser les publics ou de les sectoriser selon le niveau de dépendance ou selon les pathologies, il devient essentiel de standardiser et de garantir l'individualisation et la qualité de l'accompagnement des résidents.

Si dans le cadre de l'établissement concerné, la sectorisation paraît à mon sens la plus adéquate au vu du contexte et de la dynamique à créer et maintenir pour le pôle de la gériatrie, le directeur doit aller au bout de la démarche et s'appuyer sur les outils de la loi

---

<sup>95</sup> DUCALET P. et LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Edition Seli Arslan, 272 p.

de 2002<sup>96</sup>. Il doit mener l'établissement et les usagers à partager sa vision et fédérer les équipes, et ce notamment par le règlement intérieur et le projet de service. Mais également afin d'avoir un accompagnement de qualité et personnalisé en se basant sur le contrat de séjour et le projet personnel d'accompagnement, véritable pierre angulaire permettant de mobiliser les équipes et les proches aidants vers un objectif individuel pour le résident.

En parallèle, il est nécessaire que les agents puissent être formés aux différentes spécificités des pathologies des résidents notamment s'il peut avoir de la mobilité dans le cadre d'absentéisme. Mais la condition sine qua none pour que cette sectorisation puisse aboutir de manière pérenne, reste le nombre suffisant de résident selon les étages. A ce titre, il est impératif de travailler en lien avec les acteurs du territoire et de faire connaître l'établissement.

De même, s'appuyer sur la qualité peut permettre un objectif de management notamment comme le précise Danièle GUAQUERE « *Le management de la qualité constitue l'une des plus jeunes sciences au service du pilotage des organismes... Elle a pour objet l'évaluation et l'amélioration du service rendu à la personne accompagnée. Ses finalités en font, dans les circonstances actuelles, la discipline sans doute la plus nécessaire du métier de directeur d'établissement.*<sup>97</sup> »

Pour conclure et au titre de mes nouvelles fonctions, j'aurai à susciter un accompagnement davantage tourné vers les usagers, tout en motivant les agents et les partenaires du territoire auquel l'héritage institutionnel sera à recevoir et à dépasser. Et dans lequel la remobilisation des équipes peut se faire par la règle des 3 « P » : Promouvoir par la formation et la mobilité ; Protéger par la bienveillance et la qualité ; Piloter par le projet et le contrat. Car « *l'objectif de tout leader est d'inciter au dépassement de soi et de créer une émulation collective favorisée par l'instauration d'un climat de confiance.*<sup>98</sup> » et de reconnaissance.

---

<sup>96</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>97</sup> GUAQUERE D. et CHARLEUX F., 2006, Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale,

<sup>98</sup> HEINRY H, 2016, La fabrique du changement au quotidien – Paroles de directeurs, Rennes : Presses EHESP



---

## Bibliographie

---

### Périodique :

- ARBUZ G., 2017, « Apprendre à écouter les personnes âgées », *ASH - actualités sociales hebdomadaires*, n°3031, pp.28-29
- BAZIN M. et MULLER M., 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Etudes et résultats de la DREES*, n°1067, 6p.
- BESSAC G., 2013, « EHPAD construire le futur au présent », *Documents Cleirppa*, cahier n°49, pp.8-11
- BRAMI G., 2013, « Les paradoxe de l'évolution des EHPAD », *EMPAN*, n° 91, pp. 56-61
- COUTTON V., 2001, « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources: une tentative en France avec la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, n°99, p.111-129
- DE COPPET C., 2011, « Face au défi d'Alzheimer », *Direction(s)*, n°89
- DE LA FOURNIERE F., 2016, « Les troubles psychiatriques en EHPAD : le point de vue du médecin coordonnateur », *La revue de la gériatre*, Tome 41 n°7, pp. 417-420
- DUGE DE BERNONVILLE, 1911, « La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables : ses premiers résultats », *Journal de la société statistique de Paris*, n°51, pp.216-229
- DUSSUET A., 2017, « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur du médico-social », *La revue de l'IREs*, n°91-92, pp.185-211
- EYNARD C., DENORMANDIE P., 2013, « Il ne s'agit pas de démolir les EHPAD », *Documents CLEIRPPA*, cahier n°49, pp. 04-11
- GRIMAUD L., 2012, « Handicap : l'inclusion comme performance », *EMPAN*, n°87, pp.55-62
- LAURENT B. et DE BATAILLE G., 2017, « Les troubles du comportement en EHPAD : le point de vue du médecin coordonnateur », *La revue Gériatrie*, Tome 42 n°7, pp. 426-430
- LAVALLART B., 2008, « Les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer » ; *ADSP*, n°65, pp.25-30
- LECROART A. FROMENT O., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossiers solidarité et Santé*, n°43, 28p.
- LEENHARDT H., 2013, « Déjà la cinquième génération d'établissements en Allemagne », *Documents CLEIRPPA*, cahier n°49, pp.22-24

- LHERITIER JL., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Etudes et résultats de la DREES*, n°1015, 8p.
- MAKDESSI Y. et PRADINES N., 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Etudes et Résultats DREES*, n°989
- MARQUIER R. et VROYLANDT T., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, 32p
- MAS S. et NICOLAS C., 2017, « L'iatrogénie liée aux organisations dans les institutions », *La revue gériatrique*, tome 42 n°5, pp. 279-281
- MULLER M., 2017, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre » ; *Les dossiers de la DREES*, n°20
- MULLER R., « Vivre ensemble », *Gérontologie et société*, n°126, pp. 225-230
- PANCRAZI MP., GUINARD P., ISSERLIS I., 2015, « L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France », *Information psychiatrique*, n°9, 755-761
- PLAYE M., 2016, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable », *La revue de gériatrie*, n°41, pp.403-416
- QUARTIER T., 2014, « Les troubles psychiatriques accueillis en EHPAD », *Lien social*, n°1150, pp. 20-23
- VILLEZ A., 2007, « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et société*, n°123, pp. 169-184
- WHOQOL GROUP, 1993, « Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument », *Quality Life Research*, n° 2, pp. 153-159.

#### **Ouvrage :**

- ANESM, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), « *La vie sociale des résidents en EHPAD* », 45p.
- ANESM, 2009, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 47.p
- BADEY RODRIGUEZ C., 2010, *Les personnes âgées en institution : vie ou survie*, Paris : Seli Arslan, 186 p.
- CHRISTEN-GUEISSAZ E., 2008, « *Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif* » in FREUDIGER S., *Le bien-être de la personne âgée en institution - un défi au quotidien*, Paris : Seli Arslan, pp. 41-80

- Direction Générale de la Cohésion Sociale, 2012, *Accompagnement et cadre de vie en en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres causes de dépendance*, Rennes : Presses EHESP, 176 p.
- DUCALET P. et LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Edition Seli Arslan, 272 p.
- KPMG, 2015, *EHPAD : Vers de nouveaux modèles ?*, Direction Nationale Economie Sociale et Solidaire, Paris : KPMG, 60 p.
- Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la solidarité, Direction générale de l'action sociale, 2008, *Guide pour l'appréciation de la qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Rennes : Presses de l'EHESP
- PLATZER M., MONNIER B., 2017, *Concevoir et construire un EHPAD*, Paris : Edition Le moniteur, pp.1-49
- ROGER S., PIOU O., 2012, *impatiemment et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes delà maladie d'Alzheimer ou autre cause de dépendance*, JOUVE : Presses de l'EHESP, 176 p.

#### **Mémoire :**

- FOURCADE J., 2005, « De l'hospice à l'EHPAD passage d'un projet de soin à un projet de vie », ENSP

#### **Articles sur site internet :**

- BEZIAU C., GERONTONEWS, EHPAD : définir et publier des indicateurs qualité est prématuré, visité le 04.03.2018, <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ7PB8ZL8>
- BRAMI G., Recommandation ANESM : Qualité de vie en EHPAD - Volet 3, visité le 09.11.17, [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=375](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=375)
- CNSA, 2017, La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2016, disponible sur internet <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites>
- DELEPLACE E., HOSPI MEDIA, L'Aapei de Strasbourg mise sur l'inclusion dès la petite enfance et diffuse les bonnes pratiques, visité le 30.04.2018, [http://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20180420-education-l-aapei-de-strasbourg-mise-sur-?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20180420-education-l-aapei-de-strasbourg-mise-sur-?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)
- EHPA, Tarifs dépendance : convergence public/privé d'un côté, disparités territoriales de l'autre, site internet visité le 13/05/2018 sur le site

<https://www.ehpa.fr/actualite/tarifs-dependance-convergence-publicprive-dun-cote-disparites-territoriales-de-lautre/>

- FELLER E. CHEMIN A., « L'invention de la vieillesse », visité le 06/06/18, disponible sur internet : [https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/05/24/l-invention-de-la-vieillesse\\_5304007\\_3232.html#OHOL117dVJVRsBLi.99](https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/05/24/l-invention-de-la-vieillesse_5304007_3232.html#OHOL117dVJVRsBLi.99)
- LESPEZ v., GERONTONEWS, Le conseil de la CNSA veut concrétiser l'"inclusivité" aussi pour les personnes âgées, visité le 20/04/2018, <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ4P7E27G>
- MORAN A., LIBERATION, « Maladies Alzheimer, faux bébés, vraies questions », visité le 08/07/2018 [http://www.liberation.fr/france/2018/02/25/maladie-d-alzheimer-faux-bebes-vraies-questions\\_1632265](http://www.liberation.fr/france/2018/02/25/maladie-d-alzheimer-faux-bebes-vraies-questions_1632265)
- MORET A., HOSPIMEDIA, Point GIR départemental, une réforme à l'application disparate pour limiter la casse dans les EHPAD, visité le 13/05/2018 sur le site <http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20170830-economie-point-gir-departemental-une-reforme>
- MORET A., HOSPIMEDIA, Le médico-social souligne « l'urgence de refonder en profondeur le modèle des EHPAD et du domicile, visité le 23/05/2018 sur le site <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180316-dialogue-social-le-medico-social-souligne-l-urgence>
- SNEGAGAROFF T., De l'hospice à l'EHPAD, visité le 05.04.18, diffusé le 30 janvier 2018 sur France Info [https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/histoires-d-info/histoires-d-info-de-l-hospice-a-l-ehpad-les-personnes-agees-ont-ete-plus-ou-moins-choyees-en-france\\_2563403.html](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/histoires-d-info/histoires-d-info-de-l-hospice-a-l-ehpad-les-personnes-agees-ont-ete-plus-ou-moins-choyees-en-france_2563403.html)
- VIATRAJECTOIRE, Nombre de régions utilisant la plateforme Via-trajectoire. Visité le 08.06.18 disponible sur le site <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>
- WATREMETZ L., HOSPIMEDIA, L'association Autisme France veut faire de sa fondation pour l'inclusion son bras armé, visité le 30/04/2018, [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180418-politique-de-sante-l-association-autisme-france-veut?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180418-politique-de-sante-l-association-autisme-france-veut?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Tableau récapitulatif des matériaux recueillis

**Annexe 2** : Proposition de plan d'aménagement de l'accueil et ancien plan extérieur

**Annexe 3** : Courrier de la médecine du travail

**Annexe 4** : Proposition de plan de formation pour la gériatrie en 2019

## Annexe 1 : Tableau récapitulatif des matériaux recueillis

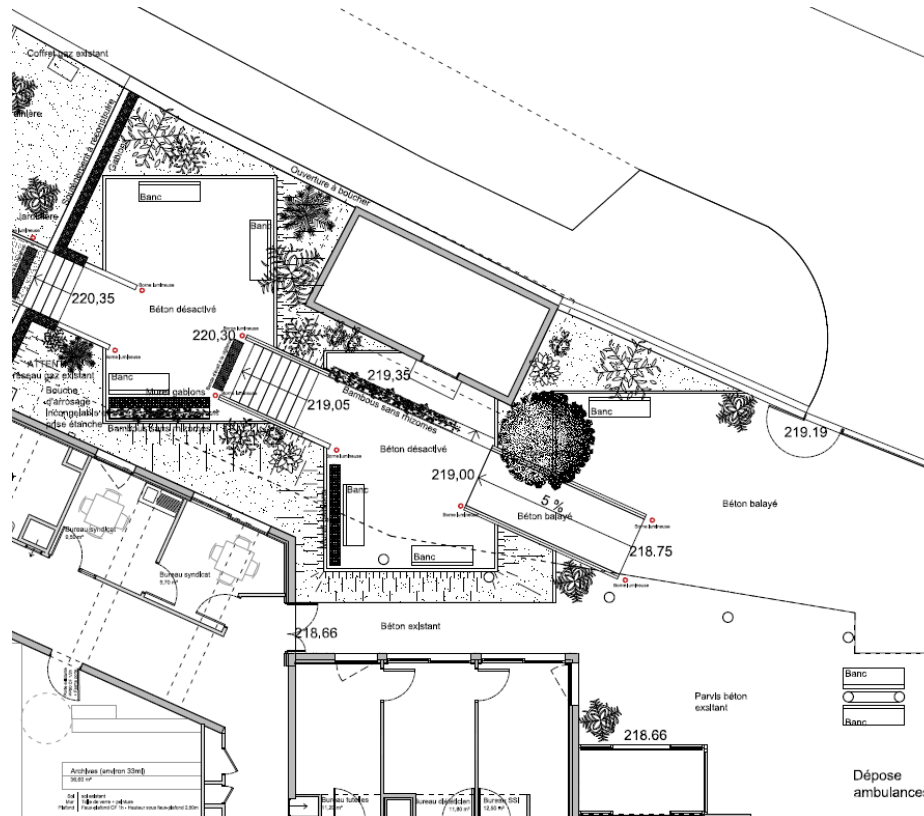
Date	Méthode d'enquête	Document analysés / personnes rencontrées	Contexte	Enseignements tirés
09/01/2018	Discussion	Cadre supérieur de santé	Conversation	Fonctionnement de l'EHPAD et historique de l'organisation de manière sectorisée. Opportunité architecturale. Tensions au niveau du personnel. Problème de la mobilité lors d'absence. Les entretiens auront un biais car les soignants verront les avantages que chaque étage et ne souhaiteront pas changer d'organisation. Chaque étage à son confort notamment en terme de ratio de personnel ou de lourdeur de l'étage.
23/01/2018	Entretien	Cadre de santé de l'EHPAD	Grille d'entretien	La sectorisation pour lever les tensions du personnel, fort taux d'absentéisme et motivation du personnel. Appétences de certains agents à être affecté à un étage plutôt qu'un autre. Mais les problèmes de mobilité existait avant la nouvelle organisation. Eviter les conflits entre les résidents ayant une démence et ceux ayant une pathologie psychiatrique. Contexte de la réorganisation. Mécontentement des familles.
25/01/2018	Entretien	AS 3ème étage	Grille d'entretien	Sensation de manque de personnel au vu de la lourdeur du service. Les résidents vieillissement et ne sont plus autants valide qu'à leurs arrivées. Organisation qui convient. Pas envie d'être mobiliser pour pallier à l'absentéisme et méconnaissance des autres résidents et craintes vis à vis des résidents ayant une pathologie psychiatrique. Confort sur l'étage. Résidents plus sereins et moins de conflits. Sensation que la jeune génération de soignants sont moins solidaires.
26/01/2018	Entretien	IDE EHPAD	Grille d'entretien	La sectorisation ne change rien pour les IDE car les résidents sont polyopathologiques et les maladies du diabète, hypertension et autres se retrouvent à chaque étage. Les IDE circulent sur plusieurs étages et l'organisation est bien pour les résidents car moins de conflits et mêmes appétences de chacun. De même, cette organisation est un atout pour les familles qui peuvent communiquer mais peu de festivité pour qu'ils puissent discuter ou se rencontrer.
29/01/2018	Entretien	AS 2ème étage	Grille d'entretien	Crainte de modifier l'organisation actuelle car une certaine appétence pour les résidents et leurs pathologies. Mais peu de formation sur l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. Beaucoup de soignants qui ne peuvent comparer avec d'autres établissements car carrière longue sur la même structure. Une certaine routine s'est installée et les agents sont désarmés face à la maladie et aux familles. Cohésion d'équipe malgré les différences d'âge des agents.
08/02/2018	Entretien	Résidente du 3ème étage	Grille d'entretien	Présente depuis de nombreuses années où son état de santé s'est amélioré et devrait plus dépendre d'un foyer de vie mais d'un EHPAD car très autonome. Vu le changement depuis le changement de direction et de médecin avec la sensation d'un laisser-aller sur la gériatrie. A la sensation d'être mélangé avec des "fous" car atrium et étant la nuit les difficultés de certains à s'endormir et donc bruyant.
08/02/2018	Entretien	Psychologue	Grille d'entretien	Avait la sensation lors de la réorganisation qu'elle portait beaucoup d'inconvénients pour les résidents tant le fait d'isoler ceux ayant une pathologie psychiatrique, ne permettant pas de les élever vers le monde extérieur, regrouper les problématiques et les facteurs anxigènes pour le 2ème étage et peu valorisant et les couper des autres résidents pour le 3ème étage. Mais après réflexion, organisation positive car activités adaptées selon les pathologies mais reste à former le personnel. Certaine façon d'avoir le pouvoir par l'information.
08/02/2018	Entretien	Représentante des usagers	Grille d'entretien	Pas préoccupé par l'organisation mais par le bien être des résidents surtout par les aspects financier, la qualité des prestations (lingerie, restauration). Ne se sent pas concerné par la formation du personnel et pas de comparaison possible avec d'autres structures. Personnel se sent harcelé sur le 1er par manque de connaissance sur la maladie
28/02/2018	Entretien	Résidente du 1er étage	Grille d'entretien	Le 1er étage sont les plus jeunes de l'EHPAD. Beaucoup de changement d'organisation mais un ressenti positif étant donné que le confort a changé. Pas perturbé par la présence d'autres résidents car constitue une habitude et une certaine compréhension pour les autres résidents. Même vécu, même situation sociale, même passé. Très habitué au personnel sur place. Routine installée sur les mêmes activités et programme très succinct de la journée
28/02/2018	Entretien	Famille du 3ème étage	Grille d'entretien	Situation très favorable pour la famille qui a connaissance de l'organisation de l'EHPAD, notamment par un temps d'attente très court pour trouver une place. Peut-être un biais à l'entretien.
07/03/2018	Entretien	Famille du 2ème étage	Grille d'entretien	Ne demande pas plus que le personnel soit bienveillant avec son proche et l'organisation reste très complexe du fait qu'elle ne souhaite pas échanger sur les problématiques qu'elle rencontre avec son proche. La souffrance est trop longue pour pouvoir les ressasser.
24/05/2018	Observation et conversation	Directeur d'EHPAD	Visite d'un EHPAD	EHPAD non sectorisé et ne pose pas de problématique de brasser les publics mise à part pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées. Mais GMP très faible et résidents peu grabataires
05/06/2018	Observation et conversation	Directeur d'EHPAD	Visite d'un EHPAD privé	EHPAD anciennement sectorisé mais qui a modifié son organisation car difficulté de remplissage de par son positionnement géographique enclavé en montagne. De même par le niveau du GMP très faible et une liste d'attente très pauvre.
08/06/2018	Conversation téléphonique	Chef de service direction de l'autonomie	Demande de positionnement par mail	L'organisation d'un établissement dépend entièrement de la direction. L'organisation brassée reste un avantage lorsque le ratio des résidents posant "problèmes" de par un comportement inapproprié en collectivité est faible. L'idéal serait d'avoir une unité plus appropriée par un personnel formé et compétent, des activités en adéquation avec la pathologie. Mais cela porte un coût. Il est nécessaire d'avoir une psychologue lorsque l'organisation est sectorisée afin d'accompagner les familles lors des changements afin de ne pas bloquer la situation. Il faut homogénéiser l'accompagnement des résidents
12/06/2018	Conversation téléphonique	MISP ARS	Demande de positionnement par mail	L'image de la personne âgée qui joue aux cartes est dépassée, les personnes entrent de plus en plus tard et les attentes sont différentes. Il indique également qu'il existe des profils différents nécessitant un accompagnement adéquat où l'EHPAD pour la plupart n'est pas adapté. L'idéal serait de ne pas regrouper les profils mais on n'a pas les moyens nécessaires pour faire autrement
12/06/2018	Echange de mail	Inspecteur ARS	Demande de positionnement par mail	Comment faire vivre ensemble ces personnes, proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins avec des moyens limités, et que ce soit soutenable pour les personnels : c'est le quotidien du directeur d'EHPAD !
14/06/2018	Discussion et observation	AS - ASH - responsable restauration	Visite d'un EHPAD	Etablissement neuf avec unité vide, non sectorisé mais faible niveau de dépendance
25/06/2018	Réunion	Responsable MAIA	Réunion filière gériatologique	On finance les établissements de la même manière et il ne devrait pas y avoir de discriminations lors des commissions d'admission

## Annexe 2 : Proposition de plan d'aménagement de l'accueil et ancien plan extérieur

### Plan d'aménagement de l'accueil



### Plan d'aménagement extérieur non adapté



Proposition d'aménagement pour un espace « Snoezelen » au 2ème étage





### Annexe 3 : Courrier de la médecine du travail



Le 22/12/2017

Je soussignée Dr \_\_\_\_\_ ; certifie avoir reçu en consultation dans les suites d'un arrêt de travail (suite à accident de service) d'un mois, Mme \_\_\_\_\_ née le 18/06/1968.

Elle présente un syndrome d'épuisement professionnel lié à des difficultés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes devenant insurmontables. Elle est en difficultés depuis plusieurs années.

Son état de santé nécessite un changement de service (EPHAD 1<sup>er</sup> étage, rééducation) pour sa reprise prévue le 03/01/2018 voire de mettre en place un accompagnement vers une reconversion hors secteur hospitalier.

Dr

## Annexe 4 : Proposition plan de formation pour la gériatrie en 2019-2021

PLAN DE FORMATION 2019-2021											
Origine	Nbre de places prévisionnel	Thématiques	Organismes	COUT SESSION		2019		2020		2021	
				GROUPÉ	INDIV	Nb	Coût	Nb	Coût	Nb	Coût
PRIORITES DE POLE : GERIATRIQUE	12	Accompagnement de la fin de vie (AS - ASHQ)	FNAQPA	3 180 €	265 €	12	3 180 €	12	3 180 €	6	1 590 €
	12	L'instant repas en EHPAD	FNAQPA	2 400 €	200 €	12	2 400 €	12	2 400 €	12	2 400 €
	12	Accompagner la PA ayant des troubles psychiatriques	FNAQPA	3 270 €	273 €	12	3 270 €	12	3 270 €	6	1 635 €
	4	Professionnalisation des ASH en gériatrie	CH CHAMBERY OU ANNECY		400 €	4	1 600 €	2	800 €	2	800 €
	14	HUMANITUDE	GINESTE MARESCOTTI	5 400 €	386 €	14	5 400 €	6	2 314 €	6	2 314 €
	12	Trouble de la déglutition	GRIEPS / Formadif	2 500 €	208 €	12	2 500 €	12	2 500 €	12	2 500 €
	12	PEC troubles comportementaux (maladie ALZHEIMER) / ALZHEIMER et pathologies	GRIEPS / Bien être gérontologie / FNAQPA	2 725 €	227 €	12	2 725 €	12	2 725 €	6	1 363 €
	12	Hygiène Bucco-dentaire en EHPAD	UFSBD	1 370 €	114 €	12	1 370 €	12	1 370 €	12	1 370 €
	12	Ateliers esthétiques pour valoriser la personnes agée	GRIEPS	4 500 €	375 €	12	4 500 €	12	4 500 €	12	4 500 €
	PROMO PRO		AS ou ASG			14 933 €	1	14 933 €	1	14 933 €	1
		IDE			14 933 €	1	14 933 €			1	14 933 €
		BPJEPS			16 133 €	1	16 133 €				
<b>TOTAL</b>						81	67 075 €	93	37 993 €	76	48 338 €
<b>PROPORTION BUDGET DE L'ETABLISSEMENT</b>							48%		27%		35%

**Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social**  
Promotion 2017-2018

**La mixité ou la sectorisation des résidents en EHPAD : un enjeu organisationnel adapté à la diversité des profils ?**

**Résumé :**

Lorsqu'un directeur reprend la direction d'un EHPAD, il peut se poser la question de savoir si son organisation doit être basée sur la sectorisation des résidents ayant la même pathologie ou niveau de dépendance ou la mixité des publics. Cette question reflète autant d'enjeux pour lui tant du point de vue de la qualité d'accompagnement du résident en tenant compte du contexte financier et des politiques publiques que celui du personnel où peut régner une certaine complexité dès lors que l'on regroupe les cas les plus complexes induisant usure physique et mentale.

A cette question, on pourrait répondre qu'il n'y a pas d'organisation idéale. Ainsi, en prenant exemple d'un établissement ayant une organisation sectorisée, il s'avère qu'elle peut être favorable s'il remplit certaines conditions.

A cela s'ajoute l'essentiel, emmener l'établissement, les résidents et les proches aidants dans cette trajectoire en s'appropriant les outils de la loi de 2002.

**Mots clés :**

Personnes âgées – Alzheimer – Psychiatrie - Accompagnement - Organisation – Brassage – Sectorisation - Soignants – Formation – Projet d'établissement – Contrat de séjour – Projet d'accompagnement personnalisé

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