

**PERSONNALISER L'ACCOMPAGNEMENT ET LE PROJET
DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD AFIN DE
MIEUX RÉPONDRE À LEURS ATTENTES ET À LEURS
BESOINS**

Christelle AUVRAY

2018

Sommaire

Introduction	1
1 L'évolution des politiques publiques face au vieillissement de la population.....	3
1.1. Rencontre avec la personne âgée.....	3
1.1.1 Les enjeux du vieillissement en France	4
1.1.2 La région Auvergne-Rhône-Alpes, un territoire de montagne	4
1.1.3 Focus sur la population d'Aiguebelle	5
1.2 L'EHPAD, un lieu de vie	6
1.2.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?	6
1.2.2 État des lieux des EHPAD en France	8
1.2.3 Aux belles saisons.....	9
1.3 Les orientations des politiques publiques	10
1.3.1 En Europe	10
1.3.2 En France.....	11
1.3.3 Au niveau régional.....	14
1.3.4 À Aiguebelle	15
2 La prise en charge des résidents en EHPAD.....	18
2.1 Du côté des usagers	18
2.2 Les familles.....	23
2.3 Du côté du personnel.....	25
2.4 Une organisation	30
2.5 Un établissement au sein d'un territoire.....	34
3 Le projet.....	37
3.1 Concept : remettre de l'humain dans un collectif pour personnaliser l'accompagnement.....	37
3.1.1 S'appuyer sur l'approche de Ginest et Marescotti.....	37
3.1.2 Ma volonté d'humanisation de l'établissement.....	38
3.2 La démarche	39
3.2.1 Mes objectifs	39
3.2.2 Le plan d'action	48
3.2.3 L'évaluation	65

Conclusion	69
Bibliographie.....	71
Liste des annexes.....	77

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AS : Aide-soignante

ASG : Assistant de soins en gérontologie

ASH : Agent des services hospitaliers

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESSMS : Établissement ou service social ou médico-social

GIR : Groupe iso ressource

GMP : GIR moyen pondéré

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SROS : Schéma régionaux d'organisation des soins

Introduction

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont beaucoup évolué au cours des trente dernières années. Au fil du temps, la notion d'hébergement s'est transformée, en intégrant les principes du respect des droits et libertés individuels.

Les personnes accueillies, nommées « résidents » ont en moyenne plus de 80 ans et leur entrée dans le « grand âge » se traduit généralement par une perte d'autonomie, physique mais aussi psychique. Néanmoins, « le grand âge mérite d'être considéré d'abord comme une somme d'acquis au lieu d'être associé à cette représentation massive de manque et de pertes »¹. C'est au travers de cette définition que le projet d'accompagnement de la fin de vie en institution prend tout son sens. Désormais, le maintien de l'autonomie de la personne âgée est au centre de la prise en charge, ce qui signifie considérer l'individu comme acteur de son accompagnement et non simplement, comme sujet de soins.

À l'aube de la construction d'un nouvel établissement sur la commune d'Aiguebelle, j'ai été missionnée par la Directrice générale, pour dresser l'état des lieux du bâtiment actuel, et réfléchir aux pré-requis dont la prise en compte sera essentielle à la réussite du nouveau projet. Au-delà des considérations matérielles exigées par cette mission, il m'a semblé primordial d'envisager le projet d'une façon plus humaine, afin que l'EHPAD puisse être considéré par les résidents comme un véritable lieu de vie. Une réflexion qui amène tout naturellement à des prospectives concernant l'EHPAD de demain.

Mes nouvelles fonctions de directrice de l'établissement m'ont conduite à proposer un diagnostic sur les aspects humains, financiers et structurels du projet.

Mon ambition excède la simple optimisation de la situation actuelle. Convaincue qu'une philosophie d'humanisation et d'individualisation peut être mise en œuvre de façon tout à fait concrète, j'envisage de réaliser les bases d'une réelle innovation au travers d'une dynamique générale, anticipant ainsi sur l'EHPAD du futur.

Le diagnostic que j'ai établi pointe en effet les difficultés rencontrées pour maintenir un accompagnement individualisé au sein d'un collectif standardisé. Celui-ci est soumis à différents impératifs comme des budgets limités, une organisation trop lourde, une structure rigide, sans oublier l'aspect culturel.

¹ AMYOT J.-J., MOLLIER A., 2017, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour les personnes âgées*, 3^e édition, Paris : Dunod, Santé Social, 272 p.

L'équation que je me propose de résoudre est complexe et peut être résumée en quelques questions :

« Comment et pourquoi proposer un accompagnement individuel dans un lieu collectif standardisé ? »,

« En quoi la situation actuelle limite-t-elle l'épanouissement individuel ? », « Comment anticiper l'évolution probable de notre métier ? »

En effet, à ce jour, les EHPAD se voient confrontés à une nécessité de changement, tout d'abord en raison d'une rapide mutation des populations concernées (vieillesse, entrées plus tardives, maladies dégénératives...), ensuite du fait des conditions générales de fonctionnement (bâtiment non conforme, personnel non préparé...).

Afin de répondre de mon mieux à cette nécessité de changement, je souhaite m'inscrire dans une démarche proactive.

Le choix d'une architecture novatrice ainsi que l'élaboration d'un projet de vie plus humain seront mes premiers chantiers.

Après avoir porté un regard sur l'évolution des politiques publiques confrontées aux multiples problèmes que pose le vieillissement de la population, j'exposerai les difficultés que représente la mise en place d'un suivi individualisé au sein d'un cadre qui a toujours privilégié la gestion collective des usagers et le maintien des besoins de base des résidents. Enfin, je présenterai les orientations que je souhaite donner au projet, avec tous les leviers stratégiques (organisationnels, structurels et humains...) dont je puis disposer.

La configuration du nouvel établissement illustrera l'orientation que je souhaite adopter, première étape d'un projet plus ambitieux encore.

L'accompagnement ainsi que la prise en charge des personnes âgées constituent des enjeux majeurs pour les années à venir. Pour trouver des réponses adaptées à ce véritable défi de société, une mobilisation générale s'impose (pouvoirs publics, professionnels du secteur médico-social, les associations et naturellement usagers et familles).

Malgré les difficultés que la mise en œuvre de ces enjeux représente, mon optimisme reste entier et j'espère le faire partager au fil de ces pages.

1 L'évolution des politiques publiques face au vieillissement de la population

1.1. Rencontre avec la personne âgée

Une personne âgée est une personne dont l'âge est avancé, et qui présente des signes physiologiques et sociaux de vieillesse. Certaines étapes de la vie, telles la retraite, marquent cette évolution et le passage dans le troisième âge.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) fixe l'entrée dans le grand âge à 60 ans.

Aujourd'hui, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, mais aussi de la cessation plus tardive de l'activité professionnelle, cette limite est repoussée.

L'expression « quatrième âge » créée dans les années 80, correspond davantage à l'idée que l'on se fait actuellement d'une personne âgée.

En effet, cette nouvelle catégorie regroupe la population vieillissante dont l'âge se situe autour de 80 ans. C'est « une période de la vie au cours de laquelle les personnes âgées ne peuvent plus vivre seules. L'arrivée au quatrième âge (environ 80 ans) suppose des infirmités et des comportements qui ne supportent plus l'isolement mais réclament l'assistance ».²

Dans la société contemporaine, nous distinguons le retraité actif, indépendant, qui peut être utile à ses proches et à la société, de la personne âgée tributaire de son fauteuil, souffrant de solitude, qui doit en conséquence être prise en charge par des tiers. Elle est dès lors considérée comme une personne âgée dépendante.

Pour Vincent Caradec, Professeur de sociologie, « un prolongement de la vie adulte, placé sous le signe de l'accomplissement de soi, et de l'autre, la vraie vieillesse. Nous partageons tous peu ou prou cette représentation bipolaire de la vieillesse, qui s'est forgée au cours du dernier demi-siècle... ».³

Dans ce travail de recherche, c'est le concept de la personne âgée dépendante qui sera traité.

Actuellement, la majeure partie des entrées en EHPAD concerne des personnes âgées dépendantes. Néanmoins, un grand nombre de personnes âgées continuent à vivre à leur domicile ou sont hébergées par un enfant ; choix souvent rendu possible par les orientations des politiques publiques sur le maintien à domicile de cette population.

² CNRTL (centre national de ressources textuelles et lexicales), <http://www.cnrtl.fr/portail/> consulté le 01/02/2018

³ CARADEC V., 2008, « Vieillir au grand âge », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 94, n° 3, pp. 28-41.

1.1.1 Les enjeux du vieillissement en France

En France, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, le vieillissement de la population suit une courbe ascendante. Ce phénomène s'explique par l'effet du « baby-boom », qui a représenté une importante hausse du taux de natalité de 1946 à 1974⁴ ; mais aussi par une augmentation régulière de l'espérance de vie.

En effet, selon les chiffres de l'INSEE portant sur l'année 2017 (annexe 1), l'espérance de vie des français est de 79 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes. En 1994, elle était de 73 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes. Ces chiffres prouvent que le vieillissement de la population française est une réalité.

Le graphique (annexe 2) montre, dans l'hypothèse où les tendances démographiques se confirmeraient, que la population française pourrait atteindre 70 millions d'habitants, au 01 janvier 2030.

On pourrait dénombrer à cette date, vingt millions de personnes âgées dépendantes contre 14,3 en 2011 soit une hausse de 5,9 points en 29 ans.

C'est à cette époque que l'accroissement du vieillissement de la population sera le plus fort. Cette évolution fulgurante devra être prise en compte au cours des prochaines décennies, dans les décisions concernant l'accompagnement des personnes âgées.

La population vieillissante s'accroît donc régulièrement, et l'allongement de la durée de vie (dû aux progrès de la médecine, à une meilleure hygiène de vie ou toute autre cause), aura inévitablement des conséquences sur notre société. La place des personnes âgées dans notre modèle social sera à définir sur différents plans (places d'accueil, accompagnement...).

Cette croissance de la dépendance va entraîner l'apparition de nouveaux besoins dans des domaines variés, qui vont du médical à l'hébergement, entraînant de nouveaux engagements et enjeux sociétaux ; soins de longue durée, services aux personnes âgées, construction de maisons de retraites médicalisées.

Des enjeux qui peuvent varier considérablement selon la localisation de cette population.

1.1.2 La région Auvergne-Rhône-Alpes, un territoire de montagne

Très urbanisée avec le bassin grenoblois, lyonnais ou stéphanois, la région présente tout de même, de nombreux espaces de faible densité. Dans ces territoires, et plus précisément en montagne, les habitants se trouvent de plus en plus démunis en matière de services publics.

⁴ PARANT, A., 2005, « Les enjeux du vieillissement de la population », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 n°113, pp. 83-95

Effectivement, les massifs montagneux sont source d'isolement des habitants. Les écarts d'accessibilité entre les territoires contribuent essentiellement à ce phénomène. Conséquence d'un relief contraignant, les axes de transport sont moins nombreux, entraînant des problèmes de mobilité.

Certains CLIC⁵ de la région développent des plans pour pallier les difficultés causées par la distance séparant villages et centres villes ou des établissements de soins. Le développement des centres communaux d'action sociale a permis d'améliorer l'évaluation des besoins des habitants et notamment des personnes âgées. Ils facilitent la gestion des différents services destinés aux personnes en situation de dépendance : service d'aide et de soins à domicile, service de portage de repas, aide au transport... Une action qui tend à rompre l'isolement des personnes âgées dans les massifs montagneux.

Par le travail en réseau, et le décloisonnement des moyens au sein des communes, la mise en place d'une logique de parcours et d'accompagnement social global⁶ est facilitée. Cette orientation permet de prendre en compte la personne dans son intégralité.

« Ancrage à la commune : début 2013, 88 % des seniors habitaient la même commune depuis au moins 5 ans... »⁷. Selon le rapport de l'urbanisme de 2010, la région (encore identifié Rhône-Alpes à cette époque), affichait le constat suivant : les personnes âgées de 65 ans et plus, étaient moins mobiles en matière de migrations résidentielles. Elles restaient dans leur commune où la majeure partie de leur vie s'était déroulée.

1.1.3 Focus sur la population d'Aiguebelle

Au cours de la dernière décennie, neuf années exactement, Aiguebelle a connu un réel vieillissement de sa population ; les plus de 75 ans étant désormais au nombre de 829. La tranche 45-59 ans de 2008, se retrouve aujourd'hui dans la tranche 60-74 ans et dans les années 2020, dépassera les 75 ans. Ces données démontrent que la population est vieillissante, avec un taux de mortalité en baisse au 01/01/2016 de 18,9 % contre 21,6 en 2009⁸.

Sur l'EHPAD d'Aiguebelle, la liste d'attente d'admission dans la structure s'élève à 136 personnes. 112 représentants le premier choix des demandes d'entrée.

La proximité de l'établissement pour les futurs résidents et leur famille, représente un atout non négligeable. Cependant, l'EHPAD reste une structure limitée au niveau de l'accueil,

⁵ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie. La Montagne, « Un plan pour lutter contre l'isolement des personnes âgées » disponible sur internet : https://www.lamontagne.fr/rochefort-montagne/2017/05/14/un-plan-pour-lutter-contre-lisolement-des-personnes-agees_12401722.html [visité le 14/05/2017]

⁶ Personnes âgées – Solidarités - Département de la Savoie, le 08/08/2018

⁷ Source : INSEE, Recensement de la Population 2013

⁸ Dossier complet : INSEE, commune d'Aiguebelle paru le 12/10/2017

avec une capacité de 72 lits d'hébergement permanent conventionnel. L'intégration des personnes à forte désorientation est rendue impossible par le manque de secteurs sécurisés ou adaptés, et l'ouverture directe sur le bourg.

1.2 L'EHPAD, un lieu de vie

1.2.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

EHPAD est un acronyme signifiant Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il s'agit d'une structure médicalisée, qui accueille des personnes de plus de 60 ans. Une possibilité d'entrer dans l'établissement avant cet âge reste possible, si une demande de dérogation est effectuée et acceptée.

Les personnes qui entrent en EHPAD, sont en situation de perte d'autonomie physique ou psychique. Pour elles, un maintien à domicile n'est plus envisageable. Ces structures ont la particularité d'être médicalisées contrairement aux maisons de retraite. Elles sont de plus en plus spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de maladies type Alzheimer ou apparentées.

Les EHPAD ne se limitent pas à offrir un hébergement ou sont dispensés des soins. Ils assurent souvent des services annexes destinés aux résidents : restauration, blanchisserie, animations, aide à la vie quotidienne.

La création et le fonctionnement d'un EHPAD sont encadrés par une réglementation. L'autorisation d'accueil est dépendante de l'obtention d'un agrément du Ministère de la Santé Publique.

Jusqu'à présent, l'EHPAD devait signer une convention tripartite avec le conseil général et l'ARS. Aujourd'hui, ce document est remplacé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini pour 5 ans. Cette projection détermine un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), qui remplace désormais les budgets prévisionnels. Sa logique est inversée par rapport à ce que l'on connaissait auparavant : en effet, la prévision des produits avec une base du taux d'occupation de l'établissement détermine désormais celle des charges.

Cette nouvelle orientation permet de définir les conditions de fonctionnement, de se projeter dans l'avenir avec des objectifs précis et facilite à mon sens, l'écriture du projet d'établissement. Ce dernier est d'ailleurs devenu une obligation depuis la loi 2002-2⁹.

Il détermine les axes du projet de vie et du projet de soins proposés aux résidents ainsi que leur organisation. Les missions, les orientations et les valeurs retenues par les

⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte> [visité le 20/02/2018]

professionnels, les résidents, les familles, les partenaires extérieurs et les autorités de tarification lors de sa rédaction, définiront l'action quotidienne des professionnels.

Ce projet d'établissement participe à la personnalisation du soin, en définissant l'accompagnement qui sera mis en place pour chaque personne. L'expression « accompagnement personnalisé » est souvent employée car elle se rapporte à un moment bien particulier de l'existence. Cet accompagnement est évolutif et se trouve réactualisé en fonction de l'évolution de la dépendance de la personne.

L'EHPAD propose trois sortes de prestations aux résidents :

- L'hébergement : c'est une prestation hôtelière incluant la restauration en pension complète, plus une chambre et l'entretien de tous les espaces de vie. Il englobe l'activité du personnel de cuisine, l'entretien des locaux et l'animation. C'est cette part qui est à la charge des résidents. Le montant est indiqué dans le contrat de séjour signé à l'entrée dans la structure. Ce tarif est réévalué chaque année par la direction, et peut varier selon les établissements, en fonction de l'habilitation à l'aide sociale ou de son absence, mais aussi d'éventuels travaux de rénovation voire de réhabilitation des bâtiments.
- La dépendance : c'est la prestation assurée par les accompagnants éducatifs et sociaux et en partie par les aides-soignantes, pour l'aide à la toilette, à l'alimentation ou aux déplacements. Le tarif est fixé par le conseil départemental chaque année, et calculé en fonction du niveau de dépendance moyen, appelé GMP (Gir moyen pondéré). Cette cotation est définie à partir de l'élaboration de la grille AGGIR établie selon 6 critères :
 - Critère 1 et 2 ou GIR 1 et 2 où les résidents sont considérés comme très dépendants.
 - GIR 3, 4 : les résidents sont dépendants.
 - GIR 5, 6 : les résidents sont considérés comme autonomes.

Plus la dépendance du résident est élevée, plus le tarif journalier de la personne est élevé. Il est à la charge du résident mais peut être pris en charge en partie, par le conseil départemental grâce à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie)

- Le soin : comme les EHPAD sont des établissements médicalisés, ils nécessitent la présence de personnel soignant : médecin coordonnateur, infirmier(e)s, ainsi que le personnel assumant la fonction aide-soignante de proximité, comme la distribution des médicaments. Ce tarif journalier de soins est à la charge de l'Assurance maladie.

1.2.2 État des lieux des EHPAD en France

Au 31 décembre 2011, 693 000 personnes résidaient dans un établissement médico-social¹⁰ pour personnes âgées. Ces institutions représentent aujourd'hui, près de 85 % de la capacité d'accueil contre 54 % en 2003. Les personnes accueillies sont presque toujours très dépendantes : plus de 90 % ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, plus de 80 % ont des problèmes d'incohérence¹¹.

Tous ces critères doivent être pris en compte dans l'établissement au-travers de la carte de prise en charge gériatrique, ainsi que dans la réponse aux besoins et attentes de la population vieillissante.

La répartition de la population âgée en France, est localisée selon une logique de redistribution du territoire. Les régions littorales et l'axe est/ouest traversant notre pays de la région Grand Est à la Nouvelle Aquitaine accueillent largement les populations constituant des « réservoirs de vieillissement ».

Selon le plan global du schéma départemental 2011/2016, le taux d'équipement en EHPAD savoyard occupe le 4^{ème} rang régional après l'Ardèche, la Loire et l'Ain.

Des disparités existent entre les territoires. La Maurienne et la Tarentaise Vanoise présentent un taux d'équipement moins important que la Combe de Savoie ou l'avant pays savoyard par exemple.

L'impact du vieillissement présente aussi des nuances sur le territoire à l'échelle locale. Les centres villes sont des lieux où le vieillissement se fait le plus ressentir car ils attirent les personnes vieillissantes qui souhaitent se rapprocher des commerces ainsi que des centres de soins...

En revanche, les zones rurales ou de montagne connaissent plus de difficultés pour appréhender le bien vieillir et le maintien au domicile le plus longtemps possible.

L'adaptation de la société au vieillissement se décline sous différents points : anticiper, adapter et accompagner la personne dépendante.

Les politiques publiques françaises définissent la « dépendance » comme l'existence, pour les personnes d'un âge avancé d'un « besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ».

L'aide apportée aux personnes dépendantes s'organise principalement autour de deux types de prise en charge. Ces dernières apparaissent comme deux réponses successives à l'aggravation de la dépendance :

¹⁰ BOZIO, A., GRAMAIN, A., MARTIN, C., 2016, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Notes du conseil d'analyse économique*, vol. 35, n° 8, pp. 1-12

¹¹ Statistiques données selon le GMP du 30/06/2018 (Annexe n°5)

- la prise en charge à domicile,
- la prise en charge en établissement d'hébergement collectif.

1.2.3 Aux belles saisons...

L'EHPAD Les Belles Saisons est un établissement situé dans un petit bourg rural.

Le bâtiment rénové en 1987 et reconverti en maison de retraite, est aujourd'hui un établissement médicalisé pour personnes âgées dépendantes. Le tarif est situé dans la partie basse des EHPAD de même statut en Savoie, soit un tarif hébergement journalier de 51 euros.

C'est un établissement de la fonction publique hospitalière. Sa direction générale est mutualisée avec l'hôpital local de Modane et le centre hospitalier de Saint-Jean-de-Maurienne.

Située dans la commune d'Aiguebelle, aux portes de la Maurienne, la résidence accueille les personnes venant des communes voisines.

La ruralité du secteur génère l'éloignement des commodités, des centres de soins ou des familles. De ce fait, les personnes vieillissantes ne pouvant plus rester seules au domicile entrent à l'EHPAD, les services d'aide à domicile ayant atteint leurs limites.

L'effectif autorisé pour l'ensemble de l'établissement est de 49 équivalents temps plein. Actuellement, ce chiffre est de 51 car 2 contrats aidés ont été embauchés, il y a un an, dans le cadre de la volonté de la personnalisation du soin.

La structure se compose :

- d'un rez-de-chaussée où se trouvent 10 chambres et 2 doubles, pour 14 résidents autonomes.
- du premier étage: 23 chambres dont 4 doubles, pour 27 résidents ayant un GIR entre 1 et 4.
- du deuxième étage avec des résidents ayant le même profil qu'au premier : 26 chambres dont 5 doubles.

La moyenne d'âge des résidents de l'EHPAD est de 82 ans.

L'indicateur de la dépendance, GMP est de 732 en 2017. Un indice assez fort qui définit l'importance des soins d'accompagnement.

Le taux d'occupation est fixé à 98,2 % mais est difficilement atteignable ces dernières années et se situe actuellement à 96,8 %. Le non-respect de cet objectif résulte de la difficulté à concrétiser des entrées. Plusieurs cas de figure se distinguent :

- Les personnes ou leur famille déposent un dossier mais au moment où une place se libère, ne sont pas prêtes à franchir le pas.
- La personne inscrite est hospitalisée ou décédée.
- L'établissement ne répond pas aux besoins de la personne en termes de déambulation par exemple.
- Le délai entre le départ d'un résident et l'entrée d'un autre dépend de l'acceptation des dossiers, mais aussi des possibilités offertes par le planning pour réaliser la réfection de la chambre.
- Le refus de la part d'une personne âgée de se voir attribuer un lit en chambre double, solution malgré tout fréquemment proposée, compte tenu de la configuration de la structure.

La construction d'un nouvel établissement est prévue pour 2021 avec une augmentation de la capacité d'accueil de 10 lits. Une réflexion sur les éléments ci-dessus sera à prendre en compte pour l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes âgées au sein de l'EHPAD.

1.3 Les orientations des politiques publiques

1.3.1 En Europe

Les prévisions d'augmentation du nombre de personnes âgées en Europe suggèrent également une évolution du taux de dépendance. Cette situation laisse présumer des conséquences économiques et sociales difficiles à assumer avec de forts enjeux, d'autant plus que les aidants seront aussi de plus en plus âgés et donc, peut-être plus facilement exposés à l'épuisement.

En Europe, les stratégies pour aborder cette problématique diffèrent selon les pays.

Le rapport de la commission des affaires européennes de l'Assemblée nationale, en juillet 2011, répertorie plusieurs stratégies :

- En Allemagne, le « cinquième risque » est mis en place depuis 1995. Le maintien à domicile est préconisé plutôt que l'entrée en établissement. Le montant alloué aux personnes âgées est forfaitaire. « Dans le cas où les frais dépassent le montant alloué, le bénéficiaire assure le paiement de la différence et s'il ne peut pas, ce sont les communes qui interviennent au titre de l'aide sociale »¹².

¹² ARCHIVES Vie-publique.fr « La prise en charge de la dépendance en Europe », 08.08.2011. Disponible sur internet <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/prise-charge-dependance-europe.html> [visité le 12 janvier 2018]

- Au Royaume Uni, « l'intervention publique est réservée aux personnes âgées de plus de 65 ans, avec conditions de ressources. Le montant de l'allocation perçue est faible eu égard aux besoins. Il y a peu de maison de retraites, aussi, l'essentiel repose sur les aidants »¹³.
- « Les Pays Bas disposent d'un système ancien de financement de la dépendance par l'impôt. La maîtrise des dépenses de santé au niveau national prévoit le transfert progressif des compétences aux communes, ainsi qu'une réorientation en faveur du maintien à domicile.¹⁴ »

Les enjeux communs en Europe (démographiques et financiers) entraînent une convergence vers le maintien à domicile et la sollicitation des aidants.

Le recours à la solidarité familiale est une solution largement préconisée par les politiques publiques. L'année 1993, déclarée Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations, a marqué cette orientation donnée par les pouvoirs publics. La solution apportée par l'entraide entre générations a été préconisée non seulement à cause de l'aspect financier - un cout inférieur à celui que représente une prise en charge en établissement - mais aussi dans le cadre d'un accompagnement familial significatif d'individualisation.

1.3.2 En France

Le défi auquel les politiques publiques sont aujourd'hui confrontées est lié à la perte d'autonomie, principalement celle qui est résulté d'une altération des facultés intellectuelles.

En effet, si après la guerre, la politique de la vieillesse consistait à donner des ressources, proposer des logements, développer des services pour des personnes pauvres, aujourd'hui, ce n'est plus cet axe qui prédomine.

À présent, les politiques publiques doivent favoriser la participation active des retraités à la vie économique et sociale. Cette orientation vise à valoriser le rôle des aînés, leur expérience et leur savoir-faire.

La promotion de la solidarité entre générations a pour but de permettre aux plus âgés de choisir leur mode de vie, en garantissant une organisation lisible. Une cohérence des formes d'aides doit être offerte, pour pallier la perte d'autonomie liée au grand âge.

Le véritable point de départ d'une politique gérontologique en France se situe en 1960. Le rapport Laroque de 1962 cible en effet des objectifs qui sont toujours d'actualité afin de changer le regard que la société porte sur la vieillesse :

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

- Développer la prévention
- Développer la coordination entre les politiques sectorielles au niveau national et entre les actions locales
- Mettre en œuvre une politique d'actions médico-sociales qui privilégie le maintien à domicile.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier, définissant les droits fondamentaux des personnes et associant l'utilisateur avec son entourage dans l'élaboration de sa prise en charge, a permis elle aussi de modifier le regard porté sur le grand âge.

Elle a renforcé le droit des usagers, promu l'autonomie et la protection des personnes. L'enjeu majeur de cette loi, est l'amélioration de la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies.

Un des apports de cette réforme est d'inviter les professionnels à penser différemment en mettant l'accent sur la nécessité de travailler en lien avec la personne accueillie.

En effet, l'une des cinq orientations majeures de la loi 2002-2 est d'affiner et de promouvoir le droit des bénéficiaires. Cette orientation impose de définir les droits fondamentaux des personnes, en incluant la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge.

L'institution, quant à elle, est trop souvent centrée sur des logiques organisationnelles et fonctionnelles, résultant généralement de la configuration de l'établissement, ce qui peut entraîner un déficit dans la prise en compte de la singularité et de la spécificité de chaque personne. C'est dans ce sens que va la loi de 2002, en introduisant la notion de personnalisation. La loi donne au résident une place centrale dans le fonctionnement de la structure.

Le contenu de la charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance¹⁵, stipule que « même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leur liberté et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens ».

Il faut donc trouver un équilibre entre la liberté du résident et l'organisation de la structure. De même, l'article 1 de la charte précise que « toute personne âgée devenue handicapée

¹⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (?), Arrêté du 8 Septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-A du code de l'action sociale et des familles (CASF), JORF n°0301 du 29 décembre 2015, disponible en ligne https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=i_d [visité le 26 novembre 2017]

ou dépendante, est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie ».

Comme le stipule l'ANESM dans son manuel de recommandations des bonnes pratiques professionnelles¹⁶, « si la vie en collectivité génère des contraintes diverses (rythme de vie, hygiène, sécurité, horaires...), chaque personne doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement individuel qui contribue au développement, au maintien et au rétablissement de son autonomie ».

L'objectif de cette recommandation est de promouvoir des pratiques professionnelles qui permettent un juste équilibre entre l'accueil collectif proposé par une structure, sa mission et la responsabilité qui en découle au bénéfice de la personne accueillie. Elle conduit à interroger les rapports entre l'individu et le collectif au regard du projet d'établissement.

Ces orientations doivent aussi tenir compte de la présence dans l'établissement de démences de type Alzheimer ou apparentées qui demandent des prises en soins spécifiques.

Le 6^e plan Alzheimer 2008-2012 sous le gouvernement Sarkozy portant sur la valorisation des compétences et le développement de formations professionnelles, note qu'il existe un réel décalage entre les besoins recensés et les personnes formées.

Cette orientation des politiques publiques est confortée par l'ouvrage, Le bien être de la personne âgée en institution¹⁷, dans lequel nous pouvons lire « une certaine disponibilité des membres du personnel, la qualité de celui-ci, son aptitude de l'observation, à l'écoute, à l'empathie sont des facteurs essentiels que la formation de base et la formation continue sont susceptibles de potentialiser ».

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est centrée sur l'autonomie¹⁸. Elle montre que le gouvernement prend des engagements à l'égard de la population vieillissante, et anticipe les conséquences du vieillissement sur notre société. La loi du 28 décembre 2015 est axée sur l'accompagnement à domicile mais renforce également les droits et libertés des personnes en institution, avec la désignation de la personne de

¹⁶ ANESM, 2009, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles* « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

¹⁷ CHRISTEN-GUEISSAZ E. (dir.), 2008, *Le bien-être de la personne âgée en institution, un défi au quotidien*. Paris : Seli Arslan, 218 p.

¹⁸ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JORF n°0301 du 29 décembre 2015, disponible sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte> [visité le 6 mars 2018]

confiance et l'engagement au regard du contrat de séjour. Cette loi définit la place de l'aidant et rappelle la nécessité de préserver l'autonomie de la personne âgée.

L'espérance de vie augmente : plus de 80 ans aujourd'hui en moyenne. Le nombre de personnes âgées continue à croître. Les plus de 60 ans sont 15 millions aujourd'hui. Ils seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre de plus de 85 ans devrait presque quadrupler, passant de 1,4 million à 4,8 millions en 2050¹⁹.

La volonté du gouvernement est de garantir aux personnes âgées une liberté de choix qui suppose un développement simultané et complémentaire des offres de service de maintien à domicile et des capacités d'hébergement en maisons de retraite. Cette politique, engagée dans le cadre vieillissement et des solidarités montre la volonté du gouvernement d'offrir aux personnes âgées, des possibilités de prise en charge suffisantes et variées.

La diversité de l'offre renvoie aux conditions de promotion de l'innovation et à l'ancrage territorial des politiques publiques, à la mise en réseau.

La loi du 26 janvier 2016²⁰, loi de modernisation de notre système de santé, s'appuie sur deux orientations principales :

- Apporter une réponse individualisée en déployant les partenaires adaptés pour la bonne articulation du parcours de vie.
- Adapter l'évolution des besoins par rapport à l'identification réalisée au sein d'un territoire.

La constitution de filières gériatriques complètes, organisées par territoire de santé de proximité, est sans doute l'enjeu majeur de l'articulation.

1.3.3 Au niveau régional

La loi de modernisation a instauré un nouveau projet régional de santé (PRS). En Auvergne Rhône Alpes, ce projet est réalisé pour la période 2018-2023.

Il prévoit une diversification de l'offre de service. Le soutien au domicile est renforcé avec la prévision d'augmentation de SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et de SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile et en accueil temporaire).

L'accueil temporaire est une voie qui sera consolidée et améliorée, en vue d'adapter cet axe au parcours de vie actuel. Il est envisagé que les établissements dont les besoins au

¹⁹ Références INSEE, le 12/03/2018

²⁰ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, disponible sur internet https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=i_d [visité le 03 mars 2018]

niveau du territoire auront été identifiés, incluent cette offre et sa déclinaison au niveau du projet de l'établissement (approche préventive et thérapeutique).

L'hébergement temporaire est également un axe en réflexion. Il pourrait permettre une solution en sortie d'hospitalisation ou d'offrir ponctuellement un temps de répit à l'aidant. Autre piste à définir, la mise en place de PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) répondant aux enjeux de l'accompagnement d'une catégorie de personnes âgées et soumis à une éligibilité dépendante de la capacité d'accueil de l'EHPAD (minimum 80 places d'hébergement).

Toutes ces déclinaisons permettraient de développer une cohérence d'accompagnement des personnes âgées au sein d'un territoire et de garantir possibilité et qualité.

« L'objectif d'évolution de l'offre en direction des personnes âgées est conduit dans une logique de réduction des inégalités au niveau régional et infra-départemental. Les orientations retenues visent à intervenir en priorité sur les territoires les moins dotés »²¹.

Dans le département de Savoie, où le besoin a été identifié, il est préconisé de démontrer une stratégie d'ouverture vers d'autres structures. Les mutualisations, les groupements sont à l'ordre du jour. La coopération entre professionnels permettra d'améliorer la qualité de l'offre sur le territoire et ainsi mieux répondre à l'évolution des besoins.

1.3.4 À Aiguebelle

La loi n° 86-17 du 6 Janvier 1986 et des lois de décentralisation, les CCAS (centre communal d'action sociale) ont remplacé les bureaux d'aide sociale, initialement prévus pour gérer l'administratif et aider les personnes démunies. La délégation d'action sur le plan communal leur est attribuée en termes d'aides en action sociale et médico-sociale.

Les communes se regroupent pour déployer ces actions. Aiguebelle a intégré la communauté de communes Porte de Maurienne pour répondre aux besoins de son territoire.

Le Maire de la commune est très impliqué dans la vie de l'EHPAD. Il est le Président du conseil d'administration. Sa participation dépasse le cadre politique de sa fonction:

- Il intervient dans le projet du nouveau bâtiment de l'EHPAD en fournissant le terrain gracieusement.
- Il intervient dans la négociation de la structure actuelle qui va devenir une maison de santé et donc participer à l'amélioration du parcours de vie et de santé de la personne vieillissante.

²¹ PRS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023, disponible sur internet : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_SRSProjet.pdf [visité le 14 février 2018]

- A soutenu la direction de l'EHPAD dans la négociation avec les autorités pour l'obtention de 10 places supplémentaires. Il est convaincu du besoin réel identifié au sein du canton d'Aiguebelle.
- Il intervient à travers le CAC (centre d'action culturel orienté sur l'intergénérationnel) par le biais de subventions et de soutiens pratiques (véhicules, locaux, bibliothèque...).
- Il adopte une communication ouverte et active, il encourage les soutiens extérieurs. Véritable ambassadeur, il incite le bénévolat au sein de la structure.

Au-delà de la mairie, d'autres niveaux administratifs locaux sont agissants. La communauté de communes à travers l'ADMR par exemple, intervient dans l'accompagnement des personnes âgées et notamment le signalement des difficultés de maintien au domicile.

Un lien très important s'est tissé entre les différentes instances, et l'EHPAD pour répondre aux besoins des personnes âgées du secteur. Des réunions, des échanges informels, des repas sont régulièrement organisés, permettant ainsi une meilleure réactivité dans les prises en charge.

Malgré une bonne intégration de la structure au sein du territoire, il existe toutefois, à l'EHPAD d'Aiguebelle, des difficultés concernant l'accueil des personnes âgées.

En effet, différents éléments rappellent que cette structure est une collectivité où l'attention portée à l'individu n'est évidente.

2 La prise en charge des résidents en EHPAD

2.1 Du côté des usagers

L'entrée en EHPAD est rarement choisie par la personne âgée.

Souvent l'institutionnalisation est motivée par une dépendance liée à un handicap. Les troubles cognitifs s'accroissent, et rendent le maintien au domicile difficile.

Ce moment est souvent vécu comme un choc et une rupture d'autant plus que l'existence collective ne suit pas la même logique que la vie au domicile.

Les personnes passent souvent d'une vie un peu recluse (peu de visites, pas d'échanges) à une vie de groupe, sans pouvoir réellement s'isoler lorsqu'ils le souhaitent, ou en éprouvent le besoin.

La réticence est d'autant plus grande que les EHPAD sont encore associés à l'image du mouvoir. La personne projette une fin de vie proche. Et au-delà de ce constat, redoute de se retrouver dans un dernier domicile peu accueillant, inconfortable, froid et sans âme.

L'entrée en institution telle qu'en EHPAD, est souvent associée à l'image de la mort. M. Hecquet (2011) souligne que « l'EHPAD est soumis à cette double injonction d'être à la fois porteur de projet de vie du résident et acteur dans l'accompagnement de leur devenir ».

En effet l'entrée en EHPAD représente une étape qui doit permettre à chacun de bénéficier d'une qualité de vie adaptée à ses besoins, à son bien-être, mais également, d'être accompagné dans les derniers instants de son existence.

Panser ou penser la mort doit être permis dans un tel établissement. Le projet d'accompagnement individuel doit répondre à ces deux axes. Bien souvent ce dernier sujet n'est pas abordé.

L'évocation de la mort est aussi taboue pour l'ensemble des personnes qui gravitent autour de la personne âgée dépendante que pour cette dernière et sa famille.

Les rites funéraires sont souvent absents lors des décès de résidents. Pour certains, ils permettraient de faire le deuil de leurs amis, de leurs compagnons de chambre, de leurs voisins de table...

Aujourd'hui, l'annonce d'un décès reste très difficile. Chaque membre du personnel se renvoyant le devoir d'en informer les proches.

L'animatrice dépose des affiches avec la photo et la date du décès dans les lieux de vie mais la communication en reste là.

La plupart des résidents connaissent désormais cette pratique tout en regrettant souvent de ne pouvoir assister aux obsèques. S'y rendre seul n'est pas envisageable et un accompagnement par le personnel est impossible, compte tenu de la charge de travail.

Autre contrainte de la vie en institution, l'ensemble des règles qui régissent la vie (rythme de vie, hygiène, sécurité, horaires...), qui rend difficile l'appropriation par le résident de sa nouvelle demeure.

L'établissement fait coexister, dans un même espace, un lieu de vie et de travail. Ce qui signifie que les actes accomplis par le résident s'effectuent en référence à un mode de vie collective.

Ce mode de vie est incarné par le règlement de fonctionnement, l'organisation globale de la structure. Il représente souvent un frein à la personnalisation de l'accompagnement (inventoriées à travers les recommandations de l'ANESM).

La vie en EHPAD présente donc un hiatus important entre pratiques professionnelles (procédures, règles de vie dans l'établissement) et liberté individuelle de l'usager.

Aujourd'hui, le constat est que la personne âgée est perdante. Un cercle vicieux se profile : un cadre trop étroit, trop structurant, engendre une déresponsabilisation et alimente de ce fait, la perte d'autonomie. Les choix et le respect des rythmes sont alors limités.

La loi du 02 janvier 2002 a pourtant prévu un outil qui permet de régler le problème du vivre ensemble. Au regard du règlement de fonctionnement, des règles de vie collective sont instituées pour maintenir les droits et devoirs de la personne accueillie.

Le conseil de la vie sociale reste une des seules instances d'expression des résidents et des familles. Mais le résident compte tenu de son âge, de sa dépendance est de plus en plus absent de ces lieux privilégiés de dialogue. Actuellement à Aiguebelle, uniquement 3 résidents sur 72 participent à cette instance.

Quant aux familles, il est assez difficile de les mobiliser pour différentes raisons : l'âge des enfants, la lassitude, ou tout simplement la peur de s'exprimer.

Autre dérive, la personne qui entre en établissement pour personnes âgées n'est pas reconnue comme personne. Les attentions particulières normalement accordées à tout individu ne sont pas respectées.

En effet, au-delà d'un rythme proposé, l'environnement impose sa loi. Par exemple, le choix de la place à table n'appartient pas au résident.

Elle est imposée au regard de sa dépendance, de l'aide nécessaire pour les repas, ou tout simplement des places disponibles en salle à manger.

Actuellement 20 % des résidents ne peuvent accéder à la salle à manger du fait de l'exiguïté de la pièce. À sa construction en 1987, elle avait été prévue pour le public restreint de l'époque. Aujourd'hui la dépendance est plus forte (70 % des résidents nécessitent un fauteuil roulant) et la configuration ne permet plus d'accueillir tout le monde.

Cette situation a un impact important dans l'organisation du travail, dans l'efficacité globale et bien évidemment dans la convivialité recherchée.

Au même titre que le choix de la place, les menus n'offrent aucune possibilité d'individualisation (peu de variété...). Par exemple si le professionnel de l'hôtellerie prépare une corbeille de fruits, il oriente souvent le résident vers un fruit plutôt qu'un autre, dans un souci de texture plus adaptée, ou simplement parce qu'il demandera moins de temps de préparation.

Aujourd'hui le service de restauration est internalisé, ce qui est perçu comme un atout, offrant ainsi un partage des habitudes alimentaires (les cuisiniers sont locaux et ont les mêmes usages que les résidents avec la polenta, les diots, la tartiflette...).

Malgré tout, à l'heure actuelle, c'est toute l'architecture qui freine les choix du résident.

Il ne peut s'isoler ailleurs que dans sa chambre. Même dans cette dernière, il doit souvent cohabiter avec une autre personne. Les surfaces des chambres simples sont de 15 m², et 20 m² pour les chambres doubles.

La personne âgée ne possède aucun espace personnel. Elle subit les bruits, les musiques choisies par l'animatrice, les soignants ou les autres usagers. Un des axes du nouveau bâtiment sera de respecter les environnements de nuit, de convivialité mais aussi de l'organisation du travail, au-delà du respect des normes réglementaires.

Madame M., résidente du premier étage évoquait la gêne occasionnée en fin de nuit par le nettoyage des couloirs. Elle se plaignait d'être réveillée chaque nuit par le bruit du balai cognant sur les plinthes.

L'idée de se retrouver « comme chez soi » au sein d'une structure collective peut apparaître comme utopiste.

Aujourd'hui, les aménagements ne permettent pas forcément de répondre aux besoins, attentes de la population accueillie et d'en faire un lieu d'humanisation. De la même manière, les espaces communs règnent en maître. Le manque d'intimité freine l'accompagnement personnalisé et qualitatif.

L'existence de plusieurs chambres doubles illustre ce propos.

Paradoxalement, elles ne sont pas forcément plus demandées par les couples qui entrent en EHPAD. Elles sont aussi source de difficultés lors des propositions d'entrée de la personne dans l'établissement. Vivre aux côtés d'une personne que l'on ne connaît pas,

est un obstacle à l'humanisation, la personnalisation. Cet état de choses n'autorise pas l'intimité, malgré la mise en place, entre les lits, d'un rideau de séparation.

Toutes les chambres ne sont pas dotées de douches privatives. Le résident doit se rendre dans la salle de bain collective selon un planning établi à l'avance.

Aux Belles Saisons, par exemple, le résident n'a droit qu'à une douche chaque semaine. Actuellement, il n'est pas possible de prévoir davantage car l'EHPAD ne dispose que d'une salle de douche par étage. Cette configuration limite l'occupation à 5 douches par jour puisque chacune nécessite environ une heure de temps.

Un autre enjeu concerne la personnalisation des chambres rendue difficile par l'exiguïté des pièces ; ainsi l'apport de petits meubles est impossible.

Les chambres sont équipées avec le même matériel dans chacune, tout est standardisé. Il n'existe aucune diversité dans la décoration ou le style de meubles, et il n'y a pas de place pour des espaces conviviaux.

Les normes très strictes sur le risque incendie par exemple, dans les établissements recevant du public, enterrent définitivement tout projet de personnalisation.

M. R. par exemple m'expliquait que sa mère tenait à une lampe de chevet. Elle lui avait été offerte par son défunt mari. La lampe a dû être enlevée de sa chambre sans possibilité de la conserver en décoration, après avoir supprimé le fil électrique. Le service sécurité avait donné l'ordre de la restituer à la famille, sans aucune possibilité de négocier sur son utilisation.

L'exemple de madame R. illustre bien l'existence de situations décalées qui peuvent survenir lors des contrôles trimestriels effectués par l'organisme extérieur.

Le responsable de cet organisme a néanmoins accepté de lever son injonction suite à un entretien que nous avons eu ensemble.

Autre point négatif, même si les résidents peuvent recevoir des invités pour le déjeuner, dans le salon où sont installées des tables. Ce salon est situé près de l'accueil, donc dans un lieu de passage, sans aucune possibilité d'intimité.

Les enfants de madame R. viennent régulièrement manger avec leur mère mais ils ne peuvent profiter de ce moment de partage familial, car ils sont sans cesse sollicités par des visiteurs. Cette famille originaire de la commune est très connue et se trouve, dans ce contexte, victime de sa popularité.

Autre limite actuelle de la structure : l'EHPAD compte environ 30 % de personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou démences apparentées et ne dispose pas d'une unité dédiée à l'accompagnement de ces résidents ; ce qui limite les possibilités d'accueil.

Actuellement la mixité entre résidents très fortement impactés par la déficience cognitive et ceux moins dépendants au sein d'une structure non adaptée, devient de plus en plus difficile à gérer ou à accueillir. À ce jour, je compense ces difficultés grâce à un partenariat avec un établissement apte à recevoir ce type de public dans un environnement sécurisé.

Au-delà des problèmes liés à la démence ou au manque d'intimité, l'idée de la mort est présente à l'esprit de tous. Le résident pense plus particulièrement à la mort du fait de son grand âge et de l'image véhiculée par l'EHPAD. De surcroît, la mort se rappelle régulièrement à chacun lors des transports de corps qui doivent obligatoirement passer par les lieux de vie, salons, salle à manger...

En l'occurrence, des solutions ont été mises en œuvre, et j'ai retravaillé le plan de circulation dans le bâtiment actuel, favorisant la communication chambres-sous-sol directement par les ascenseurs.

Madame B. me racontait qu'elle était dans le petit salon avec son fils, lorsqu'ils ont vu passer un brancard sur lequel reposait un corps recouvert d'un drap. Elle a supposé qu'il s'agissait de sa voisine de table qui ne descendait plus en salle à manger depuis quelques jours.

Le résident est confronté quotidiennement à l'image de la vieillesse par le spectacle de la dépendance des autres, mais aussi par la sienne. Une fois que tous les résidents se trouvent installés dans les salons à l'étage, une des dames demande sans cesse au personnel « Mais qu'est-ce que je peux faire, me reposer, je ne fais que ça ». Le sentiment d'inutilité est largement partagé par les résidents.

Une autre personne répète « Je sais, on a fait notre temps et maintenant, on est comme des vieux, on attend ». Certaines de ces personnes pourraient accomplir quelques tâches afin de se sentir utiles, mais les professionnels souvent absorbés par leur travail quotidien, ne prêtent plus attention à ces remarques.

L'image que renvoie la société sur la vieillesse, définie comme l'achèvement de la vie en lien avec l'arrêt de la productivité est également à prendre en compte

L'intérêt de l'individualisation est important. Elle permettra de réinjecter du bonheur dans la vie des résidents, d'améliorer leur qualité de vie. Et cette évolution vers la quiétude, résulteront de la diminution du stress et de la peur de la mort. Pour parvenir à ce résultat, il faut proposer des activités, une participation effective à la vie de l'établissement.

Dans un EHPAD des Hauts de France par exemple, les concerts de Charles Aznavour sont retransmis, et les résidents nous surprennent à reprendre des refrains, voir même à chanter entièrement la chanson.

La Charte des personnes âgées dépendantes va dans ce sens et préconise de valoriser l'activité des usagers²², et de maintenir des actes de la vie quotidienne.

Le résident culpabilise aussi parfois devant la quantité de travail accomplie par les professionnels de l'EHPAD. Un résident disait : « Je ne vais pas leur demander de faire mon lit, elles ont tellement de travail ». La prise de conscience d'une charge trop grande de travail, embarrasse bien souvent le résident au point de l'empêcher de solliciter les employés de l'EHPAD, au détriment de ses propres besoins.

Un des leviers pour améliorer ce point sera de travailler la disponibilité et l'écoute du personnel pour créer un climat où la demande sera facilitée. Le personnel de l'EHPAD doit changer de regard sur les résidents, et une réflexion sur la charte de bientraitance me semble être un axe à prévoir.

2.2 Les familles

Certaines familles illustrent parfaitement le regard que la société porte sur la vieillesse. Voir son proche parent perdre son autonomie est douloureux. L'image alors renvoyée peut effrayer. Beaucoup d'enfants ne supportent pas de devoir gérer les faiblesses de leur parent.

Un autre point qui freine le désir des familles de venir en aide au quotidien au parent placé en EHPAD, c'est le coût représenté par l'hébergement et la dépendance, coût qui semble assez élevé aux enfants, pour ne pas entrer en compétition avec le travail des professionnels qui leur est facturé. Concrètement le coût mensuel de l'hébergement est de 1 800 € pour une moyenne nationale de 2 200 €. Malgré cette situation avantageuse, la prestation est perçue comme trop onéreuse par les familles.

En conséquence, la préservation de l'autonomie n'est pas mise en avant par la famille qui n'encourage pas le résident, à effectuer des gestes qu'il est encore en mesure de pratiquer et pour lesquels, il pourrait être demandeur.

Le sentiment que son parent ne reçoit pas suffisamment d'attention et de soins de la part des professionnels représente une source de conflits permanente entre le personnel et les proches du résident.

J'ai pu recenser 3 zones de tension entre l'institution et la famille autour de l'utilisateur.

- L'entrée d'un proche dans un établissement engendre de la culpabilité et souvent un malaise l'accompagne. Cette nouvelle vie proposée à l'utilisateur, peut être perçue comme un abandon, voir même une trahison.

²² Fondation nationale de gérontologie et ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, Charte des personnes âgées dépendantes, disponible sur internet http://www.ch-saverne.fr/documents/charte_personne_agee_dependante.pdf [visité le 10 janvier 2018]

Les enfants ou les aidants parfois investis dans l'accompagnement, se trouvent contraints de céder leur place car la situation devient trop difficile : la dépendance s'est accrue, l'épuisement est trop grand.

La psychologue qui est arrivée dans l'établissement en janvier 2018, a recensé, au 30 juin 2018, 12 suivis hebdomadaires de familles.

La dépendance d'un proche est souvent vécue comme traumatisante. Toute l'image négative que véhicule la vieillesse, prend corps lors de l'entrée en EHPAD : dépendance, personne affaiblie, troubles mentaux, stigmates physiques de l'ensemble du public accueilli.

- Une prise de conscience, brutale parfois, des changements induits par la vieillesse entraînent un renversement du rapport parent-enfant, qui survient parfois avant même l'entrée du résident en institution, et ne fait que se renforcer après l'entrée du parent en institution. La perte d'autonomie et de repères s'accélère souvent très rapidement après le placement. Les enfants sont alors amenés à gérer cette nouvelle difficulté. Ce qui représente une situation frustrante, à laquelle ils ne sont pas préparés.

Enfin, la structure renforce le sentiment de déshumanisation : (manque d'intimité, mobilier ultra standardisé, procédures telles qu'une douche par semaine ou les repas très cadencés).

Les proches sont demandeurs d'attentions, de personnalisation des soins pour leurs parents, et se trouvent confrontés pour certains, au fonctionnement de l'établissement et à une organisation trop rigides.

Cette situation peut générer des conflits, des tensions entre le personnel et familles. Depuis ma prise de fonction (il y a 6 mois), j'ai déjà relevé 4 situations conflictuelles survenues au cours de mes gardes.

La photo actuelle des visites et de l'investissement de la famille, sur 72 résidents, atteint difficilement 10 personnes. Ce chiffre traduit au mieux un désintérêt, au pire un abandon du proche entrant en EHPAD.

Sur ces 10 familles, 4 d'entre elles, entrent en conflit régulièrement avec le personnel sur les prises en soin. 3 grands types d'exigences :

- une organisation de l'établissement non optimisée au regard du membre de la famille,
- Une gestion au quotidien jugée comme manquant de chaleur et de bienveillance,
- la méconnaissance du bien être de leur parent. Un exemple parmi d'autres, celui de la fille de M T, résident, de retour d'hospitalisation depuis deux jours. Elle ne comprenait pas pourquoi, l'équipe n'avait pas réveillé son père pour lui donner son petit déjeuner.

Or, ce résident, affaibli et perturbé par une nuit d'hospitalisation, avait besoin de repos. L'incompréhension est restée totale malgré les explications données.

Ainsi le fossé entre personnel et familles se creuse, favorisé par la multiplication du nombre d'incidents liés à des incompréhensions : soins pour les uns, négligence pour les autres.

Il est impératif de chercher à rétablir une communication didactique afin de restreindre les conflits, d'instaurer une ambiance sereine et d'optimiser le travail des personnels. Cette évolution se traduira auprès du résident par plus de fluidité dans le triangle relationnel résident, famille, personnel.

2.3 Du côté du personnel

Travailler en EHPAD n'est pas toujours perçu comme une tâche noble, et surtout le personnel a souvent l'impression d'être intégré à un « mouvoir », espace dépourvu d'ouverture sur l'avenir. Un ensemble de ressentis qui ne favorise aucunement l'écriture d'un quelconque projet personnalisé en direction du résident dépendant.

R. Vercauteren²³, pose abruptement la question : « En quoi et comment une personne entrant en établissement pourrait-elle encore avoir un projet ? ».

Une interrogation que la plupart des acteurs (résidents, aidants voire professionnels) peuvent se poser.

Effectivement, comme évoqué dans la partie consacrée aux résidents, l'EHPAD représente souvent la dernière étape d'une vie, chacun étant conscient de cette réalité. L'écriture d'un projet de vie devient alors difficile, mais ce n'est pour autant que le sujet de la mort est clairement évoqué.

À Aiguebelle, seules deux personnes ont rédigé leurs directives anticipées.

À ce jour, les professionnels ne connaissent pas les souhaits et les désirs des résidents en fin de vie.

Ils n'osent aborder ces questions, et se retrouvent face à un paradoxe : participer à l'élaboration d'un projet de vie et devoir parler de la mort.

L'EHPAD est souvent synonyme du dernier lieu de vie, et cette idée se révèle bien entendu exacte.

²³ VERCAUTEREN, R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées. Rôles et exercices*, Revigny-sur-Ornain : Doc Editions, p.54

Selon une étude de la DREES, « Sur dix de ces sorties, huit correspondent à des décès, une à un transfert vers un autre EHPAD et la dernière à un retour à domicile²⁴ ».

À Aiguebelle en 2017, les 28 départs se répartissent de la manière suivante :

- 26 décès
- 1 rapprochement familial
- 1 orientation vers une structure plus adaptée.

Aujourd'hui, les professionnels dressent un état des besoins et des habitudes de la personne âgée lors de son entrée, dans l'objectif de respecter le bien être du résident.

Le niveau de rotation des résidents est extrêmement important en ce moment (la durée de séjour pour certains est de 3 mois), ce qui rend plus complexe encore l'élaboration approfondie et suivie du projet de vie.

L'utilisateur doit être au cœur des préoccupations des professionnels, mais ces derniers expriment leur souffrance face à une représentation dégradée de la personne âgée. Le travail auprès de ce public est difficile et complexe (beaucoup de manipulations, des mobilisations difficiles, de l'incontinence...).

« Le constat qu'établit la Drees est alarmant. Aujourd'hui, le nombre d'arrêts de travail dans les EHPAD est deux fois supérieures à la moyenne nationale, toutes branches confondues. Les conditions de travail se sont largement dégradées, et font peser une charge physique et psychologique que les personnels ne peuvent plus supporter.²⁵ »

Même si à l'heure actuelle pour Aiguebelle, l'exercice en EHPAD, est plutôt un choix qu'une contrainte liées aux offres d'emploi du bassin Mauriennais, il n'en demeure pas moins que des réalités persistent.

Lors des entretiens professionnels effectués en ce début d'année, j'ai évoqué la question suivante : « Qu'est ce qui a motivé votre exercice en EHPAD ? ».

Un sujet abordé auprès de l'ensemble des professionnels qui ont un contact direct avec les résidents, soient :

- AS
- AMP
- ASG

²⁴ FIZZALA A. (DREES), 2017, « Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011 », *Les Dossiers de la Drees* n°15, Mai 2017

²⁵ PITORRE A., 20 septembre 2017, « Les arrêts de travail explosent dans les EHPAD » disponible sur internet <http://www.entreprise.news/les-ehpad-deux-fois-plus-touchees-que-le-btp-par-les-arrets-de-travail/> [visité le 20/09/2017]

- ASH de soins, hôtellerie et entretien des locaux

Sur ces 38 personnes :

- 7 expriment ce choix par défaut et 7 ajoutent par la proximité du domicile,
- 19 par choix réel,
- 5 par défaut au départ mais ont ensuite fait le choix d'évoluer dans le secteur en suivant par exemple des formations telle l'ASG.

Cette même question a été posée aux deux infirmières en poste (le troisième poste étant pourvu par de l'intérim) et elles répondent catégoriquement, qu'il s'agit bien d'un choix de parcours professionnel.

Exercer en EHPAD est toujours possible, pour les personnes qui ont peu de qualifications. Il est plus facile de postuler dans ce secteur. Toutefois, des changements s'opèrent quant au regard porté sur le travail auprès de la personne âgée dépendante.

Aujourd'hui, l'exigence est importante et intègre les notions de bien être de la personne âgée dépendante. Ces emplois en EHPAD sont reconnus pour être éprouvants physiquement et moralement ; peut-être encore davantage s'il s'agit d'un choix contraint.

Un autre facteur entre en compte. Une aide-soignante m'expliquait qu'elle se sentait moins reconnue par la société lorsqu'elle évoquait son travail en EHPAD, qu'à l'époque où elle travaillait en chirurgie. Elle se sentait moins valorisée par son entourage.

L'image de la dépendance et de la fin de vie a un impact sociétal important.

Le soin nécessaire en établissement pour personnes âgées est différent de celui d'un service de court séjour par exemple. Et cette donnée est difficile à mettre en avant. Le soin comprenant le relationnel évolue, mais beaucoup de soignants oublient cette notion. D'ailleurs, pendant longtemps, la formation du soignant a occulté cet aspect du métier, favorisant l'hygiène et l'asepsie. La communication, les échanges avec la personne n'étaient pas abordés en cours, prétextant que l'empathie est un phénomène naturel.

L'accompagnement est rendu délicat en raison d'une culture professionnelle très axée sur la prise en charge sanitaire et des pratiques professionnelles très centrées sur l'hygiène.

Accompagner la personne âgée, doit consister à l'aider à vivre en lui redonnant la capacité et le goût de « faire ». Ce point est difficile à mettre en œuvre, car les parties en présence sont fortement influencées par une culture de type « soin médical » au détriment du médico-social.

Chaque professionnel selon sa fonction, son parcours, sa formation, possède ses propres références, sa logique, ses façons de penser et d'agir. La culture influence le regard porté par les personnels sur les résidents et également sur l'analyse des besoins.

L'effectif important d'aides-soignantes sur l'EHPAD d'Aiguebelle reflète bien cet état d'esprit tourné vers le sanitaire. Peu d'aides médico-psychologiques²⁶ ont été recrutées sur l'EHPAD. L'image de l'hôpital prédomine, et se trouve renforcée par le port de la blouse blanche. Chaque professionnel est vêtu de blanc, que ce soit pour le personnel de l'hôtellerie, les soignants, ou même des intervenants au cours des animations.

L'organisation de la journée ressemble elle aussi à celle de l'hôpital, avec une équipe du matin, une d'après-midi et des veilleuses de nuit. Le matin est consacré, comme à l'hôpital, aux toilettes et aux soins.

Je propose de retravailler l'organisation et les missions attribuées à chacun, et de répartir la journée en termes de besoins. Une orientation qui pourrait être appréciée d'un personnel qui passerait d'un système proche du « fordisme » à un travail d'équipe.

« Le **Fordisme**, modèle d'organisation que l'on doit à Henry Ford, est basé sur une production standardisée de masse »²⁷.

Il est avéré que désormais, la personne âgée qui entre en institution, nécessite de plus en plus de soins médicaux. De ce fait, peu de place est laissée à l'aspect relationnel que l'on attend dans un lieu de vie.

Face à une culture soignante non contrebalancée par la dimension humaine, le manque de culture gérontologique est présent. Les médecins généralistes qui s'occupent de leurs patients, comme les infirmières de l'établissement, n'ont pour la plupart, aucune formation sur le vieillissement.

Même lors de la fin de vie, le personnel médical cherche à explorer afin de guérir. Ce qui signifie des déplacements de la personne vers des centres de soins hospitaliers, des investigations parfois douloureuses, une perte de repères de l'environnement.

Et la conclusion est souvent la suivante : la pathologie ne sera pas traitée compte tenu de l'âge de la personne.

M. B. est en soins palliatifs (stade décidé par le médecin remplaçant, face à des douleurs entraînées par des métastases). À son retour de congés, le médecin référent prescrit un bilan sanguin afin de connaître l'évolution de la pathologie. L'infirmière présente ce jour-là, l'interpelle, lui rappelle la situation du résident, et l'incohérence de la prescription.

Cet exemple montre que tous les professionnels ne possèdent pas la même conception des soins à prodiguer aux personnes en fin de vie.

²⁶ AMP, appelées AES (Accompagnant éducatif et social) depuis 2017

²⁷ « Qu'est ce que le Fordisme ? Définition et explications » disponible sur <https://www.henryford.fr/fordisme> [visité le 20/09/2017]

Nous déplorons aussi l'absence de médecin coordonnateur, qui pourrait peut-être établir un lien mais son recrutement est difficile sur le canton. Un temps de 30 % est prévu, mais cette quotité est peu attractive. Aujourd'hui, j'ai suggéré aux autres directeurs du canton de mutualiser ce poste et ainsi proposer un temps complet.

Cette absence de culture gérontologique, participe à la non-personnalisation. Le soignant considère la maladie ou l'état de la personne âgée, contrairement au travailleur social qui s'adresse à la personne elle-même. Cette nouvelle approche permettrait de mettre en place une culture centrée sur l'autonomie et une vision globale du résident.

Même si les professionnels candidatent dans le secteur de l'aide à la personne âgée, ils ne sont pas pour autant prêts à être confrontés à la dépendance, à la vieillesse et à la mort.

Une des réactions fréquemment observée va consister à se réfugier dans le cadre sécurisant des techniques de soins, limitant ainsi toute forme de communication, dans une volonté de se protéger.

Un autre écueil à surmonter réside dans la grande diversité des profils du personnel. Des âges différents, des parcours de vie dissemblables, des cultures variées, rendent difficile l'objectif unique d'humaniser l'accueil de la personne âgée en EHPAD.

Beaucoup d'agents viennent avec leurs propres difficultés dans l'établissement. La conséquence est une disponibilité précaire pour le résident, source de tension possible entre professionnels, qui ne trouvent pas d'accord sur l'accompagnement du résident et les soins à prodiguer.

Sur 46 personnes, 4 connaissent des difficultés, qui impactent à la fois le travail et le relationnel (maladie, difficultés familiales...). La conséquence directe ou indirecte chaque semaine réside dans la survenue de deux conflits au minimum.

Un autre point est à prendre en compte: la diversité des métiers entourant le résident. Les différents professionnels n'ont pas les mêmes connaissances du vieillissement, et cette diversité entraîne un cloisonnement préjudiciable à un travail d'équipe. Les personnels du paramédical, de l'hôtellerie et de la restauration, de l'animation ne répondent pas aux besoins de l'utilisateur avec le même objectif.

Certains acteurs ont pour unique acquis une qualification par l'expérience. Ils ne peuvent s'appuyer que sur leurs ressources et valeurs personnelles pour réagir et s'adapter aux difficultés rencontrées.

L'approche du public, des familles et les différentes dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie et activités) sont dépendantes de ces multiples logiques, qui peuvent parfois s'opposer.

Le cas par exemple, d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer qui lors d'un soin, va cracher, hurler. Elle va être cataloguée par l'un des professionnels, comme personne agressive et sera traitée par des neuroleptiques, alors qu'un autre intervenant, va entrer en communication avec ce résident et le canaliser.

Si la cohésion entre tous est déjà difficile à trouver pour les aspects fonctionnels, elle l'est encore plus pour les aspects humains. Il est difficile de fixer des objectifs, de mesurer la qualité de cet aspect du travail, des échanges avec les usagers.

L'interaction globale et ce, multiplié par autant d'individualités qu'une structure en compte, peut complexifier la prise en charge humaine. L'empathie dans le huis clos d'une chambre est difficilement quantifiable.

L'organisation de l'établissement lui-même, outre la gestion du personnel, est orientée vers le sanitaire et le fonctionnel.

2.4 Une organisation

La prise en charge et la gestion de l'utilisateur se modélisent autour des aspects structurels : bonne prise des repas, constantes vitales, soins, pansements, changes...

Lorsque l'état de santé d'un résident se dégrade, même de façon ponctuelle, la prise en charge qui suit, peut créer ou amplifier un traumatisme pour l'utilisateur. À Aiguebelle, faute d'infirmières de nuit, l'aide-soignante appelle le 15 qui déclenche le processus d'hospitalisation. Cette orientation est traumatisante pour la personne (prise en charge par les ambulanciers ou les pompiers, accueil aux urgences sur un brancard dans le couloir, attente très longue...) et souvent, n'est pas justifiée. Un simple diagnostic infirmier aurait suffi.

Mais au-delà de ces situations d'urgence, le travail au quotidien reste éprouvant et difficile.

L'infirmière référente, par exemple, se sent souvent incomprise par les équipes soignantes. Un soin spécifique à prodiguer à une personne du fait d'une pathologie (exemple : un pansement qui demande un lavage de pieds chaque jour), est effectué auprès de l'ensemble des usagers sans réflexion sur le besoin réel.

Finalement, un sentiment de frustration naît, accompagné d'une prise de conscience : un massage aurait été plus bénéfique, plus adéquat pour les autres résidents.

Une communication déficiente (consignes approximatives) au sein d'une même équipe soignante, est souvent source de mauvaises interprétations, même si, une double action a été envisagée sur ces aspects de communication entre équipes :

- un plan de soins mieux suivi (outil permettant de définir les soins journaliers),
- et faire vivre ce plan par une réunion d'équipe hebdomadaire.

Le personnel doit se sentir investi et impliqué. Il appartient à l'encadrement de valoriser et de structurer l'équipe.

L'organisation elle-même, du fait d'une gestion collectiviste ou globale, montre ses limites au regard de la dimension humaine de l'usager :

- Des réveils systématiques au cours de la nuit, pour vérifier l'état de la protection d'incontinence.
- Mise en place de protections hygiéniques « préventives » aux personnes qui seraient encore autonomes. Outre l'aspect dégradant, cela engendre une perte d'autonomie effective.

À ce propos, notre prestataire en protections va dispenser des formations et un suivi sur les bons usages.

- Le déroulement d'actions comme le petit déjeuner s'effectue dans une logique industrielle. Il commence à 7h30 et se déroule d'un bout à l'autre de l'établissement, sans prendre en compte les envies des résidents. Les plateaux sont ensuite enlevés dans une gestion du temps stricte. L'avis et le rythme du résident ne sont pas pris en compte.

Fort de l'expérience dans un groupe privé, le personnel est en costume hôtelier, et se montre aimable et serviable.

Je souhaite vraiment proposer de poursuivre dans cette direction en proposant un service plus qualitatif.

De la même manière, la gestion du temps concernant les mises aux toilettes, apparaît inadaptée pour l'usager : il est installé alors que le besoin n'est pas forcément présent à ce moment-là. L'emploi du temps global prime sur le besoin spécifique.

Au cours de la matinée, entièrement dédiée aux soins et à la toilette, la plupart des résidents sont délaissés (installés dans le petit salon pendant des heures sans aucune interaction). L'amélioration du confort de l'usager passe par une écoute et une organisation du travail. Une meilleure adaptation aux besoins doit en découler. La notion de bien-être doit toujours être présente à l'esprit de chacun.

Pour les repas, les résidents sont installés en fonction de leur dépendance et de leurs besoins d'accompagnement mais pas forcément en fonction des affinités que chacun pourrait ressentir pour d'autres résidents.

Le calendrier des animations reste vide pendant le weekend et les congés, créant des ruptures dans le rythme de vie du résident (la lecture du journal chaque matin à 11h est pour lui, très importante et dans ce cas, lui fait défaut).

Le coucher des personnes dépendantes est imposé selon des horaires très décalés (17h pour cause d'organisation globale).

Les personnes les plus dépendantes sont couchées selon l'organisation des soignants. Ces pratiques pourraient être changées par des modifications d'horaires de travail et des couchers par le personnel de nuit selon une rotation.

Au-delà de l'approche axée sur une culture sanitaire, la collectivité impose des contraintes auxquelles nous ne pouvons pas toujours déroger.

Ainsi, il est très difficile pour les personnes âgées les plus dépendantes, de faire une sieste l'après-midi. Si le résident est couché à 14h, il n'est pas possible pour les équipes de le relever après le goûter, surtout si des moyens de manutention doivent être utilisés. La charge de travail et les effectifs ne permettent pas de répondre à cette demande.

Pourquoi dans ce contexte, ne pas utiliser le matériel d'une manière plus judicieuse (ex : les fauteuils actuels offrent une position allongée, qui n'est pas utilisée).

La notion de « travail empêché »²⁸, défini comme un travail qui ne peut être mené à terme du fait des contraintes de l'organisation, permet de restituer ce ressenti des professionnels.

En EHPAD, cela se traduit souvent par le sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles. Et notamment celles qui ont pu les conduire à exercer dans ce type d'institution, comme le fait de donner du sens aux soins apportés aux résidents (être disponible, rassurer, maintenir l'autonomie...).

Mon expérience m'a permis d'approcher d'autres EHPAD et j'ai pu constater que les soins peuvent suivre une logique liée au lieu de vie. Par exemple, l'infirmière aborde le soin de réfection de pansement, en commençant par un échange avec la personne. Pour l'utilisateur, la technicité paraît ainsi secondaire.

Adopter une attitude de soin différente est un des leviers réalisables. Et ce, sans toucher aux effectifs définis lors de la convention tripartite de l'établissement.

À l'heure actuelle, les établissements sont confrontés à l'augmentation de la charge de travail (évolution de la dépendance).

Le GMP est la résultante de la mesure de groupes iso ressources (GIR) de chaque résident de l'EHPAD. Il donne le niveau global de charge en soins pour les résidents de l'EHPAD, et permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des actions effectuées seule par la personne âgée elle-même, dans son environnement. Il définit en fonction de la perte d'autonomie, le GIR auquel la personne appartient.

²⁸ PETIT J., DUGUE B., 2013, « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n°15-2, disponible en ligne <http://journals.openedition.org/pistes/3419> [visité le 02/02/2018]

Cependant, compte tenu de la réactualisation tous les 5 ans, l'effectif et la charge en soins n'est pas toujours en adéquation. Et ce phénomène est de plus en plus présent, car la personne âgée entre au sein de l'EHPAD avec une dépendance plus accrue.

Le taux d'encadrement annoncé par les politiques publiques pour un usager est de un. Toutefois dans l'établissement que je dirige, il est de 0,68 ; ce qui rend d'autant plus difficile une organisation tournée vers les besoins et les attentes de l'usager et de sa famille.

Un sentiment de frustration naît à l'écoute des informations données par les politiques. Les professionnels évoquent un manque de réalité de terrain, de compréhension et une méconnaissance grandissante de leur activité.

Le décalage entre réalité terrain et discours politique revient souvent dans les échanges.

Des incompréhensions entre direction et personnel renforcent chez ces derniers le sentiment que l'établissement est piloté avec, comme seul souci, l'aspect financier. Par exemple, l'investissement pour remplacer de vieilles couvertures usées et fortement abimées (plus de 25 ans), a failli ne jamais être réalisé.

Pour limiter ce sentiment d'impuissance, une commission des besoins a été mise en place. Un signal fort que je souhaite envoyer aux équipes.

Autre exemple, le lit douche pour les personnes alitées est très apprécié des résidents et indispensable pour les agents. Son achat a été longtemps repoussé.

Une mauvaise communication fait naître un sentiment de frustration, l'impression de ne pas être soutenu ; ce dans toutes les catégories de personnel.

Un manque d'eau pétillante (diminution des risques de déglutitions) n'a trouvé de solutions que par le déplacement et la bonne volonté d'une infirmière jusqu'au centre commercial voisin.

Trouver un moyen pour limiter la dichotomie entre les contraintes quotidiennes vécues par les salariés et la vision des instances dirigeantes, va être ma priorité.

En dehors des temps de transmissions orales auxquelles participe le cadre de santé, l'organisation du travail ne prévoit pas de temps d'échanges formels.

La communication institutionnelle s'effectue souvent lors des temps informels (salle de pause par exemple).

Afin d'harmoniser le travail des différents acteurs, il est nécessaire de trouver une organisation permettant une communication et une compréhension mutuelles.

Outre les modes de communication, les projets de vie sont également à revoir, car ils n'ont aucune efficacité. Ils n'apportent aucune valeur ajoutée à la connaissance de la personne accueillie.

Dans la réalité, il s'agit davantage d'un recueil qui reprend l'histoire et les habitudes de vie de la personne âgée. Mais les pratiques reposent plus souvent sur le remplissage sommaire de ce document, ce qui gomme les spécificités de chacun.

Cette non prise en compte des besoins de chaque résident, liée à une organisation collectiviste et impersonnelle du travail, ont bien entendu des conséquences sur la qualité de la prestation.

Ainsi, faute d'information et de temps, le résident est souvent installé devant la télévision et attend dans la passivité, l'heure du repas. Est-ce vraiment son choix ?

L'animatrice de l'établissement, souvent seule, ne peut proposer des activités individualisées à chaque résident, et privilégie les animations collectives. Les soignants, quant à eux, favorisent les soins de nursing qui appartiennent davantage à leur culture.

Le projet d'établissement, lui-même, privilégie ces aspects fonctionnels. Il est établi d'après une vision réglementaire, et non comme un support des orientations possibles et réalisables.

Il est largement optimisable grâce au redéploiement des moyens humains.

La marche de l'EHPAD avec ses règles organisationnelles favorisent l'uniformisation.

Lors de la construction du prochain EHPAD, tous ces éléments seront à prendre en compte dans le projet d'établissement. L'objectif est ainsi de répondre au plus près des besoins des usagers accueillis, et aux futures demandes du territoire.

Une participation du personnel de terrain est indispensable, et permettra peut-être d'éviter des aberrations architecturales telles que l'installation dans la région d'un lieu de vie sur pilotis qui rend l'accès extérieur difficile.

Outre cette vision centrée sur la structure elle-même, l'EHPAD est en constante interactions avec l'extérieur.

2.5 Un établissement au sein d'un territoire

Du fait des 3 grandes sources de financement (ARS, département et l'utilisateur), les règles du jeu sont fixées à l'extérieur de l'établissement. La stratégie, les aspects financiers ne lui sont pas propres.

Le département finance la part des soins due à la dépendance des résidents. Le tarif recouvre les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de vie courante. Il est évalué en fonction du niveau de dépendance du résident, selon les groupes iso ressources du plus dépendant au moins, de 1 à 6.

Une personne qui n'effectue pas ses transferts seule, qui est accompagnée pour la réalisation de sa toilette et est incohérente, ressort plus d'un GIR 1. Alors que la personne qui est cohérente et participe à la toilette, intègre plus le GIR 3.

Mais n'est pas pris en compte dans cette évaluation, le temps relationnel demandé en fonction des pathologies psychiques. Seule la dépendance représentant des actes physiques, peut être quantifiée.

Et c'est cette évaluation qui est utilisée pour définir un GIR moyen pondéré, et par conséquent, la détermination des effectifs.

Dans l'établissement, le GMP est de 722. Un taux qui prend en compte les aspects factuels et mathématiques, laissant peu de place aux aspects humains, relationnels et autres aléas quotidiens dans un EHPAD.

De la même manière, la nouvelle méthode de calcul avec les CPOM et le passage à l'EPRD, entraîne un raisonnement par cet indice qui peut sembler quelques fois un peu réducteur au regard des nombreux paramètres aléatoires. L'approche est donc basée sur la perte d'autonomie et non sur les besoins d'une personne vieillissante dans un lieu de vie.

La contrainte de gestion appliquée à travers le taux d'occupation illustre la difficulté de résoudre l'équation. Un décès à jour J, avec les objectifs du taux actuel qui est de 98 %, impliquerait une entrée dès le lendemain. Quid du temps laissé à la famille et aux agents pour organiser un nouvel accueil.

Un autre indicateur est important. Il s'agit du PATHOS, qui définit la charge en soins. Ce dernier n'a pas été réévalué depuis 2010. Un phénomène expliqué par l'absence de médecin coordonnateur, acteur important dans l'évaluation et la réalisation.

Aujourd'hui, Il est accompli par un médecin gériatre du canton. Mais ce professionnel rencontre des difficultés de cotation, car les généralistes ne détaillent pas suffisamment les prescriptions, ou ne demandent pas de suivi pour les pathologies connues à l'entrée. Ces manques entraînent une perte d'attribution de moyens en soins.

Lorsque le généraliste consulte à domicile un patient, qui présente des antécédents cardiaques, il effectue au minimum me semble-t-il une prise de tension artérielle. En établissement pour personnes âgées, c'est l'infirmière qui réalise de façon systématique, cet acte non prescrit par le médecin. Cette absence de prescription favorise l'invisibilité de soins désormais non quantifiables.

Ces manques d'indications sur l'existence d'actes masquent le travail réellement effectué et la charge en soins des infirmières à l'agence régionale de soins (ARS). L'autorité s'appuie, pour allouer les financements, sur des actes concrets et donc en l'occurrence sur des prescriptions.

La recherche de moyens financiers passe également par la commune. Elle participe au fonctionnement par une implication concrète : un terrain est mis à disposition pour recevoir la nouvelle construction, et sur le plan politique, le maire, pour le cas d'Aiguebelle, est président du conseil d'administration.

Toutefois ce multi financement limite le champ d'action de la directrice et l'oblige à composer avec les contraintes que cela peut engendrer.

La critique émise sur l'impossibilité d'un accompagnement de qualité, se reporte alors sur les « politiques » chargés de l'organisation et du financement du secteur médico-social.

Les soignants éprouvent fréquemment le sentiment d'être une variable d'ajustement dépourvue de valeur. Des personnes placées en première ligne face à des objectifs qu'ils ne sont pas en capacité de remplir.

Ils se sentent identifiés à des robots ou des machines, synonymes à leurs yeux de maltraitance. Le champ lexical utilisé (répétition des tâches, cadences...) pour décrire leurs conditions de travail, renvoie à la déshumanisation du résident.

Au-delà des aspects financiers et politiques, l'EHPAD est un lieu ouvert sur l'extérieur induisant de nombreux jeux relationnels avec des acteurs locaux (assistante sociale, ADMR, mairie, pompiers, médecins, les paramédicaux, gendarmerie, pompes funèbres...).

La résidence a la volonté de s'inscrire dans un réseau gérontologique de soins, avec comme objectif, d'assurer une prise en charge globale des personnes âgées accueillies.

Néanmoins, le manque de coordination déjà constaté plus haut, rend les échanges compliqués et pousse au repli sur soi.

Dans l'établissement, des partenariats étroits ont été contractualisés avec les établissements de la Maurienne, entraînant la mise en place, d'une astreinte infirmières de nuit. Cette stratégie a rencontré des difficultés organisationnelles compte tenu de l'éloignement géographique des structures. La distance entre Modane et Aiguebelle est conséquente (90 kilomètres).

Par contre, l'intégration de l'EHPAD sur le territoire est effective, mettant en jeu des projets culturels, des échanges intergénérationnels comportant un partenariat entre l'EHPAD et les écoles de la commune. Des résidents participent aux Olympiades : un concours entre plusieurs EHPAD, portant sur des activités telles que le jeu de questions, ou le lancer d'anneaux sur des bouteilles... Ces manifestations favorisent la communication, la valorisation de la personne. Les résidents ont l'occasion de retrouver d'anciennes connaissances ou de créer de nouvelles relations.

Ces actions demandent à être développées, enrichies dans un contexte global de prise en soin de la personne âgée dépendante.

3 Le projet

3.1 Concept : remettre de l'humain dans un collectif pour personnaliser l'accompagnement

Accompagner un résident au sein d'un EHPAD, c'est aussi s'autoriser à considérer l'usager comme un individu et non, comme une pathologie à traiter.

C'est reconnaître la place centrale de la personne que l'on accueille dans une structure pour personnes âgées dépendantes. Cette reconnaissance permet de développer un hébergement et une prise en compte de l'individu dans sa globalité (ses désirs, ses besoins...). Sa qualité d'être humain est préservée, malgré les déficiences physiques ou mentales éventuelles dont il souffre.

L'EHPAD doit être en mesure, de proposer un véritable lieu de vie où réside chaleur, convivialité et projets. L'accompagnement, la délicatesse doivent entourer le résident à tout instant de son séjour, même au moment de son dernier souffle.

Au-delà des gestes ou des actions, les attitudes et la communication, participent à une prise en soin bienveillante. Se rappeler que nous accompagnons des humains avec une histoire de vie particulière, permet de se situer au plus près des attentes de la personne.

Pour être efficient dans les prises en soins, il apparaît important de garder en mémoire cette évidence : une meilleure communication entraîne une meilleure connaissance et ainsi, facilite la réponse aux besoins et aux attentes de chacun.

Par exemple, communiquer sur la mort, c'est aussi permettre à chaque résident, de faire connaître ses dernières volontés, de faire son deuil lors de la disparition d'un voisin, d'un ami, d'un compagnon de chambre. Rendre la mort acceptable et digne, permettra de changer la vision de l'EHPAD et la peur sous-jacente que la structure en elle-même induit.

Je m'inspire du concept d'humanité dans ma réflexion d'un lieu de vie.

3.1.1 S'appuyer sur l'approche de Ginest et Marescotti

« L'humanité s'intéresse aux liens qui permettent aux humains de se rencontrer quel que soit leur état, leur statut. Le maintien de ces liens s'appuie sur trois piliers relationnels : le regard, la parole, le toucher et un pilier identitaire, la verticalité »²⁹.

Une définition du concept qui permet de placer chaque acteur (soignant-soigné), dans un contexte de prendre soin.

²⁹ Humanitude, présentation. Disponible sur internet <http://www.humanitude.fr/lhumanitude/#lhumanitude-lien-vers-presentation> [visité le 26/01/2018]

Avec cette notion de respect de la personne dans son individualité, l'accompagnement devient adapté et bienveillant.

Humaniser un accompagnement, c'est aussi penser à la bienveillance. Cet aspect est vrai pour le personnel, mais aussi le résident. Il est donc important de bien définir la place de chaque acteur dans le processus d'aide, de professionnaliser les pratiques d'accompagnement.

Certains résidents, selon leur personnalité, leur pathologie ou leur dépendance, apprécieront le toucher alors que pour d'autres, il sera rédhibitoire.

Mon souhait est de favoriser une approche personnalisée de la personne âgée. Le concept d'humanité permet l'abord d'une attitude positive et adaptée pour améliorer le confort, la qualité de soin mais aussi le bien être de la personne.

Le « prendre soin » du résident est favorisé par le respect de ses attentes et de ses besoins en tant qu'humain. C'est aussi stimuler, rassurer la personne sur ses capacités et préserver son autonomie.

En qualité de directrice, je souhaite impulser un accompagnement proche de cet idéal.

3.1.2 Ma volonté d'humanisation de l'établissement

Dans ce contexte, je souhaite valoriser l'aspect lieu de vie de l'établissement.

Même s'il s'agit souvent de la dernière demeure de la personne, je veux montrer qu'il est tout à fait possible de rendre cette dernière étape sereine et heureuse.

Différents axes sont à explorer :

- La participation active des usagers est à maintenir ainsi que la communication resserrée avec le personnel. Les rencontres avec les usagers favorisent le sens donné au séjour et individualisent l'accompagnement. L'animatrice a un rôle certes déterminant, mais il peut être partagé avec d'autres professionnels de l'établissement, sur des aspects différents de la vie en EHPAD.

La communication est à mettre en évidence dans le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement ou le livret d'accueil, un ensemble de documents où doivent refléter les orientations de la structure déclinées dans le projet de vie, le projet d'établissement. Que ce soit la communication orale ou écrite, elle doit être accessible à chacun.

Toutes informations également communiquées lors des conseils de la vie sociale, auxquels participent résidents et familles qui le souhaitent. Ces dernières peuvent faciliter et favoriser la communication au sein de l'institution.

La connaissance des évènements en cours, des actions entreprises doivent également être partagée.

Cette communication doit relayer les valeurs de l'établissement.

Notre éthique de l'accompagnement et de la vieillesse est fondamentale lors de la transmission des informations (importance de la prise en compte des limites physiques ou mentales...).

- Favoriser l'expression des usagers est indispensable. L'écoute doit être une des cibles des pratiques professionnelles. Toute personne est singulière et il appartient aux accompagnants de faire preuve d'adaptabilité. Cette capacité favorise l'intégration de la personne âgée dépendante dans son nouveau lieu de vie.

« Humaniser, c'est respecter l'autre dans toute ses dimensions physiques, psychiques, sociales et culturelles ». ³⁰

Pour aborder l'humanisation au sein même de l'institution, je dois impulser et accompagner les professionnels vers la culture de l'empathie, de la communication et du partage.

Mon objectif est de fédérer non seulement les équipes, mais aussi les aidants et les résidents autour de l'accompagnement sans oublier les partenaires extérieurs.

3.2 La démarche

Plus qu'un simple concept, des leviers sont disponibles pour orchestrer cette philosophie et en faire une réalité. L'arbitrage prend en compte des notions de bien être, mais aussi le respect de règles budgétaires. Dans ce contexte, une place pour la créativité reste vacante.

Mon souhait est d'explorer cet univers tridimensionnel : bien être de l'utilisateur, respect des budgets et goût pour l'innovation.

Le tout dans une démarche participative de l'ensemble des acteurs.

3.2.1 Mes objectifs

Pour déployer cette démarche stratégique, je vais m'appuyer sur 4 segments :

- Le résident
- L'aidant
- Le personnel-organisation incluse
- Et l'extérieur

Le fil rouge de mon action en qualité de directrice, est l'innovation, l'ambition au service de l'utilisateur.

³⁰ Etudier.com, le 05/05/2018

Je souhaite offrir un panel de services plus large, ne se limitant pas à une simple amélioration de l'existant.

A) Pour le résident

➤ La modification de l'Accueil

La chronologie de l'accueil est à reprendre afin que ce moment soit vécu comme le plus agréable possible.

Des visites de pré-admission pourront s'effectuer au domicile de la personne. Ces rencontres seront réalisées par une soignante, la maitresse de maison et la psychologue, dans l'objectif de lier connaissance avec la future résidente. Il est important de savoir ce qu'elle aurait envie de conserver avec elle (bijoux, photos, livres...). Mais aussi de lui expliquer la vie en EHPAD, de dédramatiser l'entrée en institution.

Ce moment privilégié permettra un premier recueil des habitudes, des besoins de la personne, afin de donner la possibilité aux professionnels de préparer son séjour et de l'accueillir dans des conditions optimales. Informations qui devront être transmises à l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne. Ce temps de rencontre sera intégré dans l'organisation du travail.

Le jour de l'entrée, la personne sera accueillie par le soignant et la maitresse de maison présents lors de la visite à domicile. Ce qui permettra de donner ses premiers repères à la personne entrante. Et même si ses capacités ne lui permettent pas d'apprécier cet accueil, l'entourage sera rassuré.

➤ Une intégration facilitée

J'ai suggéré au conseil de la vie sociale du 6 juin, de proposer des missions d'ambassadeurs à quelques résidents de l'EHPAD. Les personnes les plus autonomes participeraient à l'accueil, à condition bien entendu d'être volontaires.

En effet, le jour de l'entrée, une table serait réservée pour le nouveau résident et ses proches et l'ambassadeur jouerait le rôle d'hôte. Il pourrait faire part de son expérience dans la structure et expliquer le déroulement des activités, des repas, des soins...

L'objectif étant de rassurer. Le vécu rapporté par l'ambassadeur pourrait permettre à la personne et à ses proches de moins appréhender, de lever des craintes, des angoisses. Sa mission serait aussi de présenter le nouvel arrivant, aux autres résidents et de fait, permettre de créer plus facilement des liens. Des affinités pourraient se réaliser plus aisément et faciliter le plan de table par exemple. L'ambassadeur serait également invité à présenter le voisinage de la chambre de la nouvelle personne.

Cette proposition a été retenue par tous (résidents, familles, équipes professionnelles) et a suscité un vif succès. À ce jour, trois résidents se sont portés volontaires pour la mission.

La cadre de santé et l'animatrice, participeront à l'accompagnement et à la définition des tâches bien précises qui seront dévolues aux ambassadeurs. Une orientation qui va permettre de valoriser les volontaires en leur confiant une mission, en les responsabilisant. Il est important de leur montrer que nous avons besoin d'eux et que, nous leur faisons confiance.

Cette convivialité inscrira aussi l'établissement dans une dynamique réelle de lieu de vie.

➤ Un dynamisme qui passe par la confiance

Pour les résidents, le linge est un sujet d'inquiétude au même titre que les repas. Confier ses vêtements, donc un peu dans son intimité, est un élément important de la ré-assurance.

Je vais travailler sur le concept d'internalisation éventuelle.

L'accompagnement bienveillant dans le respect des souhaits de l'utilisateur doit être effectif jusqu'à son dernier souffle. Même sur le sujet de la mort, la communication doit également être présente. Celle-ci fait peur, mais le fait d'en parler, dédramatise.

La personne doit pouvoir, si elle le souhaite, exprimer ses directives anticipées sans que cette annonce crée une situation de malaise.

J'ai proposé au dernier conseil de la vie sociale, d'inviter des représentants de religions diverses, à venir rencontrer les résidents. Chacun pourrait se recueillir selon ses convictions. Une suggestion qui a été validée.

Aujourd'hui, nous n'avons pas de pièce permettant le recueillement, mais il est possible de placer un objet sans signe distinctif de religion dans un endroit assez discret pour permettre à chacun de se recueillir.

La communication reste toutefois primordiale autour de ces moments. De la même manière, expliquer qu'une personne va s'installer dans la chambre occupée précédemment par un résident défunt, et qu'il est important de lui réserver un accueil chaleureux, sont des tâches réservées à l'animatrice.

Ces axes de communication positive de l'accompagnement devraient entraîner un attrait plus vif en faveur de l'établissement Cette montée en gamme de l'image, devrait permettre, dans un deuxième temps, de valoriser la prestation et d'optimiser le taux d'occupation.

Au-delà du résident, je compte mettre les familles au service de cette humanisation.

B) Pour l'aidant

Je compte faire porter les enjeux sur un investissement et une présence plus marqués des familles, des aidants. Cet aspect peut être rendu possible par une convivialité renforcée et une implication plus importante.

Les proches doivent être des partenaires. Certes, l'entrée en EHPAD d'un membre de leur famille n'est pas évidente pour eux.

Ils se retrouvent confrontés à une vie en collectivité où l'organisation est omniprésente. Il est possible de leur accorder une place et de leur confier certaines missions.

Leur histoire familiale a induit des comportements avec leur parent devenu dépendant, et l'institutionnalisation bouscule ces modes de vie. Contrairement aux professionnels qui entourent le résident, ils ne possèdent pas un rôle bien défini lié à des droits et des obligations déterminés.

Ils se trouvent parfois démunis face à la dépendance de leur parent. Un point qui renforce leur angoisse, leur culpabilité et génère régulièrement des conflits.

Pour désamorcer ces difficultés, je donnerai une place plus précise aux proches dans l'accompagnement de la personne accueillie par :

- Une communication plus efficiente
- Une participation à la vie de l'établissement
- Une place mieux définie dans la structure

La collaboration résident, famille, soignant à la recherche du mieux vivre ensemble, sera un axe déterminant dans l'amélioration des relations et de la qualité des prises en soins. L'ensemble des personnes qui interviennent ou qui sont concernées par la vie en EHPAD, doivent être orientées vers un même but: le bien être du résident.

Je pense que développer le sentiment « d'appartenance », à la structure permettrait de nouer des alliances enrichissantes autour de la personne âgée.

Je vais donc m'attacher à impulser cette dynamique au sein de l'établissement.

- Développer et favoriser leur expression
 - Définir une place à l'aidant dès le premier rendez vous

Lors de visites de pré-admission, la famille devra être présente. Au moment des rendez-vous, la psychologue, qui va être missionnée pour organiser les visites, en collaboration avec la cadre de santé, devra s'en assurer. Des premiers échanges auront lieu bien entendu, avec la personne concernée, mais la participation des proches sera nécessaire. Notamment pour les personnes qui ne sont plus en capacité de s'exprimer, les renseignements sur l'histoire de vie, leurs habitudes quotidiennes, pourront être fournis par la famille.

La prise en compte de cette dimension participera à mon avis, à un changement de regard sur l'institution.

➤ Participer à la vie de l'établissement

Un autre moment important, sera la participation à l'accueil le jour de l'entrée. Ils seront cordialement invités et pourront partager le premier repas de leur parent. L'expérience racontée par l'ambassadeur, la réalité du déroulement du repas qu'ils pourront partager, permettront de lever quelques inquiétudes.

Notre souhait est d'augmenter le niveau de satisfaction et le bien-être du résident en favorisant la proximité avec ses proches.

Dans un deuxième temps, l'objectif est aussi de faire contribuer financièrement les familles, afin de proposer d'autres services et permettre un meilleur accompagnement individuel.

Dans l'environnement proche du résident, outre la famille, le personnel sera en première ligne pour dérouler ma stratégie d'humanisation.

C) Pour le personnel

➤ Respecter la notion de lieu de vie des résidents

Ma conception d'un lieu de vie est qu'il doit être chaleureux et accueillant. La personne qui y réside doit se sentir à l'aise. Le personnel a un grand rôle à jouer dans l'accueil, le suivi, les échanges avec le résident.

L'implication des équipes soignantes, hôtelières autour de cette philosophie, sera une de mes priorités

Pour répondre à cet objectif par exemple, il me semble envisageable d'alterner les couchers, afin que ce ne soit pas toujours les mêmes personnes qui se retrouvent au lit à 17h. Ce travail de modification des habitudes professionnelles fera l'objet d'une concertation entre les équipes et la cadre de santé pour répondre plus favorablement aux attentes et aux désirs du résident.

L'innovation au service du résident peut prendre de multiples formes, telles que l'accueil d'un animal qui deviendra la mascotte de l'établissement. Le choix de celui-ci, est à trouver avec les résidents. Certains souhaitent un chat, d'autres, un chien, un lapin...

L'animatrice qui a été missionnée pour en parler, et recueillir le souhait des personnes accueillies, a laissé un temps à la réflexion.

Dans l'attente d'un choix définitif, elle m'a proposé les visites de chiens d'une association voisine chaque semaine.

L'EHPAD est intégré sur un territoire agricole où l'animal est très présent. Un autre bénéficiaire associé, est de renforcer la vision de l'établissement comme un réel lieu de vie.

Une autre innovation pour changer le regard porté sur l'EHPAD consistera à valoriser l'estime de soi des personnes accueillies. L'entrée en institution, ne doit pas être synonyme de laisser-aller, de manque d'attentions esthétiques. Dans la réorganisation des soins, j'ai demandé, qu'un temps soit trouvé pour proposer des soins de manucure, coiffure, de mise en beauté ou tout simplement de détente.

Pour matérialiser cette volonté, nous avons un local qui n'est pas utilisé, occupant une place centrale, à proximité des pièces de vie, donc une opportunité. J'ai estimé qu'à effectif constant, en réorganisant les tâches, il était possible de détacher un agent deux heures par jour pour répondre à ce projet.

La répartition des tâches va être l'objet d'un travail organisé par la cadre de santé. Le matériel d'esthétique (fauteuil, casque de séchage) fera suite à un don annoncé par une famille. Redonner la possibilité à chaque résident de soigner son image et donc son estime de soi, répondrait parfaitement à ma conception du lieu de vie.

En ce qui concerne l'organisation, elle devra vraiment prendre en compte les souhaits et les attentes des résidents. Par exemple, il faut arrêter de penser douche en systématique sans se préoccuper de ce que veut ou apprécie la personne. J'ai donc demandé que ce point soit également pris en compte et communiqué, afin que cette nouvelle organisation ne soit pas une source de conflit.

S'adapter doit être le maître mot dans nos pratiques, et je ne conçois pas l'évolution de notre accompagnement, sans réfléchir chaque acte à la lumière du concept de personnalisation.

La communication sur l'organisation sera importante et régulière. Je vais mettre en place des réunions semestrielles avec les résidents et les familles. Ces temps seront essentiels pour mettre la lumière sur notre volonté d'améliorer la qualité de vie des résidents, et répondre au plus près aux attentes et besoins des personnes accueillies. Toutefois, l'aspect financier et économique ne sera pas oublié. Bien au contraire, je souhaite faire preuve de transparence afin que chacun comprenne combien nos contraintes sont importantes.

Le réalisme doit rester constant dans notre démarche si nous voulons rester crédibles. Je me porte garante de cette cohérence.

➤ Savoir écouter les vrais désirs

Avant toute mise en place d'activités, il est nécessaire de savoir si elles sont susceptibles d'intéresser nos résidents et si elles sont adaptées au public accompagné. Un recueil des choix est à établir mais même si ce préalable est évident, face à la réalité de la dépendance, aux troubles cognitifs, il devient plus complexe. Ce public vulnérable, n'est pas toujours à même de fournir des réponses, et l'activité peut vite devenir chaotique si le désir n'est pas écouté ou exprimé. Il ne suffit pas de prendre en compte les goûts des soignants ou les

orientations données dans les textes, mais essentiellement d'écouter les envies de la personne âgée.

J'ai sollicité la cadre de santé et la psychologue pour mener une réflexion avec le personnel sur ce sujet.

À terme, je souhaite établir une véritable charte de bientraitance.

Toujours dans un registre d'optimisation je souhaite passer de la notion d'animatrice à responsable du maintien du lien social, un terme déjà employé au sein d'autres structures, mais qui me semble être plus approprié. La Directrice de la résidence de DosmusVi de Garches³¹, dans un article prévenait : « Les personnes âgées peuvent avoir des a priori car le mot animation est stigmatisant selon certains qui y trouvent une connotation infantile ».

➤ Donner un sens aux activités

Il faudra que les activités répondent à des envies, à des attentes réelles et identifiées. Elles peuvent en outre faciliter la création de lien social.

La participation aux activités permet également l'apprentissage de la vie en collectivité. La lecture du journal par exemple, qui est réalisée chaque matin, regroupe bon nombre de résidents, mais des règles sont instaurées pour le respect de la prise de parole. Et c'est l'encadrante qui instaure ces valeurs et emmène son public vers une construction commune d'un groupe.

La responsable du lien social exerce en fin de compte un rôle d'éducation populaire. C'est dans cet axe que le volet animation du projet d'établissement³² prend toute son importance, car il représente l'outil permettant de proposer des activités selon des objectifs précis. Ce moyen facilite l'impulsion d'une dynamique. L'enjeu est de réaliser de véritables lieux de vie, dans des endroits où les soins médicaux sont de plus en plus présents. Pour cela, les activités quotidiennes sont un levier intéressant. Elles permettent de donner des repères, de choisir à la lecture du programme de la semaine, les activités proposées. Elles fédèrent, encouragent à bouger.

➤ Management : accompagnement au changement

Pour les personnels, un autre regard est à faire naître, qui va à l'encontre de leur formation ou même de leurs connaissances. La formation va représenter un levier puissant.

³¹ GRANDIDIER F. (dir.), *DOC'Accompagnement*, vie sociale et animation en institution, novembre-décembre 2017

³² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte> [visité le 20/02/2018]

Cibler les besoins en compétences dans la réalisation de ce projet, va dépendre des entretiens individuels que je vais mener pour cette première année avec la cadre de santé. Ensuite la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences facilitera la démarche entreprise.

L'encadrement va jouer un rôle important dans l'accompagnement : expliquer, valoriser vont être des missions importantes à conduire et mener à terme.

Une prise de conscience sur l'importance de la mission humaine et plus seulement médicale, doit entraîner un meilleur taux de satisfaction au travail et donc par cascade, une diminution de l'absentéisme Une autre conséquence attendue est la réduction des conflits entre professionnels.

Pour une réussite plus complète il faut dépasser les frontières de l'établissement.

D) Pour l'extérieur

➤ Favoriser les liens dans l'établissement

Aujourd'hui, trop peu d'enfants, de petits ou d'arrières petits-enfants, rendent visite à leur parent car l'EHPAD ne donne pas envie d'entrer.

Nous devons rendre l'établissement plus accueillant et permettre au résident de recevoir ses proches en limitant l'impact de l'image négative de la vieillesse véhiculée par la société contemporaine.

Le Président du ROTARY CLUB m'a informée qu'il offrait un chèque de 1 000 euros à l'EHPAD. La thématique retenue pour l'attribution de ce don est le maintien du lien social. J'ai proposé après concertation avec les équipes de l'EHPAD, d'utiliser cet argent pour faire l'acquisition de jeux destinés aux enfants, (balançoire, toboggan...) Ils seront installés dans le parc afin d'inciter les plus petits à venir rendre visite à leur aïeul tout en les occupant. Le second but sera de motiver la personne âgée à sortir du bâtiment et à profiter du parc en famille.

Un autre axe à plus longue échéance est en cours de réflexion. J'ai échangé avec le Maire de la commune sur le devenir de la crèche communale. Compte-tenu de la vétusté du bâtiment, des travaux de rénovation lui semblent difficiles à envisager. La fréquentation de la structure n'est pas optimisée par son organisation. J'ai proposé que la commune acquière une parcelle supplémentaire du terrain dont un lot est réservé à la construction du nouvel EHPAD.

Dans l'intention du maintien du lien social, une crèche serait intégrée dans la résidence pour les personnes âgées, accueillant les enfants de la commune, mais également ceux des agents. Ces derniers rencontrent des difficultés de garde à cause de leurs horaires

décalés. Je vais désormais m'attacher à préparer un plan de financement à intégrer dans la construction.

➤ Une ouverture sur l'extérieur de l'établissement

Je souhaite créer des échanges, et favoriser le maintien du lien social avec l'environnement local voir régional. Des rencontres avec les aînés de la commune sont à envisager pour les deux parties :

- Pour les résidents, retrouver des personnes qu'ils ont certainement connues auparavant
- Pour les aînés de la commune, se sentir utiles en étant investis d'une mission auprès des résidents. Leur dire que nous avons besoin d'eux dans le cadre de la volonté d'inscrire l'EHPAD comme un réel lieu de vie. Mais aussi de les familiariser avec l'endroit, si dans un futur, ils étaient amenés la structure.

Ces personnes permettraient aussi de diffuser à l'extérieur des informations sur la vie en EHPAD ; un point qui me semble important pour valoriser l'image véhiculée par les structures d'accueil de personnes âgées aux yeux du grand public.

Le bénévolat sera développé également sous l'encadrement d'une charte.

Les rencontres intergénérationnelles seront plus régulières qu'aujourd'hui. Un partenariat avec les écoles et le centre aéré est en cours de réalisation avec l'aide de l'association d'animation du canton d'Aiguebelle. Le lien doit être optimisé et nous devons utiliser tous les moyens à notre disposition pour faciliter notre projet.

L'ACCA est d'ailleurs une aide intéressante à valoriser. Elle pourrait facilement diffuser les informations et toucher un public plus important. De même, elle pourrait nous ouvrir d'autres champs d'investigation et amener des propositions d'animations.

Ma volonté est également de multiplier les grands rendez-vous festifs et autres organisations événementielles qui ponctuent l'année, par exemple :

- La fête des voisins
- Noël
- Conférence sur le chocolat...

L'humanisation passe par la proposition de nouveaux services. Je souhaite me saisir des aides extérieures pour proposer des actions innovantes et enrichissantes pour la qualité de vie des résidents au sein de l'EHPAD.

Au-delà de ces propositions, l'objectif est de promouvoir dans un premier temps l'image de l'EHPAD pour, dans un second temps, récolter davantage de subventions, de dons,

engager plus de bénévoles... Le tout devant être au service du résident, par une prestation toujours plus complète et qualitative.

L'intervention de différents acteurs, nous venons de le voir, est primordiale, mais je vais également m'appuyer sur des outils conjoncturels ainsi que sur des leviers structurels.

3.2.2 Le plan d'action

Après analyse, j'ai détecté des possibilités d'optimisation sans toutefois ignorer les exigences du budget.

Des aménagements à faible cout vont permettre d'améliorer les espaces de vie et leur donner plus de chaleur. Certaines contraintes résultant de la vétusté du bâtiment actuel peuvent être dépassées.

Assouplir les contraintes d'un collectif pour une prise en soin individuelle favorise la reconnaissance de la place centrale occupée par la personne âgée dépendante. Et cet objectif se traduit par un aménagement des espaces, et par une réorganisation des tâches dévolues aux professionnels pour s'adapter aux rythmes individuels.

Des aménagements seront à déployer en deux temps : dans le bâtiment actuel puis dans la nouvelle construction qui sera finalisée en 2022.

L'EHPAD actuel, ne connaîtra pas de travaux, compte tenu du prochain déménagement, mais des actions peuvent être envisagées pour répondre au plus juste aux besoins de la personne accueillie.

La vétusté actuelle du bâtiment m'ouvre une ligne de crédit potentielle auprès du Président du Conseil général. Pour 2019, cela représente 15 000 euros (chaudière et frais de maintenance divers). Ces dernières années, ces couts aléatoires, ont malheureusement été financés en interne.

Aujourd'hui, je compte sur un appui du département et réaffecter ces montants sur d'autres actions stratégiques.

Dans ce contexte, je vais pouvoir présenter une succession de points d'amélioration au service de ma philosophie.

A) Les résidents : une intégration facilitée et un service adapté

➤ Les aménagements dans le bâtiment actuel

Les Belles Saisons rencontrent une difficulté d'attribution et d'occupation des chambres doubles.

Une meilleure prise en compte des besoins passera par l'affectation des chambres par affinités entre les personnes. D'où la nécessité pour les professionnels de bien connaître le

résident. Passée l'étape de connaissance, l'attribution des chambres en fonction des affinités sera rendue possible.

Les chambres pourront également être décorées avec des objets personnels (cadres, photos...). Lors de l'accueil, le résident et sa famille seront incités à personnaliser la pièce.

L'impact financier est inexistant et le pas vers l'humanisation est important. Des discussions avec le CVS sont entamées pour multiplier ces idées, sources de bien-être, et dénuées de conséquences économiques.

Multiplier les attentions me semble simple et réaliste. Un bouquet de fleurs dans la chambre de la personne accueillie, entrainera chez le résident, le sentiment d'être attendu et bienvenu.

- Acheter et déposer un bouquet de fleurs dans la chambre d'un nouvel arrivant

La mission a été donnée à la responsable du lien social. En cas d'absence, c'est la personne de l'accueil qui en sera chargée. Le budget a été évoqué avec le responsable financier. Un montant de 25 euros par bouquet a été retenu. En sachant que nous avons entre 15 et 20 entrées dans l'année, le budget accordé a été de 500 euros. Un accord avec la fleuriste d'Aiguebelle a été trouvé. Elle a obtenu le marché et en contrepartie, elle fera une réduction de 5 % sur l'ensemble des bouquets et les livrera gratuitement à l'EHPAD.

Dans les autres lieux de vie, l'accent pourra être mis sur la mise en place de repères. En effet, des thématiques telles que les saisons, les photos de la commune et de ses alentours ou sur les professions les plus répandues chez les résidents, seront exposées.

- Trouver et accrocher des photos de la commune et des professions des résidents

Je vais m'orienter vers le personnel de la bibliothèque municipale et de la mairie. La pose sera demandée à l'agent d'entretien qui aura également la mission de me présenter des devis concernant l'achat de cadres permettant l'affichage et la mise en valeur des photos.

- Poser des photos des résidents sujets à la désorientation dans les couloirs pour les aider à retrouver leur chambre

L'animatrice va prendre des photos dès que des difficultés auront été évoquées en équipe pluridisciplinaire. Les photos pourront être apposées sur les murs, afin que les personnes désorientées retrouvent plus facilement leur chambre, sans être obligées de demander leur route aux personnes qu'elles pourraient croiser. Le traçage au sol a également toute son importance pour celles qui ont tendance à déambuler.

Un sol de couleur différente aux sorties pourrait être posé afin de marquer les limites³³ de l'établissement.

- Effectuer un traçage au sol

La cadre de santé doit se renseigner sur les codes couleur à respecter lors de la déambulation. Les ASG, qui ont eu connaissance de ces notions lors de leur formation, vont également participer à l'élaboration de la signalisation au sol. L'agent d'entretien sera chargé de l'achat de la peinture, et effectuera la pose. Cette dernière se déroulera dans la nuit de jeudi à vendredi, pour respecter son temps de repos, et ne pas trop gêner l'organisation de ses autres tâches. De plus, le travail étant effectué au cours de la nuit, le sol sera sec avant le réveil des résidents.

Prendre en compte plus individuellement les besoins de la personne accueillie sera notre fil rouge. Notre volonté de nous rapprocher au plus près des attentes et des souhaits des résidents s'effectuera dans un champ très large (de la déambulation, aux moments de détente en passant par la remémoration de souvenirs par exemple).

- S'abonner aux chaînes de films anciens : CINE + CLASSIQUE

Les petits salons pourront être disposés plus chaleureusement, et proposer un espace plus convivial. Un abonnement à une chaîne spécialisée en films anciens pourra se réaliser. Les résidents auront la possibilité de visionner des spectacles de leur époque, et retrouver leur héros du moment, leur univers (Fernandel, Bourvil...). À l'heure actuelle, les résidents sont installés devant la télévision qui diffuse en boucle des séries américaines. De la même manière, des radios comme FUN, NRJ... ne sont pas des choix (proposés par le personnel) très judicieux.

Je vais solliciter la personne du service achat du centre hospitalier de Saint Jean (avantage de la mutualisation), pour trouver un abonnement adéquat à la population accueillie, dans des conditions financières raisonnables.

- Aménager le parc autour de l'EHPAD

Je vais demander à l'agent technique de rencontrer plusieurs professionnels des espaces verts, pour présenter le cahier des charges sur la remise en état complète du parc (3 000 m² + désherbage des allées, du patio et des parterres de fleurs). Le budget pressenti est de 3 000 euros. L'entretien régulier sera ensuite réalisé en interne par l'agent technique.

Tout comme l'installation de tables à l'extérieur pour les personnes qui souhaiteront déjeuner dehors quand la météo le permettra, sera demandée à l'agent d'entretien et aux

³³ Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse, Aout 2008 « Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement Réflexion sur les critères de définition et missions » https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf [visité le 04/02/2018]

hôtelières L'EHPAD actuel dispose d'un patio avec un cerisier accolé à la salle à manger, et jusqu'à présent, cet espace n'est pas utilisé. Le mobilier de jardin est stocké au sous-sol. Pour inciter les résidents à se rendre à l'extérieur pour le déjeuner, nous devons rendre le lieu plus attractif, et accompagner les résidents pour leur permettre de faire le premier pas vers ce changement.

La coupe des fleurs du jardin fera l'objet d'une activité. Elles seront déposées dans des vases sur les tables. Les résidents qui possèdent un goût pour l'extérieur, pourront se retrouver autour d'une même table.

Ces aménagements se feront à court terme, et participeront à l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée en EHPAD.

Le financement nécessaire pour toutes ces actions est estimé à 4 800 euros. Cette somme représente une augmentation de 28 % des frais généraux. La hausse du forfait journalier sur l'année 2017 (+2,7 %), va, en outre, financer ces actions. Je défendrai cet arbitrage au prochain conseil d'administration.

Toujours dans un esprit de convivialité, je vais impulser entre autre, la réflexion sur un petit déjeuner dans le respect du rythme de la personne.

Un groupe projet sera constitué d'équipes soignantes et hôtelières. Sous la gouvernance de la cadre de santé, une nouvelle organisation de ce premier repas de la journée, sera proposée. Un service à la carte va être demandé dans le cahier des charges. C'est-à-dire, quand le résident se réveillera ou qu'il souhaitera manger, avec bien sûr une plage horaire respectable (7h30/9h40), une hôtelière et la maitresse de maison serviront le petit déjeuner. Ce temps sera alors individualisé et se déroulera, à mon sens, dans une ambiance beaucoup plus sereine qu'auparavant. Un choix devra également être proposé dans les composants du plateau (café, thé, tartines...). Ultérieurement, l'acquisition d'une centrifugeuse sera réalisée pour servir des jus de fruits frais le matin. J'inclurai cet achat dans le budget 2019, le prix étant de 1 135 euros.

- Créer et multiplier des moments chaleureux et conviviaux

Chaque jeudi à 11h, les cuisiniers prépareront un plateau de toasts et serviront un apéritif aux résidents réunis dans la salle prévue pour les activités, à l'entrée de l'EHPAD. L'un des voisins, qui vient rendre visite chaque jour à l'un de ses amis, a proposé de jouer de l'harmonica pendant ce moment festif.

À l'approche de la nuit, des résidents angoissent ou déambulent. La cadre de santé et les infirmières ont suggéré d'inviter ces personnes, à se retrouver dans un des petits salons pour partager une tisane, un fromage blanc...

Le prix pour la restauration par jour par résident est, et restera, de 7 euros. En apportant ce plus, nous resterons à budget constant grâce au travail sur les achats de denrées alimentaires. Nos fournisseurs, dans un contexte de forte concurrence, ont consenti de substantielles remises, que je souhaite donc voir réorientées sur la qualité et sur l'élargissement de nos services.

Un autre point évoqué par les résidents lors du dernier conseil de la vie sociale, et que j'ai bien perçu comme une réelle difficulté, est l'entretien du linge.

La blanchisserie actuelle ne donne pas entière satisfaction, malgré l'investissement des agents de l'EHPAD et des informations remontées au prestataire.

Les résidents sont insatisfaits et inquiets par les pertes ou la dégradation de leur linge.

Le marché avec le prestataire actuel se termine en fin d'année. Une information qui est apparue comme une aubaine pour les représentants des usagers au conseil de la vie sociale. J'ai expliqué les points du cahier des charges que je vais mettre en avant. Le nouveau marché prendra effet au 01/01/2019 pour une durée de trois ans.

Après avoir conclu (avec le service financier) à la non viabilité sur un projet d'internalisation, je vais continuer à externaliser le linge plat (drap, serviettes de toilette...) et les tenues professionnelles, mais je vais garder en interne le linge résident.

Un local est disponible, déjà aux normes. Les deux machines professionnelles seront présentées dans le budget 2019. Deux ASH, déjà formées à l'entretien du linge seront affectées à cette activité. La nouvelle organisation ainsi que l'économie liée à l'internalisation du linge des résidents (gain de 45 000 euros mensuel sur la prestation du linge des résidents), financeront un nouvel agent dans les soins (budget de 33 000 euros en cout complet). Bien évidemment pour ne pas démunir le pôle soins, je vais faire appel à un contrat « parcours emploi compétences » (temps partiel de 21h/ semaine).

La bonne marche de l'établissement passe aussi par la qualité de l'accueil que l'on peut y recevoir.

- Modifier l'accueil des résidents

Le futur usager sera accueilli par la même personne qu'il a rencontrée en pré-admission. Un axe qui facilitera l'intégration des résidents. La cadre de santé devra être particulièrement vigilante sur les plannings pour mener à bien cette mission.

Un document sur les besoins et les habitudes de vie va être réalisé. Cette trame de recueil permettra de personnaliser l'accompagnement.

La cadre de santé va établir des groupes de travail sur la réalisation du support. Sera également évoqué le déroulé des réunions de projet de vie.

- Développer et favoriser l'expression des résidents

Je souhaiterais des résidents actifs dans leurs projets, et pour ce, je vais m'appuyer sur le conseil de la vie sociale. La constitution de l'instance doit être revisitée en fin d'année. Il est donc temps de communiquer sur le sujet pour favoriser la motivation à intégrer à ces réunions.

Je vais effectuer une première démarche pour la participation au sein de l'EHPAD de représentants de différentes religions. J'organiserai une réunion de présentation en direction de l'ensemble des résidents.

Autre symbole, je pense faire le choix d'acheter un arbre (350 euros), qui sera placé dans une pièce attenante au lieu de vie accessible à tous : sans signe religieux, cet endroit ouvrira la possibilité de se recueillir.

La communication, l'expression seront des points que nous améliorerons.

- Mettre en place des missions d'ambassadeurs

Les personnes volontaires, vont être accompagnées par la cadre de santé et la responsable du lien social pour bien définir le rôle et les limites.

Une rencontre sera organisée avant chaque entrée pour présenter la nouvelle personne à accueillir et personnaliser son arrivée.

Les ambassadeurs seront également invités à effectuer un retour après l'entrée du nouveau résident. Ces rencontres se dérouleront dans la salle de réunion pour valoriser l'aspect formel, et montrer ainsi, que le rôle des ambassadeurs est très important.

Le repas du nouveau résident, de ses proches et de l'ambassadeur sera pris en charge par l'établissement (3,20 euros par personne).

Nous accueillons en moyenne 15 à 20 personnes par an soit un cout de 256 euros si je prends le nombre maximal. La table sera installée dans la salle à manger à proximité des autres résidents sans pour autant se trouver au centre.

Au-delà de cet accueil chaleureux, je souhaite travailler sur la qualité des espaces partagés.

- Aménager des lieux de vie plus conviviaux

Après concertation, je vais demander à l'agent d'entretien de prévoir le déplacement de quelques meubles. Les fauteuils qui prennent trop de place dans les chambres, et ceux qui sont déposés dans les couloirs, seront installés dans les salons, pour des espaces plus chaleureux. Cet aménagement est prévu pour la fin de l'année.

Toujours pour donner plus de chaleur à l'établissement, je demanderai à la responsable du lien social, de responsabiliser les personnes qui le souhaitent par des missions liées à la vie de l'EHPAD.

Des résidents-référents seront responsables du fleurissement de la structure. Le matin, ils seront missionnés pour l'arrosage. Chaque semaine, ils pourront cueillir un bouquet pour fleurir le lieu de vie principal.

Intégration facilitée, convivialité, chaleur, autant de facteurs qui me permettront de maintenir ou d'améliorer le taux d'occupation au sein de la structure.

Pour sanctuariser toutes ces actions, je compte actualiser le projet d'établissement.

➤ Le projet d'établissement

Les ESSMS ont l'obligation d'élaborer un projet d'établissement³⁴ compatible avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS), le schéma régional de l'organisation médico-social (SROMS). En outre il doit répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux essentiels de la population du territoire.

Les orientations que je souhaite mener à bien avec l'aide des équipes de l'EHPAD pour humaniser ce lieu de vie, seront consignées dans le projet d'établissement des Belles Saisons.

Les différentes thématiques, les axes stratégiques choisis définiront la réécriture de ce document.

C'est un projet de révision pour lequel les familles, les aidants et les résidents seront sollicités et dans lequel ils seront éventuellement impliqués.

Les thèmes abordés :

- Projet de vie,
- Projet d'accompagnement de fin de vie,
- Projet de soins,
- Projet d'animation.

Mon souhait est d'en faire un outil concret et vivant.

Sur un autre plan, je souhaite travailler également sur la question d'une meilleure intégration de l'EHPAD dans son environnement.

La proximité du centre-ville sera un atout pour l'humanisation du lieu de vie. Les personnes les plus autonomes, pourront profiter des commerces, du marché qui a lieu chaque mardi matin. Un axe qui participera également au maintien de la vie sociale.

³⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi 2011-302 du 22 Mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques, Journal officiel n°69 du 23 Mars 2011, disponible sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/3/22/SASX1020953L/jo/texte> [visité le 03/03/2018]

Pour les personnes plus dépendantes, nous ferons venir dans l'établissement des personnes extérieures.

L'union faisant la force, je compte développer la synergie entre les trois EHPAD dépendant de l'hôpital de Saint Jean de Maurienne :

- Gain sur les achats,
- Répartition des compétences,
- Regroupement de plusieurs activités transversales (service ressources humaines, restauration, kiné...).

Une autre voie consiste dans le développement de partenariats, par exemple avec des écoles professionnelles pour l'accueil de stagiaires éventuels, qui participeront à la diffusion d'une image plus auguste de la vie en EHPAD.

Une des principales réflexions autour du projet d'établissement à venir, porte sur la prise en compte de la création d'un nouveau bâtiment :

- Projet architectural au service d'une convivialité renforcée,
 - Projets complémentaires d'insertion de l'EHPAD dans son environnement, dans sa position géographique (création d'une crèche ... travail très étroit avec les collectivités locales, toutes préoccupations qui excèdent de loin l'édification d'un simple bâtiment),
 - Projet d'accueil de jour de 8 personnes.
- L'implication de la directrice dans la construction pour trouver un équilibre entre individuel et collectif

Toutefois, il va être essentiel de réfléchir au projet architectural du futur établissement afin de réduire, voire d'effacer les contraintes rencontrées actuellement. Cette nouvelle structure devra tenir compte de l'évolution de la population âgée, de sa dépendance plus importante dès l'entrée en institution. Ce projet essentiel représente une réelle opportunité pour la population du canton.

La réalisation de son cahier des charges sera primordiale, par la réflexion des espaces collectifs, qui devront à la fois, concilier liberté et sécurité des usagers.

Cette réflexion permettra de s'interroger sur l'ouverture d'une unité protégée pour les résidents désorientés, et de définir le nombre de place après analyse des profils, mais aussi des demandes d'admission.

Une extension de 10 lits est déjà demandée et acceptée par les autorités de tarification, au regard des besoins identifiés au niveau du territoire mais aussi, dans un souci d'équilibre budgétaire.

Des préalables essentiels vont devoir attirer mon attention.

Au-delà, des matériaux, des impératifs seront à respecter (symboliques des espaces, sociaux...). Les espaces d'intimité devront respecter les besoins, les attentes et donc, faire l'objet d'une réflexion en amont, commune (avec résidents, familles, professionnels et intervenants extérieurs). La participation active de tous sera primordiale.

Je vais solliciter le médecin gériatre de Saint-Jean pour une évaluation et une coupe PATHOS, en vue du CPOM, mais aussi pour échanger sur les profils des résidents actuels et ceux qui effectuent des demandes d'admission. Une réflexion qui permettra de positionner l'établissement en terme de besoins en unités adaptées mais aussi d'accueil de jour.

Des réunions avec le chargé du programme vont commencer en fin d'année.

Au regard des besoins identifiés et ayant la volonté d'agrémenter l'extérieur d'un jardin thérapeutique, mais disposant d'une place limitée, je vais proposer une structure en hauteur.

L'extérieur du bâtiment sera réservé :

- à l'aménagement d'un parcours de marche disposant d'un accès facile aux fauteuils, aux personnes déambulant,
- à la création d'un jardin des senteurs avec différentes herbes aromatiques. Jardin agrémenté de bancs,
- à la réalisation d'un jardin potager, dans la cadre d'une nouvelle activité proposée aux résidents.

L'EHPAD de Peyrehorade, a élaboré ce projet et les éléments d'évaluation du jardin thérapeutique, montrent qu'il entraîne des conséquences positives sur la stimulation sensorielle, la concentration, la participation. Un critère également mis en avant, est le retour des résidents sur le plaisir éprouvé à jardiner et l'envie de se rendre dans ce parc. Des subventions peuvent être allouées après présentation d'un dossier détaillé au niveau du département mais également auprès de la fondation Georges Truffaut. Un projet qui va s'élaborer sous trois ans pour une réalisation en mai 2022 (les travaux étant normalement terminés pour janvier 2022).

La construction du nouveau bâtiment aura certes un impact sur le prix de journée des résidents, mais il sera le reflet de l'orientation que nous souhaitons donner à notre projet tant dans l'accompagnement des personnes accueillies, que dans les perspectives d'humanisation.

À ce stade du projet, les propositions sur un tel lieu de vie, ont été retenues par les autorités de tarification, le département, le conseil d'administration. Ainsi le projet architectural est d'ores et déjà entériné. L'enveloppe budgétaire globale est définie et validée.

Autour de cette recherche de convivialité, un bar pourrait avantageusement remplacer les distributeurs de café impersonnels situés dans l'entrée de la structure.

Sa gestion pourrait être confiée à l'hôtesse d'accueil. Cet espace apporterait de la chaleur et donnerait aux résidents l'envie de s'y rendre pour se rencontrer puis se retrouver.

La nouvelle construction offrira des chambres plus grandes afin de permettre l'installation d'un lève-malade sur rail, facilitant ainsi le travail du personnel.

Je compte avoir recours à des aides financières par le biais de l'ANACT pour améliorer les conditions de travail des professionnels.

Cette ergonomie retravaillée à l'étape même du projet architectural, permettra à terme un gain significatif sur les charges mensuelles.

En effet, chaque mois, je loue ce matériel (2 500 euros par mois) à un prestataire. Cet argent non dépensé en locations, me permettra de valoriser d'autres services autour du résident.

Afin de mener ce vaste projet à terme, je joue le rôle d'une ambassadrice auprès des acteurs locaux. Mon implication dans tous les événements régionaux sera donc importante. Lors d'une soirée organisée par le Maire, j'ai pu trouver le temps de lui parler de la création d'un projet plus large et dépassant la construction d'un nouveau bâtiment. Un point que je développerais dans la partie « réseau ».

Au-delà des structures, je vois des leviers d'amélioration simples et efficaces.

B) Les familles ou proches : développer et consolider le partenariat par la coopération

➤ Donner une place à la famille

- Définir cette place

J'ai choisi de faire participer les familles, dès les rendez-vous de pré-admission afin de montrer ainsi qu'une continuité dans l'accompagnement est possible.

L'entrée en institution n'est pas signe de rupture. La connaissance de la personne âgée par les proches est intéressante pour un meilleur suivi.

Des rencontres plus régulières (deux fois par an en assemblée, puis en fonction des besoins individuels), seront proposées afin de communiquer sur la vie de l'établissement (avancée de la construction de l'EHPAD, manifestations, projets...).

Je souhaite faire preuve de transparence et inviter les proches, à prendre connaissance de la réalité sur le terrain.

Dans le cadre de la participation à la vie de l'EHPAD, une fête des familles sera organisée chaque année en juin. Les résidents seront entourés de leurs proches et un moment de convivialité sera ainsi rendu possible.

Intégrer les proches, permettra de les rassurer et ainsi de gagner leur confiance.

Des coins café vont être organisés avec des associations telles que France Alzheimer, pour informer les familles sur l'évolution des pathologies.

Le temps de présence de la psychologue est aujourd'hui de 20 % (pour des raisons d'organisation de la précédente professionnelle), mais le temps budgété est de 30 %. Je vais proposer une augmentation de son temps de travail. Ce qui permettra des rencontres plus fréquentes avec les proches, afin d'échanger sur les difficultés rencontrées autour de l'évolution de certaines pathologies.

De même, je vais demander à la cadre de santé de mettre en place, des rencontres formelles entre les familles, les soignants et les médecins traitants sur les difficultés rencontrées dans les prises en soins.

- Établir une communication efficiente autour de la personne âgée
 - Participer à l'élaboration du recueil pour la personnalisation

Le maintien du lien est important, et comprendre les difficultés d'une entrée en EHPAD, permet d'aborder différemment certaines situations. La réunion du projet de vie sera un levier efficace, permettant de mettre en avant les souhaits de vie du résident et d'en informer directement les proches.

- Faire participer les familles à la vie de l'EHPAD

La mise en place du journal et du blog en fin d'année par la responsable du lien social permettra de tenir informée les familles et de montrer qu'on leur accorde de l'importance au sein de la structure.

Je souhaite qu'elles prennent conscience de ce que nous mettons en place pour améliorer la qualité de vie de leurs proches en EHPAD. Une meilleure information va permettre un changement de regard sur le lieu de vie de leur parent et peut être, les inciter, à participer davantage. Je vais missionner la responsable du maintien du lien social pour les encourager à participer à différentes activités (chant, lecture journal, sorties...).

Pour l'établissement, cela représentera, d'une part des moyens supplémentaires à moindre cout, dans le cadre de la volonté d'humanisation, mais aussi la possibilité de favoriser le lien par le bénévolat.

Informar les familles des contraintes budgétaires alors qu'ils demandent toujours plus de présence autour de leur parent, sera pour moi, un levier pour aligner le prix de journée sur les autres établissements.

Aujourd'hui, l'EHPAD est le moins cher de la région. Augmenter les financements, me permettra d'augmenter les services auprès de la personne âgée. Et je suis persuadée que la place donnée à la famille par les moyens simples évoqués, lui permettra de se sentir impliquée et donc de se montrer plus compréhensive.

Je souhaite revaloriser progressivement le tarif journalier à un niveau des autres établissements locaux. Aujourd'hui, le cout mensuel pour un résident à l'EHPAD des Belles Saisons est de 1 770 euros contre une moyenne régionale de 2695 euros³⁵.

Une analyse de l'impact social auprès des résidents et des familles, sera bien sur prise en compte préalablement.

Forte de ces résultats, je proposerai au conseil d'administration puis au Président du Conseil général, cette stratégie d'alignement sur 5 ans.

S'appuyer sur les familles pour valoriser toujours mieux la prestation (qualité de service en hausse et alignement par le haut du prix de journée) est un axe important à mes yeux. L'autre facteur clé sera la forte implication du personnel.

C) Les ressources humaines

➤ Passer d'une culture sanitaire à une culture gérontologique

Fédérer le personnel autour d'une même culture sera ma priorité. Plusieurs leviers s'offrent à moi.

- Organiser des formations

J'effectuerai avec la cadre de santé, la prochaine campagne d'entretiens individuels, afin de mieux connaître chaque personne, et acquérir très rapidement une connaissance des orientations à développer.

Ma philosophie de l'humanité sera déployée au cœur du plan de formation. Les actions seront en lien avec ce concept.

Pour cela, la mise en place d'une nouvelle culture sera nécessaire pour l'ensemble des professionnels.

Par exemple la proposition et la présentation des repas, tout comme l'accompagnement des soignants ou de l'animatrice, relèvent du prendre soin de la personne.

³⁵ RA-SANTE : « Maisons de retraite, les prix par région et par ville », P AUCLAIR, le 21 mai 2015 ; (visité le 10/04/2018)

Pour l'année 2018, le plan de formation n'avait pas été présenté. J'ai donc choisi de clôturer ce budget avec la présentation, la communication sur l'humanité à l'ensemble du personnel. Je présenterai cette orientation aux prochaines instances pour sa validation. Cette approche (une journée par groupe de 10) se déroulera en fin d'année.

Le cout (contenu, remplacement et restauration) pour ces journées, s'élève à 14 700 euros. Le disponible restant sur le plan de formation 2018 étant de 15 000 euros.

Une première étape, étoffée par la synthèse des entretiens, permettra d'établir un plan de formation en cohérence avec notre volonté d'humanisation. Ce dernier devra être présenté au CTE de février 2019. Le plan de formation étant financé par les cotisations du 2,1 % de la masse salariale, auprès de l'ANFH.

Le service formation de Saint Jean sera chargé des recherches d'organismes et la cadre de santé, d'organiser ensuite le déroulé des journées.

Les formations qualifiantes occuperont également une place centrale dans les années à venir. Deux aides-soignantes bénéficieront chaque année, de la formation « assistant de soins en gérontologie » et un salarié bénéficiera de formation « aide-soignant ».

Je solliciterai l'ANFH pour un financement total pour éviter de grever les budgets de l'établissement.

Régulièrement formé le personnel, outre un niveau de compétence amélioré, se sentira soutenu et pleinement intégré à une structure.

- Développer un sentiment d'appartenance

Cette orientation vers une culture commune, permettra au personnel d'échanger en produisant du sens. Les soins seront abordés en cohérence avec la notion de lieu de vie. La formation, la communication seront des vecteurs intéressants et permettront au personnel de l'EHPAD de se définir en tant que groupe. Un groupe de professionnels qui accompagnent par choix et par envie les résidents.

La mutualisation avec l'hôpital de Saint Jean va permettre et faciliter cet effet. Les mutations, les choix, les appétences de postes seront plus facilement prises en compte du fait de la multiplicité des emplois et des structures.

Bien entendu je suis déjà en relation étroite avec les ressources humaines pour assurer les cohérences contractuelles de tels changements.

Développer la mobilité des professionnels pour permettre d'exercer dans des secteurs choisis, facilitera l'épanouissement de chacun à son poste de travail.

Je compte développer un cercle vertueux au travail : un épanouissement plus important engendre une qualité de soin meilleure.

Mon souhait est d'atteindre une diminution significative du taux d'absentéisme.

Faire adhérer le personnel à une vision commune permettra une meilleure communication entre services.

Le clivage actuel entre AES et aides-soignantes, induit par leur formation de base, sera atténué puisque ces personnes, se retrouveront autour d'un objectif commun.

Ces axes définissant une recherche de sens, autour d'une même culture de soins, d'un même accompagnement, seront confortés par une ouverture sur l'extérieur.

Mon intégration au sein de l'association des directeurs d'EHPAD de Savoie, facilitera les échanges de pratiques inters établissements entre professionnels. Des informations externes, permettront de sans cesse revisiter nos prises en soins.

Des moyens seront mutualisés et favoriseront la qualité des actions menées.

De nombreuses pistes devront être explorées pour développer ce sentiment d'appartenance, mais la base de toutes, sera l'accompagnement des professionnels

- Accompagner les professionnels vers le changement

L'encadrement va être chargé de mettre œuvre, le suivi des outils d'accompagnement personnel en lien avec le service des ressources humaines dès début 2019 :

- ✚ Fiches d'évaluation à 1 semaine, 3 et 6 mois pour les contractuels,
- ✚ Fiches d'entretiens individuels pour l'ensemble des professionnels,
- ✚ Mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Ces outils seront réfléchis et élaborés dès la rentrée 2018.

Ils permettront d'accompagner les professionnels dans leur parcours, et d'établir un management de proximité afin de mieux détecter les difficultés, les besoins et les insatisfactions de chacun. Cette approche de terrain facilitera aussi le passage de messages positifs tels que la prise en compte des remarques.

L'achat récent d'un lit douche qui était très attendu par l'ensemble du personnel soignant, a montré aux personnels qu'ils étaient écoutés.

J'aimerais casser la spirale du fatalisme voire du pessimisme qui voudrait que rien ne peut être changé ni amélioré, faute de moyens.

La motivation du personnel passe aussi par la vision qu'il se fait de son travail et de l'environnement, dans lequel il gravite.

Insuffler des idées positives et de la confiance fera partie de mes priorités.

Les recettes supplémentaires générées par l'augmentation du prix journalier m'offriront une plus grande facilité dans mes démarches.

Améliorer les conditions de travail du personnel entrainera la réduction des arrêts de travail, donc favorisera un accompagnement régulier des résidents, à la satisfaction générale. La stabilité budgétaire qui en découlera, puisque les remplacements de personnels absents ne seront plus d'actualité, permettra d'investir autrement l'argent disponible.

Cette dynamique passera également par le changement de tenues professionnelles. Le blanc, qui rappelle l'hôpital sera banni. Je vais prévoir l'achat de vêtements de travail colorés dans le budget 2019.

Cette volonté de non uniformisation facilitera la communication entre les résidents et les familles. La couleur hospitalière ne sera plus une barrière dans le lieu de vie.

Des changements pour tous qui seront expliqués et accompagnés par l'encadrement, mais aussi soutenus par l'intervention d'une psychologue externe, spécialisée dans l'analyse de la pratique.

Ces points pris en compte, le personnel sera plus disponible pour représenter une force de proposition dans les pratiques.

Au-delà du personnel, je compte impulser une profonde restructuration de l'organisation au profit de l'utilisateur.

➤ Engager une nouvelle organisation

Un groupe projet sera constitué d'équipes soignantes et hôtelières, sous la gouvernance de la cadre de santé. Une nouvelle organisation du premier repas de la journée devra être proposée. L'objectif est de mettre en place un service à la carte, c'est-à-dire, servir le résident quand il se réveille ou qu'il souhaite manger, avec bien sûr, une plage horaire respectable (7h30/9h40) et le choix de son plateau

Un simple redéploiement des ressources permettra cette réalisation.

L'appel aux capacités cognitives d'un groupe pluridisciplinaire, ayant des interactions multiples engendrera des synergies cohérentes et réalistes.

Ce travail d'équipe sera à préserver, car il permettra de prendre toutes les dimensions de l'accompagnement du résident.

Autre point également à développer, la notion de référent auprès du résident. La cadre de santé désignera trois résidents par soignant pour effectuer le recueil des habitudes de vie et participer aux réunions de projet de vie. Ce professionnel sera l'interlocuteur privilégié des familles, d'où une connaissance intégrale de la personne (soins, activités, alimentation...).

Plus loin que la gestion au quotidien et les améliorations actuelles envisageables, je compte impliquer fortement les équipes dans le projet du nouvel établissement et de l'organisation que nous déploierons alors.

- Inscrire les professionnels dans la réalisation du nouvel EHPAD

L'implication et la prise en compte est indispensable dans le schéma d'évolution que j'envisage. D'ailleurs la réécriture du projet d'établissement se fera de manière participative.

De même, les pratiques, les connaissances de terrain des professionnels seront des atouts importants, à ne pas négliger dans l'élaboration du nouvel EHPAD.

Dès les premières réunions avec l'architecte, des représentants de chaque métier seront invités.

J'entends les solliciter sur plusieurs points afin d'obtenir, à terme, une organisation optimisée :

- Les aménagements des chambres, au-delà des normes réglementaires, devront refléter les pratiques futures.
- Les espaces communs (salle à manger, de détente, cuisines...) devront faciliter le travail, l'organisation, l'interaction entre les différents personnels.

Mes attentes vont bien au-delà des frontières de l'EHPAD. J'envisage de mener un véritable travail d'ambassadrice.

D) Le réseau

- Étendre une communication adaptée

Mon investissement passera par une présence régulière aux conférences, aux réunions (de politiques publiques, ARS, département...), tous lieux où des enjeux peuvent se jouer. Mes déplacements seront stratégiques. Je vais me présenter, faire connaître l'établissement que je représente (exposer les objectifs, le dynamisme qui se dégagera de nos projets...).

Mon souhait est de trouver de nouveaux partenaires et davantage d'aides.

- Développer des partenariats

Là aussi je souhaite induire une spirale vertueuse : montrer la somme et la qualité de projets qui animent l'EHPAD. L'unité du groupe qui le compose (résidents, familles, personnel) impulsera de la part des autorités (ARS, Départements, RSE), une volonté de soutenir plus fortement l'innovation et l'ambition.

À titre d'exemple : le montage d'un dossier pour obtenir le financement gracieux d'un véhicule de transport destiné à faciliter la mobilité des résidents et des équipes, est

envisagé en partenariat avec le service RSE de la Caisse d'Épargne (validation dans un deuxième temps doit être faite par le conseil d'administration de l'établissement bancaire)

Je vais missionner la responsable du lien social pour rechercher des possibilités de partenariat avec des associations...

De la même manière, un travail avec les autres professionnels de secteur de la filière gériatrique devra être pérennisé.

Des conventions seront également réalisées avec les établissements de formation.

Inscrire l'EHPAD dans son territoire, c'est aussi dérouler une stratégie « gagnant / gagnant » entre les besoins locaux en termes de gériatrie et la bonne santé de l'EHPAD lui-même.

➤ Répondre à la demande d'un territoire

La construction de l'EHPAD va répondre à une demande du territoire. D'ailleurs la réalisation d'un accueil de jour serait utile pour répondre aux demandes reçues dans le cadre des pré-admissions.

Je vais préparer un projet que je présenterai à l'ARS pour une autorisation de 8 places. Dans les plans de construction, je vais inclure les pièces destinées à cet accueil. Le transport de ces personnes pourrait être réalisé par le bus dont l'achat était évoqué précédemment.

Le projet de crèche sera également prévu dans les plans de la construction. J'aimerais concilier les besoins en termes d'accueil des enfants du canton d'Aiguebelle, et faire bénéficier l'établissement d'une proximité intergénérationnelle.

Autre implication dans le territoire : à ce jour, l'intégration de la cuisine dans le nouvel EHPAD n'est pas viable si on ne cumule pas les besoins des écoles primaires et maternelles.

Je vais me rapprocher des maires de la communauté de communes et leur proposer que la cuisine de l'EHPAD préside à l'élaboration des repas. Cette orientation permettrait de rentabiliser l'investissement effectué pour la construction et l'aménagement de la cuisine au sein de l'EHPAD.

Je vais également proposer à la direction de Saint Jean, de regrouper nos deux cuisines dans le cadre de la mutualisation.

À ce jour, l'obsolescence de leur cuisine implique une remise aux normes complète. Cumuler nos besoins serait avantageux pour tous.

Le succès de cet ensemble de proposition sera au rendez-vous si des outils d'évaluations efficaces sont mis en place.

Une idée pour qu'elle vive doit être pilotée, mesurée et suivie.

3.2.3 L'évaluation

Je vais mettre en place une grille de satisfaction des actions présentées afin d'assurer leur pérennité.

Au-delà de ces actions, c'est l'ensemble de ma stratégie de développement positif qui est en cause :

- Travailler le bien être dans l'EHPAD,
- Communiquer en interne et en externe pour en optimiser le fonctionnement,
- Assurer toujours plus de services de qualité (rendus possible à la fois par le relèvement des tarifs et une recherche active de nouvelles sources financement),
- Valoriser la prestation en augmentant le cout journalier (l'effort demandé correspond à une remise à niveau tarifaire sur les autres EHPAD). : Humanisation améliorée grâce à des recettes nouvelles et au redéploiement de l'organisation. Cette spirale ascendante favorisera le bien de tous.

Mon souhait est de faire participer pour fédérer le personnel (et diminuer la gangrène de l'absentéisme), les familles qui seront présentes et investies, les acteurs politiques et territoriaux locaux qui s'impliqueront aussi.

Remettre au cœur du projet l'humain et la possibilité de finir sa vie dans la dignité.

Pour bien valider la bonne marche de cette mécanique, je propose une évaluation sur ces quatre grands éléments (résidents, familles, ressources humaines et le réseau).

Des critères qualitatifs et quantitatifs seront adaptés, afin de connaitre la pertinence des actions mises en place.

À chaque évaluation, les mesures qualitatives seront notées sur 3 points définis de la manière suivante :

1 = mauvais

2 = moyen

3 = bien

Les mesures quantitatives seront mesurées de cette manière :

- La participation
 - De 0 à 5 = non satisfaisante (revoir les moyens de communication, modifier en adaptant plus les pratiques...)
 - De 5 à 10 = moyen (à développer)

- De 10 à plus = correct (à pérenniser)
- La fréquence
 - Nombre de fois par mois...

Les questionnaires seront présentés sous différentes formes, pour être adaptés à l'ensemble de la population. Ces études réalisées par différents moyens de communication, auront pour objectif de mesurer la satisfaction. Les grands critères seront :

- Pour les résidents
 - L'accueil
 - La convivialité
 - La participation aux activités
 - La demande de rencontres de représentants de différentes religions
 - Le nombre d'ambassadeurs et leur investissement dans la mission (valoriser régulièrement cette orientation, veiller à ce qu'elle ne s'essouffle pas, s'assurer de la bonne compréhension de tous, et vérifier que les limites soient bien respectées...)
- Pour les familles
 - La présence des proches, des petits enfants (mesures des actions comme l'installation de l'aire de jeux)
 - Le nombre de réservations des repas (un tableau de bord sera mis en place)
 - Leur implication dans l'accompagnement de leur parent (présence aux réunions de Projet de Vie, aux temps d'information proposés).
 - Leur participation aux activités, mesure du bénévolat.
 - La communication plus efficiente (blog, site internet...)
- Pour les ressources humaines
 - La participation aux projets, aux réunions
 - Le nombre de réajustements
 - Le nombre de participants aux formations et la cohérence de ces dernières
 - La clarté des actions
 - Taux d'absentéisme
 - L'implication dans les projets de soins.

➤ Pour l'extérieur

- Le nombre de personnes bénévoles
- La communication externe (animations organisées à l'intérieur de l'EHPAD pour faire venir les acteurs locaux (élus, acteurs sociaux, population avoisinante...))
- L'innovation proposée. L'inscription de l'EHPAD dans une démarche en adéquation avec l'évolution de la société. L'inadaptation du bâtiment actuel résulte d'un manque d'anticipation sur les formes de vieillissement. Je souhaiterais, grâce à l'opportunité que représente la construction du nouveau bâtiment, inscrire l'établissement dans une démarche proactive.
- Les recherches et l'obtention de subventions, d'aides financières
- Le développement des partenariats avec les instituts de formation (soins, hôtellerie...).

Conclusion

Mon rôle va consister à orchestrer, conduire et mesurer l'ensemble du projet et la stratégie sous ses aspects : humains, financiers.

L'amélioration objective du confort et des services rendus auprès de chacun de nos résidents représente le point de départ de l'humanisation.

Afin de faire vivre cette idée qui peut apparaître comme une utopie, quatre axes se dégagent :

- L'optimisation de l'existant avec une organisation au centre de mes préoccupations. Faire adhérer l'ensemble du personnel à ce concept en sera la cheville ouvrière. La satisfaction au travail alimentera elle-même une spirale vertueuse par une baisse du taux d'absentéisme et donc, au final, le service rendu sera de meilleure qualité.
- L'innovation : améliorer la qualité des prestations, et surtout offrir davantage de services est mon objectif. Il passera par une revalorisation du coût journalier. Les familles accepteront d'autant mieux cet effort financier qu'elles seront directement impliquées dans le quotidien de l'EHPAD.
- La communication : transversale avec l'extérieur (les familles, les élus, les acteurs locaux...) et verticale avec le personnel et les usagers.
- L'anticipation : je vois dans la construction du nouveau bâtiment une opportunité, qui permettra de répondre aux besoins actuels en termes de gériatrie sur le canton d'Aiguebelle, mais également de prévoir les futures évolutions de notre métier, avec notamment des entrées qui s'effectuent toujours plus tardivement dans ce type d'établissement. Mais aussi avec l'accroissement assez significatif de pathologies type Alzheimer, qui nécessitent par exemple des secteurs fermés, des besoins permanents en termes de soins : la technologie actuelle (introduction des robots de compagnie et des robots assistant le personnel) rend fondamentale cette notion d'anticipation.

Au-delà du débat éthique et philosophique, il me semble nécessaire de penser l'EHPAD de demain.

Quelle direction souhaitons-nous prendre ? Quelle vision portons-nous sur nos aînés ? Quels outils utiliserons-nous ?

Ma voie sera celle de l'humanisation. Je souhaite m'inscrire dans une démarche réaliste : souplesse, communication, intelligence anticipative seront mes atouts.

Je veux apporter ma pierre à la construction d'une société fière de ses aînés, solidaire et forte de ses différences.

Bibliographie

OUVRAGES

AMYOT J.-J., MOLLIER A., 2017, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour les personnes âgées*, 3^e édition, Paris : Dunod, Santé Social, 272 p.

AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., 2016, *Méthode de conduite du changement, Diagnostic, accompagnement, performance*, 4^e édition. Paris : DUNOD Stratégie d'entreprise, 146 p.

BAUDURET J.-F., 2017, *De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, 2^e édition, Paris, DUNOD Santé Social. 330 p.

CIFALI M., 2018, *S'engager pour accompagner, Valeurs des métiers de la formation*, Paris : PUF. 122 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées. De la relation humaine aux motivations*, Toulouse : ERES, 150 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2007. *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées. La culture gériatrique dans les équipes multi professionnelles*, Toulouse : ERES, pratiques gériatriques, 141 p.

GINESTE Y., MARESCOTTI R., PELISSIER J., 2007, *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soins des hommes vieux*, Paris : Armand Colin, 319 p.

GROLIER J., 2017, *EPRD : maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS*, Paris : Infodium Éditions, 372 p.

HERVY B., VERCAUTEREN R., 2013, *Innovier dans l'animation et l'accompagnement de la personne âgée*, Toulouse : ERES, 140 p.

MARRO A., 2013, *L'art de manager en EHPAD*, Bordeaux : LEH, pratiques professionnelles, 224 p.

PERRON M., 1996, *Communiquer avec des adultes âgés : la « clé des sens »*. Lyon : Chronique Sociale, 157 p.

PÖRTNER M., 2012, *Accompagnement des personnes âgées avec l'approche centrée sur la personne*, Lyon : Chronique sociale, collection comprendre la personne, 112 p.

VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.-L., 2010, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*, Toulouse : ERES 176 p.

VERCAUTEREN, R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées. Rôles et exercices*, Revigny-sur-Ornain : Doc Editions, 143 p.

REVUES

ANCEL P., JOUVE A., 2013, « Les EHPAD : une autre gestion du temps qui passe », *EMPAN* n°91, septembre 2013, 166 p.

GRANDIDIER F. (dir.), *DOC'ACCOMPAGNEMENT* vie sociale et animation en institution, novembre-décembre 2017

ARTICLES DE REVUES

BAUDET-CAILLE V. (coord.), 2017 « Le soutien aux proches aidants », *ASH*, n°3016 cahier 2, du 23 Juin 2017, pp. 79-86

BOZIO, A., GRAMAIN, A., MARTIN, C., 2016, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Notes du conseil d'analyse économique*, vol. 35, n° 8, pp. 1-12

CARADEC V., 2008, « Vieillir au grand âge », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 94, n° 3, pp. 28-41.

FIZZALA A. (DREES), 2017, « Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011 », *Les Dossiers de la Drees* n°15, Mai 2017

PARANT, A., 2005, « Les enjeux du vieillissement de la population », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 n°113, pp. 83-95

PETIT J., DUGUE B., 2013, « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n°15-2, disponible en ligne <http://journals.openedition.org/pistes/3419> [visité le 12/03/2108]

ROLLANDIN, P. (Intervieweur), BLONDELET J. (Intervieweur), JARRY C. (Personne interviewée), ARNAIZ-MAUME F., (Personne interviewée), 2018, « Les EHPAD en fin de vie », *ASH*, n°3051 du 9 Mars 2018, pp.6-9

ARTICLES DE PRESSE

La Montagne, « Un plan pour lutter contre l'isolement des personnes âgées » disponible sur internet : https://www.lamontagne.fr/rochefort-montagne/2017/05/14/un-plan-pour-lutter-contre-lisolement-des-personnes-agees_12401722.html [visité le 14/05/2017]

PITORRE A., 20 septembre 2017, « Les arrêts de travail explosent dans les EHPAD » disponible sur internet <http://www.entreprise.news/les-ehpad-deux-fois-plus-touchees-que-le-btp-par-les-arrets-de-travail/> [visité le 20/09/2017]

RAPPORTS

ANESM, 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD. La vie sociale des résidents en EHPAD*, disponible sur internet https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_06_qdv3_cs4_web_2018-03-16_12-32-35_302.pdf [visité le 20 décembre 2017]

Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse, Aout 2008 « Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement Réflexion sur les critères de définition et missions » https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf [visité le 12 novembre 2017]

Rapport Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2014, *Les soins en EHPAD en 2013*, disponible sur internet <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/487546/> [visité le 09 septembre 2017]

RAPPORT D'ORIENTATION BUDGETAIRE 2018, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, disponible sur internet, <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-rapports-dorientation-budgetaire-rob> [visité le 5 juin 2018]

TEXTES OFFICIELS

ARCHIVES Vie-publique.fr « La prise en charge de la dépendance en Europe », 08.08.2011. Disponible sur internet <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/prise-charge-dependance-europe.html> [visité le 10 octobre 2017]

Fondation nationale de gérontologie et ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, Charte des personnes âgées dépendantes, disponible sur internet http://www.ch-saverne.fr/documents/charte_personne_agee_dependante.pdf [visité le 11 octobre 2017]

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ , Arrêté du 8 Septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-A du code de l'action sociale et des familles (CASF) JORF n°0301 du 29 décembre 2015, disponible en ligne

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id> [visité le 20 octobre 2017]

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JORF n°0301 du 29 décembre 2015, disponible sur

internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte> [visité le 6 mars 2018]

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, disponible sur internet

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> [visité le 20 octobre 2017]

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte> [visité le 20/02/2018]

Région Auvergne-Rhône-Alpes, Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023, disponible sur internet : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_SRSProjet.pdf [visité le 03 mars 2018]

SITES INTERNET

<https://www.henryford.fr/fordisme> [visité le 02 décembre 2017]

<http://www.humanitude.fr/lhumanitude/#lhumanitude-lien-vers-presentation> [visité le 14 septembre 2017]

VIDÉOS

France 3 Nouvelle Aquitaine, 2016, reportage « Une maison de retraite qui pratique l'Humanitude à CUSSAC en Haute Vienne », disponible sur internet <https://www.youtube.com/watch?v=AqwU9DYIN-Q> [visité le 03 février 2018]

Résidence du Parc à AUDINCOURT dans le Doubs, « Les mémés s'éclatent », film réalisé à la résidence. Avril 2018

Liste des annexes

Annexe 1 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe en 2017	I
Annexe 2 : Répartition de la population par sexe à Aiguebelle.....	II
Annexe 3 : Organigramme de l'EHPAD d'Aiguebelle	III
Annexe 4 : Effectif à l'EHPAD d'Aiguebelle.....	IV
Annexe 5 : Répartition du GIR moyen pondéré aux belles saisons.....	V
Annexe 6: Article de presse.....	VI

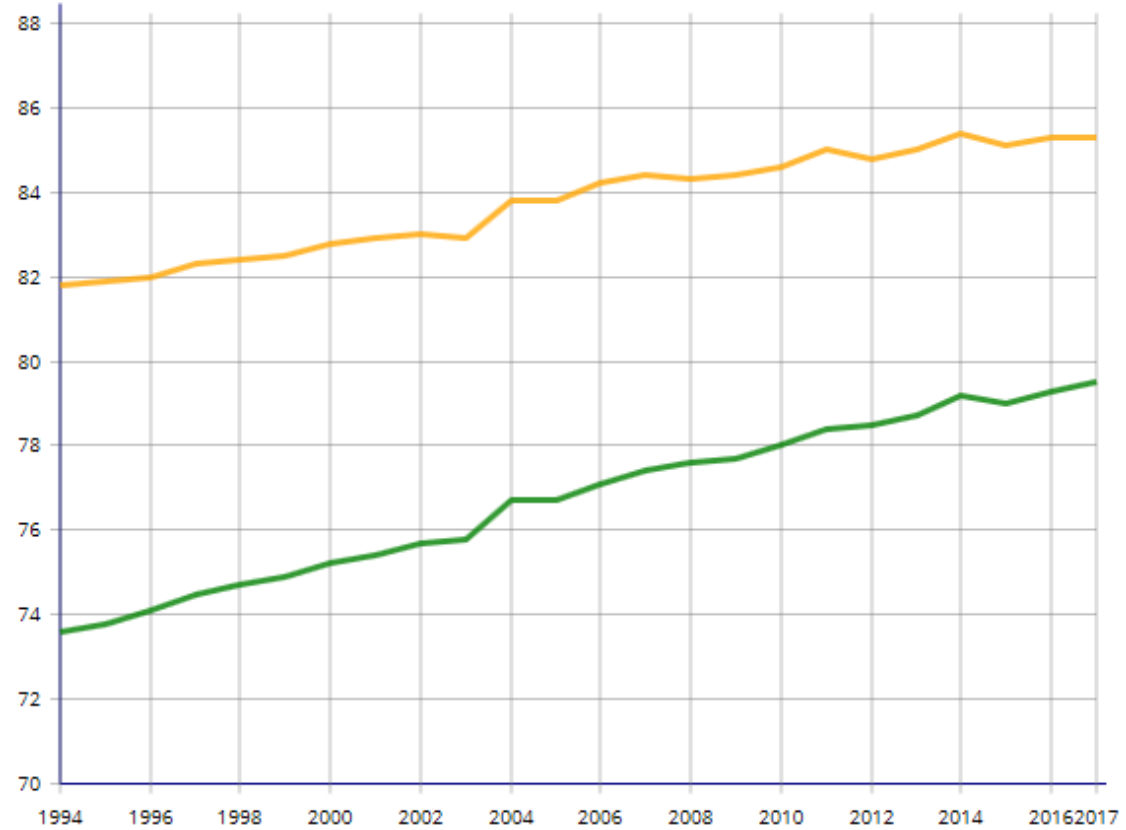
Annexe 1 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe en 2017

Espérance de vie à la naissance selon le sexe en 2017

Espérance de vie à la naissance selon le sexe en 2017

Femmes
Hommes

en années



Note : données 2015 à 2017 provisoires.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Annexe 2 : Répartition de la population par sexe à Aiguebelle

Répartition de la population par sexe à Aiguebelle

Données 2014	Aiguebelle : nombre habitants	% de la population	Moyenne des villes
Hommes	545	47,1 %	50,1 %
Femmes	613	52,9 %	49,9 %

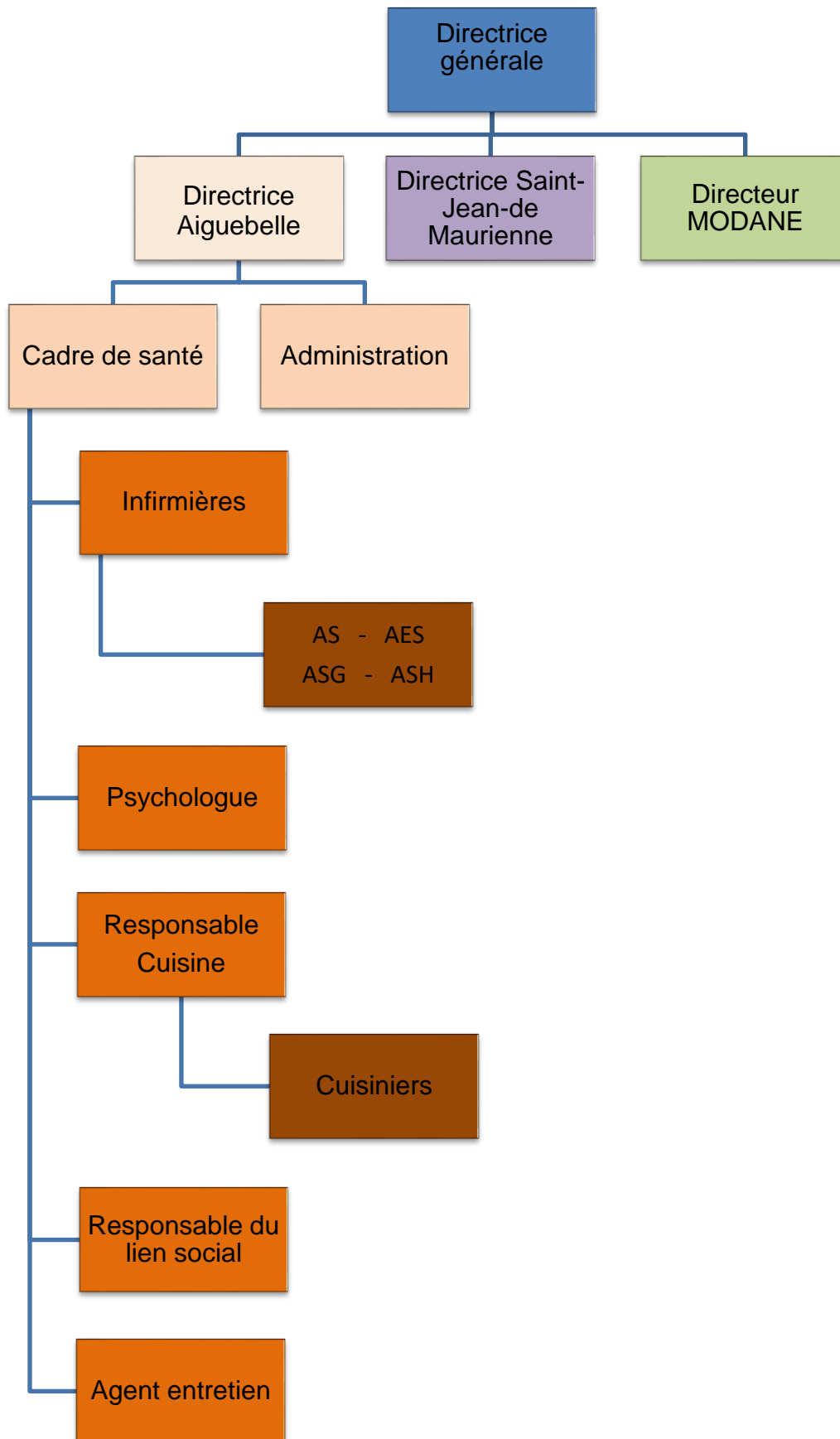
Enfants, jeunes, adultes et personnes âgées à Aiguebelle

Données 2014 (source : Linternaute.com d'après l'Insee)



■ 0 - 14 ans ■ 15 - 29 ans ■ 30 - 44 ans ■ 45 - 59 ans ■ 60 - 74 ans
■ 75 ans et plus

Annexe 3 : Organigramme de l'EHPAD d'Aiguebelle



Annexe 4 : Effectif à l'EHPAD d'Aiguebelle

POSTES	EFFECTIF
DIRECTRICE	1
ADMINISTRATION	2
CADRE DE SANTE	1
PSYCHOLOGUE	1
RESPONSABLE CUISINE	1
RESPONSABLE LIEN SOCIAL	1
AS	11
ASG	6
AES	3
ASH	17
CUISINIERS	3
AGENT ENTRETIEN	1
	48

Annexe 5 : Répartition du GIR moyen pondéré aux belles saisons

(Données EHPAD des Belles Saisons à AIGUEBELLE)

GIR 1	11
GIR 2	24
GIR 3	23
GIR 4	12
GIR 5	2
GIR 6	0

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none"> - Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"> - Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"> - Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante



Service-Public.fr
Le site officiel de l'administration française

Les députées rasant gratis...

Huit milliards pour doubler le ratio personnels/résidents, gel des effets négatifs de la convergence tarifaire, réforme de l'aide sociale à l'hébergement, réduction des restes à charges. Dans leur rapport rendu public le 14 mars, les députées Monique Iborra et Caroline Fiat ne sont pas avares de propositions généreuses... non financées.

Après la mission « flash » menée en août-septembre par la commission des affaires sociales (1), Monique Iborra (LREM, Haute-Garonne) et Caroline Fiat (LFI, Meurthe-et-Moselle) ont rendu un rapport. « *Les effectifs sont insuffisants* » dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ont-elle martelé.

Elles appellent à geler les effets négatifs de la réforme tarifaire pour les établissements perdants, le temps de revoir le dispositif. Pour elles, une mesure drastique s'impose : « *Rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel "au chevet" (aides-soignants et infirmiers) de 60 ETP [équivalent temps plein] pour 100 résidents, dans un délai de quatre ans maximum* »... ce qui reviendrait à « doubler » le taux actuel.

Ce calcul repose sur l'idée qu'il faudrait une présence soignante de 1 h 30 par 24 heures pour chaque résident, afin de proposer « *un accompagnement individualisé* » et « *préserver la dignité de la personne* », a résumé Caroline Fiat, qui était elle-même aide-soignante en EHPAD jusqu'aux dernières élections.

Cette mesure aurait un coût important : « *8 à 10 milliards d'euros pour l'embauche de 210 000 soignants* », a-t-elle poursuivi, tout en assurant que cela remédierait au découragement des professionnels et limiterait le *turn-over*.

Les députées appellent à réformer d'urgence l'aide sociale à l'hébergement, car de plus en plus de départements, en difficulté financière, réduisent leur effort. Mais aussi parce que beaucoup de résidents renoncent à solliciter cette aide, craignant qu'elle mette leurs proches en difficulté. Les corapporteuses proposent d'imposer « *un niveau minimum de places habilitées [à l'aide sociale] dans l'ensemble des établissements* » et de réviser les contreparties pour les ayants droit.

Pour réduire les restes à charge (d'environ 1 900 € par mois en moyenne avant les éventuelles aides publiques, selon le rapport), elles proposent d'« *organiser un transfert de charges* » depuis le forfait hébergement (où les dépenses sont acquittées par le résident) vers les forfaits soins et dépendance, financés par l'assurance maladie et les départements.

Monique Iborra reconnaît que « *tout cela ne va pas se faire d'un coup de baguette magique* »... mais les députées ne disent pas comment financer ces mesures. Elles suggèrent d'« *ouvrir un débat national*



De gauche à droite : Monique Iborra (LREM), Caroline Fiat (LFI).

à ce sujet « *en vue d'aboutir d'ici cinq ans* ». Reste à savoir si le gouvernement souhaitera lancer de nouveaux débats publics, après ceux organisés en 2011 par Roselyne Bachelot... qui n'avaient abouti à aucune réforme d'ampleur.

Au-delà des questions de moyens, Caroline Fiat et Monique Iborra invitent à « *changer de modèle d'EHPAD* », proposant en particulier d'« *encourager la création d'établissements entièrement dédiés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer* ». Il s'agirait de rompre avec le modèle des petites unités fermées, pour s'inspirer d'expériences danoises et hollandaises, mais aussi du vaste Village Alzheimer qui doit ouvrir en 2019 dans les Landes et laissera aux habitants une grande liberté de se déplacer.

Le rapport reprend aussi l'idée, dans l'air du temps, d'un « *décloisonnement* » entre les EHPAD, les résidences autonomie, l'hébergement temporaire, les structures de répit... rejoignant ainsi les conclusions des Assises des EHPAD (voir pages 6 à 9).

Pour les députées, il faut apporter un soutien financier spécifique aux expérimentations des EHPAD « hors les murs », qui font le lien entre établissement et domicile.

Autre chantier à suivre avec attention : Monique Iborra et Caroline Fiat invitent à repenser la procédure d'évaluation externe des EHPAD « *en prévoyant la mise en place d'une véritable certification, et la publication d'indicateurs de qualité pour chaque établissement* ». ■ Nicolas Cochard

(1) Voir ASH n° 3023 du 13-09-17, p. 5.

AUVRAY

CHRISTELLE

NOVEMBRE 2018

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFTS ECHIROLLES

**PERSONNALISER L'ACCOMPAGNEMENT ET LE PROJET DE VIE DES
PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD AFIN DE MIEUX RÉPONDRE À LEURS
ATTENTES ET À LEURS BESOINS**

Résumé :

Les établissements pour personnes âgées accueillent une population toujours plus âgée et dépendante. Leur accompagnement au sein des structures est complexe.

L'EHPAD que je dirige ne répond pas aux attentes d'un lieu de vie chaleureux et accueillant.

Dans ce contexte, l'équation que je souhaite résoudre est : « Comment proposer un accompagnement individuel dans un lieu collectif ? ».

Elle va passer par une phase d'optimisation (interne et externe) et de réorganisation.

La construction d'un nouveau bâtiment offre l'opportunité d'aller plus loin dans l'innovation et l'anticipation.

Ma stratégie insufflera des spirales vertueuses. L'utilisateur vivra une qualité de soins et de services supérieurs. Le personnel verra ses conditions de travail s'améliorer. Enfin, les familles seront satisfaites de la meilleure prise en charge de leur proche.

Mes efforts vont se concentrer aussi sur les capacités budgétaires (sollicitation plus importante des familles, dons...).

Je m'appuierai sur une communication pertinente, permanente et transversale.

Mots clés :

PERSONNES ÂGÉES, ACCOMPAGNEMENT, FAMILLES, PERSONNEL, INDIVIDUEL, OPTIMISATION, RÉORGANISATION, INNOVATION, ANTICIPATION, CAPACITÉS BUDGÉTAIRES, COMMUNICATION

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.