

**METTRE EN ŒUVRE, EN EHPAD, UNE DEMARCHE DE
DIVERSIFICATION DE L'OFFRE AFIN DE FAVORISER LE
POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET LA PRISE EN
COMPTE DE LEURS BESOINS**

Nathalie AUJARD

2022

Remerciements

Mes remerciements vont à tous ceux qui m'ont accompagnée dans ma reconversion professionnelle, famille, amis, anciens collègues, corps enseignant de l'Institut Régional du Travail Social (IRTS), professionnels et personnes accompagnées sur mes lieux de stages en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad) et en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT).

Passer du secteur de l'agriculture à celui du médico-social est une aventure humaine ; appréhender les enjeux sociétaux et laisser leur juste place aux personnes vulnérables sont au cœur de ma démarche.

Je remercie chaleureusement les directions des trois Ehpad qui m'ont accueillie dans les Yvelines, en Savoie puis dans le Val de Marne. Elles m'ont ouvert leurs livres, partagé leurs projets et problématiques, permis de rencontrer les employés, les partenaires ainsi que les résidents, les fameuses « personnes âgées dépendantes », sujets de mon mémoire.

La suite de ce document sera rédigée à la première personne du singulier pour imager ma posture de direction dans un Ehpad en Savoie, terrain opérationnel de mon projet.

Je dédie ce travail à mes parents.

« Vous êtes-vous déjà demandé combien de fois dans votre vie vous aviez réellement dit merci ? Un vrai merci. L'expression de votre gratitude, de votre reconnaissance, de votre dette. »

Delphine de Vigan - Les grâces

Sommaire

Introduction.....	1
1 De la France à l'Ehpad en Savoie, état des lieux de la situation des personnes âgées dépendantes et de leur accueil en institution.....	5
1.1 Les personnes âgées en France : dépendance, besoins et faible diversification de l'offre d'accueil en institution	5
1.1.1 Le vieillissement de la population, un fait social perçu négativement par son corolaire de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer.....	5
1.1.2 La dépendance, au sens de la perte d'autonomie, comme raison d'institutionnalisation	6
1.1.3 L'offre d'accueil en établissement correspond très majoritairement à un hébergement permanent en Ehpad.....	8
1.1.4 Un âgisme ambiant qui ne facilite pas l'inclusion des personnes âgées.....	10
1.1.5 Les aidants, acteurs clés des parcours ... pas encore fluides.....	11
1.2 Un cadre réglementaire fourni en propositions mais en attente de légifération sur le grand âge.....	12
1.2.1 Des lois structurant le secteur médico-social depuis une vingtaine d'années.	12
1.2.2 Des alertes pour améliorer la qualité de l'offre et de l'accueil en Ehpad.....	15
1.2.3 Et demain, enfin une loi sur le grand âge ?	17
1.3 Un territoire en manque de solutions pour les personnes âgées mais en recherche de l'amélioration de la qualité de vie en Ehpad.....	17
1.3.1 Le département de la Savoie face à l'enjeu de la dépendance encore plus fortement que la région ARA en globalité.....	17
1.3.2 La mise en œuvre des politiques publiques passe par les plans quinquennaux de l'ARS et du Département.....	18
1.3.3 Un territoire mixte ville/montagne avec une offre institutionnelle centrée sur l'hébergement permanent et quasiment saturée.....	18
1.4 Une institution sensible à l'accompagnement relationnel avec un fort investissement dans la formation des professionnels	19
1.4.1 L'association gestionnaire a pour mission d'accompagner la vie jusqu'au bout dans ses Ehpad.....	19
1.4.2 L'établissement est ancré dans son territoire où il bénéficie d'une bonne réputation.....	21

1.5	Une population de personnes âgées dans l'établissement semblable à celle des Ehpad associatifs en général.....	26
2	Le diagnostic conduit à une problématique autour du pouvoir d'agir.....	29
2.1	Un territoire manquant d'hébergements temporaires et d'accueils de jour	29
2.1.1	Méthodologie.....	29
2.1.2	Résultats	30
2.2	La comparaison de 3 établissements montrant des pistes d'ouverture à l'extérieur et sur l'extérieur	32
2.2.1	Méthodologie.....	32
2.2.2	Résultats	33
2.3	Des enquêtes de satisfaction très positives pointant ponctuellement des manques de diversité d'animation, de communication, de temps d'écoute des soignants	34
2.3.1	Méthodologie.....	34
2.3.2	Résultats	34
2.4	Des PAP pragmatiques mais leur singularité est difficilement mise en œuvre.....	35
2.4.1	Méthodologie.....	35
2.4.2	Résultats	36
2.5	Un regard croisé entre les acteurs où les résidents s'auto-limitent dans leur participation, où les familles impliquées trouvent leur place, où le personnel sous-estime ses pratiques en Humanitude	37
2.5.1	Méthodologie.....	37
2.5.2	Paroles de résidents.....	38
2.5.3	Résultats	40
2.6	L'autodiagnostic Humanitude pointe le manque de structuration qualité et de communication entre les équipes pour la mise en œuvre des PAP ...	44
2.6.1	Méthodologie.....	44
2.6.2	Résultats	46
2.7	SWOT de l'établissement.....	48
2.8	Choix, liberté et singularité comme écarts de la problématique identifiée autour du pouvoir d'agir	50
3	Mon projet pour individualiser l'accompagnement en diversifiant l'offre et les activités	53

3.1 Un projet en phase avec les besoins du territoire et les orientations politiques.....	53
3.1.1 Flexibilité et ouverture, les deux axes stratégiques du projet.....	53
3.1.2 Le bien-être comme impact social durable attendu	55
3.1.3 Partage d'expérience avec deux accueils de jour	56
3.2 Un pilotage pour accompagner la transformation des pratiques	57
3.2.1 Une gouvernance adaptée selon les sous-projets.....	57
3.2.2 La co-construction pour engager les parties prenantes.....	60
3.2.3 La nécessaire transformation des pratiques.....	61
3.3 Rééquilibrer les forces en présence pour développer le pouvoir d'agir..	62
3.3.1 Rapide détour par le concept du pouvoir d'agir.....	62
3.3.2 Améliorer la participation de façon inclusive.....	64
3.4 Des partenaires fournis, un réseau efficace avec le CLIC.....	65
3.5 Un plan d'action cadencé sur 15 mois	67
3.5.1 Actions du sous-projet 1 : création d'un accueil de jour	68
3.5.2 Actions du sous-projet 2 : relance de l'hébergement temporaire	71
3.5.3 Actions du sous-projet 3 : des PAP co-construits.....	72
3.5.4 Actions du sous-projet 4 : la transparence des activités.....	73
3.5.5 Actions du sous-projet 5 : plus de sorties.....	74
3.5.6 Une communication interne et externe dès le diagnostic	74
3.6 Évaluer le projet en m'appuyant sur le nouveau référentiel HAS	76
Conclusion	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAP	Appel A Projet
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AdS	Agent de Soin
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARA	Auvergne Rhône-Alpes
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant(e)
ASG	Assistant(e) de soins en gérontologie
ASL	Agent de Service Logistique
ASV	Adaptation de la Société au Vieillessement
AT	Accident de Travail
BFR	Besoin de Fond de Roulement
CA	Conseil d'Administration
CAP	Comportement d'Agitation Pathologique
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CHAM	Centre Hospitalier Albertville Moutiers
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODIR	Comité de Direction
COFIL	Comité de Pilotage
Covid	Maladie à Coronavirus
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CR	Compte-Rendu
CSE	Comité Social et Économique
CSSCT	Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DG	Direction Générale/Directeur Général
DPA	Développement du Pouvoir d'Agir
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUD	Document Unique de Délégation
EFE	Excédent de Financement d'Exploitation
Ehpad	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EOH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein
FR	Fond de Roulement

FRE	Fond de Roulement d'Exploitation
FRI	Fond de Roulement d'Investissement
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
IFAS	Institut de Formation pour les Aides-Soignant(e)s
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRP	Instances Représentative du Personnel
IRTS	Institut Régional du Travail Social
Jalnav	Jusqu'à la mort, accompagner la vie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PE	Projet d'Établissement
PHV	Personne Âgée Vieillissante
PIB	Produit Intérieur Brut
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PNMD	Plan National Maladies neuroDégénératives
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAM	Relais Assistantes Maternelles
RBPP	Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH	Ressources Humaines
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAP	Services A la Personne
SRS	Schéma Régional de Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT	<i>Strengths & Weaknesses, Opportunities & Threats</i>
TO	Taux d'Occupation
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UVP	Unité de Vie Protégée

Introduction

Diplôme d'ingénieur agronome en poche, j'ai exercé mon métier dans le domaine de l'agriculture, auprès de viticulteurs et de céréaliers, pendant trente ans puis je me suis engagée dans une reconversion professionnelle avec l'envie et l'objectif d'occuper un poste de direction dans le domaine médico-social.

N'étant pas actuellement en poste, je me suis appuyée sur mes différents stages et sur des rendez-vous complémentaires avec des professionnels du secteur pour étayer le contenu de ce mémoire. J'ai aussi mobilisé mon expérience passée en conduite de projet et en direction d'équipe. Je parle et m'engage en tant que directrice de l'Ehpad en Savoie dans ce document, utilisant le « je » pour personnifier cette position même si elle est aujourd'hui théorique.

J'ai pu comparer les différences d'accompagnement dans deux Ehpad d'une même association. Dans celui des Yvelines, en région parisienne, la priorité était de prendre possession des nouveaux locaux, installer l'équipe de soin et intégrer de nouveaux résidents (en hébergement permanent uniquement). En province, l'établissement savoyard est complet avec des résidents originaires du quartier, il bénéficie d'une très bonne réputation, a mis en place des soins non médicamenteux (musicothérapie, médiation animale, art-thérapie, clowns relationnels, ferme thérapeutique) et s'est engagé dans une démarche de labellisation Humanitude® autour de la bientraitance. Ses deux places d'hébergement temporaire sont « gelées » du fait de la surcharge de travail qu'elles occasionnent.

Un troisième établissement, d'un autre gestionnaire, dans le Val de Marne, montre qu'il est possible de travailler en tenue civile, laisser déambuler librement les personnes désorientées, déménager son propre lit dans son logement et croiser dans le hall, en venant chercher son courrier dans sa boîte aux lettres, des personnes en accueil de jour, en hébergement temporaire, des assistantes maternelles.

Je me suis posé la question de l'unicité du type d'accueil dans l'établissement de Savoie alors que la demande de service en complément du maintien à domicile n'est pas couverte sur le territoire que ce soit en accueil de jour ou en hébergement temporaire.

J'ai aussi observé une certaine standardisation de l'accompagnement à travers les projets individuels bien que l'attention portée à la personne soit développée. A titre d'exemple, une résidente souhaite rendre visite à son fils handicapé qui est en institution mais c'est très rarement possible de l'emmener, une autre personne désirerait partager son goût du tricot

® marque déposée en 1995 par Yves Gineste et Rosette Marescotti

avec d'autres mais ça ne se met pas en place, un résident voudrait profiter d'échanges culturels en ville mais il est compliqué d'y aller en soirée et souvent, changer de voisins de table pour partager des centres d'intérêt n'est pas si simple.

Le point de départ de mon questionnement pourrait se traduire par les deux questions suivantes : différentes formes d'accueil proposées permettraient-elle aux personnes âgées d'intégrer l'institution de façon choisie et non subie ? Que reste-t-il aujourd'hui, aux personnes âgées en Ehpad, d'un point de vue de leur citoyenneté et de leur pouvoir d'agir une fois le collectif en place ?

Il est ici question d'éthique et je retiens la définition qu'en donne Fabrice Gzil (Gzil F., 2021), directeur adjoint de l'Espace de réflexion éthique d'Île de France et de l'Espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives, « L'éthique peut se définir comme une réflexion sur le sens et la valeur de nos actions. Dans le domaine du soin et de l'accompagnement, elle vise à rendre les pratiques plus responsables, justes et respectueuses de la personne ». Un des points d'attention qu'il développe entre tout particulièrement en résonance avec mon questionnement : « Reconnaître chaque personne dans son humanité et sa citoyenneté, dans son inaliénable dignité et son identité singulière ». L'éthique d'autonomie (Rosenfelder C., 2018) complète ceci en montrant que pour favoriser l'expression du libre-arbitre du choix du « Lieu du vieillir » il faut une offre plus large avec le domicile, des structures alternatives (des hébergements intermédiaires possiblement autogérés) et les Ehpad.

La recherche de la meilleure réponse à un besoin identifié, par l'expression de la personne, à un moment donné, est une bonne pratique définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui alimente la bientraitance, elle « se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation » (HAS, 2008).

Mon approche s'inscrit dans une réflexion large sur la place des personnes âgées dans la société, sur le respect de leur liberté et dignité, et je citerai les auteurs des Fondements d'une éthique pour les personnes âgées (Laborel B., Vercauteren R., 2004) : « Promouvoir une démarche éthique en gérontologie suppose donc que cette discipline ne devienne pas l'affaire exclusive des seuls « spécialistes » mais que l'on permette qu'elle soit saisie et travaillée par d'autres, tout d'abord par les personnes âgées elles-mêmes et leur famille, et plus largement la société tout entière. »

Mon sujet traitera du développement du pouvoir d'agir des personnes âgées (pouvoir choisir ses lieux de vie successifs ou séquentiels en fonction de ses capacités, ses besoins ; pouvoir choisir ses activités en fonction de ses attentes, ses envies) et de la nécessaire transformation de l'Ehpad pour individualiser l'accompagnement en diversifiant ses formes d'accueil et ses activités.

Mon mémoire s'articule en trois parties :

1. La description du contexte social et réglementaire des personnes âgées dépendantes à l'échelle nationale, territoriale et de l'établissement de Savoie : types d'accueil et répit des aidants seront au cœur de cette partie ;
2. Le diagnostic partagé autour du pouvoir d'agir : différents outils (analyse documentaire, observations, entretiens et enquêtes) supporteront mon analyse ;
3. Mon projet systémique pour individualiser l'accompagnement : devant la complexité du sujet, son caractère multidisciplinaire, la transformation qu'il induit, je poserai des jalons pour la globalité du projet et déclinerai mes actions autour de 5 sous-projets déployés sur 15 mois :
 - Pour diversifier les formes d'accueil : la création d'un accueil de jour (sous-projet 1) et la relance de l'hébergement temporaire (sous-projet 2) ;
 - Pour diversifier les activités : la personnalisation des projets individuels (sous-projet 3), la transparence (sous-projet 4) et les sorties (sous-projet 5).

1 De la France à l'Ehpad en Savoie, état des lieux de la situation des personnes âgées dépendantes et de leur accueil en institution

Je vais décrire le contexte en partant de la vue générale avec les aspects démographiques et les représentations sociales au niveau de la France. Puis j'aborderai la mise en œuvre des politiques publiques à travers les enjeux qu'elles rencontrent et les plans quinquennaux à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et du département de la Savoie. Enfin, je présenterai l'association gestionnaire et l'établissement de Savoie où je mènerai le projet d'individualisation de l'accompagnement.

1.1 Les personnes âgées en France : dépendance, besoins et faible diversification de l'offre d'accueil en institution

1.1.1 Le vieillissement de la population, un fait social perçu négativement par son corolaire de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer

Les personnes de plus de 65 ans représentent, en 2019, 20% de la population française soit 13,4 millions de personnes (INSEE, 2019). Cette part de la population a doublé depuis l'après-guerre par l'allongement de l'espérance de vie, dû à la baisse de la mortalité infantile dans les années 50-70 puis à celle des personnes plus âgées grâce aux progrès scientifiques, pour atteindre aujourd'hui (en valeur provisoire pour 2021) 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Les projections du vieillissement de la population française, principalement par l'avancée en âge de la génération des baby-boomers (nés entre 1943 et 1960), porteraient la part des plus de 65 ans à 24% en 2030 puis 27% en 2050.

La très grande majorité des plus de 65 ans vivent à domicile (93% des femmes et 96% des hommes), l'hébergement en institution (Ehpad, résidences autonomes ou encore Unité de Soins de Longue Durée (USLD)) augmentant à partir de 80-85 ans : il est de 42% pour les femmes de plus de 95 ans (contre 5% à 80 ans) et 27% pour les hommes (contre 4%). L'âge moyen d'entrée en institution est, en 2015, de 85 ans et 2 mois.

La prévalence de la dépendance est fortement croissante avec l'âge et concerne aujourd'hui 1,3 millions de personnes si l'on considère le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). J'expliquerai la notion de dépendance et de perte d'autonomie ultérieurement et, par ailleurs, le chiffre par la seule APA est sous-estimé du fait d'un certain non-recours à ce droit. Allant de pair avec le vieillissement annoncé de la population, la modélisation du nombre de personnes (DREES, 2020) en perte d'autonomie à 2030 serait de 3 millions (parmi les 21 millions de français de plus de

60 ans alors) puis en 2050 de 4 millions (parmi les 25 millions de français de plus de 60 ans à cette échéance).

Dans la mesure où une personne âgée sur deux en institution présente des troubles cognitifs, les données sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées complètent ce paragraphe démographique : 1,2 millions de personnes sont directement atteintes en France (Fondation Médéric Alzheimer, 2021) mais plus largement en incluant les aidants, 3 millions de personnes sont concernées. La projection à 2050 porte ce nombre à 2,2 millions de malades.

Le coût de la dépendance est actuellement de 34 milliards d'euros par an soit 1,3% du Produit Intérieur Brut (PIB) financé pour 24 milliards d'euros par l'État, le reste étant à la charge des particuliers. En 2040, il faudrait 10 milliards d'euros de plus par an (Libault D., 2019) pour prendre en compte le vieillissement inéluctable de la population d'un point de vue financier. L'enjeu n'est pas qu'économique, il est aussi social et éthique autour de la place des personnes âgées, de la vulnérabilité et de la fin de vie, dans notre société.

1.1.2 La dépendance, au sens de la perte d'autonomie, comme raison d'institutionnalisation

Le terme de dépendance est assez récent puisqu'il date des années 80, je retiendrai deux définitions de sociologues. Pour Bernard Ennuyer (Ennuyer B., 2004) c'est le « Qualificatif de la personne âgée de plus de 60 ans ayant des difficultés à accomplir seule les principaux actes de la vie quotidienne, en raison de pathologies d'origine organique ou psychique, et ayant besoin, de ce fait, d'être aidée pour la réalisation de ces activités ». Et pour Alexandre Vallée (Vallée A., 2017) « Le terme de dépendance ou perte d'autonomie se qualifie par la notion de limitations fonctionnelles, altérations des fonctions physiques, sensorielles ou cognitives ; la notion de restriction d'activités, appréciée par la capacité à exercer des activités de la vie quotidienne ; la notion de besoin d'aide ou d'assistance. L'autonomie se définit comme la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement ».

Le terme est entériné en 1997 avec la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) qui deviendra l'APA en 2002.

Cette prestation s'appuie sur la grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR) définie par les médecins gériatres sous l'angle médical et dans une optique principale d'hébergement. Les degrés de perte d'autonomie sont évalués à partir de 10 variables discriminantes et 7 variables illustratives et aboutissent à 6 Groupes Iso-Ressources (GIR) allant du plus fort (GIR 1) au plus faible (GIR 6) niveau de dépendance. Seuls les GIR 1 à 4 permettent d'accéder à l'APA et au financement de tout ou partie du

plan d'aide nécessaire à la personne, dans 60% des cas au domicile et dans 40% en établissement.

Bernard Ennuyer (Ennuyer B., 2004) nous montre le déséquilibre induit par la biomédicalisation, ou médicalisation de la vie, du terme dépendance, ce dernier perd son sens de lien social, de relation entre individus uniquement et spécifiquement dans le champ de la vieillesse ainsi « L'institutionnalisation de la dépendance-incapacité suivant le seul *paradigm* biomédical vient nous renseigner sur l'évolution des rapports de force et surtout d'interdépendance entre les individus au sein des différentes configurations. Le rapport de force est défavorable aux plus fragiles socialement. La question de la réciprocité de l'action aidant/aidé se pose alors, qui est le réel bénéficiaire de l'action mise en œuvre ? ». Cette biomédicalisation participe de la représentation sociale négative de la vieillesse puisqu'elle est systématiquement associée à déficience donc incapacité donc dépendance donc besoin d'aide importante donc « problème » de société.

Se poser la question du rapport de force aidant/aidé fait appel au concept d'autonomie solidaire (Bizard F., 2021) « Ce concept prend en compte l'évolution de l'individu anonyme et abstrait vers un individu singulier et unique, à la recherche d'égalité réelle et d'autonomie, de reconnaissance et de dignité, même quand il est en situation de faiblesse et de vulnérabilité (...) C'est cette capacité (de développer ses potentialités tout au long de sa vie) qu'il faut protéger dans le nouveau modèle social ». Ceci implique d'inverser le pilotage de notre action depuis la demande vers l'offre (et non l'inverse), de mettre l'individu au centre de notre approche, de promouvoir la démocratie sanitaire.

Comme le rappelle Dominique Libault (Libault D., 2019), la dépendance croissant avec l'âge, le défi du siècle est le vieillissement en bonne santé, d'où les préconisations de renforcer la prévention par rapport à la perte d'autonomie, en commençant par la prévention primaire (bonne nutrition, activité physique et intellectuelle). Les personnes âgées souhaitent rester à domicile ; le dernier rapport de la Cour de Compte (Cour des Comptes, 2021) confirme cette aspiration mais parce que la prévention n'est pas encore suffisamment déployée dans les pratiques de notre système de soin et lorsque les pathologies s'accumulent entraînant une dépendance non compensée, les personnes âgées entrent en institution.

Le déterminant principal du recours à l'institution est la limitation fonctionnelle en particulier cognitive (Carrère A., 2020) mais malgré les multiples raisons d'institutionnalisation (âge, santé, autonomie, isolement social, épuisement des aidants), Geneviève Laroque défendait l'utopie du libre-choix (Laroque G., 2009) : « L'affirmation répétée du libre choix du lieu de vie, comme des autres modalités de ce libre choix des modes et conditions de vie, des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance est bien une utopie nécessaire. Utopie dès lors que conscience est prise du caractère contraint

sinon illusoire de ce choix dans bien des circonstances. Nécessaire pour combiner au moins mal les obligations contradictoires en apparence de la sauvegarde de la liberté avec celle de la sécurité ; liberté et sécurité des vieilles personnes en question mais sûrement aussi liberté et sécurité de ceux qui s'en occupent au nom de l'amour, au nom de la loi, au nom du métier. ». Elle défendait cette possibilité toute personnelle du choix ou du non-choix. Pouvoir choisir lorsque l'on a encore assez d'énergie pour le faire et convaincre ses proches ou ne pas choisir de façon acceptée (en déprise, processus non linéaire du vieillissement avec pertes et gains (Meidani A., Cavalli S., 2018)) ou de façon non acceptée (cette dernière entraînant souvent un glissement à l'arrivée en établissement). Malheureusement l'entrée en institution se fait souvent tardivement et dans l'urgence sans avoir ce temps, même s'il est utopique, du choix.

En corolaire de cette entrée en âge avancé, les professeurs Jeandel et Guerin (Jeandel C., Guérin O., 2021) décrivent les pathologies de la population accueillie en Ehpad dans leur dernière mission : en tête de liste, 66% de syndromes démentiels, 62% d'hypertension, 55% de troubles chroniques du comportement signifiant une aggravation générale sur le plan médical. Par ailleurs, 37% ont au moins une maladie chronique non stabilisée et 57% présentent une maladie neurodégénérative dont Alzheimer.

1.1.3 L'offre d'accueil en établissement correspond très majoritairement à un hébergement permanent en Ehpad

730.000 personnes âgées sont aujourd'hui hébergées dans des établissements qui leurs sont dédiés : parmi celles-ci 600.000 sont en Ehpad. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (DREES, 2019) détaille la répartition des résidents au 31/12/2019 selon la catégorie d'établissement et le mode d'accueil (hors centres d'accueil de jour spécialisés et non adossés à un Ehpad et hors Mayotte) :

Catégorie d'établissement	Mode d'accueil					Total répondants	Non renseigné	ENSEMBLE
	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit				
EHPAD publics	275 738	2 620	7 365	88	285 811	4 286	290 097	
EHPAD privés à but non lucratif	163 122	3 054	5 905	12	172 093	2 769	174 862	
EHPAD privés à but lucratif	124 096	2 761	1 529	0	128 386	1 323	129 709	
Sous-total EHPAD	562 956	8 435	14 799	100	586 290	8 378	594 668	
	95%	1%	2%	0%	99%	1%	100%	
EHPA non EHPAD	4 906	793	184	0	5 883	29	5 912	
Résidences autonomie	96 281	542	35	4	96 862	2 763	99 625	
Unités de soins de longue durée	29 101	97	99	0	29 297	519	29 816	
ENSEMBLE	693 244	9 867	15 117	104	718 332	11 689	730 021	

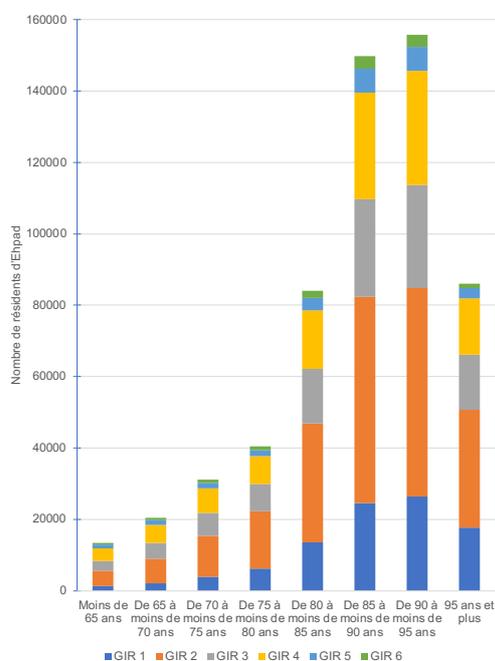
80% des personnes en institution sont donc hébergées en Ehpad et pour 95% d'entre elles de façon permanente. Même en ajoutant les 11.700 personnes accueillies à la journée en centre d'accueil de jour spécialisé au tableau ci-dessus, nous voyons que l'offre est très limitée sur l'accueil de jour. De même pour l'hébergement temporaire (de quelques semaines à 3 mois maximum) le chiffre est très faible avec moins de 9.000 places. Quant à l'accueil de nuit, il est quasiment inexistant, moins de 1.000 personnes en bénéficient. En

synthèse, l'offre est regroupée à 77% autour de l'accueil permanent en Ehpad, signe d'une faible diversification des solutions proposées aux personnes âgées. Il faudrait certes ajouter les habitats intermédiaires pour compléter ce panorama, de nombreuses initiatives y compris en auto-gestion voient le jour.

L'analyse de la DREES (Ramos-Gorand M., 2020) dessine un portrait des résidents en Ehpad :

- Deux sur trois ont plus de 85 ans : 26% ont 85-90 ans, 27% 90-95 ans et 15% plus de 95 ans ;
- 73% sont des femmes, seuls 4% sont hébergés ainsi que leur conjoint dans le même établissement, 86% n'ont d'ailleurs pas ou plus de conjoint ;
- 63% ne font l'objet d'aucune mesure de protection juridique ;
- 45% viennent de leur domicile privé ou de celui d'un proche, 22% arrivent d'un établissement de santé (14% d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et 8% d'hospitalisation en court séjour), 12% d'un autre Ehpad ;
- Le Groupe iso-ressources Moyen Pondéré (GMP) des Ehpad est de 752 à comparer à celui du domicile qui est de 561 ; 9 résidents sur 10 sont en GIR 1 à 4 : 16% en GIR 1, 37% en GIR 2, 18% en GIR 3 et 20% en GIR 4 ; ainsi la moitié des résidents est en état de dépendance sévère ou totale.

Le graphe ci-après visualise la répartition des résidents d'Ehpad par âge et par GIR :



Les analyses préliminaires de la dernière enquête datant de 2019 (DREES, 2022) indiquent que la dépendance augmente : le GMP sur l'ensemble des hébergements était de 696 en 2015 et passe à 705 en 2019 par la moindre présence des personnes les moins dépendantes, ceci est dû à l'entrée plus tardive en établissement (maintien à domicile encouragé par les politiques publiques répondant aux souhaits des personnes et moindre progression du nombre de place en Ehpad).

La prévalence des maladies neurodégénératives est stable mais neuf résidents de moins de 70 ans sur dix souffrent de troubles de cohérence : ce sont les résidents les plus jeunes pour qui les difficultés ont le plus augmenté.

Les 600.000 personnes âgées ayant besoin d'aide et de soins au quotidien sont accueillies dans 7.400 Ehpad ; ils sont publics à 45%, privés non lucratifs (ou associatifs) pour 31% et privés lucratifs (ou commerciaux) pour les 24% restant. Parmi l'ensemble de ces structures, 47% ont une Unité de Vie Protégée (UVP) dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 3% une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) pour ce même public à un stade plus avancé de la maladie et 20% présente un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Du côté des professionnels, ce sont 380.000 Équivalent Temps Plein (ETP) qui accompagnent les personnes âgées en Ehpad, la moitié d'entre eux est du personnel soignant, intervenant au quotidien auprès des personnes âgées.

1.1.4 Un âgisme ambiant qui ne facilite pas l'inclusion des personnes âgées

Mais qu'en est-il de la vieillesse ? Puisqu' « Aucun jeune n'a de référence qui puisse lui permettre de comprendre ce que ressent un vieillard » (Puijalon B., Trincaz J., 2000), puisqu'au fil des années la lourdeur de la prise en charge est formalisée par la grille AGGIR, puisque « La vieillesse est trop souvent perçue comme une régression qui ramène le vieux à l'état d'enfance et conduit donc naturellement l'entourage à décider à sa place de ce qui est bien pour lui » (Puijalon B., Trincaz J., 2000), les personnes âgées se retrouvent enfermées dans un groupe social avec le risque d'être exclues de la société. Cette discrimination, basée sur le seul âge, est appelée âgisme ; la vieillesse n'est alors plus une étape de la vie, la dernière, mais un groupe « à problème » que l'on va sécuriser en le surprotégeant et animer de façon collective en lieu et place des désirs des individus.

La question de l'inclusion des personnes âgées dans la société était déjà au cœur du rapport Laroque publié en 1962 qui prônait le maintien à domicile puis la notion de 3^{ème} âge est apparue (Caradec V., 2015). S'est opérée ensuite une scission entre les retraités ou séniors (anciennement 3^{ème} âge) d'une part et les personnes âgées dépendantes (dénommées 4^{ème} âge pendant un temps) d'autre part. « La représentation bipolaire de la vieillesse (...) laisse-t-elle accroire que tous les jeunes retraités sont conformes à l'image du sénior engagé dans la vie associative et qu'au-delà d'un certain âge, les vieilles personnes sont toutes dépendantes et posent un problème de prise en charge » Vincent Caradec énonce que le danger du groupe fermé des personnes âgées est de penser qu'il est homogène et décontextualisé et donc de le traiter en généralité. Il définit les enjeux du vieillissement au grand âge : « Maintenir des prises sur le monde (...) conserver aussi longtemps que possible des activités qui font sens » puis « Contenir l'étrangeté du monde (...) les personnes âgées ont souvent le sentiment qu'elles n'ont plus vraiment leur place dans la société d'aujourd'hui » mais aussi « Préserver son estime de soi » touchant ainsi l'ancrage identitaire dans le présent et c'est pour cela que les relations sociales avec le personnel sont clés.

Revenons aux besoins des personnes âgées. De façon générale, les besoins sont décrits sous trois catégories : besoins fondamentaux ou vitaux, besoins primaires ou élan vital et besoins secondaires ou accomplissement de soi. La qualité se définit par la satisfaction des besoins. Pour autant, les attentes, souhaits ou désirs de la personne alimentent l'espérance de ce qui pourrait arriver de bon et entraîner bien-être et confort. Ne pas les recueillir, c'est une nouvelle fois prendre le risque de décider de ce qui est bon pour la personne sans elle. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) (ANAP, 2020) a recensé récemment, les nouveaux besoins des personnes âgées : de façon générale, les besoins en soin augmentent, particulièrement pour les troubles psycho-gériatriques et l'attente sociale principale est de « se sentir chez soi, comme à la maison et en sécurité ».

1.1.5 Les aidants, acteurs clés des parcours ... pas encore fluides

La présidente de l'Association française des aidants (Leduc F., 2020) estime, selon les sources, qu'il y a entre 8 et 11 millions d'aidants en France : huit sur dix sont des aidants familiaux et les deux autres des voisins ou amis. La moitié aident des personnes âgées (4 millions de personnes aident leur conjoint ou parent âgé dont 2,8 millions quotidiennement), la moitié sont en activité professionnelle et 20% d'entre eux présentent des signes d'épuisement ; la question des aidants est donc une question sociétale dans le contexte du vieillissement de la population.

Malgré l'âgisme évoqué plus avant, la guerre des générations n'aura pas lieu selon le sociologue Serge Guérin (Guérin S., Tavoillot P-H., 2017) : « Nous sommes passé d'un lien intergénérationnel subi, évident et mécanique à un lien choisi, pensé et réciproque ». L'intergénérationnel est un lien décisif aux moments charnières de la vie et c'est aussi un processus de transmission de valeurs. Cette guerre n'aura pas lieu parce que chacun est conscient du risque de plus grande solitude engendré par le souhait de plus grande autonomie et tisser des liens permet d'y remédier.

L'aidant s'inscrit dans une trajectoire d'aide (Charlap C., Caradec V., Chamahian A., Kushtanina V, 2020) : « Au fil de la trajectoire, l'enjeu est pour l'aidant de disposer ou non des ressources pour surmonter les potentiels obstacles et poursuivre dans le registre d'aide qu'il souhaite. » et en particulier dans « La sphère institutionnelle (accueil de jour, aide à domicile, professionnels de santé, plateformes de répit) ».

Le parcours se définit (Aubert I., Kletz F., Sardas JC., 2020) comme la coordination pour avoir une continuité et une cohérence de la prise en charge tenant aussi compte de l'évolution des offres et services sachant que les embûches sont nombreuses dues à : « Des configurations à risque : la conjonction de l'aggravation de la dépendance avec la défaillance de l'aidant et le refus d'aide » et « Des problématiques de coordination entre les professionnels qui freinent l'élaboration d'une vision partagée ».

Pour conclure ce chapitre, retenons ce qu'écrivait Dominique Libault (Libault D., 2019) : « En Ehpad, la stimulation et la bienveillance dont les personnes âgées ont besoin sont perçues comme trop souvent mises de côté, notamment en raison d'un raccourcissement des temps d'intervention professionnels auprès des personnes. » et « C'est enfin la perception d'une prise en charge trop exclusivement centrée sur le soin, pour des personnes âgées traitées comme des malades. La personne âgée ne serait pas considérée dans sa globalité, comme ayant une personnalité, des besoins, mais aussi des désirs ». Écoutons aussi cette observation à l'occasion de portrait de résidents (Dupré-Lévêque D., 2019) « Alors oui, l'Ehpad est souvent le dernier lieu de vie. Les personnes qui y entrent en ont bien conscience et cela n'empêche pas les angoisses inhérentes à ce moment si particulier de notre existence. Dans ce nouveau lieu de vie, des liens forts vont se créer entre les résidents et les personnels et ils ne sont jamais seuls ».

1.2 Un cadre réglementaire fourni en propositions mais en attente de légifération sur le grand âge

L'État français est centralisé et fonctionne en régime organiciste (Paugam S., 2020) selon la classification de Serge Paugam. Son système de protection est étoffé et sa fonction est classificatrice, ainsi ses politiques publiques visent des groupes de citoyens. Nous parlerons ici de celles adressées aux personnes âgées dépendantes.

1.2.1 Des lois structurant le secteur médico-social depuis une vingtaine d'années

Les orientations générales du fonctionnement de l'État s'appliquent au secteur médico-social ainsi la politique de décentralisation démarrée dans son Acte I par la loi n°82-213 du 2 mars 1982 aboutira au transfert de compétences de l'action sociale et l'aide sociale, dont l'hébergement des personnes âgées en Ehpad tel que défini dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), aux départements qui deviennent à partir de janvier 1986 les chefs de file du secteur médico-social.

Puis dans les vingt dernières années, l'État a légiféré de façon structurante dans le secteur sanitaire avec des conséquences sur le fonctionnement des Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) : la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) a vu la création des Agences Régionales de Santé (ARS) fixant les règles de fonctionnement, délivrant les autorisations et ressources afférentes et menant les contrôles des Ehpad.

Voyons maintenant les spécificités du secteur médico-social et en particulier de celui touchant les personnes âgées en repartant du fondement qu'est le rapport Laroque. Publié en 1962 suite à la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, il alerte sur la situation de pauvreté et d'isolement des personnes âgées et prône un maintien digne à domicile pour garantir l'inclusion dans la société. Même si la rupture d'avec le modèle

précédant d'assistanat et de charité est bien réel, même si de grands progrès découlent de ce rapport comme la revalorisation des retraites, la création du minimum vieillesse et des services d'aides ménagères, l'objectif d'inclusion ne sera pas atteint parce que les politiques publiques ultérieures se concentreront sur une partie de la population, les personnes âgées dépendantes.

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 structure le secteur médico-social, en autonomie vis-à-vis des établissements hospitaliers et établit les règles de création, financement, formation des ESMS. La professionnalisation du secteur est en marche.

Mais il faudra attendre de nombreuses années pour officialiser la prestation d'aide spécifique auprès des personnes âgées dépendantes alors qu'elle existe déjà depuis 1975 pour les personnes en situation de handicap ; c'est la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 qui remplace l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) uniquement dans le champ du handicap en PSD. Cette aide financière, distribuée en fonction de la compensation prédéfinie est maintenant accessible aux personnes âgées dépendantes. La loi 2001-647 du 20 juillet 2001 remplacera la PSD par l'APA avec un élargissement des services pris en charge.

Face aux exigences concurrentielles, aux nécessaires contractualisations, aux besoins de rendre compte et de tracer la qualité, une réforme est décidée. C'est la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale en redonnant sa place à l'usager et outillant les ESMS. Elle définit les sept droits fondamentaux des personnes : respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité ; le libre choix entre domicile et établissement ; l'accompagnement individualisé de qualité après consentement éclairé ; la confidentialité des données ; l'accès à l'information ; l'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours éventuelles ; la participation directe au projet d'accompagnement. La loi précise les outils nécessaires à leur mise en œuvre : Projet d'Établissement (PE), livret d'accueil, charte des droits et des libertés, contrat de séjour, personne qualifiée, règlement de fonctionnement de l'établissement, Conseil de la Vie Sociale (CVS) et Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP). Prenons ce dernier point du PAP, la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) sur les attentes de la personne et le projet personnalisé (HAS, 2008) indique combien la recherche de l'expression de la personne sur ses besoins et son analyse de la situation est clé depuis la co-construction de son projet jusqu'à sa co-évaluation. Et si, malgré l'adaptation de notre mode de communication, la personne rencontre des difficultés à participer, il faut alors rechercher la voix de son représentant légal ou de sa personne de confiance s'il l'a désignée.

Depuis le rapport Laroque de 1962, les offres de service se sont professionnalisées sous un angle sanitaire avec une médicalisation curative puis une réparation thérapeutique selon

le niveau de dépendance. Le passage du modèle « réparateur » au modèle « inclusif » n'est que faiblement amorcé pour les personnes âgées et la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) doit tenter d'y remédier à travers trois axes : anticipation du vieillissement, adaptation de la société, accompagnement de la perte d'autonomie. Cette loi ancre le virage domiciliaire avec la notion de droit au répit pour les aidants en particulier en développant les services d'accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, accueil familial et relais à domicile. La circulaire du 29 novembre 2011 (Ministère des solidarités, de la cohésion sociale, 2011) définit le mode opératoire des accueils temporaires (accueil de jour et hébergement temporaire). Préalablement le CASF (CASF articles D.312-8 à D312-10, 2016) fixe les objectifs de cet « Accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour », il s'agit d'une solution ponctuelle pour les personnes en perte d'autonomie souhaitant rester à domicile et/ou lorsqu'elles rencontrent une « crise » (retour d'hospitalisation, travaux dans leur logement, isolement ponctuel) ou bien encore d'un temps de répit pour leur aidant. Revenons au dernier décret qui précise les modalités de fonctionnement de ces accueils :

- L'accueil de jour est essentiellement destiné aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées dans une optique de resocialisation dans un environnement « comme à la maison » inclus dans le quartier tout en soutenant les aidants et ce, pendant une demi-journée, une ou plusieurs journées par semaine. Ces services doivent proposer à des groupes homogènes de malades des activités thérapeutiques adaptées (stimulation cognitive, physique, nutrition, bien-être et estime de soi) et interagir avec leurs familles. Le nombre de place minimum est fixé à 6 pour les services adossés à des Ehpad (la majorité des cas) et 10 pour les services autonomes, le transport doit être organisé par le service. L'enjeu principal de cette forme d'accueil est la coordination en particulier avec les services de soin à domicile et les consultations mémoires ;
- L'hébergement temporaire est un accueil limité à 90 jours par an complétant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes lors d'une situation particulière, une « crise » (retour d'hospitalisation, répit de l'aidant, isolement ponctuel, travaux d'amélioration de l'habitat). Ce peut être aussi une période d'essai de la vie en Ehpad afin d'envisager une entrée ultérieure. La population accueillie est hétérogène avec environ un tiers de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Offrir des hébergements temporaires relève de la volonté de l'établissement avec comme corolaire son engagement à réaliser des projets individualisés, préparer le retour à domicile ou l'entrée en Ehpad selon les cas mais aussi aider les familles dans leur rôle d'aidant. Pour ce service

aussi, la bonne coordination avec les services d'aide et de soin à domicile ainsi que les médecins libéraux est primordiale.

Dans les faits, la mise en œuvre de la loi ASV de 2015 se recentre sur la prévention de la perte d'autonomie et l'adaptation des logements. Pour les Ehpad, la loi précise le socle commun des prestations minimales en hébergement inscrites au contrat de séjour, ajoute la liberté d'aller et venir en précision des sept droits fondamentaux et instaure les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) à la place des conventions tripartites. Notons que les Ehpad sont les premiers ESMS à fonctionner avec des CPOM permettant ainsi d'engager la transformation de leur offre sans rester uniquement focalisés sur le Taux d'Occupation (TO) qui cristallisait l'offre unique d'hébergement permanent.

Par ailleurs, la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé a confié à la HAS la mission de refondre le dispositif d'évaluation des ESMS. Le nouveau référentiel a été publié au printemps 2022 et s'articule autour de quatre valeurs (pouvoir d'agir, respect des droits fondamentaux, inclusion, éthique des professionnels). Il est constitué de trois chapitres : la personne, les professionnels et l'ESMS. Je retiens tout particulièrement parmi les neuf thématiques, les suivantes : bientraitance et éthique, expression et participation de la personne accompagnée, co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement, continuité et fluidité de parcours.

Dans la continuité chronologique, le décret n°2022-688 du 25 avril 2022 modifie le CVS et les autres formes de participation pour conforter l'expression et la participation des personnes. Il consacre aussi le terme « Personne accompagnée » à la place de « Personne accueillie » ou « Personne prise en charge ». Pour rendre les personnes actrices de leur accompagnement, promouvoir leurs droits, la composition du CVS est élargie aux associations de personnes ou familles ainsi qu'aux bénévoles ; les élus et autorités peuvent y participer à leur demande ; la composition est rééquilibrée avec 50% des membres qui sont les personnes accompagnées ou leurs familles et le CVS intègre de nouvelles compétences comme l'élaboration et la révision du PE, la participation à la nouvelle procédure d'évaluation et le partage des résultats et éventuelles mesures correctives décidées.

1.2.2 Des alertes pour améliorer la qualité de l'offre et de l'accueil en Ehpad

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un « État de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Au-delà des RBPP sur la Qualité de vie en Ehpad (HAS, 2011) et la Bienveillance (HAS, 2008), les récentes propositions politiques mettent en avant les démarches qualité,

jusqu'aux labellisations, pour transformer les organisations : le rapport El Khomri (El Khomri M., 2019) recommande d'« Innover pour transformer les organisations » avec une mesure de soutien financier des formations autour de la méthode Buurtzoorg, du label Humanitude pour diminuer la sinistralité des professionnels. Le rapport parlementaire Bonne et Meunier (Bonne B., Meunier M., 2021) recommande de « Miser sur les bonnes pratiques organisationnelles et méthodologiques et les démarches de qualité impliquant le maintien d'un contact entre les personnes âgées et celles qui les accompagnent. Parmi celles-ci figurent par exemple la méthode Montessori ou bien la méthodologie de soin Gineste-Marescotti qui fonde la démarche Humanitude. Cette dernière permet l'obtention du label de bientraitance du même nom. Les 25 Ehpad labellisés et la centaine d'établissements en cours de labellisation témoignent de diminutions des hospitalisations et d'utilisation de neuroleptiques mais aussi, du côté des professionnels, des accidents et arrêts de travail, déjà très nombreux dans ce secteur ». Les parlementaires recommandent aussi de « Faire de l'ouverture sur la vie de quartier un des critères d'autorisation ou de rénovation des projets d'Ehpad ».

Les plans nationaux pluriannuels traitant du grand âge et des maladies neurodégénératives sont reconduits depuis plusieurs décennies ; les derniers en date ont parmi leurs priorités :

- Pour le grand âge : le gouvernement engage (Ministère de la santé, Ministère des solidarités, 2022) les établissements dans une démarche qualité et investit, en complément du maintien à domicile, pour rendre les Ehpad « Plus humanisés, plus médicalisés et plus ouverts sur l'environnement ». La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a la charge de coordonner les initiatives de diversification de l'offre dans une logique de parcours, pour renforcer le lien intergénérationnel et toute forme de solidarité (tiers-lieux). Un (dès 2022 puis 4 d'ici 2025) Ehpad par département sera un centre de ressource gériatrique territorial ;
- La feuille de route des maladies neurodégénératives (Ministère de la santé, Ministère des solidarités, 2021) 2021-2022 à la suite du 4^{ème} Plan National Maladies neuroDégénératives (PNMD) met l'accent sur le soutien des aidants. La prévalence croissante dans les années à venir de ces maladies, sans guérison à ce jour, du fait du vieillissement de la population, implique d'adapter la prise en charge. Le gouvernement s'engage à améliorer le parcours des personnes malades et de leurs proches via la création de plateforme de répit et l'augmentation du nombre de places d'hébergement temporaire pour le répit des aidants.

En complément, la stratégie nationale de soutien aux aidants (Agir pour les aidants 2020-2022, 2021) confirme que le répit est une priorité et l'illustre par 17 fiches-repères dont une est consacrée à l'accueil de jour et une à l'hébergement temporaire.

1.2.3 Et demain, enfin une loi sur le grand âge ?

La nouvelle loi « Grand âge et autonomie » renommée « Générations solidaires » est sans cesse reportée dans l'agenda politique, elle aurait pour vocation d'accompagner plus fortement les personnes à leur domicile et de développer de nouveaux habitats alternatifs (nouveaux types de logements inclusifs et nouveaux services d'accompagnement).

Les Ehpad seraient alors un complément à la politique de maintien à domicile en prenant la forme d'une offre subsidiaire lorsque la perte d'autonomie, qu'elle soit physique ou cognitive, devient trop lourde mais aussi pour procurer un répit aux aidants, acteurs clés de ce maintien à domicile. La notion de parcours avec différents habitats et différentes ressources de prévention, soin, animation apparaît pour répondre au libre-choix des personnes âgées.

Les Ehpad de demain seraient pourvoyeurs de ces ressources pour les personnes accompagnées ou leurs aidants, qu'elles y logent de façon permanente ou séquentielle (accueil de jour, de nuit, hébergement temporaire sur quelques semaines).

Seule la 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale a été créée avec pour objet, entre autres, la prévention et le bien-vieillir (financement réduit au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS)).

1.3 Un territoire en manque de solutions pour les personnes âgées mais en recherche de l'amélioration de la qualité de vie en Ehpad

1.3.1 Le département de la Savoie face à l'enjeu de la dépendance encore plus fortement que la région ARA en globalité

En 2015, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (Thouilleux C., Bianco E., 2019) comptabilise 726.000 personnes ayant plus de 75 ans dans la région ARA, parmi celles-ci 223.000 sont dépendantes. La projection doublerait ces chiffres en 2050 pour atteindre 1,4 millions de personnes de plus de 75 ans dont 410.000 seraient dépendantes. Dans la mesure où le nombre de places d'hébergement est stable, plus de personnes dépendantes resteront à leur domicile demain et les Ehpad accueilleront alors les personnes les plus gravement dépendantes.

L'offre d'hébergement actuelle de la région (34,5 places en institution pour 100 personnes de plus de 75 ans dépendantes) est légèrement supérieure à la moyenne nationale (33,2). Le département de la Savoie est au niveau de cette moyenne nationale avec 11.800 personnes dépendantes (en 2015) et l'évolution attendue (plus que doublée) est la plus forte de la région du fait des caractéristiques démographiques du département (arrivée des baby-boomers).

Dans une analyse complémentaire (Thouilleux C., Bianco E., 2019), l'INSEE estime à 16.400 ETP supplémentaires nécessaires d'ici 2030 sur la région pour accompagner, essentiellement à domicile, la dépendance (sachant que ce sont 100.000 ETP qui la prennent en charge en 2015 pour l'ensemble de la région). Les enjeux de formation, recrutement et professionnalisation sont identifiés pour ces postes qui représentent une opportunité d'emplois non délocalisables.

1.3.2 La mise en œuvre des politiques publiques passe par les plans quinquennaux de l'ARS et du Département

Le Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023 (ARA, 2021) de l'ARS de la région inclut une démarche d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins en Ehpad essentiellement à travers l'iatrogénie, la gestion des épidémies et la filière gériatrique. L'indicateur de qualité dans les CPOM vise le bien-être et le respect de la dignité des personnes accompagnées avec comme valeur cible que 100% d'entre elles aient un PAP. L'objectif n°8 du SRS annonce « Optimiser les réponses apportées par les unités médico-sociales » par un meilleur maillage des PASA et un soutien dans les investissements pour améliorer la qualité de l'offre des Ehpad tandis que l'objectif n°9 vise à « Reconfigurer les ressources gérontologiques » en spécialisant les accueils dans les Ehpad pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Dans le Schéma social unique 2020-2022 (CD Savoie Pole Social, 2019) du Conseil Départemental (CD) de la Savoie, l'amélioration de la qualité de vie en Ehpad est un enjeu fort avec le choix de favoriser les pratiques nouvelles, les soins de confort et l'accompagnement de la vie jusqu'au bout. L'action n°4 veut « Diversifier l'offre et renforcer la fluidité » principalement à travers la mise à disposition d'hébergements temporaires et d'accueil de jour, la transformation des Ehpad en plateforme d'accompagnement et en ajustant les modalités d'accueil pour que l'entrée en établissement soit choisie.

1.3.3 Un territoire mixte ville/montagne avec une offre institutionnelle centrée sur l'hébergement permanent et quasiment saturée

Le territoire se définit par une communauté de communes citadines et rurales (zones de montagne) dans le département de la Savoie et compte 62.000 habitants.

Huit établissements sont présents sur ce territoire : un public hospitalier, quatre publics du Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS), deux privés lucratifs et un privé non lucratif (l'établissement de ce mémoire). Le tableau ci-dessous détaille les offres institutionnelles disponibles sur le territoire (données collectées sur les sites internet de chaque établissement) : 96% de l'offre est en hébergement permanent, les places en hébergement temporaire et accueil de jour sont très rares, respectivement 7 et 11 places. La spécialisation d'accueil de résidents présentant des maladies neurodégénératives en UVP

concerne la moitié des établissements (17% des places d'hébergement permanent du territoire) et deux établissements ont mis en place un ou plusieurs PASA. L'Ehpad adossé à l'hôpital offre des places en USLD (7% des places d'hébergement permanent du territoire).

Type d'établissement	Ehpad						Accueil de jour
	Total	Hébergement permanent "classique"	Hébergement permanent en UVP	Hébergement temporaire	Accueil permanent en USLD	PASA	
Privé non lucratif	80	56	22	2		✓	
Privé lucratif	70	68		2		✗	
Privé lucratif	24		24			✗	
Public	87	35	19	3	30	✗	
Public	83	69	14			✗	
Public	41	41				✗	
Public	75	75				✓	1
Public							10
	460	344	79	7	30		11

A ce jour environ 250 personnes sont en attente d'une solution en institution (estimation ViaTrajectoire - plateforme d'orientation vers les ESMS - sachant que les établissements sont tous quasiment complets). Les deux Services A la Personne (SAP) ne répondent pas à la demande non plus.

1.4 Une institution sensible à l'accompagnement relationnel avec un fort investissement dans la formation des professionnels

1.4.1 L'association gestionnaire a pour mission d'accompagner la vie jusqu'au bout dans ses Ehpad

L'association est une association de laïcs ; depuis les années 70 elle a repris la gestion d'établissements créés par différentes congrégations religieuses catholiques. Sa volonté d'être ouverte et attentive aux plus fragiles s'illustre par les quatre valeurs de l'association (le partage, l'espérance, l'accueil, la solidarité) et le programme d'accompagnement « Vis-l'âge » que j'explicitierai ci-après.

Environ 1.700 personnes sont accueillies au sein des 22 établissements et services dont 19 Ehpad répartis dans toute la France. Les 1.608 places en hébergement permanent sont occupées par des résidents ayant 87 ans en moyenne. A ces places, il faut ajouter 40 places en hébergement temporaire (moyenne d'âge 85 ans) et 33 places en accueil de jour (moyenne d'âge 80 ans). Une très grande majorité de ces places est habilitée à l'aide sociale. La spécialisation pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives passe par 154 places en UVP et 98 places en PASA.

Les objectifs du projet associatif sont :

- Accompagner le vieillissement de toute personne quel que soit son degré d'autonomie ;
- Favoriser la formation et la professionnalisation de tous les acteurs qui concourent à l'accompagnement du vieillissement ;

- Promouvoir le bénévolat au service de l'accompagnement des personnes âgées ;
- Favoriser les liens intergénérationnels et interculturels autour de la question du vieillissement ;
- Contribuer à la réflexion sur les politiques publiques relatives au vieillissement.

Les priorités 2019-2022 étaient au nombre de quatre avec pour axe premier « Promouvoir un accompagnement des résidents en cohérence avec notre projet associatif ». En 2023, la priorité sera donnée à la place des familles, en effet la relation de confiance avec celles-ci s'est fortement dégradée pendant la période Covid où restrictions et contraintes se cumulaient.

Le Conseil d'Administration (CA) et le président ont mis en place divers comités et commissions dont un comité d'éthique. Le Directeur Général (DG) encadre les directeurs d'établissement en s'appuyant sur cinq directions support : Ressources Humaines (RH), administration et finance, ingénierie de projet et relations contractuelles, métier et qualité, et récemment créée, vie associative et communication.

945 salariés travaillent en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et 231 en Contrat à Durée Déterminée (CDD) pour l'association selon le dernier bilan social, extrait du rapport annuel de 2021. Les principaux ratios RH nous indiquent une bonne fidélisation du personnel (*turn-over* de 18,2% avec moins de départs que les années précédentes) et un effet bénéfique de la prévention et des formations avec une baisse des Accidents du Travail (AT) (taux d'AT de 14,69%). A contrario, le taux d'absentéisme est stabilisé mais à un niveau élevé (17,84% alors que les valeurs nationales de ce secteur sont plutôt autour de 12%).

Le concept « Vis-l'âge » décrit la vision de l'accompagnement au quotidien par l'association, mettant la relation humaine en son cœur au-delà de la fourniture de seules prestations.



Dans le pilier « Garantir la place des familles » il est question de la période charnière de l'entrée en institution, du rôle d'aidant des familles et leur place dans l'établissement. Quant au pilier « S'ouvrir sur l'extérieur et à l'extérieur », il promeut les liens sociaux en particulier intergénérationnels, l'ouverture aux bénévoles, les sorties et tous les partenariats permettant d'innover.

1.4.2 L'établissement est ancré dans son territoire où il bénéficie d'une bonne réputation

L'établissement, terrain de ce mémoire, est un Ehpad privé non lucratif situé dans un quartier d'une ville savoyarde, à proximité des commerces du centre-ville. Le bâtiment ; sous bail social, de 3 étages date de 2007 et est entouré d'un parc de 1.500 m². Terrasse et tonnelle permettent aux résidents de profiter de l'extérieur librement tandis qu'une passerelle donne accès, avec un chemin de déambulation, à la ferme thérapeutique pour les résidents de l'UVP.



L'établissement dispose de 80 places toutes habilitées à l'aide sociale et peut héberger 78 résidents de façon permanente et 2 temporairement (en moyenne pour 3 à 4 semaines). Parmi ces 80 résidents, 23 personnes sont hébergées en UVP et 14 personnes bénéficient du PASA. Toutes les places permanentes sont actuellement occupées et 150 dossiers pré-validés sont en attente dans ViaTrajectoire.

Le bâtiment de 4.400 m² se déploie sur 4 niveaux, au rez-de-chaussée se trouvent l'accueil, la cuisine, le restaurant, un salon de coiffure, la salle du personnel et les bureaux administratifs ; au premier étage, 23 chambres en UVP avec accès à une terrasse et à la ferme thérapeutique ; au deuxième étage, 29 chambres et l'espace pour le PASA ; au troisième étage 28 chambres (prioritairement occupées par les religieux à leur arrivée dans l'établissement). Une salle polyvalente nommée « le chalet » de 140 m² jouxte le bâtiment

principal et la chapelle. Cette salle est louée en particulier pour des sessions de formation médico-sociale.

L'offre de service couvre classiquement les volets suivants :

- Vie quotidienne : pré/admission, accueil, PAP ;
- Hôtellerie : restauration, entretien du linge et des locaux ;
- Animation : objectif et activité/préservation autonomie et maintien du lien social ;
- Vie sociale : CVS, place des familles et des bénévoles ;
- Soins : continuité de soin, coordination des libéraux, gestion des urgences, médicaments, prévention (dénutrition, chute ...), soins non médicamenteux (musicothérapie, médiation animale, art-thérapie, clowns relationnels, ferme thérapeutique), accompagnement fin de vie et spécificités d'accompagnement pour les personnes atteintes de pathologie type Alzheimer.

Le PE a été récemment conçu et validé pour la période 2021-2025 en alignement avec la signature du CPOM. Il identifie les enjeux de l'établissement pour mener à bien sa mission d'accompagnement :

- Permettre un accompagnement personnalisé de la personne âgée grâce à la connaissance de son histoire, de ses souhaits, de ses besoins ;
- Favoriser sa participation dans toutes les dimensions de sa vie quotidienne ;
- Assurer sa sécurité tout en garantissant le respect de sa liberté ;
- Garantir la qualité de vie dans son ensemble par une architecture adaptée et des prestations de qualité ;
- Encourager les familles à prendre leur place auprès de leur proche et dans la vie de la maison ;
- Impliquer l'ensemble des professionnels pour réussir cet accompagnement ;
- Au-delà de l'établissement, offrir aux acteurs du territoire, professionnels et usagers, nos compétences et savoirs faire.

Le PE fixe 7 objectifs à atteindre d'ici 2025, ils sont listés ci-après avec le contenu détaillé de l'objectif n°6, objectif le plus prospectif sur le moyen-long terme :

-
- 1 Améliorer l'accompagnement des résidents, par le déploiement d'effectifs supplémentaires et le développement du bénévolat

 - 2 Poursuivre la démarche qualité « Vis-l'âge » et « Vers le Label Humanitude »

 - 3 Poursuivre le développement des approches non-médicamenteuses

 - 4 Développer la formation des professionnels

5 Poursuivre les travaux d'accessibilité et d'amélioration du bâtiment et du matériel

6 Continuer à adapter l'Ehpad aux besoins évolutifs du territoire :

- Renforcer le rôle de l'Ehpad au sein du territoire dans la coopération avec les autres établissements et services, et dans l'innovation ;
- Développer la télémédecine ;
- Se positionner sur d'éventuels appels à projet ou appels à candidature dans le cadre de l'Ehpad de demain et de l'Ehpad centre de ressources sur les aspects de formation notamment ;
- Accentuer la diversification de l'offre, en proposant des actions en faveur de l'ouverture de l'établissement aux personnes âgées du domicile, du soutien aux aidants (formations Alzheimer, sensibilisation Humanitude) et du répit (hébergement temporaire, accueil de jour).

7 Poursuivre le développement des soins palliatifs et la réflexion éthique

L'établissement met en œuvre l'accompagnement via l'Humanitude en s'appuyant sur la formation de l'ensemble de son personnel et s'est engagé dans une démarche de labellisation. Yves Gineste et Rosette Marescotti, alors professeurs d'éducation physique et sportive dans les années 80, se sont tout d'abord intéressés à la manutention et la toilette des malades avant d'élargir leur pratique sous le vocable d'Humanitude (Gineste Y., Pellissier J., 2010) qu'ils définissent comme une philosophie du « Prendre soin » basée sur la relation entre le patient et le soignant, « Un professionnel qui prend soin d'une personne ayant des préoccupations ou des problèmes de santé pour l'aider à l'améliorer, la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort ».

Cette philosophie de soin (de Vivie A., 2021) se met en œuvre à travers 150 techniques du « prendre soin » et est un support de la réflexion éthique autour du rôle du soignant ; en effet les établissements labellisés témoignent de la qualité de la réflexion en équipe autour de l'Humanitude.

Les formations-actions engagent à la mise en œuvre entre chaque session et couvrent les quatre piliers de l'Humanitude pour professionnaliser le regard (en particulier l'entrée en relation avec une personne atteinte de troubles cognitifs), la parole (avec *feed-back* même *auto-feed-back*), le toucher (manutention, mobilisation favorisant un ressenti de bien-être) et la verticalité (20 minutes par jour pour éviter la grabatisation).

S'engager dans une démarche Humanitude pour un établissement, c'est s'engager à respecter les cinq principes de l'Humanitude : zéro soin de force sans abandon de soin, respect de la singularité et de l'intimité, vivre et mourir debout, ouverture vers l'extérieur,

lieu de vie/lieu d'envies. S'engager dans une démarche de labellisation pour un établissement, c'est s'engager à progresser, à mesurer ses progrès par auto-évaluation, à tracer ses actions par groupes-actions et enfin être évalué par un organisme externe délivrant ce label de bientraitance.

L'engagement dans la démarche Humanitude de l'établissement date de 2014 avec la mise en place d'un Comité de Pilotage (COFIL), la formation du personnel et des référentes pour que le « prendre soin » trouve son équilibre entre santé et bien-être à la recherche d'une qualité de vie en aidant les personnes les plus vulnérables à utiliser leurs capacités. La philosophie de l'Humanitude prend en compte les changements physiques, sociaux et psychiques de la vieillesse, fait le constat d'une expérience inconnue, de mondes parallèles pour les personnes présentant un syndrome cognitivo-mnésique et place la question éthique au cœur de la relation soignant/personne accompagnée.

La priorité au sortir de la crise Covid s'est portée sur l'accompagnement avec son corollaire de démarche qualité et d'engagement vers la labellisation Humanitude mais je m'attacherai à planifier et lancer le travail autour de l'objectif n°6 pour transformer l'Ehpad en réponse aux besoins du territoire.

La gouvernance s'appuie sur un Document Unique de Délégation (DUD) qui délimite clairement les rôles et responsabilités. A noter que pour les relations sociales, la responsabilité est au niveau de la DG avec un Comité Social et Économique (CSE) et une Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT) œuvrant à l'échelle de l'association.

Le Comité de Direction (CODIR) que je préside se réunit de façon hebdomadaire et a pour membre la responsable du soin, le médecin coordonnateur, la psychologue et le responsable logistique.

L'organisation de l'établissement (voir l'annexe I) repose sur 47 ETP : les 4,2 ETP de cadres décrits ci-avant, une équipe soin de 30,4 ETP, une équipe logistique de 8,4 ETP, 1,7 ETP en animation et 2,5 ETP en comptabilité, RH et secrétariat sachant que les services supports du siège de l'association-mère déploient les politiques et conduisent les projets transversaux, ils sont aussi un appui pour les besoins d'expertises ou réglementaires. Le personnel de cuisine correspondant à 5 ETP est externalisé mais la préparation des repas se fait sur place.

A ce jour et de façon récurrente, deux postes sont vacants : un poste d'Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État (IDE) et un poste d'Aide-Soignante (AS) ; les difficultés de *sourcing* sont majeures sur le territoire malgré le travail en réseau en amont avec les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les Instituts de Formation pour les Aides-Soignant(e)s (IFAS) ainsi qu'en aval avec Pôle Emploi.

Les chiffres de 2020 pour le *turn-over* (14,13%) et l'absentéisme (11,84%) illustrent une stabilité des équipes plus forte que dans les autres Ehpad de l'association mais ces valeurs ont tendance à se dégrader en 2021 et 2022. Le climat social est sain mais les difficultés de recrutement sur les postes vacants ainsi que le délai de mise en œuvre de la nouvelle organisation du soin génèrent des tensions. L'établissement bénéficie d'une solide réputation historique bien que sa communication externe soit assez faible. Le plan de formation des professionnels (formations diplômantes, Humanitude, Alzheimer, soins palliatifs/fin de vie) est robuste et alimente la marque employeur.

Le pilotage de la démarche qualité vers la labellisation Humanitude passe par un COPIL que j'anime mensuellement, il regroupe les membres du CODIR et les référentes Humanitude (une IDE, une Agent de Soins (AdS), deux AS, l'animatrice et l'ergothérapeute), il synthétise les propositions sur la base du travail préparatoire des groupes-actions pour arbitrage en CODIR. La décision a été prise de constituer un Comité d'éthique avec des salariés et des représentants des résidents et de leurs proches mais il n'est pas encore en place.

La responsable du soin et le responsable logistique animent leurs équipes via les points de transmission quotidiens en fonction de l'actualité. Le médecin coordonnateur anime des réunions de partage de pratique dès lors que des cas complexes ou difficiles le nécessitent.

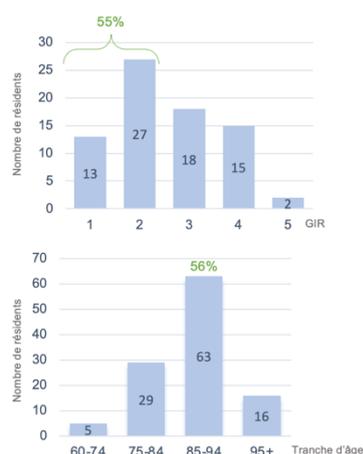
Un CPOM a été signé le 31 mars dernier pour la période 2021-2025 remplaçant ainsi la convention tripartite datant de 2013. L'analyse financière du bilan de 2021 montre une situation très saine de l'établissement. Le Fond de Roulement (FR) est de 300.000€ (chiffres arrondis, le budget étant de presque 4 millions d'euros) mais il est constitué exclusivement de Fonds de Roulement d'Exploitation (FRE) permettant ainsi de couvrir le Besoin de Fonds de Roulement (BFR) au détriment de Fonds de Roulement d'Investissement (FRI) destiné au remboursement des emprunts et au financement des investissements. Le BFR est négatif devenant un Excédent de Financement d'Exploitation (EFE) à hauteur de 300.000€. La trésorerie est de 600.000€ soit environ 80 jours, ce qui est aussi un bon ratio. Il faut bien sûr tenir compte du cas particulier de la crise Covid avec moins d'animations et plus des financements spécifiques des autorités et prendre en compte l'entrée en CPOM réduisant les créances clients mais en synthèse, le bilan 2021 ouvre la possibilité de transformer les activités en partant d'une situation budgétaire excédentaire essentiellement due à un excellent TO de 98% et à une bonne gestion de la masse salariale. Je ferai des recommandations d'affectation dans ce sens pour financer mes projets.

L'intégration de l'Ehpad dans son territoire est forte. Les partenariats sont structurés à la fois pour les soins lorsqu'ils sont complexes avec l'Hospitalisation A Domicile (HAD) ou de fin de vie avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) mais aussi pour les soins

complémentaires (musicothérapie, médiation animale, art-thérapie, clowns relationnels, ferme thérapeutique). En complément, le travail en réseau fonctionne au sein d'une filière gériatrie dynamique et grâce à une bonne coordination par le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC). Seule ombre au tableau, les ressources en psychiatrie font défaut sur le territoire.

1.5 Une population de personnes âgées dans l'établissement semblable à celle des Ehpad associatifs en général

Globalement les profils des personnes âgées accueillies dans l'Ehpad de ce mémoire correspondent à ce que nous pouvons lire dans les dernières études sur le grand âge. Commençons par la démographie de l'établissement qui peut accueillir 80 personnes âgées, 78 en hébergement permanent et deux en hébergement temporaire. La moyenne d'âge des résidents est de 88 ans en 2020 comme les années précédentes même si elle peut baisser ponctuellement du fait simultané de décès de personnes très âgées et d'entrées de personnes de moins de 80 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les personnes entrent dans l'établissement à 85 ans en moyenne et y restent en moyenne 2 ans et 10 mois. En 2020, les « sorties » des personnes en hébergement permanent sont exclusivement des décès, tous ont eu lieu au sein de l'établissement. Les autres types de sorties sont des retours au domicile et ne concernent que la vingtaine de personnes ayant bénéficié d'un hébergement temporaire (dans l'une ou l'autre des deux chambres dédiées dont une en UVP). Ce mode d'hébergement temporaire était disponible en 2020 et a été « gelé » courant 2021 du fait de la surcharge de travail en interne.



La population est composée de 60% de femmes et 40% d'hommes, la présence de la communauté assomptionniste (19 religieux) explique ces valeurs différentes des Ehpad en général (population plus âgée et plus féminine). Le GMP est de 733 avec 55% des résidents en GIR 1 et 2 tandis que le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est de 226 avec plus de la moitié des résidents nécessitant des soins médicotecniques auxquels il faut ajouter les soins de rééducation et les soins palliatifs. 87% des résidents présentent des troubles neurodégénératifs (bien qu'il n'y ait

que 23 places en UVP et 14 places en PASA), cette prévalence s'observe dans la plupart des Ehpad.

GMP et PMP sont stabilisés par l'équilibre entre les moyens alloués et le profil des personnes admises à l'entrée dans l'établissement mais aussi grâce à la démarche

Humanitude qui favorise le maintien, voire améliore, l'autonomie et apaise en cas de troubles cognitifs évitant ainsi l'aggravation de ces indicateurs.

Le profil des résidents change car ils arrivent dans l'établissement de plus en plus souvent après une hospitalisation ou en sortie de centre de SSR même si la provenance depuis le domicile reste majoritaire ; en effet 80% des résidents viennent de la ville dont une bonne partie du quartier où est localisé l'Ehpad. Ils entrent en institution pour raison de santé principalement et/ou de perte d'autonomie, du fait de l'épuisement de l'aidant ou encore, pour quelques-uns, pour sortir de l'isolement.



Cette première partie établit le vieillissement inéluctable de la population, à l'échelle nationale et du département de la Savoie, avec son corolaire d'augmentation des besoins liés à la dépendance. Le souhait des personnes de vieillir chez elles et l'orientation domiciliaire des politiques publiques reposent sur l'implication des aidants (conjointes et enfants en proximité géographique principalement) et spécialisent les Ehpad vers la grande dépendance en particulier lorsque les maladies neurodégénératives apparaissent. Le besoin accru en soins prend alors bien souvent le pas sur tous les besoins lorsque la personne n'a d'autre choix que d'entrer en Ehpad. Je me demande pourquoi il n'y a qu'une seule forme d'accueil en hébergement permanent comme alternative et non comme complément au domicile et comment, une fois la personne arrivée dans l'établissement, faire émerger ses désirs pour que cette dernière étape de sa vie ne soit pas qu'une longue attente sécurisée en collectivité ?

2 Le diagnostic conduit à une problématique autour du pouvoir d'agir

Pour tenter de répondre à ces questions, j'ai réalisé un diagnostic populationnel en mobilisant divers outils d'analyse à la fois qualitatifs et quantitatifs :

- Entretiens semi-directifs auprès d'acteurs du territoire ;
- Comparaison du fonctionnement, sur des thèmes présélectionnés, de trois établissements m'ayant accueillie en stage en participant aux CODIR, aux COPIL, aux transmissions ;
- Au sein de l'Ehpad savoyard :
 - Exploitation de l'enquête de satisfaction ;
 - Analyse d'un échantillon de PAP ;
 - Mise en œuvre d'une enquête en regards-croisés (résidents, familles, professionnels, direction) ;
 - Auto-diagnostique Humanitude.

La méthodologie de chacun de ces dispositifs sera détaillée dans les paragraphes suivants. J'ai tout particulièrement souhaité réaliser des interviews en face-à-face auprès des résidents comme le recommande le dernier rapport de l'HAS sur la mesure de la qualité en ESMS (HAS, 2021) afin de favoriser les échanges (le face à face étant plus performant auprès des personnes âgées que les enquêtes via internet ou par téléphone). Je terminerai mon diagnostic croisé par une synthèse du contexte (opportunités et menaces externes) et de l'état de fonctionnement de l'établissement (forces et faiblesses internes). A l'issue de ce diagnostic, je formaliserai ma problématique ou question de recherche et formulerai mes hypothèses.

2.1 Un territoire manquant d'hébergements temporaires et d'accueils de jour

2.1.1 Méthodologie

De façon à approcher qualitativement les besoins du territoire et identifier ceux qui ne sont pas couverts, j'ai conduit 3 entretiens semi-directifs auprès de responsables du CLIC pour son rôle dans l'orientation des personnes âgées, de ARS pour sa responsabilité dans les autorisations et Appels A Projet (AAP) et enfin du CIAS dans la mesure où il offre 65% des places d'hébergement sur le territoire (sans compter ses résidences autonomie).

Mes entretiens s'articulaient autour de six thèmes : personnes âgées dépendantes dans le territoire, enjeux de ce territoire, flexibilité des accueils, ouverture des Ehpad, parcours, besoins des personnes âgées.

Après prise de rendez-vous par téléphone, j'ai mené mes entretiens en une heure, en face-à-face pour deux d'entre eux et en visio-conférence pour le troisième.

2.1.2 Résultats

Sur les personnes âgées et territoire, le constat (voir l'annexe II) est identique pour les 3 personnes interviewées avec la priorité donnée au maintien à domicile mais la difficulté de mise en œuvre sur le terrain du fait du manque de personnel et de la caractéristique géographique de certaines zones de montagne difficilement accessibles (temps de déplacement trop long). Le manque de ressources en psychiatrie est affiché avec ses conséquences sur les structures accueillant les personnes concernées par des pathologies psychiatriques (personnel insuffisamment formé rendant l'accompagnement pas toujours adapté). Les besoins d'accueil pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas couverts et en particulier, il manque des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. Les professionnels pensent ces créations possibles uniquement par transfert de places d'hébergement permanent du fait du gel du nombre de places d'accueil global en Savoie mais l'ARS ouvre la possibilité de création de places dans le cadre des politiques publiques à destination des aidants. L'accent est mis par l'autorité de tutelle sur la compétence de travail en réseau des établissements qui s'engageraient dans ce sens de façon à faire connaître ce service et penser en parcours de la personne avec ses propres offres mais aussi celles de partenaires. Un AAP pour une plateforme de répit vient d'être publié dans ce sens aussi.

Aucun des trois responsables n'a de données précises sur les personnes potentiellement sans solution à date mais les places d'accompagnement à domicile ou les places d'hébergement temporaire ou de jour fermées par manque de personnel illustrent la discontinuité de service au-delà de la problématique de non-recours qui pourrait aussi exister. Une initiative de repérage des fragilités a été lancée par le CLIC.

L'ouverture des Ehpad est imaginée par les uns et les autres sans pour autant avoir de projets précis ni planifiés : Ehpad hors les murs, Ehpad plateforme, complémentarité aux projets d'habitats partagés ...

La coordination de la filière gérontologique fonctionne bien en particulier à travers une commission d'orientation qui se réunit tous les deux mois pour gérer le flux d'entrée en Ehpad avec l'ensemble des acteurs du territoire ; même si le parcours est fléché depuis les autres services vers l'Ehpad, cette commission permet d'échanger autour des cas complexes.

Le constat est partagé sur l'arrivée non choisie des personnes âgées en institution, parfois à une période de leur vie où elles ont du mal à verbaliser leurs souhaits et, de façon générale, avec une génération qui a connu la guerre et s'exprime peu. Alors que le CIAS organise de nombreuses activités pour les septuagénaires, il n'y est jamais question de la suite de leur vie, du grand âge, comme si ne pas en parler occultait la fin de vie et la mort. Une ouverture à la discussion sur les options permettrait d'engager la réflexion en amont et peut-être dédramatiser l'institution.

En synthèse de ces entretiens, je retiens le manque d'offres sur le territoire en hébergement temporaire et accueil de jour comme complément au maintien à domicile et comme répit des aidants. L'hébergement temporaire n'étant pas plus doté financièrement que l'hébergement permanent alors qu'il consomme plus de ressources dans l'établissement (du fait de la rotation courte des occupants) relève du seul engagement de la direction de l'établissement pour rendre accessible ces places dédiées autorisées. L'accueil de jour nécessite un travail en réseau pour inscrire ce service dans un parcours coordonné de la personne très majoritairement atteinte de maladie neurodégénérative. De façon générale le repérage des fragilités est encore balbutiant malgré une commission d'orientation efficace qui réunit la filière gérontologique tous les deux mois. Les actions de prévention auprès des seniors sont aujourd'hui déconnectées du champ du grand âge ; options et fluidité de parcours, anticipation, temps de réflexion, essai, droit de choisir ses derniers lieux de vie n'y sont pas abordés.

Une modélisation récente (DREES, 2020) sur les lieux de vie entre domicile, habitat intermédiaire et établissement montre que, quel que soit l'hypothèse d'évolution du taux de dépendance au regard de l'augmentation de l'espérance de vie, avec le même taux d'institutionnalisation comme l'actent les politiques publiques, les Ehpad hébergeront demain principalement des personnes en GIR 1 et 2 tandis que les autres personnes dépendantes se reporteront sur des logements alternatifs. Cette projection implique une transformation de l'offre pour prendre en compte le maintien à domicile ou en habitat alternatif de plus en plus de personnes dépendantes mais aussi présentant des troubles de type Alzheimer ou maladies apparentées ; les Ehpad de demain peuvent être pourvoyeurs d'une partie de ces offres de par leur compétence en gériatrie s'ils s'inscrivent dans une logique de parcours et de réseau.

Si l'on se rapporte au dernier rapport du défenseur des droits qui est interpellé régulièrement pour des cas de maltraitance et à son analyse de l'ensemble des réclamations depuis début 2019 (Défenseur des droits, 2021), « Les Ehpad sont au défi de trouver le juste équilibre entre la sécurité et le respect des droits et liberté des résidents ». Parmi ces droits, citons le libre-choix entre des prestations adaptées ce qui veut dire que quitter son domicile de façon contrainte, parce qu'il manque de réponses adaptées, souvent

dans l'urgence, sans avoir la possibilité de réfléchir aux options, sans pouvoir faire des allers-retours entre son domicile et un établissement pour se familiariser, prendre sa décision et donc mieux s'adapter finalement est une atteinte aux libertés.

Et enfin, j'ajouterai que la problématique de manque de professionnels touchant les services à domicile comme en institution de façon structurelle pour le personnel soignant, (principalement IDE mais aussi AS) ainsi que du personnel de restauration est ici aggravée par les difficultés géographiques dans certaines vallées de montagne où les temps d'accès sont rallongés.

2.2 La comparaison de 3 établissements montrant des pistes d'ouverture à l'extérieur et sur l'extérieur

2.2.1 Méthodologie

J'ai souhaité réaliser mes stages de direction dans trois Ehpad bien différents (région parisienne, province, labellisé ou non) au cours de mon cursus afin de pouvoir comparer leurs fonctionnements au regard des modes d'accueil et du degré d'ouverture. Un biais incontournable tient à la temporalité par rapport à la crise Covid qui a impacté l'ouverture à l'extérieur et sur l'extérieur des Ehpad justement. Voici une rapide description des établissements, celui de Savoie étant le terrain de ce mémoire :

Ehpad	Yvelines (78)	Savoie (73)	Val de Marne (94)
Gestionnaire	Association A	Association A	Public B
Période de stage	Novembre-décembre 2020	Août-Décembre 2021	Avril-Mai 2022
Nombre de résidents présents	69	78	107
Capacité	100	80	110
Age moyen des résidents	88 ans	88 ans	90 ans
GMP	720	733	686
Offre de service	Hébergement permanent UVP 14 places <i>Non encore ouvert :</i> Second UVP 14 places PASA 14 places → L'installation récente dans un bâtiment neuf dans une nouvelle commune présente des maifaçons importantes ayant des impacts sur l'activité (pas de PASA/problème d'espace pour la restauration), la priorité de la direction est d'assurer les soins primaires et constituer une équipe sachant que 9 postes étaient vacants sur les 56 ETP nécessaires au fonctionnement (sans la seconde UVP et sans le PASA)	Hébergement permanent Hébergement temporaire 2 places gelées UVP 23 places PASA 14 places → Devant la surcharge de travail des équipes du fait de difficultés de recrutement (2 postes vacants) et en pleine modification des plannings (refonte des trames semaines/week-end), les places d'hébergement temporaire sont gelées car fortement consommatrices en ressources	Hébergement permanent Hébergement temporaire : ponctuellement pour 3 semaines en sortie d'hospitalisation ou pour répit de l'aidant (prioritairement dans un autre établissement du même groupe) UVP : 30 places Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) : 8 places PASA : 14 places Accueil de jour : 10 places en lien avec la maison des aidants → Parcours possible au sein du groupe qui offre aussi des services à domicile
Démarche qualité		En route vers le label Humanitude	Labellisé Humanitude en 2020

Les items d'observation sont l'architecture, la participation, les PAP, les tenues du personnel, tout ce qui est de l'ordre de l'animation et du soin non médicamenteux, la liberté d'aller et venir, l'ouverture et la communication externe.

J'ai tiré mes enseignements et ma comparaison à partir d'observation in situ, de ma participation aux CODIR et d'échanges avec le personnel. J'avais aussi à disposition l'ensemble des documents institutionnels.

2.2.2 Résultats

Voici les éléments de comparaison sur les items retenus :

Ehpad	Yvelines (78)	Savoie (73)	Val de Marne (94)
Gestionnaire	Association A	Association A	Public B
Localisation et architecture	Hall d'accueil spacieux avec espace de convivialité, mais bâtiment excentré, sans accès facile aux commerces et donnant sur une grande route Par les aménagements, ressenti « hôpital »	Hall d'accueil de petite taille mais bâtiment entouré de terrasses et jardin avec une promenade sur les hauteurs Proximité du centre ville à pied Présence du chalet dans la cour où ont lieu des formations ou de la gym douce pour les séniors de la ville La chapelle est ouverte à tous Par la décoration, ressenti « maison de retraite »	Très grand hall traversant en cœur de ville avec terrasse et jardin accessibles à tous les habitants, sans code, boîtes aux lettres individuelles, bar circulaire (fonctionnant peu) et exposition de peintures Balcons fleuris, nombreuses parois vitrées Garage à fauteuil roulant à l'entrée du restaurant (à la chaise) Par les ameublements, ressenti « location de logements individuels »
Participation formalisée	Réunions de CVS	Réunions de CVS ouvertes à tous Piano-bar pour les familles (réunion informelle)	Réunions de CVS avec le CA Association de résidents Association de familles
PAP	Reprise de la mise à jour après le déménagement des résidents	Formalisation du suivi du processus par la psychologue Participation des résidents à la réunion mais difficulté de personnalisation des actions et encore plus grande difficulté de mise en œuvre (quand action spécifique)	Quelques points seulement, personnalisés mais suivi mise en œuvre difficile malgré la coordination par une animatrice dédiée à chaque étage
Tenues et matériel	Blouse Chariots infirmiers dans les étages et en salle de restauration Lits médicalisés	Blouse Chariots infirmiers dans les étages et en salle de restauration Lits médicalisés	Aucune blouse, tenue civile personnelle Chariots infirmiers non visibles dans les couloirs (tous soins en chambre) Lits personnels venant du domicile majoritairement
Animation/ approches non médicament euses	Non encore mis en place à l'arrivée dans le nouveau bâtiment	Musicothérapie, médiation animale, art-thérapie, clowns relationnels, ferme thérapeutique	Animation par les AS pas en charge de l'aide aux repas Nombreux intervenants extérieurs (peinture, tir à l'arc, art floral, thé dansant)
Ouverture sur l'extérieur	Salon de coiffure dédié aux résidents	Salon de coiffure dédié aux résidents Echanges intergénérationnels avec l'école voisine	Relais Assistantes Maternelles (RAM) Soirées Noël et Réveillon accessibles aux séniors de la ville Coiffeur accessible à tous Guichet argent et Boutique une fois par semaine, Pressing Médiathèque, transport par la ville
Communication externe	Peu de communication (communiqué de presse à l'ouverture)	Peu de communication (interview direction ponctuel)	Gazette hebdo Communication réseaux sociaux a minima hebdo
Sécurité/liberté d'aller et venir	Code à l'entrée	Code à l'entrée	Pas de code à l'entrée, pas de fermeture UVP (signature décharge pour le risque réel de sortie d'une personne désorientée)

En synthèse, je retiens l'importance des approches non médicamenteuses dans l'Ehpad savoyard qui résonne avec son investissement dans les formations Humanitude en particulier pour améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Dans l'établissement du Val de Marne, c'est l'architecture qui donne le ton de l'ouverture dès l'arrivée, en semaine on y croise de jeunes enfants, tout est ouvert à tous, le personnel est en tenue civile et se fond avec les bénévoles des animations dont certaines sont accessibles aux séniors de la ville. L'établissement des Yvelines étaient à l'époque dans une problématique d'emménagement de résidents avec reconstruction de l'équipe soignante et en pleine crise Covid.

2.3 Des enquêtes de satisfaction très positives pointant ponctuellement des manques de diversité d'animation, de communication, de temps d'écoute des soignants

2.3.1 Méthodologie

Les deux dernières enquêtes de satisfaction auprès des résidents ont été réalisées en juin 2020 (après le premier confinement Covid) et mai 2021 (après la première campagne de vaccination Covid). Ce sont des enquêtes quantitatives avec diffusion des questionnaires aux résidents et aux familles par courrier postal, par courriel ou remis en main propre selon le canal de communication présélectionné par les personnes pour les échanges administratifs avec l'établissement. Le délai de retour des réponses étant fixé à un mois.

21 questionnaires ont été retournés en 2021 sur un envoi de 80 questionnaires : 12 ont été rempli par des résidents, hommes ou femmes, hors communauté religieuse avec l'aide de leur proche (famille principalement), 6 par des résidents, hommes, de la communauté religieuse sans aide et 3 sans précision. Le taux de réponse de 26% est un taux habituel sur l'établissement et montre une surpondération des répondants de la communauté religieuse (donc de résidents plus jeunes et autonomes que la moyenne). La synthèse de l'analyse des résultats de 2021 reprend ceux de 2020 en référence pour comparaison.

2.3.2 Résultats

Les deux dernières enquêtes montrent que 100% des répondants sont globalement satisfaits des prestations de l'établissement (voir l'annexe III).

Sur les 21 questionnaires retournés en 2021, 10 ne comportent aucun point d'insatisfaction contre 11 ayant au moins un point d'insatisfaction. Parmi ces derniers, 5 n'ont coché qu'une seule insatisfaction, 2 en ont coché 2 et les 3 restant ont coché 3, 4 ou 5 points d'insatisfaction.

Regardons les quelques points d'insatisfaction sur les thèmes qui nous intéressent ici :

- Animation : qualité, diversité, information et communication → 15% d'insatisfaction (les pourcentages ne sont donnés qu'à titre illustratif puisqu'ils n'ont pas de valeur statistique étant donné le faible nombre de répondants par question), c'est le manque d'animation qui est précisé ;
- Vie sociale et spirituelle : nombre et qualité des réunions, diffusion de l'information, participation → de 25% (en 2020) à 15% (en 2021) d'insatisfaction, l'attitude de consommateurs d'animation et le manque d'information pendant la période Covid sont cités ;

- Relations avec le personnel : écoute et disponibilité, noms et fonctions connus → 10% d'insatisfaction avec la remontée de manque de disponibilité pour écouter, de personnel un peu trop pressé, les nouvelles personnes ne sont pas présentées et il manque un trombinoscope.

Même si les insatisfactions sont peu nombreuses dans cette enquête, il nous faut garder en tête le biais lié au profil des répondants et prendre en considération l'ensemble des points remontés autour du manque de diversité des animations, de communication et de temps d'écoute des soignants.

2.4 Des PAP pragmatiques mais leur singularité est difficilement mise en œuvre

2.4.1 Méthodologie

L'échantillon de 12 résidents a été constitué par tirage au sort parmi l'ensemble de la population en hébergement permanent. Un des résidents étant décédé pendant la période d'analyse, je n'ai conservé que les 11 autres. Pour ces 11 résidents, j'ai à disposition le PAP dans sa dernière version (8 premiers PAP et 3 réévaluations) et les caractéristiques des résidents : genre, âge, ancienneté dans l'établissement, lieu de résidence avant l'entrée, date du PAP, participation du résident et/ou ses proches à la réunion de formalisation, indication du consentement à l'entrée, passage par un séjour temporaire, étage de la chambre, GIR, PATHOS, participation au PASA, description de l'histoire de vie, recueil des habitudes de vie (dont avant l'entrée), objectif du PAP et actions à mener.

L'échantillon est représentatif de l'ensemble de la population de l'établissement même s'il y a quelques écarts à noter : la moyenne d'âge des 11 résidents est un peu plus élevée (90 ans au lieu de 88 ans) et ils sont un peu moins touchés par les maladies neurodégénératives (5 sur 11 sont atteints de syndrome démentiel et/ou troubles chroniques du comportement et/ou psychose nécessitant des soins programmés, continus ou de crise) que la population de l'ensemble de l'établissement.

De même il n'y a que 3 hommes dans le tirage au sort et que 2 habitants du 3^{ème} étage ce qui rend moins visible la communauté religieuse (arrivant généralement plus jeune et autonome et logée au 3^{ème} étage). Ce biais m'impose de ne pas traiter le cas particulier de la communauté assumptionniste et des besoins spécifiques qu'elle pourrait avoir dans cette analyse.

6 résidents sur les 11 sont en GIR 1 et 2, ce qui correspond au profil moyen de l'établissement, de même pour la provenance des résidents qui viennent majoritairement de leur domicile situé proche géographiquement de l'établissement.

2.4.2 Résultats

Mon analyse, sur la base des documents décrits ci-avant, porte sur la participation de la personne âgée à la conception de son PAP et la singularité des actions actées dans celui-ci. Je compléterai ensuite par un échange avec la psychologue et l'animatrice sur leur perception de la mise en œuvre effective au quotidien par elles-mêmes et l'ensemble des équipes soignantes.

3 résidents sur les 11 ont effectué un séjour temporaire en 2019 avant d'entrer en hébergement permanent (avec un retour à leur domicile entre les deux), cette information n'est pas déterminante pour le contenu du PAP ensuite mais illustre cette possibilité qu'offrait l'établissement.

Toutes les personnes sauf une ont participé à la réunion de formalisation de leur PAP ; pour la personne qui était absente, sa fille était présente. 3 personnes étaient seules à cette réunion tandis que les 7 autres étaient accompagnées de leur(s) enfant(s), de leur sœur ou dans un cas de leur curatrice.

Le consentement à l'entrée n'est mentionné que dans 4 cas sur 11, même si la recherche de ce consentement se fait habituellement lors de l'entretien et la visite préalable, la formalisation dans le PAP est souhaitable pour tracer l'état d'esprit de la personne à cette étape charnière dans sa vie ; la qualité de l'accueil à ce moment-là peut entraîner la suite de la qualité de vie de la personne dans l'établissement.

L'histoire de vie est mentionnée dans 9 cas sur 11 et les habitudes de vie le sont dans 8 cas sur 11. Dans la mesure où il n'est pas précisé de refus de formalisation de ces informations par les 2 et 3 personnes respectivement où l'information est absente, elles sont donc manquantes dans les documents.

Aucun critère, en particulier ni le GIR, le PATHOS ou la présence des proches à la réunion, ne sont corrélés à ces manquements sur le consentement, l'histoire et les habitudes de vie.

10 des 11 PAP retiennent un ou deux objectifs génériques par personne : « Favoriser l'estime de soi et le bien-être psychologique » est cité 5 fois suivi de « Favoriser la vie sociale et citoyenne » 3 fois et « Participer aux activités proposées » 2 fois. Une action concrète est décidée par objectif générique ce qui rend la mise en œuvre réalisable au moins théoriquement. Le choix de l'action est bien aligné avec l'objectif mais la vraie difficulté tient dans la personnalisation de ces actions à la lumière des habitudes et des désirs des personnes : pour 4 personnes sur 10, les actions retenues sont des actions standard au sens existantes dans la vie collective de l'établissement, dans 3 cas les actions sont panachées entre du standard et du personnalisé et seulement dans 3 cas, les actions sont personnalisées. De même que précédemment, aucun critère descriptif du résident ne peut expliquer cette différence entre standardisation et personnalisation de l'action inscrite.

Mon analyse montre l'effort de formalisation pragmatique des PAP avec la participation du résident, de ses proches mais elle montre aussi la limite de ce processus dans le manque de singularité des actions.

De plus les entretiens avec la psychologue et l'animatrice confirment que plus les actions sont singulières, plus elles sont difficiles à mettre en œuvre car elles doivent être connues du personnel soignant interagissant avec la personne et ce n'est pas toujours le cas. Les éléments du PAP ne figurent pas dans le dossier du résident accessible sur le logiciel TITAN (utilisé principalement pour le plan de soin) mais uniquement dans un document informatique enregistré dans un espace partagé sur le réseau. L'organisation des actions spécifiques en particulier les sorties individuelles ou les repas en tête-à-tête est souvent reportée par manque de temps.

Mon analyse est corroborée par le dernier rapport du défenseur des droits déjà cité auparavant (Défenseur des droits, 2021) : dans la recherche du juste équilibre entre sécurité et respect des droits et liberté des résidents, figure la prise en charge et l'accompagnement individualisé. Il observe des manques de participation à l'élaboration du projet personnalisé, pas ou peu de réévaluation et une mise en œuvre standardisée du fait d'un taux d'encadrement trop faible, de difficulté de recrutement du personnel, de formation insuffisante avec pour conséquences une inadaptation des activités proposées aux personnes les moins autonomes.

2.5 Un regard croisé entre les acteurs où les résidents s'auto-limitent dans leur participation, où les familles impliquées trouvent leur place, où le personnel sous-estime ses pratiques en Humanitude

2.5.1 Méthodologie

Le dispositif choisi est de 10 entretiens semi-directifs en face-à-face, d'une durée de 30 minutes, auprès de 3 résidents, 3 familles, 3 professionnels de terrain et la directrice. Le guide d'entretien (voir l'annexe IV) se décompose en 4 thèmes permettant d'avoir une vue croisée des différents acteurs sur ces mêmes thèmes : participation des résidents/familles, ouverture sur l'extérieur, lieu de vie, Humanitude.

Les entretiens ont eu lieu du 29/11/2021 au 07/12/2021, dans la chambre des résidents, après prise de rendez-vous et ont été enregistrés avec l'accord des interviewés. Auparavant, le dispositif a été présenté au CODIR et au CVS.

L'échantillonnage des interviewés présente un biais à prendre en compte dans l'analyse, en effet les personnes interrogées sont des personnes jouant un rôle moteur dans la vie de l'établissement que ce soit pour en fixer les règles, mettre en œuvre les services/l'accompagnement, faire part des in/satisfactions dans la vie de l'Ehpad. Par

exemple pour les familles interrogées, elles font partie de celles qui participent régulièrement au Piano-bar (soirée informelle d'échanges entre les familles et le personnel suivie d'un pot de l'amitié autour du fameux Piano-bar). Ce biais m'a permis d'avoir suffisamment de matière pour analyser les écarts entre les populations interrogées sur des thématiques où les remontées sont généralement moins fournies que pour les soins et la restauration.

Constitution de l'échantillon :

- 3 résidents : des deux genres, de 84 à 89 ans, dans l'établissement depuis 3 mois à 2 ans, sans trouble cognitif majeur, mobilité physique réduite pour une personne, origine rurale locale pour deux personnes, la troisième ayant beaucoup voyagé, le président du CVS est inclus dans l'échantillon ;
- 3 familles : femmes d'environ 65 ans, retraitées ou non, filles de résidentes âgées de 87 à 92 ans, en UVP ou non, la référente des familles est incluse dans l'échantillon ;
- 3 professionnelles de terrain : femmes de tous âges, ancienneté de 6 à 7 ans dans l'établissement, cycles de formation diplômante non finalisés mais nombreuses formations continues sur le public et l'Humanitude via l'employeur actuel ;
- La directrice de l'établissement : avec une forte expérience dans la filière gérontologie du territoire (domicile et établissement, responsabilités réseau), formation sociale, aménagement du territoire, CAFDES, en fonction de direction d'établissement depuis 10 ans.

2.5.2 Paroles de résidents

Avant toute analyse croisée des réponses entre les acteurs, je souhaite donner la parole aux résidents en égrainant quelques verbatims ci-après.

Monsieur J. repose sa liseuse et nous commençons l'entretien, il me dit au cours de celui-ci : « Je suis ici depuis août, très bien ici, il y a une humanité, le personnel est super sympa. Quand j'ai eu des choses à dire, n'importe où que je sois, j'ai toujours dit (...) Étant diminué déjà physiquement, il m'est difficile de participer à certaines choses. Moi je ne peux pas sortir, j'ai la chance que mes enfants viennent me visiter. J'ai trois enfants. Je pense que je peux participer à la vie de la société mais je n'ai jamais réfléchi à ça, étant diminué physiquement, je sais que ma liberté est atteinte par mon handicap (...) Ce sont surtout mes enfants qui ont personnalisé le cadre puisque moi j'étais à l'hôpital (...) Je ne peux pas dire qu'il y ait beaucoup d'échanges, je suis à une table avec des anciens missionnaires, ça limite la discussion. Peut-être d'autres occasions de discussion ... je ne participe pas, j'aime bien lire. Je ne participe pas pour des raisons de santé surtout ».

Madame R. répond à mes questions tout en tricotant : « J'ai toujours tricoté. Quand je suis arrivée là j'ai demandé si je pouvais faire quelque chose, ils m'ont dit oui, mais ici il n'y a personne qui tricote (...) Le CVS, c'est pas mon rayon, je vais directement voir la directrice. Si j'ai envie de sortir, je sors, si j'ai pas envie, je sors pas. J'ai pas de visites (...) Quand je suis arrivée, accueil sympathique par un père et je me suis retrouvée à sa table. Ça me convient bien (la table), je ne suis pas difficile, on m'a mis là et puis c'est tout, une dame voulait ma place, je n'ai pas voulu donner ma place comme ça. On a bien les liens liés à la table, on se demande ce qu'il se passe si une n'est pas là (...) Je vais aux activités mais pas beaucoup. Personnes d'autres ne tricote. Je fais des contacts avec n'importe qui (...) Je suis en sécurité. Je ne peux pas demander plus. »

Monsieur M. qui vient d'être nommé président du CVS, fait une pause dans sa lecture de la presse et m'accueille en partageant son ressenti depuis son arrivée dans l'établissement : « Ce qui rend le séjour ici un peu dur, c'est une fin de vie et c'est normal mais on n'est plus du tout baigné dans une atmosphère où chaque jour est un jour nouveau par l'inédit qu'il apporte, habituellement (...) Longtemps j'ai pensé que véritablement on nous disait très peu de choses sur le fonctionnement de la maison, je trouvais ça un peu drôle mais je n'ai pas lu les documents qu'on nous remet à l'arrivée. J'ai trouvé quand même une grande gentillesse des personnes dès le départ (...) J'ai jamais eu l'impression d'être un numéro pour les soins et les contacts mais les contacts sont parfois dénués de toute préparation, j'avais pas ouvert ma valise, je n'avais pas ouvert ma valise, qu'une infirmière venait me dire de lui remettre mon ordonnance, je ne savais même plus où elle était (...) Si j'avais un souhait, c'est qu'effectivement on soit conscient que quand on arrive dans la maison même si on a été préparé, on n'a pas été prévenu la veille, c'était le Covid, on quitte tout ça et plof on tombe dans un monde inconnu où on perd toute une partie de son identité (...) Il faut user de modalités qui n'impressionnent pas un homme ou une femme qui est secoué par ailleurs (...) L'engagement social et politique c'est difficile mais culturel si, sauf que c'est souvent le soir et comme on ne peut plus conduire vu notre âge, c'est plus l'heure du personnel (...) J'ai besoin de liens avec plus de personnes, le vendredi après-midi, il y a une rencontre pour rien, il faudrait que j'y aille plus fréquemment (...) J'ai l'impression que je n'ai pas encore trouvé le bon équilibre, il faut peut-être plus d'un an pour trouver son rythme (...) Le temps des repas ... pas agréable du tout pour une raison simple, je me retrouve à la table de grands silencieux, maintenant il faut que je change. »

Que nous disent-ils ? Combien l'arrivée en institution est un choc avec la perte de son identité, qu'ils demandent peu et s'auto-limitent du fait de leur diminution physique en particulier pour sortir en ville, qu'ils se sentent en sécurité dans un cadre personnalisé mais manquent de relations autour de leurs centres d'intérêt, que le plan de table n'est pas toujours propice aux échanges.

Nous retrouvons ces difficultés de l'entrée en Ehpad dans un article de gériatres (Thomas P., Hazif-Thomas C., Thomas S., 2015) : c'est un événement douloureux, majoritairement par résignation plutôt que par choix, qui modifie la triangulation personne âgée/famille/aidant : la réponse des soignants à une demande affective des personnes âgées est souvent technique du fait du nombre de personnel alloué, la qualité de l'accueil des familles conditionne aussi la future confiance ou les futurs conflits familles-soignants. Les recommandations reposent sur l'anticipation et l'accompagnement de la décision, l'accueil lui-même autour des premières semaines puis le PAP.

2.5.3 Résultats

Détaillons l'analyse des 3 premiers thèmes de cette enquête qualitative avec la comparaison des appréciations des différents acteurs, la dernière partie sur l'Humanitude étant plus informative je n'en dirai que quelques mots.

- Partie I ▷ Participation des résidents/familles

Les outils de la Loi 2002-2 (en l'occurrence ici le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le CVS, le règlement de fonctionnement, le PE) sont mis en place par l'établissement mais inconnus des résidents et de leur famille qui leur préfèrent la voie orale directe pour s'exprimer avec un accès simple et spontané à la direction. Remonter les dysfonctionnements et poser des questions est ainsi assez facile, faire des propositions est plus rare même si le PE ouvert permettrait de les évaluer pour les intégrer lorsque cela fait sens. Il n'y a pas de sentiment de judiciarisation de la relation. Je note un manque de clarté pour les titulaires sur le rôle de président du CVS et de référente familles. Une partie seulement des résidents et des familles s'implique, ceux-ci sont connus des professionnels qui les incluent dans leurs actions plus que dans leurs réflexions en amont.

Résident	Famille	Personnel de terrain	Direction
<p>Outils Loi 2002-2 dont CVS inconnus sauf du président du CVS qui n'a cependant pas lu les documents.</p> <p>Fonctionnement de l'établissement aussi inconnu mais tous disent pouvoir s'adresser au personnel ou à la direction pour remonter un problème ou une proposition avec le sentiment d'être écouté et de pouvoir changer les choses.</p> <p>Exemples cités/entretien jardin, passage veilles de nuit. Rôle de président CVS pas clair pour le nouveau titulaire mais il est prêt à s'impliquer.</p>	<p>Outils Loi 2002-2 complètement inconnus y compris le rôle du CVS.</p> <p>Piano-bar connu puisque les personnes y participent.</p> <p>Possibilité de s'adresser au personnel ou à la direction qui écoute même s'il n'y a pas toujours de réponse possible. Exemples cités/défaut de communication à distance sur l'agenda des activités pour organisation des familles, pliage des serviettes. Rôle de référente famille pas clair pour la personne nouvellement nommée mais elle est prête à s'impliquer.</p>	<p>Outils Loi 2002-2 ont le mérite d'exister mais sont insuffisants, des écrits, sans impact sur le relationnel.</p> <p>Contribution des professionnels pour conception/animation du Piano-bar, participation au CVS, autonomie pour adapter les animations. Un petit noyau de familles s'implique étant force de proposition (exemple costumes, nappes de jeu) et aide appréciable aux repas soir et week-end, nécessitant parfois des recadrages.</p> <p>Participation des résidents en 3 tiers acteurs (dont bon nombre de religieux)/consommateur/consommateurs (<i>typologie/animation en Humanitude</i>).</p>	<p>Outils Loi 2002-2 socle légal informatif donc insuffisant.</p> <p>Ouverture des CVS et commissions à tous les résidents et usagers, accès facile à la direction en complément. La recherche de consentement est au cœur du PE. Les résidents sont répartis en 3 tiers (<i>typologie/animation en Humanitude</i>). La participation des familles est bcp plus hétérogène. Le PE est très ouvert et permet de prendre en compte de nouvelles initiatives venant d'eux (exemple festival de musique).</p>

- Partie II ▷ Ouverture vers l'extérieur

Malgré l'expérience Covid, les sentiments de liberté et de non-isolement dominant pour les résidents. Une auto-limitation à l'inclusion dans la société se fait très rapidement par les résidents eux-mêmes du fait de leurs capacités diminuées. A contrario, ils sont en manque de relations dans l'établissement autour de leurs centres d'intérêt personnels. La direction, les professionnels et les familles voudraient plus d'ouverture que ce qui est en place à ce jour et la reprise des activités extérieures après la crise Covid est lente comme soumise à une inertie de la part de tous les protagonistes y compris les bénévoles.

Résident	Famille	Personnel de terrain	Direction
<p>Pas de sentiment d'isolement et une liberté de sortir et recevoir. Les difficultés physique (déplacement, soirée) sont évoquées comme limitant l'inclusion dans la société. Le retour des activités et de la mixité entre étages était attendue/Covid. Avoir plus de relations interpersonnelles autour de sujets/d'activités d'intérêt pour soi permettrait de se sentir plus intégré dans une vie sociale (par exemple tricot, échanges cultures/pays).</p>	<p>L'établissement a bonne réputation en particulier/bienveillance, animation et ouverture sur l'extérieur (avec les écoles, des sorties, des bénévoles). Par contre, il se réouvre lentement depuis le Covid.</p>	<p>Force de proposition pour inclure des bénévoles. Bureau de vote en place au chalet avec accompagnement des personnes le désirant lors des élections.</p>	<p>Réflexion au-delà du PE pour s'ouvrir sur le domicile (accueil de jour, repas) et les aidants (information, formation). Bureau de vote en place. Comité d'éthique à mettre en œuvre dans un avenir proche avec participation des résidents suite à l'expérience Covid.</p>

- Partie III ▷ Lieu de vie

Le bon ressenti des résidents qui se sentent « comme à la maison » est mis à mal par un manque d'échanges pendant les repas. Les familles disent ne pas avoir de contraintes pour prendre leur place auprès de leur parent et dans l'établissement, elles trouvent leur place. L'évolution des résidents, avec de nouveaux besoins liés à la culture, au sport, au numérique, est pressentie par la direction et les professionnels de terrain mais ces derniers ne se projettent pas dans des changements de leurs pratiques pour s'adapter aux nouveaux besoins.

Résident	Famille	Personnel de terrain	Direction
Ressenti « comme à la maison » bien présent, aménagement de la chambre par les enfants mais attention au choc de l'arrivée (tout change et ça va trop vite). Besoin de parler avec plus de personnes. Pour 2 des 3 personnes le repas n'est pas un moment d'échange alors qu'il devrait l'être.	Pas de contraintes ressenties liées au fonctionnement de l'établissement (horaire, aide au repas). Nécessite clarification sur ce qui peut être fait ou pas (exemple usage du salon de coiffure hors coiffeuse, achat de baume hors ordonnance).	Évolution des résidents vers plus de créativité, sport, numérique. Plus exigeants et impatientes. Changement générationnel qui n'implique pas l'anticipation de changement de pratiques professionnelles par les intéressées. Le personnel doit expliquer la mise à contribution du résident dans les tâches quotidiennes pour conserver ses capacités.	Changer les pratiques professionnelles vers plus d'accompagnement vs soin pour passer de lieu de soin à lieu de vie. Évolution aussi dans l'offre/numérique, hébergement double, nourriture.

- Partie IV ▷ Humanitude

La définition de l'Humanitude, avec ses pratiques, telle qu'elle apparaît dans le référentiel n'est pas connue des résidents ni des familles qui ne citent pas la charte ou toute réunion où le sujet a été évoqué. Par contre la définition qu'ils en donnent et les situations qu'ils évoquent sont bien dans l'esprit du respect, de la relation en Humanitude.

Les professionnels se sous-estiment par rapport aux résidents et aux familles sur leurs pratiques en tant qu'organisation mais tous voient une marge de progrès avec une mise en

œuvre par l'ensemble du personnel. Le bénéfice est vu pour les résidents mais aussi les professionnels.

Le label est une reconnaissance et un niveau d'exigence avancé seulement par la direction en complément de la pratique et la réputation.

- En synthèse

L'analyse des entretiens montre que les outils de la loi de 2002-2 sont en place mais que les dysfonctionnements remontent hors de ces canaux, oralement, avec une écoute active du personnel et de la direction. C'est moins évidemment pour les propositions où les rôles de président du CVS et de référente famille devraient être clarifiés. Les résidents se sentent libres et non isolés, tandis que leurs familles trouvent leur place, mais ils disent manquer de relationnel autour de leurs centres d'intérêt, y compris lors des repas, et s'auto-limitent souvent dans leur citoyenneté. L'ouverture de l'établissement entre les étages, sur l'extérieur tarde à retrouver un esprit d'avant Covid. Le sentiment de « comme à la maison » est perceptible avec des nouveaux besoins à prendre en charge (connexion numérique, échanges culturels, activité sportive). L'Humanitude est fortement ressentie par les résidents et leur famille mais sans pouvoir identifier la démarche ni imaginer comment y contribuer. A l'inverse les professionnels sous-estiment leur pratique voyant ce qui pourrait être mieux fait faute de formation, de temps.

2.6 L'autodiagnostic Humanitude pointe le manque de structuration qualité et de communication entre les équipes pour la mise en œuvre des PAP

2.6.1 Méthodologie

La démarche qualité visant la labellisation Humanitude s'appuie sur un référentiel contenant 7 chapitres. L'établissement met en place un système interne permettant de s'auto-évaluer au regard de ce référentiel pour mesurer les bénéfices de ses actions et ses progrès avant de se présenter à la visite de labellisation. Ce système repose pour la partie pilotage, dans l'établissement, sur un COPIL et 6 groupes-actions :

Manutention relationnelle, prévention
Restauration, nutrition, hygiène bucco-dentaire
Soin palliatifs, douleur, éthique
Soins du corps, hygiène, protection
Animation vie sociale, ferme thérapeutique
Hôtellerie, accueil, lieu de vie lieu d'envie

Le dispositif ici proposé est de faire un arrêt sur image à la date du dernier COPIL que j'ai animé le 10/11/2021 sur les deux derniers groupes-actions. Cette photo nous donne

l'avancement des indicateurs dans le logiciel Ancodéa (logiciel qualité de l'Humanitude) pour l'auto-évaluation initiale (préalable à la démarche de labellisation) sachant que celle-ci n'était pas encore terminée à cette date. Nous verrons aussi les aspects qualitatifs remontés par ces deux groupes-actions.

Le référentiel Humanitude est ainsi structuré :

Chapitre		Indicateurs
Engagement	1 - Présentation structure	1.1 - Capacité et environnement 1.2 - Ressources Humaines
	2 - Engagement direction	2.1 - Volonté affichée 2.2 - Volonté partagée 2.3 - PAP 2.4 - Pilotage du projet
5 principes	3 - Principe : zéro soin de force sans abandon	3.1 - Connaissance 3.2 - Techniques relationnelles 3.3 - Manutention relationnelle 3.4 - Pas de contrainte 3.5 - Contention zéro 3.6 - Evolution des troubles du comportement 3.7 - Org générale des services, transversalité 3.8 - Org souple et adaptée au rythme de chacun 3.9 - Qualité du prendre soin 3.10 - Ne pas nuire
	4 - Principe : respect de la singularité	4.1 - Respect du domicile 4.2 - Respect de l'intimité 4.3 - Respect du sommeil
	5 - Principe : vivre et mourir debout	5.1 - Verticalisation
	6 - Principe ouverture vers l'extérieur	6.1 - Présence de regards extérieurs 6.2 - Entretien des liens familiaux 6.3 - Entretien des liens sociaux
	7 - Principe : lieu de vie, lieu d'envies	7.1 - Vie sociale 7.2 - Cadre de vie 7.3 - Restauration 7.4 - Liberté d'aller et venir, de recevoir

Les chapitres 4, 6 et 7 m'intéressent tout particulièrement avec les principaux indicateurs cités ci-dessous :

4.1 -	Respect du domicile	Affichage porte, agencement logement, respect citoyenneté, individualité/habits, nombre de clés du logements, boites aux lettres
4.2 -	Respect de l'intimité	Choix de rester dans le logement, porte ouverte/fermée, soins portes fermées, logements doubles, demande vie affective et sexuelle
4.3 -	Respect du sommeil	Projets individuels de sieste, nuit, nombre de passage aux toilettes avant la nuit, couchers après 21h, réveil pour médicament, change, mobilisation, déambulation, contention de nuit
6.1 -	Présence de regards extérieurs	Participation des familles, bénévoles, accueil stagiaires, journalistes, participation jury, cours
6.2 -	Entretien des liens familiaux	Accueil famille, liberté de recevoir, projet accompagnement vie affective et sexuelle

6.3 -	Entretien des liens sociaux	Entretien des liens sociaux, organisation de séjours vacances, accès technologie, presse, communication gazette
7.1 -	Vie sociale	Projet de vie sociale, contenu, fiches activités, équipe, catégories identifiées, professionnels hors vie sociale impliqués, profil de consommation de l'animation
7.2 -	Cadre de vie	Espaces, projet amélioration aménagements, entretien, signalétique, domotique, argent, tenues
7.4 -	Liberté d'aller et venir, de recevoir	Accès libre, accompagnement en extérieur, risque de se perdre, équipe disponible/sécurité

2.6.2 Résultats



Les compteurs en arc vert indiquent le taux de remplissage du logiciel Ancodéa, à la date du 10/11/2021. Ce taux, sur l'ensemble du périmètre, était de 53% essentiellement du fait d'une non-disponibilité de la responsable du soin et de l'ergothérapeute à ce moment-là pour saisir les informations dans le système avec l'aide de la stagiaire de direction. Pour les chapitres 4, 6 et 7 qui nous intéressent, l'avancement de l'auto-évaluation est meilleure.

La bulle bleue mesure la performance par rapport au niveau requis pour la labellisation, elle est au total de 35% pour un prérequis de 80% : même si des données manquent encore comme vu précédemment, il y a aussi des indicateurs qui ne sont pas au niveau minimum de l'Humanitude et des

actions devront être engagées pour changer les pratiques et/ou s'assurer que tous les professionnels les mettent en œuvre. L'Humanitude n'est en effet pas de la responsabilité des seules référentes mais bien un engagement de tous depuis la direction jusqu'à l'exhaustivité des intervenants qu'ils soient salariés en CDI ou CDD, intérimaires, stagiaires mais aussi intervenants extérieurs (médecins généralistes, kinés, bénévoles ...).

La marge de progrès des chapitres 4 et 7 vient essentiellement de la communication entre les équipes autour de la mise en œuvre du PAP du résident. L'engagement dans la démarche Humanitude initié il y a plusieurs années s'est essoufflé et une partie des équipes a changé, le changement de système informatique TITAN (logiciel de soin) et l'habitude de transmission orale ont induit une hétérogénéité de pratiques avec des pertes d'information possibles sur la personnalisation de l'accompagnement. Il faut noter aussi que seule

l'équipe soin consulte régulièrement le logiciel TITAN, ce qui n'est pas le cas de l'équipe logistique, bien qu'ils aient les accès informatiques adéquats, pourtant au contact quotidien des même résidents. Le manque de structuration de l'information touche aussi la gestion documentaire où procédures et protocoles ne sont pas ou pas facilement accessibles et donc connus des professionnels.

Les deux groupes-actions nous intéressant reprennent certains de ces points d'amélioration et en particulier les besoins d'amélioration de la communication entre les différents métiers participant à l'accompagnement comme indiqué dans le Compte-Rendu (CR) ci-dessous :

	Groupe-action		Tour de table 10/11/2021		
	Référents	Contenu	Priorités	Actions réalisées/en cours	Points d'attention
Animation vie sociale, ferme thérapeutique	Animatrice AS	<ul style="list-style-type: none"> Partage expériences Fondu-enchaîné favorisé Ferme thérapeutique : déambulation + hortithérapie, médiation animale 	<ul style="list-style-type: none"> Partager une définition de l'animation (≠ activités) pour mieux travailler ensemble et que ce soit l'affaire de tous Favoriser le fondu-enchaîné Déambulation/Ferme thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> Audit préalable sur la perception de l'animation par les AS/l'affaire de tous Clarification des rôles 	<ul style="list-style-type: none"> Participation à venir des Agents de Service Logistique (ASL) et de la maintenance volontaires dans ce groupe Proposition plan de table au 1^{er} étage à revoir dans un cadre plus large de l'UVP (pas de décision prise ce jour)
Hôtellerie, accueil, lieu de vie lieu d'envie	Directrice Responsable logistique	<ul style="list-style-type: none"> Service hôtelier soigné et adapté Actions Lieu de vie, lieu d'envie Souhaits des résidents et des familles entendus 	<ul style="list-style-type: none"> Accueil résident (hôtellerie et rencontre professionnels) Lieu pour visite des familles 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche plastifiée à mettre dans chaque chambre avec les infos pratiques clés Repas en commun avec les salariés tjrs suspendus/Covid Relire livret d'accueil salarié/stagiaire Systématiser la présentation de la personne en doublon par le personnel lui-même Accueil stagiaire à partir de 9h/organisation du travail 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la communication auprès des résidents quand décès Voir si ressource et accord pour trombinoscope du personnel Vaisselle plus jolie

Derrière le bon score du chapitre 2 sur l'engagement de la direction, il faut préciser ici que le déploiement des formations Humanitude dans l'établissement est soutenu depuis plusieurs années, il touche quasiment tout le personnel (soignant et logistique) avec les formations-actions (théorie et mise en pratique) de base et, de façon systématique, les référentes à travers des formations plus poussées selon leur expertise.

Pour élargir mon propos sur la pertinence des formations, je citerai une étude comparative de 2021 (Albouy FX., Moret A., 2021) entre les 7 formations autour de la bientraitance en Ehpad. Cette recherche a été conduite dans l'optique d'améliorer l'attractivité des métiers du soin pour répondre aux enjeux de la prise en charge de la perte d'autonomie via les formations professionnelles à la bientraitance.

Le périmètre couvre 3 formations généralistes du champ des personnes âgées dépendantes (Humanitude, Établissement bientraitant, Snoezelen) et 4 formations spécifiques au champ des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées (Carpe Diem, Montessori, Récupération, Validation). Deux de ces 7 formations ont aussi un label (Humanitude, Établissement bientraitant).

L'ensemble de ces formations se déroule uniquement en interne avec comme préalable l'engagement de la direction et l'alignement avec le PE. L'étude nous apprend que « Les formations impactent positivement les personnes âgées (moins de comportements

agressifs, moins de neuroleptiques, plus de bien-être, moins d'états dépressifs) et le personnel (meilleure acceptation des soins, relation patient/personnel) » mais qu'il est difficile de les différencier par ce prisme de l'impact. Leur contenu pédagogique est très différent, ces formations sont ainsi complémentaires et celle de l'Humanitude est la plus longue.

La recommandation des chercheurs repose sur trois points : ancrer l'établissement dans un projet de bienveillance (c'est une démarche collective), former les non professionnels (aidants informels, bénévoles) et suivre les enseignements (entre autres, la labellisation permet de le faire).

2.7 SWOT de l'établissement

Le SWOT recense les Opportunités et Menaces (*Opportunities and Threats*) externes à l'établissement et les Forces et Faiblesses (*Strengths and Weaknesses*) internes à celui-ci. Ainsi seront identifiés les leviers sur lesquels m'appuyer pour déployer mon projet et les risques à prendre en compte aussi.

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Politiques publiques domiciliaires/répit des aidants → autorisation ARS de création de place d'hébergement temporaire, de jour possible face aux besoins non couverts du territoire • Séjour de la santé → revalorisations salariales • Filière gérontologique active sur le territoire → ébauche de parcours de la personne âgée dépendante • Nouvelle évaluation ESMS (Réf. HAS) → pouvoir d'agir et respect des droits fondamentaux de la personne formalisés • Schéma départemental pour les personnes âgées → pratiques nouvelles encouragées • CIAS actif sur le territoire → animation prévention séniors 70 ans en place 	<ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale sans loi Générations solidaires à date → pas d'augmentation de ratio d'encadrement pour prendre en compte l'accompagnement non sanitaire • Schéma régional ARS pour les personnes âgées très axé sur le sanitaire → la base GIR et Pathos ne couvre que la dépendance alors que les besoins Alzheimer et psychiatrie sont croissants • Manque de ressources en psychiatrie → accompagnement non adéquat en établissement • Tension majeure sur la disponibilité de personnel soignant → difficulté de recrutement et de fidélisation

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance et outils de la loi 2002-2 en place en place → déploiement PE efficace en alignement avec le CPOM • Processus P^AP animé par la psychologue → P^AP pragmatiques formalisés • Membres de la direction experts et investis dans leur domaine → valeurs associatives incarnées • Écoute active via CVS fournis, visites quotidiennes des résidents → remontée des besoins et communication • Perception de liberté de la part des résidents et leurs familles → vigilance/auto-limitation des résidents/leurs capacités et donc souhaits • Plan de formation fourni (Humanitude et soins palliatifs) → journées dédiées/ateliers, pratique reconnue en interne • Approches non médicamenteuses en place via des partenariats : musicothérapie, médiation animale, art-thérapie, clowns relationnels, ferme thérapeutique → peu de Comportement d'Agitation Pathologique (CAP), bonne réputation de l'établissement • Participation active à la filière gériatrique → ébauche de parcours • Direction métiers au sein de l'association → ressource conduite de projet mais à engager dans l'innovation • Chalet disponible à la location dans l'enceinte de l'Ehpad → échanges avec étudiants et seniors possibles • Bilan financier très positif → capacité d'investissement et possibilité d'emprunt 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance et outils de la loi 2002-2 en place en place → manque de participation des résidents et familles en amont dans les réflexions, rôle de président CVS et référente des familles peu connu (même des titulaires) • Processus P^AP animé par la psychologue → singularité des P^AP difficilement mise en œuvre par manque de coordination des intervenants et manque de temps pour le sur-mesure, peu de bénévoles et inertie à « re-sortir » après le Covid • Difficulté de recrutement et charge de travail → gel des 2 places d'hébergement temporaire, temps d'écoute par le personnel perçu comme limité par les résidents • Pas de culture évaluative (transmissions non ciblées, paramétrage/reporting TITAN peu utilisé) mais des avancées/équipement (tablette IDE avec plan de soin) → pas de mesure montrant l'impact des bonnes pratiques • Pas de démarche qualité type ISO préexistante → base documentaire (processus, procédures) non structurée • Faible communication externe (réseaux sociaux, presse locale) → marque employeur sous-évaluée

En synthèse de ce SWOT, disons que sans attendre une loi Générations solidaires certes nécessaire, il y a une possibilité immédiate d'offrir plus de choix de type d'accueil avec la création d'hébergements temporaires et d'accueils de jour sur le territoire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et en particulier celles atteintes de maladies neurodégénératives mais aussi pour soutenir leurs aidants en leur offrant des périodes de répit. La filière gérontologique, même si son volet psychiatrie est défaillant, est une bonne base pour permettre de véritables parcours pour les personnes âgées, voir en créant des liens avec les seniors, mais elle rencontre de grandes difficultés

de recrutement par désaffection des métiers de l'accompagnement du grand âge (dès les écoles de formation initiales).

L'établissement bénéficie d'une solide réputation construite sur le professionnalisme/la formation de son personnel et l'offre de soins non-médicamenteux mais rencontre des difficultés de fonctionnement (charge de travail, communication inter-équipe pour la mise en œuvre des PAP, manque de structuration qualité) et de participation des résidents (surtout dans les phases de réflexion et les diverses commissions).

2.8 Choix, liberté et singularité comme écarts de la problématique identifiée autour du pouvoir d'agir

L'offre de service unique, centrée sur l'hébergement permanent, n'est plus en adéquation avec l'évolution des profils et besoins des personnes accompagnées : celles-ci sont de plus en plus dépendantes, avec plus de troubles cognitifs et souhaitent, pour la plupart, rester à leur domicile le plus longtemps possible avec la contribution de leur aidant. Malgré tout, leur entrée en institution doit être préparée, idéalement par une prise en charge graduelle en fonction de leur état de santé et de la capacité de leur aidant à être présent/se ressourcer. Cette entrée doit aussi ne pas entraver leurs droits de citoyens comme les autres : doivent être préservées leur liberté (même face à la sécurité) et leur singularité (même dans la collectivité). Ces points sont des écarts que l'on peut observer aujourd'hui auprès de tel ou tel résident, pas pour tous bien sûr, du fait de contraintes de fonctionnement même si le questionnement éthique existe.

J'observe que la demande en soins techniques augmente mais il faudrait augmenter d'autant les soins dit gratuits autour du relationnel (pour permettre de faire ces soins techniques avec le consentement de la personne) et augmenter la prévention pour conserver au maximum les capacités, GIR et Pathos ne traduisent pas ces deux besoins pourtant ils sont au cœur de la bientraitance, de l'Humanité.

La participation des personnes accompagnées et leur famille est assurée via les outils de la loi 2002-2, quelques personnes particulièrement impliquées en font usage mais il faudrait élargir ceci à tous et faire en sorte qu'ils puissent exprimer leurs besoins.

Ma problématique s'énonce comme suit : la diversification des conditions d'accueil et l'ouverture de l'Ehpad sur l'extérieur favoriseraient-elles l'exercice du pouvoir d'agir des personnes âgées, la mise en place de parcours et le maintien des relations sociales, culturelles et familiales ?

◇ ◇ ◇

Mon projet devra répondre à cette question : comment faire pour redonner du pouvoir d'agir aux personnes âgées à travers le libre-choix de leur parcours et le respect de leur singularité ?

Je formule trois hypothèses qui guideront ma réflexion autour de la mise en œuvre de mon projet :

- Des conditions d'accès diversifiées permettent aux personnes âgées d'intégrer l'Ehpad en fonction de leur envie ;
- Des accompagnements individualisés développent l'expression du pouvoir d'agir des personnes âgées pour que leur lieu de vie soit un lieu d'envies ;
- L'ouverture sur l'extérieur permet aux personnes âgées de choisir librement leurs relations sociales, culturelles et familiales.

3 Mon projet pour individualiser l'accompagnement en diversifiant l'offre et les activités

Si je devais résumer en quelques mots l'objectif stratégique de ma démarche projet, ce serait l'ouverture à une dimension sociale de l'Ehpad en incluant au premier chef les personnes accompagnées pour individualiser leur accompagnement. Dans l'horizon temporel de 15 mois, d'ici décembre 2023, je retiens deux axes stratégiques :

- La diversification des formes d'accueil avec la création d'un accueil de jour et la relance de l'hébergement temporaire ▷ axe flexibilité ;
- La diversification des activités avec des PAP co-construits et mis en œuvre par tous, plus de transparence autour des activités donnant alors une plus grande place aux familles et aux bénévoles et enfin plus de sorties individualisées et des activités partagées avec les seniors du quartier dans le chalet ▷ axe ouverture.

Je m'attacherai dans cette partie à expliciter les impacts stratégiques attendus, mes choix managériaux, le lien avec le pouvoir d'agir et la place de la participation et des partenaires avant de détailler la mise en œuvre et clore par l'évaluation.

Je porterai une attention toute particulière aux personnes accompagnées, en tête de chapitre du nouveau référentiel d'évaluation et au cœur d'une des dernières RBPP « Soutenir et encourager l'engagement des usagers » (HAS, 2020) où il est recommandé d'identifier dès le départ ce qui rassemble les acteurs, engager toutes les personnes même celles éloignées des espaces de parole, reconnaître les apports de chacun et surtout préparer les équipes à cette nouvelle expérience de la complémentarité des savoirs entre elles-mêmes et les personnes qu'elles accompagnent.

3.1 Un projet en phase avec les besoins du territoire et les orientations politiques

3.1.1 Flexibilité et ouverture, les deux axes stratégiques du projet

Dans la transformation de l'Ehpad pour répondre aux nouveaux besoins des personnes âgées dépendantes du territoire, j'ai choisi les deux axes décrits ci-avant parce que le besoin territorial de flexibilité des accueils était clair dans mon diagnostic pour le premier et parce que le second ne dépend que de notre volonté de transformation de la pensée sur l'équilibre des « pouvoirs » entre soignant et personne accompagnée.

D'autres pistes pourraient compléter ma démarche ultérieurement : devenir centre gériatrique territorial, héberger une maison des aidants, accueillir des PHV au-delà des deux personnes actuellement dans l'établissement ou mettre à disposition un appartement

pour les familles. Ces pistes seront à réfléchir après et à la lueur de la mise en œuvre du présent projet.

Par ailleurs mon CPOM 2021-2025 prévoit déjà les deux axes stratégiques retenus ce qui me permet de lancer la conception des projets immédiatement puisqu'ils ont déjà été abordés dans leur intention avec l'association gestionnaire et avec les autorités de tutelles, ARS et CD. Les projets détaillés seront soumis pour validation bien entendu et des moments d'échanges seront positionnés tout au long de leur déploiement.

Le tableau ci-après décrit l'articulation des sous-projets opérationnels soutenant les axes stratégiques et le mécanisme par lequel ils permettent d'améliorer le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, je reviendrais dans le chapitre 3.3.1 sur ce concept de Développement du Pouvoir d'Agir (DPA). Pour mémoire, le cadre légal pour opérer est ici rappelé. Les deux dernières colonnes sur les enjeux et l'impact seront explicitées dans le paragraphe suivant.

Obj. strat.	Axe stratégique	Sous-projet	Mécanisme de renforcement du pouvoir d'agir	Cadre légal pour opérer	Enjeux	Impact durable attendu sur le territoire
Individualiser l'accompagnement	Diversification des formes d'accueil ▷ flexibilité	1 Création d'un accueil de jour 6 places adossé à l'Ehpad	• Libre-choix facilité par l'essai, le temps de la réflexion, l'espace transitionnel	• Circulaire n°2011-444 du 29 novembre 2011 (modalités d'organisation des accueils temporaires) • Loi ASV du 28 décembre 2015 (droit au répit des aidants)	• <i>Empowerement</i> (participation, sens critique, estime de soi) • Coordination avec les acteurs du domicile et les aidants • Communication et file active fournie • Fluidité organisation entrée/sortie • Architecture	• Réponse au besoin domiciliaire (répit des aidants, gestion des périodes critiques) • Mise en place de parcours • Coordination entre les acteurs • Repérage des fragilités
		2 Relance de l'hébergement temporaire remise en fonctionnement des 2 places préexistantes	• Réponse au souhait de rester à domicile en octroyant du répit à l'aidant, en sécurisant les périodes critiques (expl. sortie d'hospitalisation)			
	Diversification des activités ▷ ouverture	3 Des PAP co-construits et mis en œuvre par tous	• Expression de ce qui est important pour moi, lieu d'envies	• Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 (droits fondamentaux de la personnes et outils) • Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 (modifications CVS et notion de personne accompagnée)	• Rééquilibrage des pouvoir (expérientiel/professionnel) • Travail en équipe au-delà du soin • Démarche qualité (démarche Humanitude) • Partenariat et travail en réseau	• Bien-être des personnes âgées dépendantes • Modernisation de la communication (transparence des activités et traçabilité des parcours) • Citoyenneté (échanges avec les séniors)
		4 La transparence des activités en particulier pour les familles et bénévoles	• Accès à l'information			
		5 Plus de sorties individualisées, activités partagées avec les séniors	• Liberté de rencontre, d'accès à la culture, au sport			

L'Ehpad devient un facilitateur du libre-choix (sous-projets 1 et 2) pour la personne puisqu'elle pourra essayer diverses formes d'accueil et procurer du répit à son aidant. Ces périodes non permanentes, ponctuelles ou séquentielles, peuvent lui permettre de rester à son domicile si elle le souhaite ou bien préparer une entrée en hébergement permanent. Même si cette dernière option reste un second choix, le fait d'avoir du temps pour la prendre en compte est bénéfique à la fois à la personne mais aussi à son entourage.

Toutes les actions touchant à la meilleure expression des besoins de la personne permettent de mieux respecter sa singularité et œuvrer avec elle sur ce qui est important pour elle.

Les actions d'ouverture augmentent la liberté avec pour conséquence plus de créativité et plus de liens sociaux, les résidents et leurs familles en sont les premiers bénéficiaires mais il en va de même pour le personnel et les bénévoles.

3.1.2 Le bien-être comme impact social durable attendu

L'impact durable attendu sur le territoire est une amélioration du bien-être des personnes âgées dépendantes ; en contribuant au maintien à domicile (avec un repérage des fragilités, une coordination des interventions, des parcours et le répit de leurs aidants) ; en anticipant les changements générationnels (en lien avec les séniors, par la modernisation de la communication vers des plateformes d'échange).

Cet impact sur le territoire s'inscrit avant tout dans le droit commun (avec le respect de la citoyenneté de chacun), dans les politiques publiques sur le grand âge, sur les aidants. L'interférence avec la politique publique sur l'habitat inclusif se fera à l'occasion des coordinations avec les maitresses de maison. Je relève une difficulté pour ce qui est des personnes âgées avec profil psychiatrique, le manque de ressources sanitaires en psychiatrie sur le territoire ne permet pas de répondre correctement à ce besoin existant. Mon projet ne résout pas à cette difficulté.

Mon approche s'inscrit dans la définition de l'innovation sociale du psychologue José Polard (Polard J., 2018) « Elle ambitionne le mieux-être des individus et/ou des collectivités, en agissant, en résolvant des problèmes sociaux ou en satisfaisant une aspiration d'ordre social ».

Je retrouve aussi mes deux axes stratégiques dans une consolidation récente de retours d'expérience auprès de 15 établissements en France sur leur transformation (ANAP, 2020) : la fluidité de parcours, l'adéquation de l'offre aux besoins (avec diversification de l'offre) et de façon générale l'amélioration de la qualité de l'accompagnement ressortent comme raisons de transformation des établissements enquêtés.

Le tableau du chapitre précédent détaille aussi les enjeux de mon projet :

- Enjeu de coordination et collaboration avec transformation des métiers ;
- Enjeu de rééquilibrage des pouvoirs avec *empowerement* ;
- Appui sur une démarche qualité (la démarche Humanitude mais de façon générale la structuration qualité répondant au nouveau référentiel HAS) ;
- Développement de partenariat et travail en réseau.

3.1.3 Partage d'expérience avec deux accueils de jour

Souhaitant mieux comprendre le fonctionnement et les écueils de la mise en place d'un accueil de jour, j'ai rencontré deux directrices de ces structures, toutes deux adossées à un Ehpad dans le cadre d'un partage d'expérience. Ces établissements étaient situés dans le Val de Marne (94) et en Haute-Savoie (74).

L'accueil de jour du Val de Marne propose 10 places, les personnes y viennent généralement une journée par semaine pendant un an et demi, bien souvent elles entrent à l'Ehpad lorsque la maladie se développe ensuite. La clé de sa réussite tient dans le couplage avec la maison des aidants (la directrice a la charge de l'accueil de jour et de la maison des aidants). Cette maison des aidants touche 350 personnes et propose un café des aidants, des temps de relaxation, de la formation pour les aidants. Devant la difficulté à se faire aider, il est toujours proposé une heure d'essai à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sur place pendant que l'aidant peut aborder avec la directrice le fonctionnement du service et les options de répit. Pour le bon fonctionnement du service, la directrice recommande de dédier du personnel (deux postes dans son cas) même si l'accès aux infrastructures et aux animations de l'Ehpad reste possible. Elle recommande aussi de constituer des groupes homogènes de malades pour adapter les activités proposées visant à la réminiscence des souvenirs, à l'écriture, à toute autre activité manuelle ou sportive.

Le second établissement de Haute-Savoie propose des hébergements temporaires (6 places), un accueil de jour (11 places) et de nuit (4 places mais seules deux sont en expérimentation à ce jour) et c'est cette offre multiple qui fait la force de l'Ehpad selon sa directrice : toutes les offres sont interconnectées dans une logique de parcours même si le personnel est dédié à chacun des services (deux postes pour l'accueil de jour et un pour l'accueil de nuit plus la création d'un poste de coordinatrice de parcours). L'accueil de jour est vu comme une passerelle vers l'Ehpad mais il ne fonctionne que s'il existe des temps partagés d'activité avec l'aidé et l'aidant. Un cahier de liaison a été mis en place pour tous ces accueils de façon à faire le lien avec le domicile et prendre en compte la dynamique familiale. Bien que les équipes soient dédiées, il faut veiller à ne pas les isoler du reste de l'Ehpad.

Je retiens la nécessaire coordination autour des personnes en accueil de jour ou en hébergement temporaire et en particulier avec leur famille et la constitution d'équipes dédiées sans toutefois les isoler.

3.2 Un pilotage pour accompagner la transformation des pratiques

3.2.1 Une gouvernance adaptée selon les sous-projets

De façon à poursuivre la structuration du projet, j'ai utilisé le même format que le tableau précédent pour indiquer le mode de pilotage que je retiens, les ressources dont je dispose et les risques auxquels je dois me préparer.

Obj. strat.	Axe stratégique	Sous-projet	Responsabilité/gouvernance	Pilotage/mode projet	Ressources dont je dispose	Risques auxquels je dois me préparer
Individualiser l'accompagnement	Diversification des formes d'accueil ▷ flexibilité	1 Création d'un accueil de jour 6 places adossé à l'Ehpad	<ul style="list-style-type: none"> Proposition pour validation au CA/projet associatif et investissement Approche avec ARS/CD 	<ul style="list-style-type: none"> CODIR et CVS déjà en place Projet spécifique avec COPIL Partenaires Information/consultation des Instances Représentatives du Personnel (IRP) 	<ul style="list-style-type: none"> CPOM et PE 2021-2025 validés ARS pour création de places Bilan financier positif pour investissement/emprunt Réseau/Filière gérontologique Direction siège/ingénierie de projet et relations contractuelles 	<ul style="list-style-type: none"> Recrutement de personnel de façon générale Charge de travail (pas de surdotation en hébergement temporaire) Profil psychiatriques sans ressource/territoire et peu pris en compte GIR/Pathos
		2 Relance de l'hébergement temporaire remise en fonctionnement des 2 places préexistantes	<ul style="list-style-type: none"> Directrice d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> CODIR et CVS déjà en place Groupe de travail incluant des résidents 		
	Diversification des activités ▷ ouverture	3 Des PAP co-construit et mis en œuvre par tous	<ul style="list-style-type: none"> Directrice d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> CODIR et CVS déjà en place Groupe d'expression résidents Groupe de travail incluant des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> Expertise psychologue et animatrice Partenaires des approches non médicamenteuse Formations Humanitude pour tous les professionnels Direction siège/métier et qualité Chalet de 140 m² CIAS actif auprès des séniors 	<ul style="list-style-type: none"> Resistance au changement de la pensée et des pratiques/équilibre de pouvoirs et collaboration pour mettre en œuvre le PAP Sous-usage des systèmes d'information Pas de culture évaluative
		4 La transparence des activités en particulier pour les familles et bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> Proposition pour validation au CA/numérique 			
		5 Plus de sorties individualisées, activités partagées avec les séniors	<ul style="list-style-type: none"> Directrice d'établissement 			

Commençons par les limites de responsabilités. Selon le DUD que j'ai signé, j'ai la délégation entière pour les sous-projets 2, 3 et 5 car ils sont préexistants dans mon PE, utilisent des ressources déjà budgétées et touchent à mon périmètre d'action sur le bon fonctionnement et l'amélioration de la qualité de l'établissement. Pour le sous-projet 4, je soumettrai une proposition au CA car je souhaite engager des ressources sur la modernisation numérique de l'établissement dans le cadre des orientations du projet associatif. Pour terminer par le sous-projet 1, même s'il est inscrit comme possibilité dans le PE, je vais le considérer comme un projet à part entière nécessitant toutes les étapes d'échange et de validation avec le CA, le CVS et le CSE en interne et avec l'ARS et le CD en externe. Ce projet nécessite des investissements, des recrutements sur de nouveaux postes et un agrément qui sont hors de mon domaine de délégation. La direction ingénierie de projet et relations contractuelles et la direction métier et qualité du siège seront mes interlocuteurs privilégiés pour préparer mes interventions en CA et prendre en compte leurs retours.

Quant au pilotage général du projet, je m'appuierai sur le CODIR que j'anime et dont les membres actuels sont : la responsable du soin, la médecin coordonatrice, la psychologue, le responsable logistique auxquels j'ajouterai l'animatrice. Nous nous réunirons donc maintenant à 6, toutes les semaines pendant 1h30 maximum avec envoi d'un ordre du jour la veille et partage d'un CR le lendemain, le secrétariat étant tournant.

Les missions du CODIR sont les suivantes :

- Appliquer les décisions du CA ;
- Piloter les activités dans le cadre du PE et CPOM en tenant compte des ressources et en identifiant les risques ;
- Cadrer les projets stratégiques dont celui dont nous parlons ;
- Décider des communications internes et externes.

Les indicateurs que nous suivons :

- Alignement des différents services autour du PE et partage des valeurs associatives ;
- Indicateurs financiers du CPOM ;
- Indicateurs Qualité de Vie au Travail (QVT).

De même qu'avec le CODIR, je travaillerai avec le CVS dès la conception du projet pour susciter leurs réactions et les engager à s'impliquer dans les groupes d'expression et de travail, que ce soit eux-mêmes directement mais aussi leur personne de confiance s'ils le souhaitent.

Pour la création de l'accueil de jour, je vais mettre en place un COPIL dédié à ce sous-projet. J'animerai ce COPIL avec la participation d'une personne à identifier avec la responsable du soin (une IDE, formée à l'Humanitude, ayant une appétence pour la coordination, l'organisation du travail et désireuse de s'impliquer dans ce nouveau projet), du responsable logistique ainsi que du responsable du CLIC. Nous nous réunirons de façon hebdomadaire pendant une heure maximum. Ce groupe aura la charge de mener les actions listées ci-après et j'aurai la responsabilité de les valider ou d'obtenir la validation du CA selon les limites du DUD ; le COPIL et le CODIR seront informés des décisions prises en retour :

- Construire le plan d'action : objectif, planning, moyens ;
- Gérer les ressources nécessaires au sous-projet en lien avec le siège en particulier pour la partie architecturale ;
- Préparer le fonctionnement de ce nouveau service (projet de service, organisation, procédure, partenariat pour le transport) ;
- Créer les conditions pour faire connaître ce service (file active, lien avec le domicile).

Le COPIL pourra organiser des sessions de travail avec la contribution spécifique de la psychologue, l'animatrice, l'ergothérapeute ou encore la médecin coordonatrice selon les besoins. Dans la mesure où il a la charge de planifier le sous-projet, le rétroplanning que je partagerai plus loin dans le document n'est pas encore définitif puisque non encore travaillé par le COPIL.

J'aurai aussi la charge de préparer les éléments nécessaires aux relations sociales que ce soit pour vis-à-vis du CSE ou de la CSSCT puisque l'interaction avec les IRP est une responsabilité du siège.

Les 4 autres sous-projets verront le jour à travers des groupes d'expression et des groupes de travail.

Commençons par les groupes de travail, ils s'organiseront autour d'un responsable de groupe selon les modalités qu'il aura choisies avec la seule contrainte d'avoir la participation de résidents (membres du CVS ou non). Étant membre du CODIR, il s'assurera de la validation par celui-ci des objectifs et du planning visé et alertera le CODIR de toute difficulté.

- Pour le sous-projet 2 : la responsable du soin ;
- Pour le sous-projet 3 : la psychologue ;
- Pour le sous-projet 4 : l'animatrice ;
- Pour le sous-projet 5 : le responsable logistique.

Les groupes d'expression sont des outils complémentaires à ces groupes de travail pour s'assurer de l'expression inclusive de tous, que ce soient les résidents, leurs familles, les bénévoles mais aussi les professionnels. Ils seront animés par une personne externe à l'établissement sur la base d'un script préparé par le groupe de travail.

Dans leur ouvrage sur les nouvelles manières de travailler les auteurs (Autissier D., Johnson K., Moutot JM., 2019) citent Francis Boyer qui identifie six leviers pour des pratiques managériales innovantes : la confiance, l'engagement, le bien-être, l'agilité, la collaboration et la créativité. Ils proposent ensuite des actions pour renforcer les liens, permettre la liberté, développer le bien-être et veiller à la performance. Selon eux, « L'innovation managériale vise à créer de nouvelles modalités de coopération entre les personnes pour la réalisation des finalités de manière efficace et efficiente en tenant compte des évolutions sociétales ». Je me retrouve dans cette approche tout particulièrement avec les leviers de la confiance, de la collaboration et du bien-être.

Les ressources dont je dispose sont nombreuses : compétences des professionnels, partenaires et réseau opérationnels, bilan financier excédentaire, autorités de tutelles au fait des besoins du territoire. A moi d'organiser aux mieux la répartition de ces ressources

pour ne pas les épuiser et que chacun se retrouve autour du sens commun du projet associatif.

Quant aux risques majeurs auxquels je devrai faire face, difficulté de recrutement et résistance au changement, le premier est avéré et le second est inhérent à toute démarche de transformation. Les actions entreprises avec les écoles de formation IFSI et IFAS ou encore avec Pôle Emploi pour améliorer le flux de professionnels ne sont pas encore efficaces mais donnent tout de même de la transparence sur la situation et permettent de faire résonner les actions du gouvernement pour développer les métiers du grand âge depuis le Ségur de la santé. Pour ce qui est de la résistance au changement, accepter que ce soit une réaction simplement humaine, me permet d'être attentive aux équipes pour les accompagner dans leur propre évolution, en particulier en nous retrouvant autour du sens de l'action.

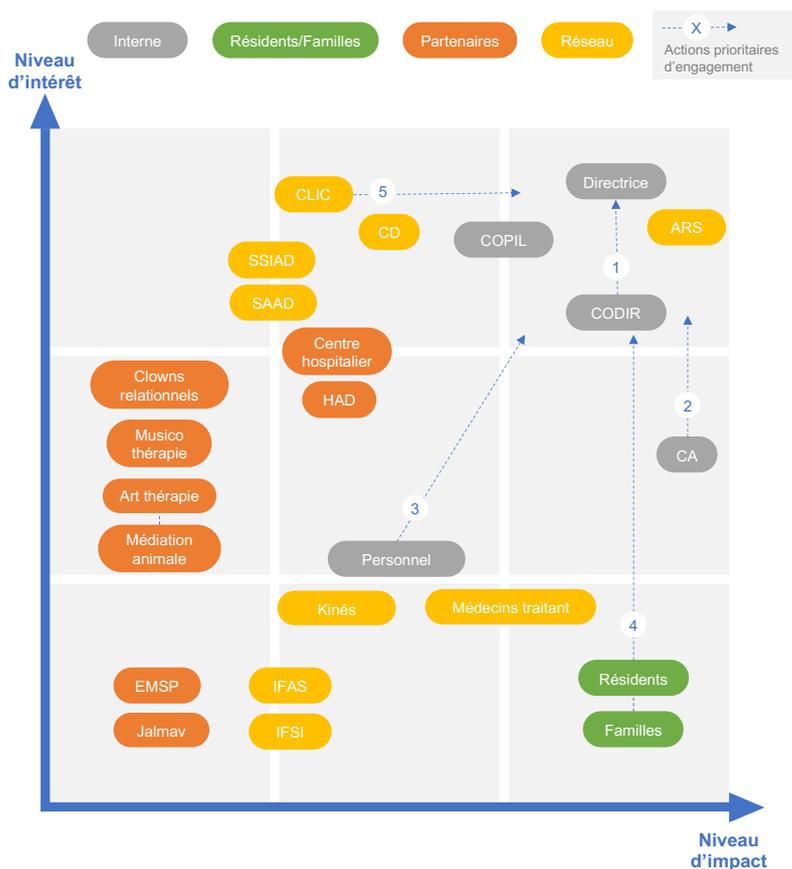
3.2.2 La co-construction pour engager les parties prenantes

Que ce soit pour engager le CODIR ou les équipes via le COPIL et les groupes de travail, je retiens la co-construction comme méthode de management, je la trouve appropriée à mon environnement de travail et à mon mode de fonctionnement où sens commun, responsabilisation et délégation me sont importants. Je suis convaincue que contribuer à la définition de son propre changement permet de l'expérimenter pour ensuite le mettre en œuvre et le faire évoluer.

Le sociologue Michel Foudriat définit le concept de co-construction (Foudriat M., 2019) quand « Tous les acteurs doivent être considérés comme parties prenantes du processus de réflexion collective et de décision sur les questions de changement et de développement » c'est un processus de management des organisations visant à impliquer des acteurs peu inclus auparavant et créant les conditions d'émergence d'un accord après délibération. Les acteurs doivent s'entendre sur la façon d'opérer dès le départ (diagnostic, analyse, conception du projet) pour arriver à un accord sous forme de compromis à l'issue de leur travail. La co-construction fonctionne quand il y a des idées nouvelles, des alternatives, des argumentations et la formalisation est obligatoire.

Je vais cadencer le projet avec deux temporalités de façon à animer ce temps assez long au regard du travail au quotidien :

- Le court terme (6 mois, d'octobre 2022 à mars 2023) pour mobiliser les parties prenantes en partageant les raisons du changement ;
- Le moyen terme (9 mois, d'avril à décembre 2023) pour transformer l'organisation en installant les conditions favorables aux changements de fond.



Une cartographie des parties prenantes me permet de prioriser mes actions d'engagement à l'action. J'ai positionné, au regard du projet, les acteurs (se reporter au glossaire pour les sigles non encore décodés dans le texte) selon deux axes : leur niveau d'intérêt et leur niveau d'impact.

Les actions prioritaires numérotées sur le schéma ont pour but de ramener dans le cadre en haut à droite les acteurs clés, les voici explicitées :

1. Partager le même niveau d'engagement sur le projet entre tous les membres du CODIR après entretiens individuels avec chacun d'eux pour comprendre les éventuels points de blocage ;
2. Engager le CA en contribuant à l'évolution du projet associatif ;
3. Guider le personnel vers un nouvel équilibre des pouvoirs et de nouveaux métiers en repartant du sens donné à l'accompagnement et des bénéfices apportés par le savoir expérientiel de la personne âgée ;
4. En parallèle, développer la prise de parole de façon inclusive des résidents et de leur famille ou personne de confiance, c'est-à-dire solliciter toutes les personnes et pas seulement le noyau dur des personnes impliquées aujourd'hui ;
5. Intégrer le CLIC au COPIL pour être le porte-parole des personnes malades d'Alzheimer ou leur aidant dans la conception de l'accueil de jour.

3.2.3 La nécessaire transformation des pratiques

Pour que l'Ehpad soit un lieu de vie pour une journée, pour un mois, de façon permanente et non un lieu de soin de fin de vie, nos pratiques doivent évoluer.

Il nous faut laisser plus de place au savoir expérientiel de la personne âgée, ou de son aidant, il nous faut viser l'accompagnement individualisé dans sa globalité et plus le seul soin et ce parfois sur des rotations très courtes de passage dans l'établissement. Ces changements questionnent les habitudes, les formations initiales même si la démarche Humanitude place l'éthique au centre de toute action en faisant une grande place à l'expression des désirs de la personne âgée.

La transformation touchera la définition des métiers en faisant tomber les barrières entre ceux du soin et les autres, fera apparaître des rôles de coordinateur de parcours interférant avec les différents acteurs et s'assurant de la constitution de files actives.

De façon très visible, travailler en tenue civile donne le ton du lieu de vie, ne plus verrouiller l'UVP en acceptant le risque qu'une personne désorientée ne s'égarer redonne de la liberté à tous. Ce sont autant de signes tangibles de la transformation de la pensée des professionnels ; transformation qui nécessite du temps de réflexion et d'appropriation : quels bénéfices attendus ? Quels risques pour moi ?

Mon travail consistera à imaginer conjointement avec les équipes et les personnes accompagnées les changements de pratiques nécessaires, les groupes d'expression auront cette vocation.

3.3 Rééquilibrer les forces en présence pour développer le pouvoir d'agir

3.3.1 Rapide détour par le concept du pouvoir d'agir

Pour restaurer leur sentiment de dignité, le psychologue canadien, Yann Le Bossé, appelle à développer le pouvoir d'agir des personnes âgées (Le Bossé Y., 2018) en s'appuyant sur la formation des professionnels pour qu'ils fassent eux-mêmes leur propre expérience de ce qui est important pour eux et puissent ensuite accompagner les personnes en identifiant ce qui est important pour elle, sortant ainsi d'un rôle de sauveur centré sur lui-même. Il définit le DPA (Le Bossé Y., 2017) comme « un processus de gain de contrôle sur ce qui est important pour soi, ses proches ou la collectivité à laquelle on s'identifie ». Par « Agir » il entend faire le plus grand pas possible aujourd'hui dont on se sent capable, avec confiance en soi, c'est le « Pas proximal » et il n'est pas question ici d'être actif pour être actif ou de s'agiter frénétiquement. Cette reprise en main de sa vie par la personne âgée présuppose en institution la rencontre de deux expertises, l'expertise professionnelle et l'expertise expérientielle. Si la rencontre est unilatérale, soit le professionnel devient prescripteur et sait ce qui est bon pour la personne accompagnée soit la personne âgée est la seule à savoir ce qui est bon pour elle. Ce changement de regard avec rééquilibrage des protagonistes passe par l'expérience de son propre DPA en tant que professionnel avec la

prise de conscience de la possibilité d'agir sur ce qui est bon pour soi-même dans son métier.

Le DPA s'articule autour de quatre composantes de l'agir (Bickel JF., Hugentobler V., 2018) : les ressources internes (capacités propres dont cognitives, compensées ou non si il y a perte) et externes (ressources financières par exemple, socialement distribuées), les facilités et contraintes rencontrées (accès aux dispositifs, non recours), les dimensions relationnelles (contrôle des intervenants au domicile par exemple, difficulté à demander de l'aide) et la croyance en son pouvoir d'agir (résilience après de nombreuses pertes). Le renforcement du pouvoir d'agir, aussi appelé *empowerement*, doit solliciter ces 4 composantes.

Autrement dit, l'*empowerement* individuel s'appuie sur la participation, les compétences, l'estime de soi et le sens critique. Une étude qualitative récente (Vandendoren B., Geurts H., Haelewyck MC., 2019) auprès de personnes de plus de 84 ans dépendantes montre le manque de prise en compte de la singularité des personnes et la perception de perte de contrôle en particulier pour ceux qui sont en institution face au cadre normatif.

La réponse des politiques publiques est d'augmenter l'écoute des besoins et la participation à son projet mais il faut alors être bien conscient du risque de l'empathie égocentrée (Quentin B., 2018) qui pousse à vouloir que l'autre agisse comme ce qui me semble bon à moi, au risque de glisser dans l'acharnement thérapeutique : « Dans l'obstination déraisonnable et le harcèlement thérapeutique, il y a un acharnement, un entêtement qui nie le principal intéressé, qui reste sourd à sa potentielle parole, à sa volonté. Enfin, il s'agit de moments où sont éludées les possibles limites de la logique curative qui alors refuse de céder le pas à une orientation palliative des soins. ». Le seul garde-fou face à un activisme sans fin est l'éthique.

D'autres auteurs font ce lien entre recherche de qualité et éthique (Laborel B., Vercauteren R., 2004) en déclarant comme nécessaire « un éclairage, en termes de valeurs et principes, des décisions qui veulent concourir au plus grand bonheur de chacun, donc un questionnement éthique comme préalable à la démarche qualité ». La personne âgée est alors au cœur de cette démarche qualité où il est question de sa dignité, de son respect, de ses attentes et pas seulement de ses pathologies. La qualité de la prise en considération de la personne participe à la qualité de son projet de vie.

L'approche du médecin et socio-économiste Michel Bass (Bass M., 2018) par le don nous éclaire aussi sur les relations personnes âgées/soignants : il part du postulat que « Les résidents sont surtout des bénéficiaires ; prendre part n'est que le revers d'une obligation contractuelle. Être bénéficiaire, c'est recevoir l'aide. » mais le don en retour est fréquent pour permettre un rééquilibrage, une réciprocité à l'aide reçue ; ce don se niche dans la

relation de proximité, dans le rapport social, au-delà du contrat marchand que l'on signe à l'entrée en établissement.

Ce paragraphe nous montre combien pouvoir d'agir, réciprocité des liens et qualité de l'accompagnement sont liés.

3.3.2 Améliorer la participation de façon inclusive

La participation des résidents et de leurs familles concerne essentiellement un noyau dur d'une vingtaine de personnes à ce jour à travers le CVS et le Piano-bar (réunions d'échange informelles), c'est moins de 10% de la population concernée.

Il est de ma responsabilité de promouvoir et même garantir l'expression des personnes accompagnées, de toutes les personnes accompagnées en impliquant leur aidant ou leur personne de confiance s'ils n'ont pas d'aidant.

Je travaillerai cet aspect sous trois angles :

- Permettre au CVS de s'exprimer pleinement sur le projet en les sollicitant pour participer en amont aux groupes de travail, que ce soit eux-mêmes directement ou d'autres résidents ou familles avec qui ils feront lien ;
- Créer un contexte favorable, par le choix de l'espace, de l'horaire, de l'animateur externe pour la participation aux groupes d'expression avec la liberté d'orientation sur les sujets ;
- Former les professionnels à encore mieux recueillir les besoins, les désirs des résidents dans la co-construction de leur PAP.

3.4 Des partenaires fournis, un réseau efficace avec le CLIC

De nombreuses conventions sont déjà signées concernant les soins (1^{ère} liste) et l'accompagnement (2^{ème} liste) avec en surligné jaune les bénéfices pour les résidents d'un point de vue de leur parcours et de leur bien-être.

Structure	Contrat	Organisation	Productions	Bénéfices résidents
CH (Centre Hospitalier)	Charte 2010	<ul style="list-style-type: none"> Participation de la directrice au Comité technique filière (filiale gériatrique) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan bleu Plan d'action pour amélioration des entrées/sorties entre Ehpad et hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Parcours de soin fluidifié depuis ViaTrajectoire jusqu'aux AR hôpital Informations gériatriques pour les aidants
EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs)	Convention 2019	<ul style="list-style-type: none"> 2 réunions par an Equipe à disposition du med co et IDE pour questions spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de pratiques en soins palliatifs Appui pour options de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Ajustement soins en cours via rebouclage médecin traitant Consultations résidents et famille/échange sur la fin de vie, aide rédaction directives anticipées Meilleure approche et cohésion de l'équipe soignante/anticipation et respect du choix de la personne
HAD (Hospitalisation A Domicile)	Convention 2017	<ul style="list-style-type: none"> A la demande selon la situation du résident 	<ul style="list-style-type: none"> Exécution de soins individuels (pansements escarre, assistance respiratoire) 	<ul style="list-style-type: none"> Evite l'hospitalisation avec les pertes de repères
EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène)	Convention 2014	<ul style="list-style-type: none"> 6 interventions sur site Accompagnement pour les campagnes de vaccinations et tests 	<ul style="list-style-type: none"> Echanges/bonnes pratiques Révisions des protocoles et formations en conséquences DARI (Document d'Analyse des Risques Infectieux) 	<ul style="list-style-type: none"> Minimiser le risque infectieux
Pharmacie	Convention 2019	<ul style="list-style-type: none"> Accès TITAN Gestion stocks médicaments Livraison 2 fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> Pilulier avec étiquetage/contrôle Saisie des ordonnances dans TITAN 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution risque d'erreur médicaments Pilulier pour les résidents autonomes dans leur prise de médicaments Souplesse pour les changements de traitement

Structure	Contrat	Organisation	Productions	Bénéfices résidents
Jalmalv (Jusqu'à la mort, accompagner la vie)	Convention 2020	<ul style="list-style-type: none"> Remise livret d'accueil et échange/Humanitude avec les bénévoles Intervention des 2 bénévoles auprès de résidents à raison de 1/2h - 1h/semaine 2 points annuels entre la coordinatrice des bénévoles et la psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement de toute personne se questionnant/la mort ou souffrant ou se sentant isolée 	<ul style="list-style-type: none"> Ecoute, temps d'accompagnement
Asshumevie (Association Humanitude Evaluations et Milieux de Vie)	Convention 2019	<ul style="list-style-type: none"> Accès au logiciel Ancodéa pour enregistrement des indicateurs/référentiel Humanitude Accompagnement dans la démarche de labellisation 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des auto-évaluations Préparation à la labellisation Visite de labellisation (évaluation externe) 	<ul style="list-style-type: none"> 5 piliers de l'Humanitude → Zéro soin de force, sans abandon de soin → Respect de la singularité et de l'intimité → Vivre et mourir debout → Ouverture vers l'extérieur → Lieu de vie, lieu d'envie
Musicothérapie	Convention 2014	<ul style="list-style-type: none"> Présence 2 jours/mois 	<ul style="list-style-type: none"> Atelier individuels pour personnes plutôt isolées et n'allant pas aux animations collectives 	<ul style="list-style-type: none"> Approche thérapeutique non médicamenteuse (flute, chant) → sensations, image de soi
Médiation animale	A formaliser	<ul style="list-style-type: none"> 1/2 journée tous les 15 jours 	<ul style="list-style-type: none"> Ateliers collectifs pour personnes ayant des troubles cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> Approche thérapeutique non médicamenteuse (présence d'animaux) → sensations, image de soi
Art-thérapie	Convention 2021	<ul style="list-style-type: none"> 1 fois/mois en individuel 2 fois/mois en collectif 	<ul style="list-style-type: none"> Atelier suivi d'un groupe fermé de 4-5 personnes avec troubles cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> Approche thérapeutique non médicamenteuse (art) → motricité fine, image de soi
Clowns relationnels	Convention 2021	<ul style="list-style-type: none"> 10 interventions + 1 offerte 	<ul style="list-style-type: none"> Journée avec temps individuels dans un espace collectif 	<ul style="list-style-type: none"> Approche thérapeutique non médicamenteuse (clowns relationnels) → soin relationnel

Comme le recommande l'ANAP (ANAP, 2011) dans la mise en place de parcours pour les personnes âgées, l'approche partenariale permet de faire face à des situations complexes où les besoins se cumulent (besoins sanitaires, sociaux, psychologiques, environnementaux) en faisant intervenir plusieurs fournisseurs de prestations ou services avec « Responsabilité de chacun dans l'accompagnement et responsabilité partagée dans la réponse à une population ».

La liste de ces partenariats devra être revue à la lueur des différents sous-projets et, entre autres, une contractualisation avec un partenaire pour véhiculer matin et soir les personnes venant à l'accueil de jour sera nécessaire.

En complément de cette approche partenariale, formalisée par la signature de conventions, le travail en réseau sera à renforcer en particulier avec les intervenants du maintien à

domicile dans le cadre du projet. Dans un autre domaine, celui de l'intervention sociale, les auteurs (Dumoulin P., Dumont R., Bross N., Masclet G., 2021) prônent l'intervention collective en réseau : « La mise en place de la coordination entre les services et établissements et tous ces professionnels apparaît incontournable. Soit elle sera organisée et formalisée, soit elle se mettra en œuvre de façon informelle, avec toutes les dérives possibles, dont le manque de visibilité ... ». Pour eux, cette intervention collective en réseau permet de résoudre ensemble les questions sociales sur un territoire.

Maintenir un réseau nécessite une organisation interne pour identifier qui interagit avec qui et il s'agit bien là d'identifier des personnes et non des postes. Je m'engage à cartographier ces interactions et les faire connaître en interne tout en mettant à disposition des moments ou espaces de partage des informations susceptibles d'intéresser certains professionnels.

Le CLIC fait partie du mon réseau à ce jour ainsi que les IFSI et IFAS mais je devrai l'élargir aux acteurs de l'intervention à domicile en partageant avec eux mon projet dès sa conception.

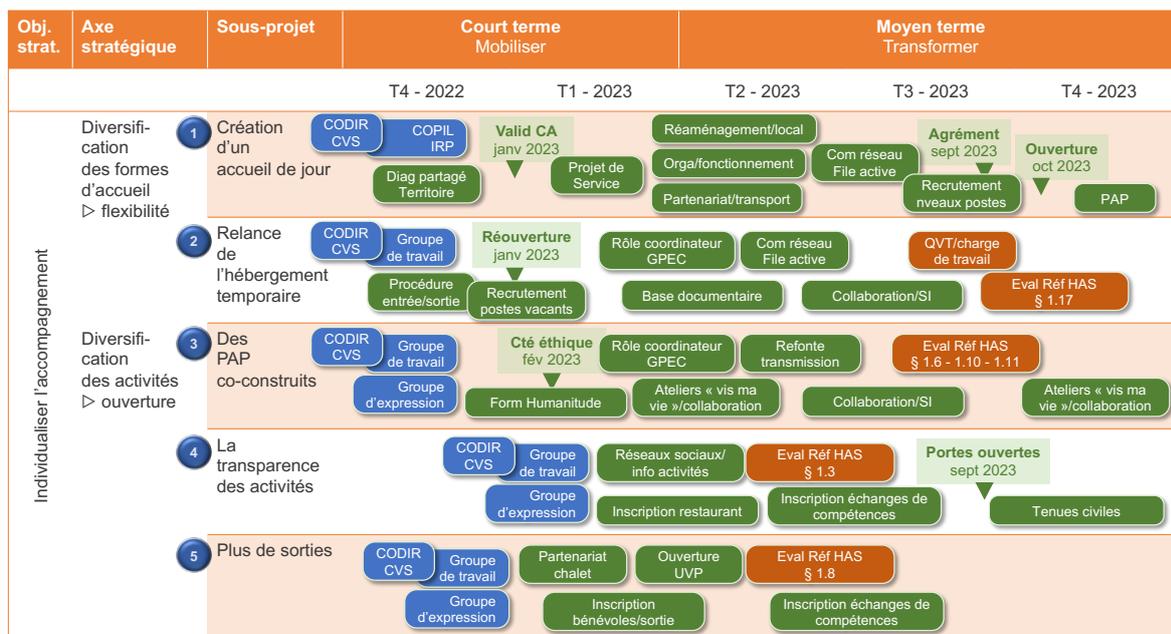
3.5 Un plan d'action cadencé sur 15 mois

Le diagramme ci-dessous montre la temporalité du projet avec ses deux phases court terme (6 mois) et moyen terme (9 mois).

Les triangles visualisent les grands jalons du projet.

En bleu les entités de pilotage, en vert les principales activités à mener et en orange les indicateurs de mesure.

Par cette planification générale du projet avec ses 5 sous-projets, j'ai souhaité m'assurer de la possibilité de cadencer les actions au fil des mois. Bien sûr, chemin faisant, ce planning sera amené à évoluer avec des arbitrages de repriorisation que je ferai lorsque nécessaire pour respecter les jalons en particulier d'ouverture ou réouverture de service.



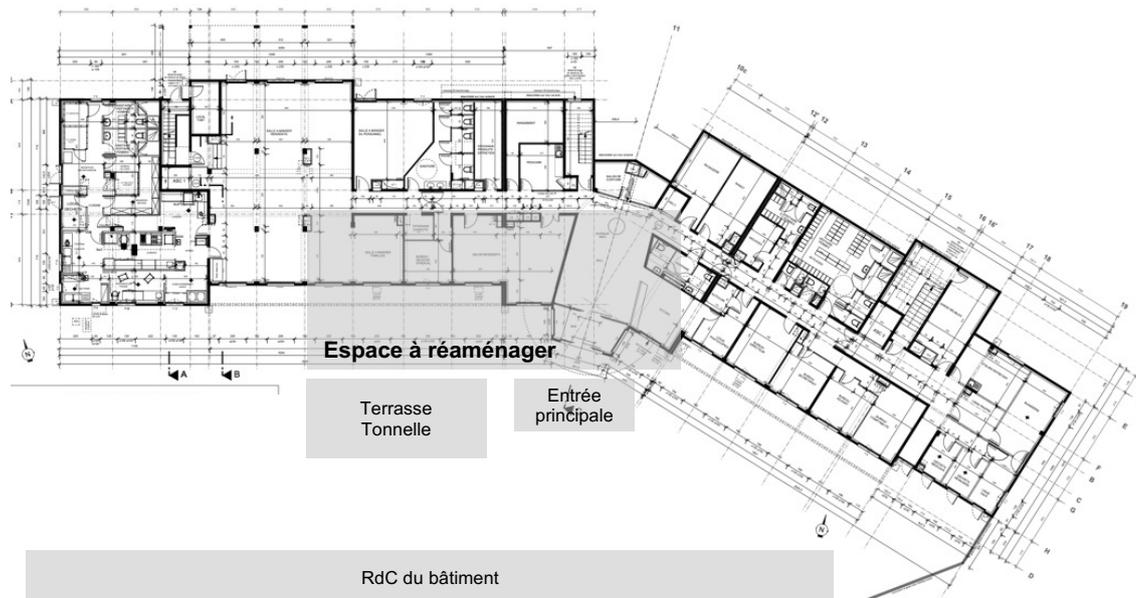
Je vais maintenant détailler le contenu des « boîtes » vertes du rétroplanning général par sous-projet. Dans la mesure où la co-construction primera, je considère que les contenus détaillés ci-dessous pourront évoluer dès lors que les acteurs interviendront dans chaque sous-projet ; ma responsabilité sera de créer les conditions pour aboutir à un consensus sur le contenu final et si malheureusement celui-ci n'était pas possible, arbitrer moi-même en transparence avec les acteurs. Lorsque certaines actions sont listées dans plusieurs sous-projets, je les ai décrites dans le premier seulement.

3.5.1 Actions du sous-projet 1 : création d'un accueil de jour

- Diagnostic partagé du territoire : je prévois un travail spécifique sur le sujet en plusieurs temps avec le CLIC et ses partenaires de l'intervention à domicile. Un premier rendez-vous avec le responsable du CLIC pour caler notre démarche commune puis une première réunion, ensemble, avec les responsables des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) où je présenterai mon intention de création d'un accueil de jour et mon souhait de travailler les besoins du territoire avec eux. Nous construisons ensemble lors de cette réunion un fichier simple de recueil des éléments chiffrés que les uns et les autres détiennent ainsi que des points qualitatifs d'intérêt et nous fixerons une prochaine réunion avec le fichier alimenté par chacun. Lors de la 3^{ème} réunion, nous partagerons la synthèse du fichier que j'aurai préparée en amont et acterons des besoins non couverts du territoire. Avec le responsable du CLIC nous rencontrerons les responsables PA-PH de l'ARS et du CD si possible dans un même rendez-vous pour confronter cette analyse du territoire à leur vision du département et de la région. Ce sera aussi l'occasion de vérifier l'adéquation de

mon projet avec les AAP à venir. Je rédigerai une synthèse de ce diagnostic partagé à l'attention du responsable du CLIC, de mon CODIR et la présenterai à mon DG pour envisager un partage en CA.

- Projet de service et PAP : l'IDE participant au COPIL aura la charge de rédiger le projet de service de l'accueil de jour pour relecture en COPIL avant ma validation. Ce projet de service couvrira les aspects de ciblage des publics accueillis, les modalités d'admission et de constitution des groupes par demi-journée ou journée (avec a priori une vingtaine de malades pour 6 places et une file active d'autant), l'organisation type d'une journée avec les activités thérapeutiques retenues, les formes d'aides apportées aux aidants (participation à certaines activités, orientation vers des formations), le format du PAP, l'organisation interne mise en place pour le fonctionnement du service (postes et formations nécessaires), la description des locaux et de leur entretien, les interactions avec les autres activités de l'Ehpad. En amont de sa rédaction, je lui conseille de visiter l'accueil de jour de l'Ehpad en Haute-Savoie et partager ses idées pour le projet de service avec sa directrice de façon à échanger autour des bonnes pratiques. Elle prendra aussi contact avec l'association France Alzheimer pour sélectionner les activités proposées en tenant compte du retour d'aidants.
- Réaménagement des locaux : le responsable logistique aura la charge de proposer un plan d'aménagement du bâtiment pour faire place à l'accueil de jour (environ 70 m²). Je lui demande de privilégier des aménagements les plus flexibles possibles car les besoins peuvent évoluer (augmentation de la capacité de l'accueil de jour) tout en respectant les normes en vigueur pour ce type d'accueil. Il devra prévoir une salle d'activité avec la possibilité de cuisiner, une salle de repos et un espace pour les effets du personnel. L'accès à l'extérieur doit être facile. Un investissement de 100.000€ est envisagé à ce stade.



- Organisation à mettre en place et recrutement : je me chargerai de la formalisation de l'impact organisationnel avec la création de deux postes d'Assistant(e)s de Soins en Gériatrie (ASG) dédiés pour l'accueil de jour, un tiers temps de psychologue (possibilité de lui proposer un plein temps dans ce cas) et un tiers temps d'IDE pour le rôle de coordination (de l'accueil de jour mais aussi des parcours et en charge de la file active). Ces créations seront négociées avec l'ARS et le CD dans un contexte de politique publique pour les aidants. Le niveau de ressource validé (avec les fiches de postes) sera présenté en CSE ainsi que l'impact sur l'organisation du travail (horaires différents de ceux de l'Ehpad). Des recrutements externes sont à anticiper, avec ouverture de ces postes au personnel de l'Ehpad au préalable si une formation diplômante est à prévoir, l'identification des personnes intéressées pourra se faire lors des entretiens annuels en évoquant leur cursus de formation en particulier Humanitude.
- Partenariat pour le transport : ne souhaitant pas organiser nous-même le transport matin/soir des personnes accueillies à la journée, je demande au responsable logistique de rechercher un partenaire qui pourrait se charger de ceci. Son premier contact sera le CIAS qui est lui-même en lien avec deux associations de la ville pour certaines de ses activités auprès des séniors. Il peut tout à fait élargir son champ de prospection à d'autres secteurs, en particulier du sanitaire ou du handicap, pour envisager ce partenariat. Bien entendu la bonne prise en compte du public par le partenaire sera décisionnelle et nous pouvons proposer des sessions de formation auprès des chauffeurs pour que leur action ait aussi du sens pour eux.
- Communication réseau : elle sera clé dans l'alimentation de la file active c'est-à-dire dans le « faire connaître de ce service » auprès des malades eux-mêmes, de leurs aidants, de leur médecin, leur kiné, des intervenants à domicile. Dans la mesure où

les malades et leurs aidants ont souvent du mal à demander de l'aider, il faut que les professionnels qui les entourent puissent leur proposer différentes solutions et les accompagner dans leurs démarches. En priorité je m'attacherai à faire connaître ce nouveau service via le CLIC et les différentes communications qu'il produit (brochures distribuées à ses partenaires et en mairie). Je doublerai cela d'un courrier d'information puis d'une invitation aux portes ouvertes aux professionnels de santé du territoire avec qui j'interagis déjà pour les résidents en hébergement permanent à l'Ehpad. La commission d'orientation organisée par le CLIC sera aussi un lieu de repérage des fragilités et de proposition de ce service.

3.5.2 Actions du sous-projet 2 : relance de l'hébergement temporaire

- Base documentaire qualité dont procédure entrée/sortie : de nombreuses versions des procédures existent aujourd'hui et certains salariés ne savent pas où trouver la dernière version, parfois d'ailleurs elle-même plus à jour. Le « qui fait quoi » n'est pas clair en particulier pour l'entrée/sortie des résidents en hébergement temporaire or c'est le point de blocage générateur de surcharge de travail pour ces résidents qui restent peu de temps dans l'établissement mais doivent recevoir la même attention que les autres. De façon générale, j'ai décidé d'engager un travail de fond sur le système qualité en accord avec la direction métier et qualité qui nous encourage à structurer nos documents (dans le cadre de la nouvelle évaluation ; j'ai cette même exigence pour la démarche Humanitude). Cette action est nécessaire pour fluidifier le fonctionnement mais elle est lourde car elle doit prendre en compte la réalité de la pratique et se traduire dans la mise à jour des systèmes (TITAN) avec une même répartition du « qui met à jour quoi » dans le système d'information partagé. Je vais me faire aider pendant 6 mois d'un stagiaire qualité pour cette tâche, il prendra les procédures les unes après les autres en interrogeant les professionnels que les responsables de service lui désigneront (comme ayant de l'expérience et un sens critique aiguisé) et fera une proposition d'ajustement de chaque procédure en identifiant bien les changements majeurs, je reverrai ces propositions avec les responsables de service concernés, ou la médecin coordonnatrice, ou la psychologue, ou l'animatrice afin de valider la version finale. Il travaillera sous un format type défini par l'association, remontera au siège les ajustements nécessaires de TITAN (en les argumentant), et mettra à jour l'ensemble de la bibliothèque informatique avec les procédures révisées. Procédure par procédure, les responsables de service auront la charge de les tester avec un de leur salarié et un résident. Ce salarié se chargera ensuite de commenter la procédure auprès de ses collègues avec l'appui d'un membre du CODIR. Le

stagiaire qualité commencera son travail par la procédure entrée/sortie pour l'hébergement temporaire.

- Collaboration système d'information : le prise en charge d'un résident sur un court laps de temps impose de trouver rapidement l'information nécessaire à son accompagnement, c'est de fait le cas pour le plan de soin mais bien souvent manquant sur les autres aspects de son histoire de vie et de ses habitudes. Les équipes utilisent TITAN de façon très diverse et la qualité des recommandations de la psychologue, l'animatrice, l'ergothérapeute pour répondre aux besoins et attentes du résident ne sont souvent pas lues ... Une formation des équipes logistique est nécessaire car elles utilisent trop peu ce système partagé bien qu'elles en aient les droits d'accès. Le responsable logistique étant référent système pour l'établissement, je lui demanderai d'organiser et animer ces formations sur des temps courts (une heure maximum) en prenant un cas concret pour voir le bénéfice de l'accès à l'information. Je veillerai aussi à ce que les membres du CODIR mettent à jour systématiquement ce même système lorsqu'ils ont un élément important à partager autour de l'accompagnement du résident, cette valeur d'exemple permet de faire avancer la pratique par tous.

3.5.3 Actions du sous-projet 3 : des PAP co-construits

- GPEC et rôle de coordinateur PAP : je m'inscris dans la démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) de l'association pour accompagner le changement des métiers en anticipant les besoins en compétences à venir et mettant en place les politiques recrutement, mobilité et formation qui aideront à y répondre. La compétence de collaboration devient clé avec le besoin de coordination de parcours (comme vu dans les sous-projets 1 et 2) mais aussi pour que toutes les équipes travaillent ensemble à la mise en œuvre du PAP. Améliorer sa singularité en retenant ce qui est vraiment important pour la personne est une chose mais la mettre en œuvre nécessite une bonne coordination et je propose de donner ce rôle par étage aux fonctions préexistantes d'animatrice, psychologue et ergothérapeute. Je demande à ces trois personnes de travailler ensemble via un groupe de travail incluant un ou plusieurs résidents pour définir la meilleure façon de s'assurer de la mise en œuvre du PAP, la mise en place d'un comité d'éthique étant une figure imposée. Ces personnes sont déjà formées à l'Humanitude et deux d'entre elle sont référentes Humanitude ce qui les aidera dans la recherche de singularité de la mise en œuvre.
- Refonte des transmissions : en conséquence directe du sujet précédent, la responsable du soin devra revoir complètement le fonctionnement des transmissions, aujourd'hui quotidiennes, qui ont pour objet de transmettre entre

équipe du matin et du soir les consignes médicales alors que cela devrait être consigné sous forme de transmissions ciblées dans le système. Le temps alloué aux réunions actuelles de transmissions servira demain à s'assurer du bon accompagnement de la personne dans sa globalité et traiter des cas complexes seulement. La responsable du soin a la mission de gérer la transition entre les deux modèles en incluant l'équipe logistique après avoir validé ce plan de transition avec le responsable logistique.

- Formation Humanitude : le plan de formation Humanitude est robuste et s'appuie sur des formations-actions privilégiant la pratique en sortie de formation. La recherche de l'expression de la personne, en particulier pour la co-construction de son PAP en fait partie et je vais demander à la psychologue de vérifier que chaque salarié a bien suivi les modules de formation prévus et si ce n'est pas le cas, inscrire ces formations au plan de formation de 2023. La psychologue créera aussi un court atelier de rappel sur les bonnes pratiques pour impliquer le résident dans l'expression de ce qui est important pour lui. Les référentes Humanitude animeront ces ateliers de façon à toucher tout le personnel.
- Ateliers « Vis ma vie » : pour améliorer la collaboration entre les équipes, la secrétaire de l'établissement va réfléchir à une animation sur la base de volontariat qui permette de faire découvrir son métier. Je lui laisse le champ libre pour venir me proposer un mode opératoire.

3.5.4 Actions du sous-projet 4 : la transparence des activités

- Modernisation de la communication : certains résidents ou salariés sont férus de technologies et savent communiquer via les réseaux sociaux, les familles se plaignent de ne pas connaître le programme des activités pour organiser leurs visites ou contribuer, la réservation d'une table au restaurant se perd facilement, les bénévoles ne voient pas forcément l'ensemble des interventions ... je lancerai bien un projet interne pour que la créativité s'exprime avec un petit budget pour sa réalisation à la clé. Cette réalisation devra être respectueuse du droit à l'image bien sûr mais répondre aux souhaits d'échange via les réseaux sociaux comme nous le faisons couramment dans notre vie quotidienne.
- Tenues civiles : pour que l'Ehpad soit un lieu de vie et non un lieu de soin, tout ce qui rappelle l'hôpital doit être évité. Mes observations dans l'Ehpad du Val de Marne montrent combien ce changement des tenues est majeur dans le ressenti à la fois des résidents et des soignants. Il rééquilibre les forces en présence, chacun est égal devant le lien social qu'il entretient. C'est un impératif du label Humanitude, proposer aux salariés qui se sentent à l'aise de tomber la blouse et écouter le ressenti qu'ils ont ainsi que les personnes qu'ils accompagnent devrait convaincre les autres

salariés. Le CODIR devra montrer l'exemple et la responsable du soin et le responsable logistique engager la discussion avec leurs équipes. J'informerai, via le siège, le CSSCT de mon intention en amont.

3.5.5 Actions du sous-projet 5 : plus de sorties

- Partenariat chalet : la salle de 140 m² en face de l'entrée du bâtiment est louée ponctuellement en particulier pour des sessions de formation de l'IFAS, ce qui permet de proposer des stages aux futures AS. Le groupe de travail sur la modernisation de la communication pourrait mettre à disposition, au même titre que le système de réservation du restaurant, un système de réservation de la salle. Mais au-delà de cet aspect pratique, je souhaite engager une discussion avec la ville sur la possibilité d'organiser des activités seniors accessibles aussi aux résidents de l'Ehpad, ce pourrait être le cas pour le sport préventif par exemple. Les échanges entre ces deux générations démystifieraient l'Ehpad en montrant ses activités et ses modes d'accueil (de jour, temporaire, permanent) et permettrait aux résidents de sortir de l'Ehpad en traversant la cour tout simplement.
- Ouverture de l'UVP : le choix de ne plus fermer par code les portes de sortie de l'UVP du premier étage implique une modification du règlement intérieur et devra donc être travaillé dans ce cadre. Il remet en cause l'équilibre actuel entre la sécurité collective et la liberté individuelle. Je demande à la psychologue et à la médecin coordonatrice de faire un état des lieux des bénéfices et des risques encourus à laisser les portes fermées mais sans code. Quels sont les profils qui pourraient déambuler ailleurs qu'au premier étage, qui pourraient s'égarer, comment pourrions-nous accompagner ceux-ci spécifiquement ? Un échange en comité éthique et avec les familles suivra cette première approche avant de décider si nous pouvons aller plus loin ou non.
- Inscription échanges de compétences : en imaginant que la plateforme de partage des activités, des réservations fonctionne, il serait possible de l'élargir à d'autres thématiques sur le territoire comme celle de l'appel à bénévolat occasionnel : une famille peut se proposer pour une sortie ponctuelle de son parent et d'un autre résident, une résidente peut proposer des petits travaux de couture ... Cette possibilité reste ouverte uniquement si un résident, une famille, un salarié a la volonté de porter ce projet.

3.5.6 Une communication interne et externe dès le diagnostic

Dans tout projet, l'information est nécessaire pour donner des repères aux personnes directement ou indirectement impactées par le projet en question, c'est aussi une façon

d'ouvrir aux questions, aux contributions mais ce n'est pas suffisant pour accompagner un changement de fond sur la durée.

Je prévois une communication adaptée aux différentes cibles en investissant du temps sur le démarrage du projet : co-construire le diagnostic permet à chacun de mieux comprendre pourquoi il faut changer avant d'envisager comment le faire. Les groupes de travail et d'expression, les rencontres sont les canaux de communication idéaux pour cela.

De façon plus institutionnelle, un courrier interne et externe informant de l'avancée du projet donnera sa temporalité en annonçant les prochaines étapes. Les responsables des différents services seront à même de répondre aux questions, aux inquiétudes de leurs équipes lors d'entretiens informels ou lors des entretiens individuels.

Je m'attacherai en réunion institutionnelle à donner la parole aux membres du CA de l'association pour que le sens du projet associatif avec les valeurs qu'il porte reste une boussole pour tous les salariés.

Ci-dessous le plan de communication interne :

Cible de la communication	Finalité/objectif	Modalité	Période/fréquence	Indicateurs
INTERNE				
CA	Faire adhérer	Présentation projet en CA Réunions d'avancement	Trimestriel pendant les 15 mois	PV de CA
CODIR	Mobiliser	Réunions CODIR Synthèses évolution politiques publiques CR diagnostic avec le CLIC	Hebdo Surtout 6 premiers mois	Force de proposition pour leurs groupes de travail
Salariés	Mobiliser	Co-construction en groupe de travail Mise à disposition CR groupes de travail Courrier d'information avancement des projets (sur la base d'extrait COPIL hors sujet Finance et RH) Réunions institutionnelles	Tous les 2 mois Sur la période de chaque projet concerné 2 fois par an	Participation aux réunions planifiées
IRP	Expliquer	Intervention en réunions CSE et CSSCT Points informels avec la représentante locale des IRP si elle n'était pas dans les groupes de travail	Selon le calendrier du siège	Retour en réunion et suivi des réponses apportées
Personnes accompagnées	Impliquer	Prise de parole en groupe d'expression Co-construction en groupe de travail Courrier d'information avancement des projets (sur la base d'extrait COPIL hors sujet Finance et RH) CVS préparé par le président	Tous les 2 mois Sur la période de chaque projet concerné 4 fois par an	Participation aux réunions planifiées Prise en compte des propositions
Familles	Impliquer	Prise de parole en groupe d'expression Co-construction en groupe de travail Courrier d'information avancement des projets (sur la base d'extrait COPIL hors sujet Finance et RH) CVS préparé par la référente familles	Mensuel Sur la période de chaque projet concerné 4 fois par an	Participation aux réunions planifiées Prise en compte des propositions

Et ci-après le plan de communication externe :

Cible de la communication INTERNE	Finalité/objectif	Modalité	Période/fréquence	Indicateurs
Autorité ARS CD	Faire adhérer	Partage diagnostic Partage avancées COPIL Courrier et dossier AAP Réunion préouverture accueil de jour	Mensuel T4 - 2022 2 réunions 2023	Qualité diagnostic territorial Agrément final
Bénévoles	Développer	Courrier d'information avancement des projets (sur la base d'extrait COPIL hors sujet Finance et RH) Information spécifique sur les nouveaux outils d'échange (réseaux sociaux)	Tous les 2 mois T1 et T2 - 2023	Participation aux réunions planifiées Partage numérique
Partenaires existant (Approches non médicamenteuses ...)	Expliquer	Point sur les projets en bilan annuel de la convention Courrier d'information avancement des projets (sur la base d'extrait COPIL hors sujet Finance et RH) Information spécifique sur les nouveaux outils d'échange (réseaux sociaux)	Annuel Tous les 2 mois T1 et T2 - 2023	Ajustement éventuel des conventions Partage numérique
Partenaires nouveaux (Transport)	Faire adhérer	Rencontres de travail Visite de l'établissement/portes ouvertes	T2 et T3 - 2023 Sept 2023	Signature convention
Réseau existant (CLIC ...)	Développer	Partage diagnostic Information à chaque commission d'orientation	Surtout T4 - 2022	Fichier partagé commission d'orientation
Réseau élargi (SSIAD, SAAD)	Faire adhérer	Rencontres par structure expliquant la démarche complémentaire au domicile Information à chaque commission d'orientation Visite de l'établissement/portes ouvertes	T2 - 2023 Sept 2023	Nombre de rencontres Fichier partagé commission d'orientation
Presse locale	Informar	Communiqué de presse Visite de l'établissement/portes ouvertes	T3 - 2023 Sept 2023	Nombre d'articles dans la presse locale

3.6 Évaluer le projet en m'appuyant sur le nouveau référentiel HAS

Pour évaluer la réussite de mon projet, je vais évaluer d'une part sa mise en œuvre (le temps du projet) et d'autre part son impact (à moyen, long terme).

Dans le plan de communication interne et externe vu précédemment, j'ai déjà inscrit les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du projet, ils consistent essentiellement à mesurer la participation et l'investissement des acteurs à la démarche : des valeurs cibles de nombre de participants aux réunions seront arrêtées au lancement du projet et les animateurs de chaque réunion noteront, au fil des réunions, dans un fichier centralisé, le nombre d'invités et le nombre de participants.

Pour ce qui est de l'impact du projet, je chercherai à savoir s'il a permis d'améliorer l'individualisation de l'accompagnement de trois façons complémentaires :

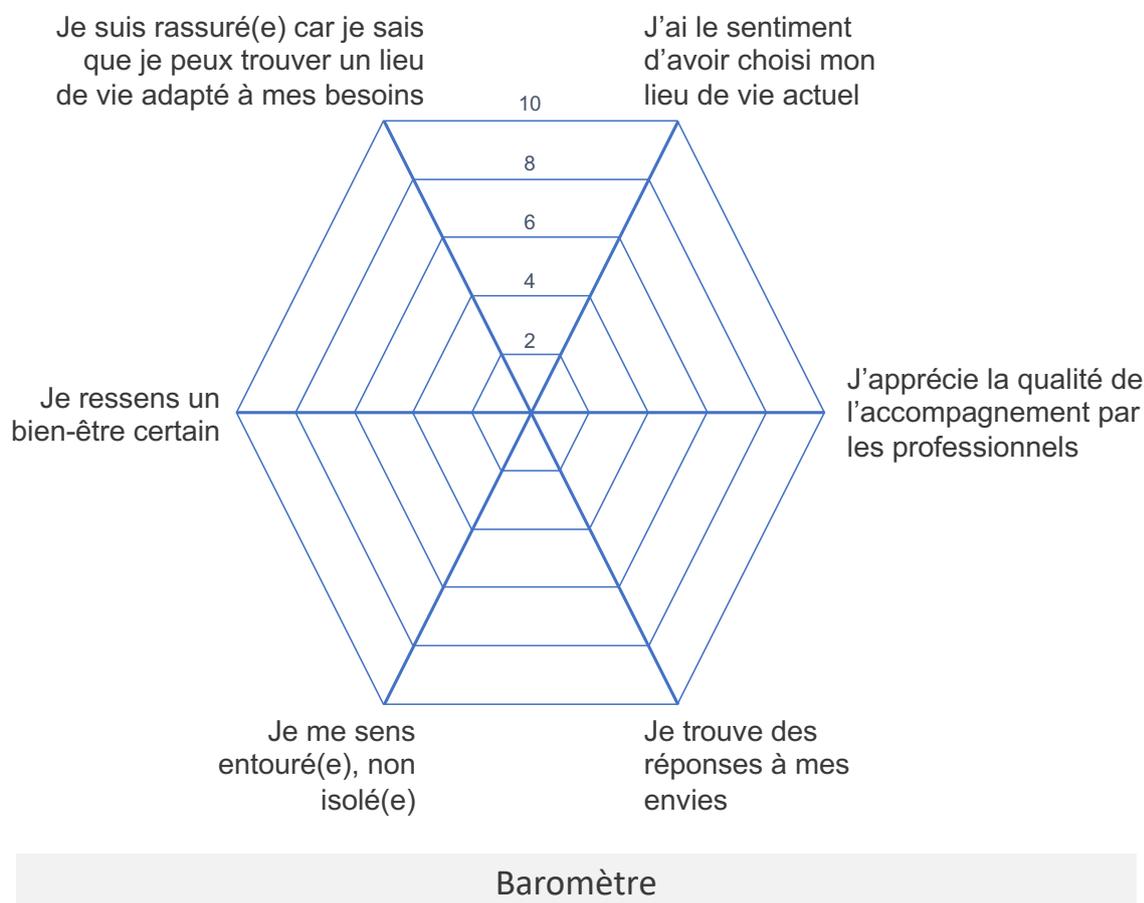
- Mesure quantitative de la diversité des parcours : fréquentation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, nombre de parcours avec des séquences différentes ;
- Auto-évaluation interne annuelle selon le référentiel Humanitude de critères correspondants à ceux qui seront mesurés lors de l'évaluation selon le nouveau référentiel HAS. Obtenir des retours internes annuels (essentiellement par des enquêtes flash), me permettra de voir si le projet porte ses fruits et corriger certains points éventuellement sans attendre d'avoir la visite de l'évaluation externe.

Revenons rapidement à cette nouvelle évaluation externe, elle cherche à cerner dans l'établissement si la personne est actrice de son parcours, s'il y a une dynamique qualité et si la démarche est porteuse de sens. Elle s'établit en écho à quatre valeurs véhiculées par les politiques publiques : pouvoir d'agir, respect des droits fondamentaux, approche inclusive, réflexion éthique des professionnels. Le référentiel est organisé en trois chapitres (la personne, les professionnels, l'ESMS) et 9 thématiques. Parmi celles-ci, trois sont directement liées à mon projet : bienveillance et éthique, expression et participation de la personne accompagnée, co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement, continuité et fluidité de parcours. La méthode d'évaluation confronte, sur les mêmes thèmes, la perception de la personne (par la méthodologie de l'accompagné traceur), la capacité de questionnement et la mise en œuvre des professionnels (par celle du traceur ciblé) et la capacité à organiser, impulser de l'ESMS (avec un audit système). Le tableau ci-dessous met en lien les éléments que j'aurai annuellement par l'auto-évaluation Humanitude en regard de ce que la visite d'évaluation mesurera :

Référentiel HAS		Référentiel Humanitude	
Point n°1.1	La personne accompagnée s'exprime sur la bienveillance	(Point 3.10	Ne pas nuire)
Point n°1.6	L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement	Point 3.1	Connaissance
Point n°1.10	La personne est actrice de la personnalisation de son projet d'accompagnement	Point 2.3	PAP
Point n°1.11	L'entourage est associé dans l'accompagnement de la personne	Point 6.2	Entretien des liens familiaux
Point n°1.17	La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant la continuité et la fluidité de son parcours	(sans correspondance)	

- En complément des auto-évaluations précédentes, je souhaite constituer deux cohortes de personnes âgées qui me permettront de les suivre pendant quelques années via un questionnaire baromètre. Exactement les mêmes questions seront posées aux mêmes personnes trois fois par an de décembre 2023 à décembre 2025. Les personnes devront donner leur accord pour participer à cette étude bien sûr. La première cohorte sera composée des premiers usagers de l'accueil de jour

(les 10 premières personnes) et la seconde cohorte regroupera les personnes ayant été hébergée temporairement pendant l'année 2023 (environ 10 personnes). Je devrai identifier le biais induit par le fait que certaines personnes âgées se feront aider de leur proche pour répondre au questionnaire administré par téléphone. Les résultats pourraient être présentés sous la forme ci-dessous :



Mon projet est systémique car il va transformer les pratiques dans toutes les parties de l'organisation. Il a pour but de plus individualiser l'accompagnement et par conséquent augmenter le bien-être des personnes, favoriser le développement de leur pouvoir d'agir.

Je piloterai ce projet en co-construisant avec les équipes, les personnes accompagnées, leurs aidants, nos partenaires et notre réseau. Même si tout n'est pas encore arrêté, la structuration en 5 sous-projets me permettra d'atteindre les jalons fixés pour diversifier les formes d'accueil et diversifier les activités dans les 15 mois à venir.

Conclusion

Le vieillissement de notre population est inéluctable, l'augmentation des besoins liés à la dépendance va de pair et bientôt de nouvelles générations, d'après-guerre, entreront dans le grand-âge.

Comment garantir leurs droits ?

J'ai volontairement très peu parlé de la crise Covid dans mon travail car la transformation dans laquelle je m'engage n'est pas due à la pandémie. Mais puisqu'il est question d'éthique, je souhaite retranscrire ici le questionnement d'un directeur d'Ehpad (Gouabault P., 2021) qui témoigne et nous interroge après la crise Covid : « Collectivement nous savons parfaitement que nos aînés, placés en maison de retraite, ont avant tout besoin de lien social et d'amour. Est-ce vraiment ce que nous leur donnons ? ». La période de fermeture des établissements lors du premier confinement a mis en lumière, dans la société, la question des libertés au bénéfice de leur sécurité pour toute une population vulnérable. Marie de Hennezel (Hennezel M., 2021) interpelle aussi les politiques parce qu'aucun principe de précaution n'empêchera le risque de mourir que l'on doit accepter, elle recommande une « éthique d'urgence » dès lors que la question d'équilibre entre sécurité et liberté se pose.

Le diagnostic de territoire et de l'établissement pose cette question de la liberté de choix et par conséquent du pouvoir d'agir de la personne. La dichotomie entre domicile (avec de l'aide familiale et/ou professionnelle) et hébergement permanent (en Ehpad) conduit à un non-choix. La difficulté à exprimer ses désirs, la difficulté à mettre en place des activités individuelles en institution peuvent transformer la fin de vie en longue attente dans un lieu de soin qui n'est pas un lieu de vie.

Le projet systémique que j'engage en m'appuyant sur une équipe expérimentée de professionnels, des partenaires et un réseau efficace vise à beaucoup plus individualiser l'accompagnement. Par la diversification des formes d'accueils et d'activités, un Ehpad plus ouvert donnera plus de liberté aux personnes accompagnées, à la seule condition qu'elles soient parties prenantes du projet, avec leurs aidants.

Ma démarche pourra s'étendre ensuite à d'autres changements s'ils sont souhaités par les personnes accompagnées : héberger plus de PHV, devenir centre de ressource gériatrique pour le territoire, mettre à disposition un appartement pour les familles, ouvrir une maison des aidants ...

Malgré la co-construction, mon projet rencontrera des difficultés mais il me faudra garder le cap pour apporter plus de bien-être aux personnes accompagnées in fine. Lorsque la marge de manœuvre est limitée comme face aux difficultés de recrutement, à la dotation en

ressources humaines, je pourrai m'investir dans les actions de plaidoyer pour qu'une loi Générations solidaires voit le jour. Face à la résistance au changement des équipes, je m'attacherai à montrer par l'exemple et l'expérimentation combien un rééquilibrage des pouvoirs entre professionnels et personnes accompagnées est bénéfique aux deux.

Je terminerai cette conclusion en laissant la parole au médecin généticien disparu maintenant, Axel Kahn (Monneron et al., 2020) : en décembre 2019, il s'imagine pensionnaire, à 93 ans, d'un Ehpad ; il imagine que sa petite fille lui rend visite, que le regard des professionnels est bienveillant, qu'il participe à l'organisation de sa vie ... et « Pourtant, sans cette curiosité d'autrui, sans cet intérêt non seulement pour la manière dont on va mais aussi pour ce que l'on est, il est bien difficile de désirer être. La tâche de conforter les personnes dans leur valeur revient parfois surtout aux personnels des établissements, elle est essentielle. Donner aux personnes âgées de quoi assouvir l'appétit de vie qu'on les a aidées à conserver est la seconde tâche des Ehpad et de leurs personnels. Le séjour des pensionnaires ne saurait en effet être une préparation à la mort, il est l'ultime occasion d'une vie aussi belle et intense que les circonstances, leur état physique et psychique le permettent. »

Bibliographie

Articles

Albouy FX., Moret A., 2021. Analyse des dispositifs de formation des soignants en Ehpad, Paris : Chaire Transitions démographiques, transitions économiques.

Aubert I., Kletz F., Sardas JC., 2020. Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé. Management & Avenir Santé, Volume 7.

Autissier D., Johnson K., Moutot JM., 2019. L'innovation managériale. Paris : Eyrolles.

Bass M., 2018. L'âge et la vie. Prendre soin des personnes âgées et des autres. Toulouse : Eres.

Bickel JF., Hugentobler V., 2018. Les multiples faces du pouvoir d'agir à l'épreuve du vieillissement. Gérontologie et société, Volume 40, pp. 11-23.

Carrère A., 2020. Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? Regards, Volume 57, pp. 127-139.

Charlap C., Caradec V., Chamahian A., Kushtanina V., 2020. Trajectoire d'aide au fil du temps. Articuler, désarticuler, réarticuler. Gérontologie et société, Volume 42, pp. 147-170.

Laborel B., Vercauteren R., 2004. De l'éthique à la démarche de qualité en établissements. Pratiques gérontologiques, pp. 119-134.

Laborel B., Vercauteren R., 2004. Fondements d'une éthique pour les personnes âgées. Toulouse : Eres.

Laroque G., 2009. Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire. Gérontologie et société, Volume 32, pp. 45-51.

Le Bossé Y., 2018. Le pouvoir d'agir à la rescousse. Revue Projet, Volume 363, pp. 68-73.

Leduc F., 2020. Les proches aidants en France. Gérontologie et société, Volume 42, pp. 31-35.

Meidani A., Cavalli S., 2018. Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. Gérontologie et société, Volume 40, pp. 9-23.

Monneron et al., 2020. Éthique de la vie en Ehpad. Paris : Presses Universitaires de France.

Polard J., 2018. L'âge et la vie. Prendre soin des personnes âgées et des autres. Toulouse : Erès.

Quentin B., 2018. Quand maximiser le pouvoir d'agir se retourne contre la personne vulnérable. Gérontologie et société, Volume 40, pp. 181-187.

Ramos-Gorand M., 2020. Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées. Dossiers de la DREES, Mars, Volume 51, p. 36.

Rosenfelder C., 2018. L'alternative gérontologique, un marqueur des transformations des lieux du vieillir ? Revue française d'éthique appliquée, Volume 5, pp. 116-123.

Thomas P., Hazif-Thomas C., Thomas S., 2015. La qualité de l'accueil en Ehpad d'une personne âgée. La revue de gériatrie, Septembre, Volume 40, pp. 417-426.

Thouilleux C., Bianco E., 2019. Davantage d'emplois d'ici 2030 pour accompagner la dépendance. INSEE Flash, Octobre, Volume 64, pp. 1-2.

Thouilleux C., Bianco E., 2019. Des séniors dépendants de plus en plus nombreux d'ici 2050. INSEE Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, Octobre, Volume 86, pp. 1-4.

Vandendoren B., Geurts H., Haelewyck MC., 2019. *Empowerment* individuel et grand âge. *Gérontologie et société*, Volume 41, pp. 213-226.

Ouvrages

ANAP, 2011. Le parcours des personnes âgées, retours d'expérience, Paris : ANAP.

ANAP, 2020. Transformation de l'Ehpad, s'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées, Paris : ANAP.

Bizard F., 2021. L'autonomie solidaire en santé. Paris : Michalon.

Caradec V., 2015. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris : Armand Colin.

de Vivie A., 2021. Vieillir debout : ils relèvent le défi ! Le label Humanitude. Lyon : Chronique Sociale.

Dumoulin P., Dumont R., Bross N., Masclet G., 2021. Travailler en réseau, méthodes et pratiques en intervention sociale. Malkoff : Dunod.

Dupré-Lévêque D., 2019. Viens chez moi, j'habite dans un Ehpad. Paris : Ramsay.

Ennuyer B., 2004. Les malentendus de la dépendance. Paris : Dunod.

Foudriat M., 2019. La co-construction, une alternative managériale. Rennes : Presses de l'EHESP.

Gineste Y., Pellissier J., 2010. Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux. Paris : Armand Colin.

Gouabault P., 2021. Les aventuriers de l'âge perdu, directeur d'Ehpad à l'heure du Covid-19. Contres : Plume d'éléphant.

Guérin S., Tavoillot P-H., 2017. La guerre des générations aura-t-elle lieu ? Paris : Calmann Lévy.

Hennezel M., 2021. L'adieu interdit, de l'urgence de préserver notre humanité. Paris : Plon.

Paugam S., 2020. Que sais-je ? Le lien social. Paris : PUF.

Puijalon B., Trincaz J., 2000. Le droit de vieillir. Paris : Fayard.

Vallée A., 2017. La dépendance des personnes âgées, une réflexion éthique. Paris : L'Harmattan.

Rapports

Bonne B., Meunier M., 2021. Prévention de la perte d'autonomie, Paris : Rapport d'information du Sénat.

Cour des Comptes, 2021. La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, Paris : Cour des Comptes.

Défenseur des droits, 2021. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad, Paris : République Française - Défenseur des droits.

DREES, 2019. Enquête Epha, Paris : DREES.

DREES, 2020. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108.000 séniors de plus seraient attendus en Ehpad à 2030, Paris : DREES.

DREES, 2022. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les EHPA - Premiers résultats de l'enquête 2019, Paris : DREES.

El Khomri M., 2019. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.

HAS, 2008. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Paris : HAS.

HAS, 2008. Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Paris : ANESM.

HAS, 2008. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Paris: HAS.

HAS, 2011. Qualité de vie en Ehpad : le cadre de vie et la vie quotidienne (volet 2) et la vie sociale des résidents (volet 3), Paris : HAS.

HAS, 2020. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, Paris : HAS.

HAS, 2021. Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en Ehpad et en structures du handicap, Paris : HAS.

Jeandel C., Guérin O., 2021. 25 recommandations pour une prise en soin adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, Paris : Ministère des solidarités et de la santé.

Libault D., 2019. Concertation grand âge et autonomie, Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.

Sites internet

Agir pour les aidants 2020-2022, 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/agir-pour-les-aidants> [Accès le 10 07 2022].

Schéma Régional de Santé ARA, 2018. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/prs-schema-regional-de-sante> [Accès le 10 07 2022].

CASF articles D.312-8 à D312-10, 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006196049/> [Accès le 12 07 2022].

Schéma unique, CD Savoie Pole Social, 2019. https://www.savoie.fr/web/sw_46479/schema-departemental-social-et-medico-social-unique [Accès le 07 2022].

Fondation Médéric Alzheimer, 2021. <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles> [Accès le 19 07 2022].

Gzil F., 2021. www.espace-ethique.org/charte-grand-age [Accès le 06 2022].

INSEE, 2019. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#figure1_radio1 [Accès le 19 07 2022].

Le Bossé Y., 2017. Développement du pouvoir d'agir [Interview] (7 Septembre 2017).

Ministère de la santé, Ministère des solidarités, 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/feuille-de-route-maladies-neuro-degeneratives-2021-2022> [Accès le 18 07 2022].

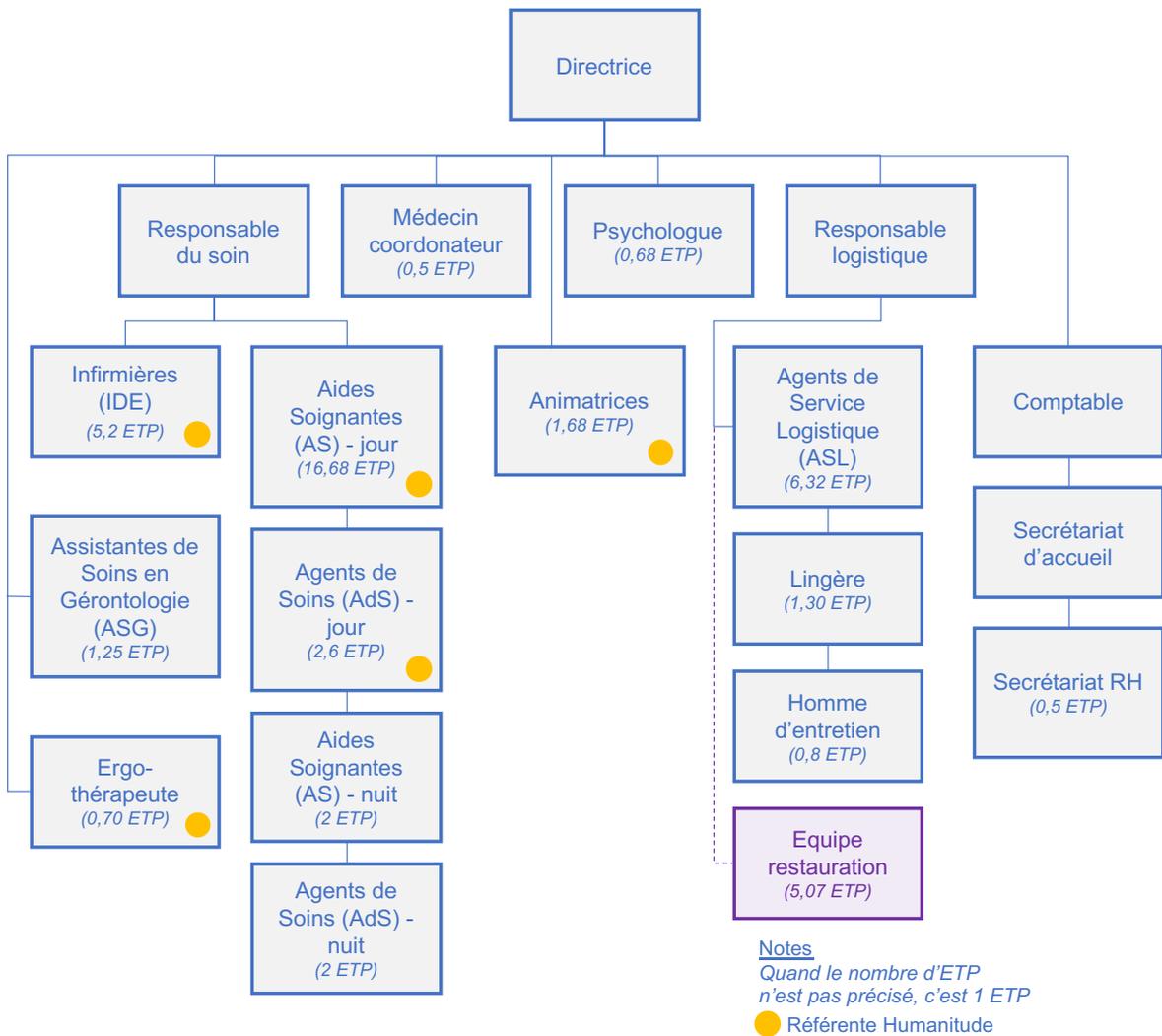
Ministère de la santé, Ministère des solidarités, 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-veillir-a-domicile-et-en> [Accès le 18 07 2022].

Ministère des solidarités, de la cohésion sociale, 2011. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=34292> [Accès le 28 06 2022].

Liste des annexes

Annexe I	Organigramme de l'établissement
Annexe II	Synthèse des entretiens sur le territoire (CLIC, ARS et CIAS)
Annexe III	Résultats des enquêtes de satisfaction de 2020 et 2021
Annexe IV	Questionnaire pour les interviews

Annexe I Organigramme de l'établissement



	CLIC Chef de service PA-PH Entretien face à face 25/05/2021 – 1h	ARS Responsable du service grand-âge Entretien en visioconférence 15/06/2021 – 1h	CIAS Responsable pôle PA-PH Entretien face à face 24/05/2021 – 1h
PA dépendantes dans le territoire	17.000 60 ans et plus Orientation CLIC sur le maintien à domicile : dossier unique d'évaluation GIR, définition du plan d'aide, mise en œuvre des prestations par les partenaires	Manque de ressources en psychiatrie d'où les difficultés d'accompagnement des personnes âgées concernées lorsqu'elles sont en Ehpad	60.000 habitants 39 communes avec la contrainte de la montagne 110 PA accompagnées par le SSIAD qui ne peut se rendre dans les vallées reculées Demande avec pathologies Alzheimer de plus en plus fréquentes, PASA obligatoire
Enjeux du territoire	A taille humaine, les intervenants se connaissent Le guichet unique de la personne âgée fonctionne 2 comités par an avec l'ensemble des acteurs de la filière gérontologie autour de thèmes éthiques, thérapeutiques ... Discontinuité de service dans certaines vallées enclavées par manque de personnel et trop loin/montagne Glissement des tâches SSIAD – SAD (sachant que fusion en 2023)	Particularité de la montagne avec des accès difficiles Désaffection des métiers du grand âge ayant conduit à la fermeture de places pour protéger les conditions d'accueil des personnes ainsi que le personnel Bon fonctionnement de l'HAD et les EMSP	Problème général de manque de personnel (40% en SSIAD, 20% en SAAD) avec impact sur les Ehpad complets Manque d'accueil temporaire lorsque l'aidant est hospitalisé par exemple Transfert de place possible pour augmenter celles en accueil de jour mais pas de création
Flexibilité des accueils	Grand besoin d'accueil temporaire pour des allers-retours avec le domicile (voir même pour éviter l'isolement de l'hiver en montagne) ou pour le répit de l'aidant Les 10 places d' accueil de jour et quelques-unes en dérogation sont très insuffisantes aussi	Pas assez de recul sur le bien fondé des accueils de nuit (temps difficile) Accueil temporaire et de jour à augmenter pour le répit des aidants en complément de la politique domiciliaire Les places isolées d'accueil de jour vont disparaître au profit de services de 6 ou 10 places, le travail en réseau de la structure est nécessaire pour faire connaître ces places Il serait même possible de créer des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire sur le dispositif des aidants	3 résidences seniors, 3 Ehpad SAAD, SSIAD, ESAD, Accueil de jour pour 10 personnes encore en début de maladie 2 associations pour transport matin/soir en accueil de jour Pas de repérage des personnes sans solution
Ouverture des Ehpad	Projet d'Ehpad hors les murs Projet d'habitat partagé avec prévention et aide à la vie partagée	AAP pour une plate-forme de répit où les compétences de travail en réseaux sont recherchées	Réponse AAP plate-forme de répit Réfléchir aux Ehpad plate-forme Demandes avec pathologies Alzheimer de plus en plus fréquentes, PASA obligatoire
Parcours	Commission d'orientation tous les 2 mois essentiellement pour gérer le flux d'entrée en Ehpad : à partir des situations à domicile s'aggravant, des entrées/sorties des Ehpad du secteur, des sorties d'hospitalisation (les bed blockers) et plus rarement du repérage d'isolement lorsque l'aidant n'est pas/plus disponible	S'assurer que les établissements jouent le jeu de l'accueil temporaire avec des périodes courtes et un retour au domicile	Commission d'orientation tous les 2 mois pour traiter les cas complexes et proposer le transfert d'un service à l'autre si besoin Pas de maison des aidants
Besoins des personnes âgées	Groupe de travail du CLIC sur le repérage des fragilités Les personnes âgées ne savent pas où demander de l'aide et cette génération a souvent honte de le faire et accepte mal d'ouvrir sa maison	Au moment où la personnes âgées part en institution, elle n'est pas toujours en capacité de dire ce qu'elle veut Choix difficile et souvent par défaut car les services à domicile sont saturés (même si réforme en cours)	Les 85 ans subissent Travailler la vieillesse avant dans les animations des 70 ans

		2020			2021			
		Nbre répondants	Nbre peu+pas satisfaits	%	Nbre répondants	Nbre peu+pas satisfaits	%	
Accueil, admin	Accueil, renseignements	22	1	5%	19	0	0%	-5%
	Courrier	17	1	6%	19	0	0%	-6%
		Peu de renseignements sur le fonctionnement de la maison						-5%
Locaux	Déco, confort	23	1	4%	20	0	0%	-4%
	Propreté communs	21	0	0%	19	0	0%	0%
	Propreté chambre	23	4	17%	19	2	11%	-7%
	Délai, qualité/réponse aux demandes	18	0	0%	16	0	0%	0%
		Ménage pas tjrs bien fait dans les chambres, poussière et sdb						-3%
Repas	Saveur, variété	22	3	14%	17	1	6%	-8%
	Quantité	21	0	0%	18	1	6%	6%
	Aide, service	19	2	11%	19	2	11%	0%
	Ambiance, cadre	19	2	11%	17	0	0%	-11%
		Pain déchiqteté le matin, mauvaise org distr repas, débarassage trop vite						-3%
Linge	Entretien	22	1	5%	18	0	0%	-5%
	Rangement	14	1	7%	16	2	13%	5%
		Linge déposé sur le lit non trié						0%
Animation	Qualité, diversité	21	1	5%	15	2	13%	9%
	Info, communication	17	3	18%	16	2	13%	-5%
	Aide/déplacement	15	2	13%	11	0	0%	-13%
		Pas assez d'animation						-2%
Vie sociale et spirituelle	Nbre, qualité réunions	16	4	25%	12	2	17%	-8%
	Diffusion info	17	4	24%	13	1	8%	-16%
	Participation	11	3	27%	10	1	10%	-17%
	Accueil proches en visites	17	0	0%	14	0	0%	0%
	Repas avec proches	12	0	0%	8	0	0%	0%
	Bénévoles	16	2	13%	10	0	0%	-13%
	Activités, sorties ext	14	4	29%	7	0	0%	-29%
	Vie spirituelle	12	0	0%	10	0	0%	0%
		Attitude de consommateur, manque d'info vs période Covid						-10%
Soins	Aide toilette	11	1	9%	10	0	0%	-9%
	Délai réponse/appel	10	2	20%	10	1	10%	-10%
	Quali soin nuit	10	0	0%	7	0	0%	0%
	Prise en cpte douleur	13	0	0%	13	1	8%	8%
	Info médicales communiquées	14	3	21%	11	0	0%	-21%
	Orga soin	17	1	6%	15	1	7%	1%
	Distr médicaments	15	0	0%	13	1	8%	8%
	Consentement	15	1	7%	12	1	8%	2%
	Bienveillance, respect intimité	15	0	0%	15	1	7%	7%
		Selon le personnel présent, réflexions déplacées, menaces déguisées, manque de personnel						-1%
Soutien autonomie	Activités dédiées	13	1	8%	13	1	8%	0%
	Aide/déplacements	12	1	8%	12	0	0%	-8%
	Mâd prothèses	11	1	9%	10	1	10%	1%
	Choix, maîtrise/orga journée	14	1	7%	11	1	9%	2%
	Chambre espace privatif	19	0	0%	16	0	0%	0%
		Manque d'activités, change nuit trop tôt						-1%
Relations avec le personnel	Ecoute, dispo	22	1	5%	17	1	6%	1%
	Noms et fonctions connus	24	4	17%	16	2	13%	-4%
		Pas assez dispo/écoute, un peu trop pressé, nvelles personnes non présentées, manque trombinoscope						-2%
		NSPP (pas de Non)			NSPP (pas de Non)			0%
Appréciation globale	Satisfaction	24	3	13%	20	0	0%	-13%
	Reco/ext	24	1	4%	20	1	5%	1%
								-6%

Amélioration via Humanitude entre autres	1%	9%	Amélioration 21 vs 20 (les 10 premières)
Code couleur % insatisfaction :	10%	19%	Dégradation 21 vs 20 (les 10 premières)
	20%	29%	

Résident	Famille	Professionnel	Direction
Ciblage de l'étude ▷ Présentation			
Q1_Pouvez-vous vous présenter un peu ?	Q1_Pouvez-vous vous présenter un peu ?	Q1_Pouvez-vous vous présenter un peu, quelle fonction exercez-vous dans l'établissement, quelles sont vos qualifications ?	Q1_Pouvez-vous me présenter rapidement votre parcours professionnel, vos qualifications ?
Partie I ▷ Participation des résidents/familles			
Q1_Avez-vous connaissance des outils qui garantissent vos droits dans l'établissement ? Pouvez-vous me les citer, à quoi servent-ils ?	Q1_Avez-vous connaissance des outils qui garantissent vos droits dans l'établissement ? Pouvez-vous me les citer, à quoi servent-ils ?	Q1_Selon vous, l'application des outils de la loi de 2002 suffit-elle à garantir l'implication des usagers et leur famille ? Pourquoi ?	Q1_Selon vous, l'application des outils de la loi de 2002 suffit-elle à garantir l'implication des usagers et leur famille ? Pourquoi ?
Q2_Avez-vous participé à l'élaboration de ces outils ?	Q2_Avez-vous participé à l'élaboration de ces outils ?	Q2_Avez-vous participé à la mise en place d'autres outils, lesquels et pourquoi ?	Q2_Avez-vous mis en place d'autres outils, lesquels et pourquoi ?
Q3_Avez-vous l'impression que ces outils ont changé votre rapport à l'établissement ?	Q3_Avez-vous l'impression que ces outils ont changé votre rapport à l'établissement ?	Q3_L'ensemble de ces outils modifie-t-il vos relations avec les résidents et leur famille ? Pourquoi ?	Q3_L'ensemble de ces outils modifie-t-il vos relations avec les résidents et leur famille ? Pourquoi ?
Q4_Connaissiez-vous l'existence et le fonctionnement du CVS Conseil de vie sociale ?	Q4_Connaissiez-vous l'existence et le fonctionnement du CVS Conseil de vie sociale ?	Q4_Comment qualifieriez-vous la participation des résidents et des familles à la vie de l'établissement ?	Q4_Comment qualifieriez-vous la participation des résidents et des familles à la vie de l'établissement ?
Q5_Avez-vous la possibilité de faire remonter vos questions ou propositions en CVS ?	Q5_Avez-vous la possibilité de faire remonter vos questions ou propositions en CVS ?	Q5_Existe-t-il des exemples attestant du pouvoir d'initiative des résidents et de leur famille ?	Q5_Existe-t-il des exemples attestant du pouvoir d'initiative des résidents et de leur famille ?
Q6_Pensez-vous pouvoir modifier qqchose par votre implication ?	Q6_Pensez-vous pouvoir modifier qqchose par votre implication ?	Q6_Pensez-vous que le pouvoir d'initiative des résidents est de nature à enrichir les missions de l'établissement ? Dans quel sens ?	Q6_Pensez-vous que le pouvoir d'initiative des résidents est de nature à enrichir les missions de l'établissement ? Dans quel sens ?

Résident	Famille	Professionnel	Direction
Partie II ► Ouverture vers l'extérieur			
<p>Q1_Avez-vous le sentiment d'être isolé à l'intérieur de l'établissement sans suffisamment de sorties ou de visites (famille, amis, bénévoles) ?</p> <p>Q2_ Que faudrait-il changer pour que vous vous sentiez plus inclus dans la vie de la société ?</p>	<p>Q1_Avez-vous le sentiment que l'établissement est ouvert sur son territoire ? Comment ?</p> <p>Q2_Le lien avec le secteur sanitaire, avec des bénévoles a-t-il été important dans le choix de l'établissement pour votre proche ?</p>	<p>Q1_Avez-vous toute latitude pour imaginer les partenariats ouvrant l'établissement sur l'extérieur ou pour permettre aux intervenants extérieurs d'agir dans l'établissement ?</p> <p>Q2_Pensez-vous que les résidents peuvent exercer et le font leurs droits (de vote, si dysfonctionnement par exemple) ?</p>	<p>Q1_Pensez-vous diversifier les prestations de votre établissement pour augmenter son ouverture vers l'extérieur ?</p> <p>Q2_ Quels projets souhaitez-vous mener pour garantir que les droits et libertés des résidents sont bien exercés ?</p>
Partie III ► Lieu de vie			
<p>Q1_Diriez-vous que vous vous sentez ici chez vous, en sécurité ? Un peu "comme à la maison" dans votre logement ?</p> <p>Q2_Trouvez-vous ici une vie sociale correspondant à vos attentes ? <i>Échanges, diversité d'offres</i></p> <p>Q3_ Que pensez-vous des moments des repas ? La salle de restaurant, votre table, votre assiette sont-ils à votre goût ? Y va-t-il des moments agréables, des petits ou grands événements que vous attendez avec impatience ?</p> <p>Q4_Vous sentez-vous libre d'aller et venir ?</p>	<p>Q1_Trouvez-vous votre place de famille dans la vie de votre proche ? Quels moments partagez-vous avec lui à l'occasion de vos visites ?</p> <p>Q2_Ressentez-vous des contraintes liées au fonctionnement de l'établissement pour vous impliquer dans l'accompagnement de votre proche ?</p>	<p>Q1_Pensez-vous que les résidents ont des nouveaux besoins et attentes liés à leur cadre de vie ? Lesquels ?</p> <p>Q2_Pensez-vous devoir changer vos pratiques professionnelles pour pouvoir y répondre à l'avenir ?</p>	<p>Q1_Pensez-vous diversifier les prestations de votre établissement pour répondre aux évolutions des besoins des résidents ? Vers quoi ?</p> <p>Q2_Avez-vous l'impression que cette diversification est de nature à modifier les comportements des professionnels avec les résidents ?</p>

Résident	Famille	Professionnel	Direction
Partie IV ▷ Humanitude			
<p>Q1_ Quand je dis Humanitude, vous pensez à quoi ? Si vous en avez déjà entendu parler dans l'établissement, c'était à quelle occasion ?</p> <p>Q2_ En utilisant cette déf (donnée), diriez-vous que l'établissement applique l'Humanitude ?</p> <p>Échelle 1 à 10 : 1 pas du tout, à aucune occasion - 5 de tps en tps par une partie du personnel - 10 tout le tps et par tout le personnel</p> <p>Q3_ A quelles occasions, selon vous, est-ce bien appliqué ?</p> <p>Q4_ A l'inverse que vous manque-t-il dans votre accompagnement au quotidien ?</p>	<p>Q1_ Quand je dis Humanitude, vous pensez à quoi ? Si vous en avez déjà entendu parler dans l'établissement, c'était à quelle occasion ?</p> <p>Q2_ En utilisant cette déf (donnée), diriez-vous que l'établissement applique l'Humanitude ?</p> <p>Échelle 1 à 10 : 1 pas du tout, à aucune occasion - 5 de tps en tps par une partie du personnel - 10 tout le tps et par tout le personnel</p> <p>Q3_ Seriez-vous intéressé pour être informé voir formé sur certaines de ces pratiques ? Dans quel domaine ?</p> <p>Si vous le souhaitiez, comment pourriez-vous contribuer à la diffusion de la philosophie de l'Humanitude ?</p> <p>Q4_ Feriez-vous plus confiance à un établissement qui aurait le label Humanitude ?</p>	<p>Q1_ Quelle place a l'Humanitude dans votre métier ? Êtes-vous assez formé et informé sur ce sujet ?</p> <p>Q2_ En utilisant cette déf (donnée), diriez-vous que dans votre métier vous appliquez l'Humanitude ?</p> <p>Échelle 1 à 10 : 1 pas du tout, à aucune occasion - 5 de tps en tps - 10 tout le tps</p> <p>Q3_ A quelles occasions, selon vous, est-ce bien appliqué pour le résident ? Avec quel impact pour vous aussi ?</p> <p>Q4_ Est-ce important pour vous que l'établissement obtienne la labellisation ? Et pourquoi ?</p>	<p>Q1_ Quelle place a l'Humanitude dans votre PE ? Comment communiquez-vous autour de ce sujet ?</p> <p>Q2_ Comment définiriez-vous la maturité de la démarche qualité Humanitude dans votre établissement ?</p> <p>Q3_ Quels sont les impacts bénéfiques que vous avez déjà pu observer pour les résidents ? Pour les professionnels ?</p> <p>Q4_ Qu'apporterait une labélisation à votre établissement ? En lien avec le PE et le projet associatif ?</p>

AUJARD	Nathalie	2022
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Paris Ile de France - Parmentier</p>		
<p align="center">METTRE EN ŒUVRE, EN EHPAD, UNE DEMARCHE DE DIVERSIFICATION DE L'OFFRE AFIN DE FAVORISER LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET LA PRISE EN COMPTE DE LEURS BESOINS</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Face au vieillissement de la population, à l'augmentation des besoins liés à la dépendance, les politiques publiques privilégient le maintien à domicile. Entrer en Ehpad est alors souvent un non-choix, tardif et définitif. Dans le département de la Savoie, l'offre est quasiment unique avec des places d'hébergement permanent. Cette standardisation se retrouve aussi pour partie dans les projets d'accompagnement qu'il est difficile de personnaliser.</p> <p>Dans ce contexte, je me questionne sur le respect des droits des personnes âgées quant à leur degré de liberté et leur pouvoir d'agir.</p> <p>Pour répondre à cette question d'ordre éthique, j'engage un projet systémique de transformation des pratiques et de la pensée dans l'objectif de diversifier les modes d'accueil et de mieux individualiser l'accompagnement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personnes âgées, dépendance, vieillissement, répit de l'aidant, pouvoir d'agir, Ehpad, individualisation de l'accompagnement, co-construction, accueil de jour, hébergement temporaire, projet d'accompagnement personnalisé</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		