



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**REMOBILISER LES ÉQUIPES D'UN EHPAD EN VUE D'OPTIMISER  
L'OFFRE DE SERVICE AU REGARD DU PLAN DE SOLIDARITÉ  
GRAND ÂGE**

**Thierry RAILLARD**

**CAFDES**

**2007**

---

# Remerciements

---

Au travers de cet espace qui m'est donné, je tiens à dire merci à toutes celles et ceux qui m'ont soutenu durant ma formation mais aussi, à ceux qui ont facilité mon intégration dans le milieu social et médico-social, moi qui viens de l'industrie avec ses différences mais également ses multiples similitudes.

Un merci particulier à l'établissement du ROCHER à GRAY (70) et à l'ensemble de son personnel qui m'ont accueilli pendant plus d'un an en stage et m'ont permis d'avoir une structure sur laquelle m'appuyer pour la réalisation de ce mémoire. Grâce à ce stage de longue durée j'ai également pu acquérir une première expérience professionnelle en EHPAD, expérience, qui j'en suis sûr, me servira dans mon futur emploi.

---

# Sommaire

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 ANALYSE DE LA SITUATION ET DU CONTEXTE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Présentation de l'établissement et du contexte institutionnel</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Localisation .....	5
1.1.2 Historique.....	5
1.1.3 Architecture de l'établissement.....	6
1.1.4 Environnement de l'établissement.....	7
<b>1.2 Evolution de la population</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 Evolution générale .....	9
1.2.2 Evolution sur la Franche Comté et la Haute Saône.....	11
1.2.3 Evolution au sein du Rocher .....	14
<b>1.3 Fonctionnement de l'établissement et organisation</b> .....	<b>15</b>
1.3.1 Fonctionnement de la structure .....	15
1.3.2 Organisation des ressources humaines.....	16
<b>1.4 Synthèse des orientations politiques</b> .....	<b>22</b>
1.4.1 Analyse du plan de solidarité grand âge sur sa partie établissement.....	22
<b>2 REFLEXION ET ANALYSE POUR DETERMINER LES ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE EN VUE D'OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICE</b> .....	<b>30</b>
<b>2.1 Synthèse des points forts et points faibles de l'établissement</b> .....	<b>30</b>
<b>2.2 Analyse du diagnostic sur l'évolution du public et de ses besoins</b> .....	<b>31</b>
2.2.1 Conséquence de l'évolution du public accueilli.....	31
2.2.2 Préconisation pour répondre à l'évolution du public accueilli .....	32
<b>2.3 Analyse du diagnostic sur la gestion des ressources humaines</b> .....	<b>33</b>
<b>2.4 Deux axes de travail retenus suite à cette analyse</b> .....	<b>34</b>
2.4.1 Actions concernant le premier axe.....	35
2.4.2 Actions concernant le second axe .....	36

2.5	Réflexion sur les difficultés envisagées .....	37
<b>3</b>	<b>MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION DES ACTIONS.....</b>	<b>40</b>
3.1	Description préalable à la mise en œuvre des actions .....	40
3.1.1	Plan de communication .....	40
3.1.2	Description de l'axe concernant la réalisation des fiches de poste .....	42
3.1.3	Description de l'axe concernant l'auto-évaluation de l'établissement avec l'outil « ANGÉLIQUE » .....	51
3.2	Organisation des moyens, mise en œuvre et planification des actions .....	55
3.2.1	Réalisation des fiches de poste .....	55
3.2.2	Réalisation de l'auto-évaluation.....	56
3.2.3	Aspect financier de la mise en œuvre .....	61
3.3	Evaluation des résultats, quels indicateurs mettre en place ? .....	62
3.3.1	Indicateurs de progression des deux axes .....	62
3.3.2	Indicateurs mesurant l'impact des actions sur la remobilisation des équipes .....	63
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>65</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>67</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMP	Aide Médico-Psychologique
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APL	Aide Personnalisée au Logement
AS	Aide Soignant(e)
ASH	Agent de service Hôtelier
ANGÉLIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CCU	Convention Collective Unique
CEFRAS	Centre d'Études, de Formation et de Recherches pour l'Animation Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FNADEPA	Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Âgées
HAD	Hospitalisation À Domicile
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
MECSS	Mission d'Évaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale
PMP	Pathos Moyen Pondéré
SCI	Société Civile Immobilière
SSIAD	Service de Soins Infirmier À Domicile

## Introduction

Notre société se pose un certain nombre de questions sociales à propos du soutien et de l'accompagnement à apporter aux différents types de populations qui la composent. Les difficultés, que celles-ci subissent à cause d'une conjoncture économique de plus en plus délicate à appréhender et à une évolution de la structure familiale, obligent le monde social et médico-social à se réinterroger constamment pour répondre au mieux à ces changements.

La situation des personnes âgées et les dispositifs que la société peut proposer pour que celles-ci puissent choisir leur projet de vie font partie des préoccupations de notre pays et constituent un enjeu majeur pour les années à venir.

Les établissements accueillant ces populations sont un des éléments de l'offre de service qui doit permettre à ce type de public de passer les derniers moments de leur vie conformément à leur choix personnel.

Même si l'entrée dans un établissement d'accueil n'est pas toujours un choix mais une nécessité du fait de l'état de santé de la personne, il est important que le service qui lui sera rendu soit adapté à ses besoins mais aussi que ce service réponde aux attentes des familles.

En effet, au delà de la prestation apportée à la personne accueillie, il faut prendre en compte la dimension de soutien aux familles car, le plus souvent, ne pouvant plus faire face aux difficultés que peut représenter un maintien à domicile, celles-ci font admettre leur parent au sein d'une structure avec tout le déchirement et le sentiment de culpabilité que cela représente. À cela s'ajoute la nécessité de remplir toutes les démarches administratives, souvent complexes, pour des personnes qui ne connaissent pas les dispositifs d'aide. Il est donc également important que les établissements apportent un soutien pour toutes ces formalités telles les demandes d'APA, allocations logement, aides sociales.

La présente étude a pour objet d'analyser le fonctionnement actuel de l'établissement au sein duquel j'effectue mon stage depuis plus d'un an dans le cadre de ma formation. En effet suite à un licenciement pour fermeture du site industriel où j'étais employé, j'ai souhaité me reconverter professionnellement. Cette disponibilité m'a permis de rester plus longtemps au sein de cet EHPAD et me sert d'appui pour ma mise en situation de directeur et ainsi réfléchir aux actions que je mettrai en place lorsque je dirigerai une structure d'accueil de ce type.

L'analyse de l'histoire, de la culture, du fonctionnement et de la situation de l'établissement constituera la base de ma réflexion pour envisager les orientations à mettre en œuvre d'un point de vue stratégique mais également organisationnel afin d'optimiser l'offre de service.

Cette étude se fera en lien avec les choix actuels des politiques en direction des personnes âgées et plus particulièrement celles du plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Ces choix politiques feront l'objet de moyens financiers supplémentaires qui doivent être l'occasion de réfléchir sur leur utilisation la plus adaptée. Le but essentiel restant toujours d'améliorer la qualité des prestations et du service mais également d'accroître l'ouverture et la collaboration de l'établissement avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées afin de renforcer les partenariats et le travail en réseaux.

Avant toutes réflexions et propositions, il est important dans une première partie de revisiter l'histoire de la vie de l'établissement, afin d'apporter un éclairage sur sa culture et son mode de fonctionnement. Ce regard sur le passé donnera un éclairage sur la perception que peuvent avoir les professionnels qui y travaillent, du sens donné à l'accueil des personnes âgées et du service apporté.

Cet aspect interne sera complété par une étude du contexte extérieur à l'établissement ainsi que sur l'évolution des personnes accueillies afin de bien adapter l'offre à venir aux résidents des prochaines décennies.

Pour bien prendre en compte l'ensemble des données, je ferai une synthèse des orientations du plan solidarité grand âge et des derniers textes afin que les réflexions et l'analyse de la situation se fassent en lien avec les politiques publiques et leur évolution en direction des personnes âgées.

Ce diagnostic ainsi réalisé donnera une vue d'ensemble et une approche clarifiant les points forts et les points faibles de l'établissement afin de faire dans la deuxième partie des propositions sur une manière de remobiliser le personnel et par la même, améliorer le fonctionnement de la structure.

Dans ces propositions, je développerai plus particulièrement dans la troisième partie, la mise en œuvre participative de la rédaction des fiches de poste ainsi que la réalisation

d'une auto-évaluation de l'établissement et des prestations qu'il délivre à l'aide de l'outil « ANGÉLIQUE »<sup>1</sup>.

L'objectif de cette participation et cette implication des professionnels devrait avoir un impact sur l'optimisation de l'offre de service visant à délivrer une réponse mieux adaptée aux besoins présents et à venir de la population accueillie. Les points traités ne seront qu'une partie de l'ensemble des actions qui devront être menées à plus ou moins long terme. Ces orientations pourront s'inscrire dans un ensemble qui pourra faire l'objet d'une révision du projet d'établissement et entrer dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite prévue pour 2008. Ce renouvellement engageant l'établissement pour les cinq prochaines années, il est très important de bien préparer les équipes à cette échéance afin de redonner du sens au travail de chacun dans l'accompagnement des personnes hébergées.

---

<sup>1</sup> Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements. (Outil permettant l'évaluation de l'ensemble des prestations délivrées par un établissement, plus particulièrement utilisé dans les EHPAD lors de la signature d'une convention tripartite)



# **1 Analyse de la situation et du contexte**

## **1.1 Présentation de l'établissement et du contexte institutionnel**

### **1.1.1 Localisation**

La Résidence du Rocher est un établissement implanté au cœur de la vieille ville de GRAY localisée dans le département de la Haute Saône. Elle se situe à côté de la Basilique Notre Dame sur un terrain disposant d'un parc intérieur, surplombant la vallée de la Saône et toute la ville basse. Le bassin Graylois peuplé de 12 000 habitants se trouve dans le sud de la Haute Saône à environ 50 Km des villes de Dijon, Besançon et Dole.

### **1.1.2 Historique**

La construction de l'établissement a été réalisée en 1988 à l'initiative de l'Association CEFRAS suite à une étude de besoin concernant l'accueil de personnes âgées et à l'acquisition du terrain auprès de la municipalité de Gray. Cette société a été également à l'origine d'autres constructions au niveau national. En 1993, à la suite de difficultés financières, les établissements furent rachetés par la Caisse Centrale des Mutualités Sociales Agricoles qui, pour les besoins, créèrent une Société Civile Immobilière « SCI Mutualité Astorg » assurant la gestion du bâti et une Union d'Économie Sociale « UES Les Sinoplies » pour la prise en charge de la gestion des établissements. Ce dernier organe est une coopérative à but social non lucratif, organisé comme une société anonyme. Son siège se situe à Bagnolet avec une direction générale ainsi que des services administratifs apportant leur soutien à l'ensemble des établissements.

À sa création, l'établissement a ouvert en tant que foyer logement. Suite à l'évolution des populations accueillies, à la stratégie souhaitée par le siège et à l'arrêté du 26 avril 1999 donnant la possibilité de conventionnement, l'établissement a, en 2003, changé de dénomination suite à la signature d'une convention tripartite avec le Conseil Général de Haute Saône et la DDASS. Il est maintenant classé en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette convention signée pour 5 ans sera renouvelable en 2008.

Il est donc important de réfléchir, dès à présent, aux orientations à envisager et de continuer la démarche d'amélioration de la qualité déjà amorcée. Le renouvellement de la convention engage l'établissement pour les cinq années à venir.

### 1.1.3 Architecture de l'établissement

Les bâtiments construits sur un terrain de 2 835 m<sup>2</sup> comprennent 80 logements répartis sur 5 niveaux.

La surface totale affectée à l'habitation est de 4 225 m<sup>2</sup> dont 2 678 m<sup>2</sup> privés et 1 547 m<sup>2</sup> communs.

Le bâtiment est la propriété de la société civile immobilière ASTORG qui dépend des caisses centrales de la Mutualité Sociale Agricole.

L'autorisation de fonctionnement a été accordée à compter du 14 Janvier 1989, date d'ouverture de la structure, par la Direction de la Protection Sociale du département de la Haute Saône. À l'ouverture, il s'agissait d'une structure d'accueil de type « foyer logement ». L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale à l'hébergement mais est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement en date du 19 décembre 1988.

- La construction regroupe 80 logements répartis sur 5 niveaux :

- 8 T1 d'une surface de 20 m<sup>2</sup>
- 66 T1 Bis d'une surface de 32 m<sup>2</sup>
- 6 T2 d'une surface de 48 m<sup>2</sup>

- Chaque appartement est composé d'un coin salle à manger, d'un coin cuisine équipé d'un petit réfrigérateur, un évier, deux plaques de cuisson et d'une salle de bain avec WC, lavabo, douche non cloisonnée. Le coin nuit n'est pas séparé du coin jour, il est équipé d'un placard. Les résidents doivent meubler eux même leur appartement selon leur convenance. Un lit médicalisé à hauteur variable remplace le lit traditionnel ainsi qu'une table médicalisée en fonction de l'état de dépendance de la personne. Un système d'appel est placé dans la salle de bain, dans le coin jour ainsi qu'à la tête du lit. Des prises électriques, téléphoniques, et d'antenne de télévision sont également disponibles.

- L'organisation des parties communes est la suivante :

L'ensemble des étages est desservi par 2 ascenseurs et 2 escaliers.

Au niveau rez-de-jardin se trouve la buanderie et des locaux pour l'entretien. Un salon avec coin repas y est installé pour les personnes ayant besoin d'une assistance pour s'alimenter.

- Le hall d'entrée se situe au rez-de-chaussée avec un séjour où les résidents peuvent regarder la télévision ou simplement se reposer en regardant le passage des visiteurs et des professionnels. C'est également à ce niveau qu'ont trouvé place la cuisine, la salle à manger, l'infirmerie et sa pharmacie ainsi que les bureaux administratifs.

- Aux niveaux 1, 2 et 3, il existe un coin salon ainsi qu'une salle de bain commune équipée d'une baignoire pour les personnes souhaitant prendre un bain ou pour celles ayant une mobilité réduite.

À cette description, j'ajouterai un commentaire pour dire que l'architecture est relativement figée pour deux raisons : d'une part l'enclavement du bâtiment au cœur de la ville et par conséquent l'impossibilité de modifications extérieures et d'autre part par la lourdeur des demandes de modifications intérieures du fait de la séparation de gestion entre le bâti et le fonctionnement.

#### 1.1.4 Environnement de l'établissement

Ce chapitre a pour but de faire un inventaire des structures existantes proches du « Rocher », de leur capacité d'accueil et du type de population accueillie.

Au 01 juin 2007, sur la communauté de communes de Gray, les autres établissements d'accueil pour personnes âgées sont les suivants :

- Cournot Changey : établissement privé associatif habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 68 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- L'Hôtel Dieu : établissement public rattaché à l'hôpital de Gray habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 166 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- Les Capucins : établissement public rattaché à l'hôpital de Gray habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 85 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

**Tableau récapitulatif des établissements de la communauté de communes :**

<b>Etablissement</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Prix journée Ch 1 lit</b>	<b>Prix journée ch 2 lits</b>	<b>Dépendance GIR 1-2</b>	<b>Dépendance GIR 3-4</b>	<b>Dépendance GIR 5-6</b>
<b>Le Rocher</b>	86	49,52	44,61	13,99	8,87	3,77
<b>Cournot Changey</b>	68	46,17	41,97	14,05	8,92	3,78
<b>Hôtel Dieu</b>	166	43,95	40,03	17,79	11,50	4,12
<b>Les Capucins</b>	85	43,95	40,03	17,79	11,50	4,12
<b>TOTAL</b>	<b>405</b>					

Au 01 juin 2007, les autres établissements dans un rayon de 25 Km sont:

- Notre Dame des Cèdres situé à Montagney : établissement privé associatif, habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 72 lits et plus particulièrement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. L'ouverture d'un nouveau bâtiment vient d'avoir lieu avec une spécialisation dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et prochainement une augmentation de capacité de ce type de population sera effectuée.
- Établissement public de Pesmes : rattaché à l'hôpital de Gray, habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 40 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- Établissement public de Oyrières : rattaché à l'hôpital de Gray, habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 19 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- Établissement public Alfred Dornier situé à Dampierre sur Salon : habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 99 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- Établissement public de Champlitte : rattaché à l'hôpital de Gray, habilité à l'aide sociale, d'une capacité d'accueil de 40 lits avec une section pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

La capacité d'accueil des établissements environnants est de 589 lits dans un rayon de 25 Km hors l'établissement du Rocher, ce qui est relativement important puisque le nombre de places en EHPAD et maisons de retraite en Haute Saône est de 2104 soit 28% de l'accueil du département sur le secteur Graylois.

## 1.2 Evolution de la population

### 1.2.1 Evolution générale

L'évolution de la population des personnes âgées tient à deux facteurs importants :

- d'une part, l'accroissement de l'espérance de vie.
- d'autre part, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations de l'après guerre avec sa forte démographie.

D'un point de vue géographique, la localisation des personnes retraitées en France obéit à une logique de territoire :

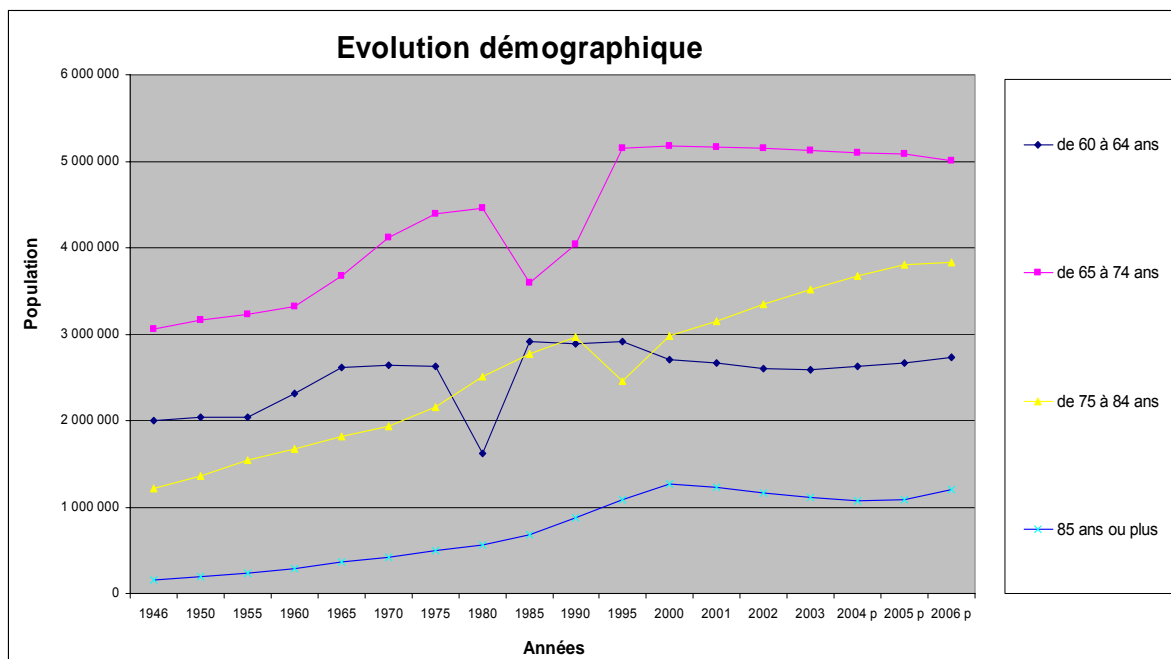
Les capitales régionales attirent une population jeune (actifs, étudiants, cadres, chercheurs d'emploi ainsi que les couches les plus pauvres).

À l'opposé, des territoires plus ruraux et plus isolés accueillent des populations vieillissantes qui peuvent se répartir en deux catégories : d'une part, celles aux revenus corrects qui pourront se rapprocher des centres urbains où les services sont disponibles et d'autre part celles aux revenus plus modestes et dont l'enracinement est plus profond dans leur village qui resteront au sein du milieu familial ou chercheront un établissement le plus proche possible de leur domicile.

Pour l'instant rien n'est figé car ces populations arrivent à l'âge de la retraite et personne ne sait encore quel sera leur projet de vie lorsque les premières difficultés de dépendance apparaîtront. À ce jour, les études qui ont été conduites montrent que seules la qualité et la capacité technique du logement occupé pourront influencer de façon forte le maintien ou non de ces personnes à leur domicile. Un autre point est également à signaler en ce qui concerne les habitudes de vie des générations à venir, elles seront plus exigeantes sur les modalités de leur hébergement et les services qui leur seront dispensés. En effet elles auront vécu la « culture » de la consommation et une qualité d'existence bien supérieure aux générations de l'avant guerre. Il est nécessaire de prévoir dès à présent cette éventuelle évolution pour adapter l'existant et concevoir les nouvelles constructions en lien avec ces exigences.

Concernant la démographie des personnes âgées, le constat est que depuis la fin de la seconde guerre mondiale il y a une forte augmentation de la population quelque soit la tranche d'âge. Le plus frappant concerne les personnes de plus de 85 ans qui sont passées de 161 600 à 1 197 700 entre 1946 et 2006. Cette croissance reste forte puisque des données encore provisoires montrent une augmentation de plus de 100 000 personnes de plus de 85 ans entre 2005 et 2006.

## Nombre de personnes âgées jusqu'en 2006

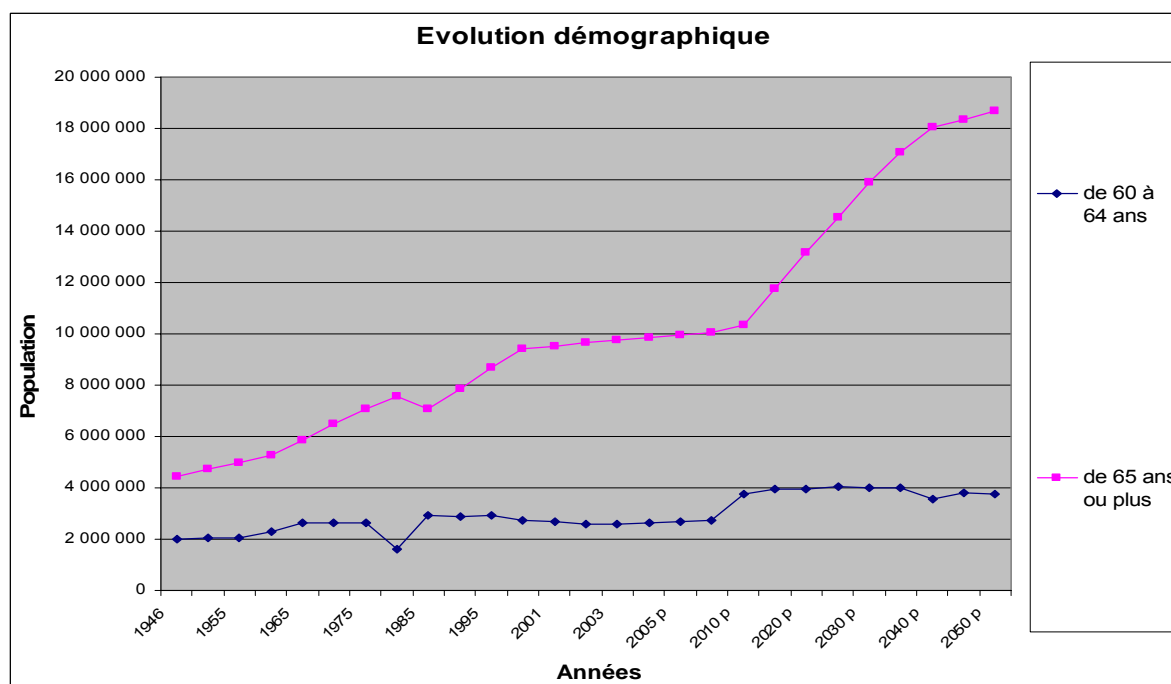


**p** : données provisoires.

Champ : France métropolitaine Source : Insee, bilan démographique.

Sur ce graphique, une forte augmentation de la population dans la tranche d'âge 75 à 84 ans est constatée. Concernant les autres tranches d'âges, une relative constance est à noter.

## Prévision du nombre de personnes âgées jusqu'en 2050



**p** : données provisoires.

Champ : France métropolitaine Source : Insee, bilan démographique.

Le graphique précédent montre la prévision jusqu'en 2050 avec une progression de près de 9 millions de personnes de plus de 65 ans entre 2006 et 2050. Cette évolution va nécessiter des prises de décisions et la mise en place d'orientations et d'actions pour faire face à cette situation, tant sur la partie financement que sur l'aspect de la prise en charge de ceux qui auront des problèmes de dépendance liés à l'avancée de leur âge. En effet, les prévisions<sup>2</sup> sur l'évolution du nombre de personnes dépendantes de plus de 75 ans en GIR<sup>3</sup> 1-2 et 3-4 ainsi que sur le pourcentage de ces personnes accueillies en institution, mettent en évidence deux choses :

- En premier lieu, une augmentation constante du nombre des personnes dépendantes entre 2010 et 2025 dans une fourchette de 50 000 à 80 000 sur les GIR 1-2 et 60 000 à 90 000 sur les GIR 3-4.

- En second lieu, la prévision d'institutionnalisation montre une constance du pourcentage d'accueil sur les GIR 1-2 et une baisse sur les GIR 3-4, ce qui va malgré tout faire augmenter le nombre de personnes accueillies de 6 000 à 32 000 entre 2010 et 2025.

Au-delà du nombre de personnes entrant en institution, c'est l'évolution vers plus de dépendance des personnes en établissement qu'il faut prendre en compte afin d'adapter les prestations ainsi que le besoin d'encadrement pour faire face à ce changement.

Pour ce qui est de la répartition des résidents selon l'âge et la catégorie de l'établissement, l'analyse montre que plus de 80% des personnes accueillies ont plus de 75 ans quelque soit le type de structure. La part des personnes admises en maisons de retraite représente plus de 60% de l'ensemble des institutionnalisations.

Afin de mieux appréhender cette approche globale de l'évolution de la population des personnes âgées en France, il est intéressant de faire un point plus précis sur la Région et le Département où la Résidence du Rocher est localisée pour voir comment cette région se situe par rapport au reste de la France.

### **1.2.2 Evolution sur la Franche Comté et la Haute Saône<sup>4</sup>**

En 2005, la Franche-Comté comptait 240 300 personnes de plus de 60 ans soit 21% de la population totale pour 21,8% moyenne en province. Les départements, du Doubs et du Territoire de Belfort sont structurellement les plus jeunes avec un taux respectif de 19,6%

---

<sup>2</sup> Données extraites du second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour personnes âgées dépendantes » Conduite par **Stéphane LE BOULER**

<sup>3</sup> **Groupe Iso-Ressource** (Principe de classement par l'évaluation de la dépendance. Le groupe 1 correspond à la dépendance maximale, le groupe 6 à l'absence de dépendance)

<sup>4</sup> Données INSEE Franche-Comté - l'essentiel N° 92 - novembre 2006 « Les personnes âgées en Franche Comté à l'horizon 2015 »

et 19,3% de personnes de plus de 60 ans. À l'inverse, les départements, de Haute Saône et du Jura, plus ruraux, ont une moyenne de 22,3% et 23,6%. En 2015, la Franche-Comté devrait compter 300 500 personnes de plus de 60 ans soit 25,1% de plus qu'en 2005 avec une augmentation de la population de 3,4%. Le Doubs augmenterait de 24,2%, le Territoire de Belfort de 23,2%, le Jura de 28,9% et la Haute Saône de 27,4% pour une moyenne en province de 26,1% de personnes de plus de 60 ans. En 2005, 15 200 personnes de plus de 60 ans en Franche-Comté sont dépendantes et cela devrait croître à 17 000 en 2015 soit 11,4% de plus pour 10,5% en métropole. Cette hausse des personnes dépendantes de plus de 60 ans se répartit de la façon suivante : plus 15% pour le Doubs, plus 11% pour le Territoire de Belfort, plus 9% pour le Jura et plus 7% pour la Haute Saône.

Pour le département de la Haute Saône, la situation est plus complexe. En effet, en 2005, les tranches d'âges extrêmes sont plus fortement représentées c'est-à-dire les plus de 50 ans et les plus de 80 ans. Cela aura pour impact à l'horizon 2015 de voir arriver un plus grand nombre de personnes de plus de 60 ans qui auront une dépendance encore faible et une population des plus de 80 ans faible car ces personnes seront pour la plupart décédées entre 2005 et 2015. Les données seront approfondies au niveau de ce département où le schéma départemental en direction des personnes âgées est en cours de réalisation. Pour l'instant seul un document de travail concernant la partie diagnostic m'a été remis par la personne en charge du projet. Cependant, l'étude de ce document laisse apparaître un certain nombre de données concernant le département de la Haute Saône et apporte quelques perspectives en termes sociodémographiques :

- le département de la Haute Saône est rural et assez faiblement peuplé (234 000 habitants soit 44 habitants / km<sup>2</sup>).
- le poids de la population âgée de plus de 60 ans devrait passer de 22 % à 29 % de la population totale entre 2005 et 2015 (de 52 000 personnes à 65 000).
- le poids de la population âgée de plus de 75 ans devrait passer de 8,5 % à 10,5 % de la population totale entre 2005 et 2015 (de 20 000 personnes à 24 000).
- 3 600 personnes âgées de plus de 60 ans sont dépendantes en 2005 et 3 900 le seront probablement en 2015.
- les personnes âgées entrent en moyenne en institution à plus de 83 ans actuellement.

En fonction de ces informations, le document de travail propose les réflexions suivantes :  
Le caractère rural du département incite à poser la question de la mobilité et des transports dans le cadre du schéma. Certaines zones sont en effet difficiles d'accès et les



distances importantes engendrent un renforcement de l'isolement des personnes âgées. Il pose également la question de la mutualisation des moyens afin de garantir une équité de prise en charge sur l'ensemble du département.

Sur le plan de la prise en charge en établissement, la capacité offerte sur le département semble pouvoir répondre aux besoins, au regard des résultats partiels obtenus par voie d'enquête (une durée moyenne d'attente de 4 à 5 mois).

En revanche, les solutions alternatives sont assez peu développées, avec 4 places d'accueil temporaire, 16 places d'accueil de jour, 115 places d'accueil pour personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et 35 personnes vivent en accueil familial.

Le schéma pourrait conduire à des perspectives d'évolution de la capacité des établissements et aux modalités de prises en charge.

Sur le plan de l'accompagnement à domicile, l'offre sur le département couvre intégralement le territoire, avec l'intervention des services à domicile et celle des SSIAD. Une des réflexions pourrait porter sur la coordination des services au niveau départemental.

Cette observation s'inscrit, par ailleurs, dans un contexte où les instances de coordination, et en particulier les CLIC, ne couvrent pas encore l'ensemble du département.

De façon plus large, le besoin de coordination et de partenariat est ressenti et souhaité à tous les niveaux entre les champs, social, médico-social et sanitaire.

Ces données permettent d'avoir une bonne perspective des futures orientations gérontologiques sur le département. Cependant, il faut attendre la sortie du document final pour lancer une réflexion sur les projets possibles en terme de diversification de l'offre de service qui pourra être développée dans l'établissement du Rocher.

Au delà de ces données, je pense que l'établissement doit continuer à renforcer son travail en réseau ainsi qu'avec l'ensemble de ses partenaires pour assurer une meilleure continuité dans l'accompagnement des personnes âgées. Par ailleurs, j'ai pu constater qu'il n'existe pas de liens entre le suivi des personnes à domicile et la prise en charge en établissement.

Pour finaliser l'étude de la population, il est nécessaire de se pencher sur l'évolution au sein même de la Résidence du Rocher.

### 1.2.3 Evolution au sein du Rocher

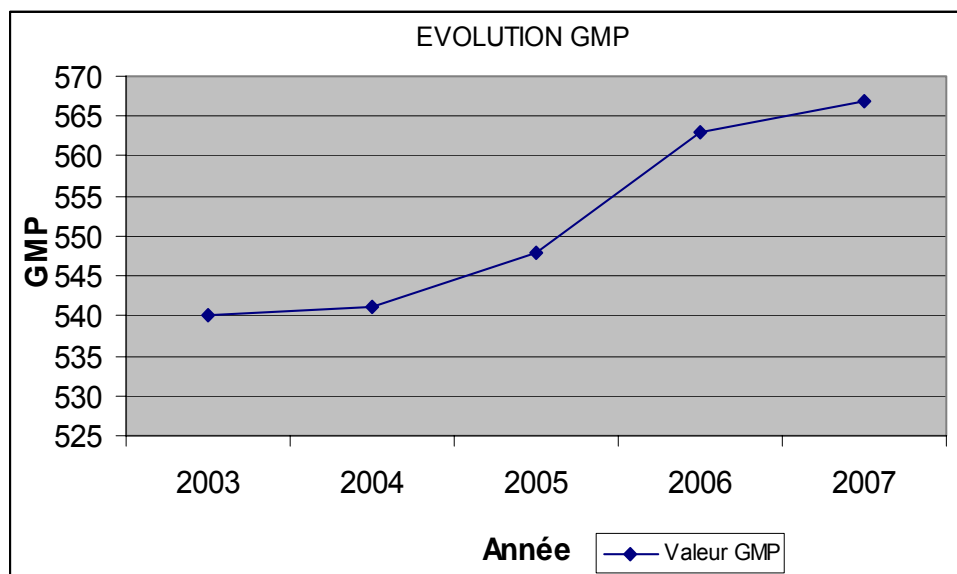
Foyer logement à sa création, l'établissement accueillait le plus souvent des personnes valides qui, par choix de vie, souhaitaient vivre au sein d'une structure pour son côté rassurant, tout en gardant leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Au fil du temps, les personnes arrivées à l'ouverture ont vieilli et sont devenues progressivement moins autonomes. À cela, s'est ajouté au cours des années, le fait que les nouveaux arrivants étaient de plus en plus dépendants. Ce phénomène s'explique par le développement des politiques de maintien à domicile des années 1990 et des services correspondants.

Les nouveaux résidents arrivent donc en établissement parce que les aides proposées à domicile ne permettent plus d'assurer un maintien dans de bonnes conditions notamment d'un point de vue médical.

Ces deux effets combinés que sont le vieillissement des résidents et l'admission des nouveaux arrivants ont fait augmenter progressivement le taux de dépendance de l'établissement. Face à cette situation et au vu du changement des réglementations, il était proposé aux établissements d'améliorer la qualité des prestations apportées aux usagers, par la signature d'une convention tripartite. La stratégie, mise en œuvre par l'organisme gestionnaire du Rocher « Les Sinopies », a abouti pour l'établissement à la signature de cette convention. Elle a également contribué, en 2003, au changement de statut en EHPAD visant à mieux répondre aux attentes des populations. Dès lors, l'établissement a vu son GIR Moyen Pondéré passer progressivement de 540 à 567 en 2007. (Voir graphique)

#### Evolution du GMP depuis le conventionnement du Rocher



Le graphique précédent montre que le public accueilli à la Résidence du Rocher suit les hypothèses d'évolution de la dépendance faite tant au niveau national que régional. Les choix qui ont été fait lors de la signature de la convention tripartite semblent donc judicieux au regard d'une telle évolution des résidants.

### **1.3 Fonctionnement de l'établissement et organisation**

#### **1.3.1 Fonctionnement de la structure**

Par ce chapitre je souhaite décrire le déroulement d'une journée tel que la vivent les résidants de l'établissement :

Le personnel soignant prend son service à 7h00 et dispense en priorité les premiers soins aux personnes qui se lèvent le plus tôt. Cela consiste le plus souvent à une aide au lever suivi d'une toilette. En même temps, le personnel infirmier effectue les prises de sang prévues dans le plan de soin ainsi que les tests de glycémie et les injections d'insuline effectuées à jeun pour les personnes atteintes de diabète. Il distribue également les traitements aux résidants bénéficiant d'une prescription médicale.

Les agents de service hôtelier débutent à 8h00 pour préparer les petits déjeuners. Ils effectuent la distribution dans les chambres avec un accompagnement des personnes pour lesquelles une aide est nécessaire par les aides soignants, dans le même temps, prise de poste du personnel administratif.

Dès 8h45, l'ensemble du personnel de l'établissement se réunit en salle à manger pour faire le point sur la journée et la nuit passée mais également pour préparer la journée qui commence, et organiser l'ensemble des services pour répondre au mieux aux besoins des résidants. C'est aussi un moment privilégié pour échanger et aborder les difficultés qui ont pu être rencontrées par certaines des personnes accueillies. Ensemble nous essayons d'apporter des réponses à celles ci.

À l'issue de ces échanges et consignes, chacun retourne à ses missions notamment la poursuite des toilettes et la réalisation du ménage de chaque chambre.

Vers 11h45, les résidants se rendent en salle à manger, aidés ou non, selon leur niveau de dépendance. Ceux présentant une faible autonomie et nécessitant un accompagnement rejoignent la salle du rez-de-jardin aménagée spécialement pour eux.

À midi, le repas est servi. Les médicaments sont distribués aux personnes sous traitement. Il est possible pour les personnes qui le souhaitent mais également pour les résidants dont les difficultés ne permettent pas de venir en salle à manger, d'être servis avec un plateau repas dans leur chambre. Après s'être restauré, les résidants retournent à leurs occupations. Un accompagnement vers le lieu désiré est de nouveau prévu pour ceux qui le souhaitent ou dont l'état le nécessite.

Durant l'après midi, des animations sont proposées dans le but de distraire les résidents mais également d'entretenir leur autonomie et leurs capacités intellectuelles. Il n'y a pas d'obligation de participation mais il est certain que ces moments sont des instants privilégiés d'échanges et de maintien du lien social. Vers 15h00 débute la distribution d'une collation.

Le repas du soir est servi vers 19h00 et se déroule à l'identique du déjeuner.

Les familles qui le souhaitent peuvent venir partager, moyennant rémunération, le repas de midi et du soir avec leur parent.

Tout au long de la journée, le personnel reste à la disposition des personnes qui les sollicitent au moyen des systèmes d'appel mis à leur disposition.

Deux personnes sont présentes la nuit pour répondre à toutes sollicitations et effectuer les soins nécessaires pour les résidents les plus dépendants. Elles ont également pour mission d'assurer la sécurité au niveau de l'établissement.

### 1.3.2 Organisation des ressources humaines

Les effectifs de la structure sont les suivants :

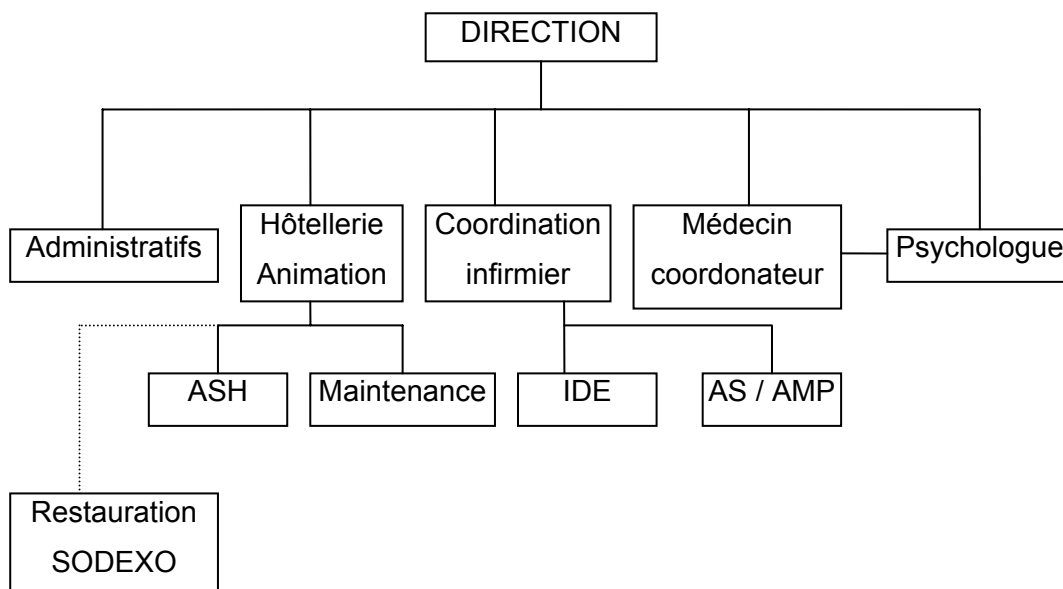
Personnel administratif et direction		Services généraux hors ménage		Personnel éducatif, social et animation		Personnel agent de service et entretien		Personnel aide-soignant/AMP et paramédical		Personnel infirmier		Médecin	
Directrice	1	Coordination hôtelière	0,5	Resp animation	0,5	Agent service	9	Aide soignant	5,5	Infirmier coordo	1	Médecin coordo	0,5
Gestion personnel Paie	1	Entretien maintenance	1					AMP	7	Infirmier	2		
Accueil Administratif	0,5							Psycholo	0,5				
Comptabilité Administratif	1							Kiné	0				
<b>TOTAL</b>	<b>3,5</b>		<b>1,5</b>		<b>0,5</b>		<b>9</b>		<b>13</b>		<b>3</b>		<b>0,5</b>

Pour assurer le fonctionnement de cette organisation, la structure dispose d'un total de 31 ETP hors restauration. Celle-ci a été confiée en sous-traitance à une société de restauration collective. Elle refacture ses prestations au mois en fonction du nombre de repas servis et des prix convenus dans le contrat. L'établissement met à sa disposition les locaux et le matériel. Le reste est géré par le sous-traitant avec entre autre du personnel pour assurer la cuisine et son entretien, la vaisselle, le nettoyage de la salle de repas et une partie du service aux résidents.

Les menus sont établis par cette société qui les soumet à l'établissement avec des choix possibles sur les plats. De plus cette société participe à quelques animations culinaires en fonction du calendrier des fêtes et réalise des gâteaux pour les anniversaires.

Afin de compléter l'explication sur l'organisation il me semble plus simple de la représenter sous la forme du schéma suivant :

### Organigramme des fonctions dans l'établissement



En comptant le personnel de restauration le taux d'encadrement tout personnel confondu est d'environ 0,42 par résidant. Cette valeur est à rapprocher du GMP de l'établissement et se trouve dans la moyenne du secteur.

Toute cette organisation permet d'assurer au plus juste l'ensemble des prestations mais nécessite une gestion très délicate. Toute absence fait l'objet d'un remplacement sous peine de ne plus être en mesure d'assurer le service. L'ensemble du dispositif de la Résidence laisse par conséquent peu de temps de réflexion à l'amélioration des prestations et plus particulièrement la partie accompagnement et animation qu'il conviendrait de renforcer.

Tel qu'il existe le dispositif mis en place me semble adapté, par le fait que les différents métiers que sont l'hôtellerie et le soin sont deux services distincts ; d'autant que les prestations délivrées n'ont que peu de liens. Cependant, je constate que le travail entre les Agents de Service Hôtelier et les Aides Soignants / Aides Médico-Psychologique n'est pas toujours facile. En effet, la partie soin est souvent privilégiée. En ce sens, lors d'une absence de soignants, les ASH sont sollicitées pour répondre aux appels des résidants lorsque cela ne nécessite pas de soins mais un simple accompagnement. De ce fait, une partie des ménages n'est pas effectuée dans son intégralité par manque de temps. Les familles les plus exigeantes peuvent parfois constater que la chambre de leur parent n'est

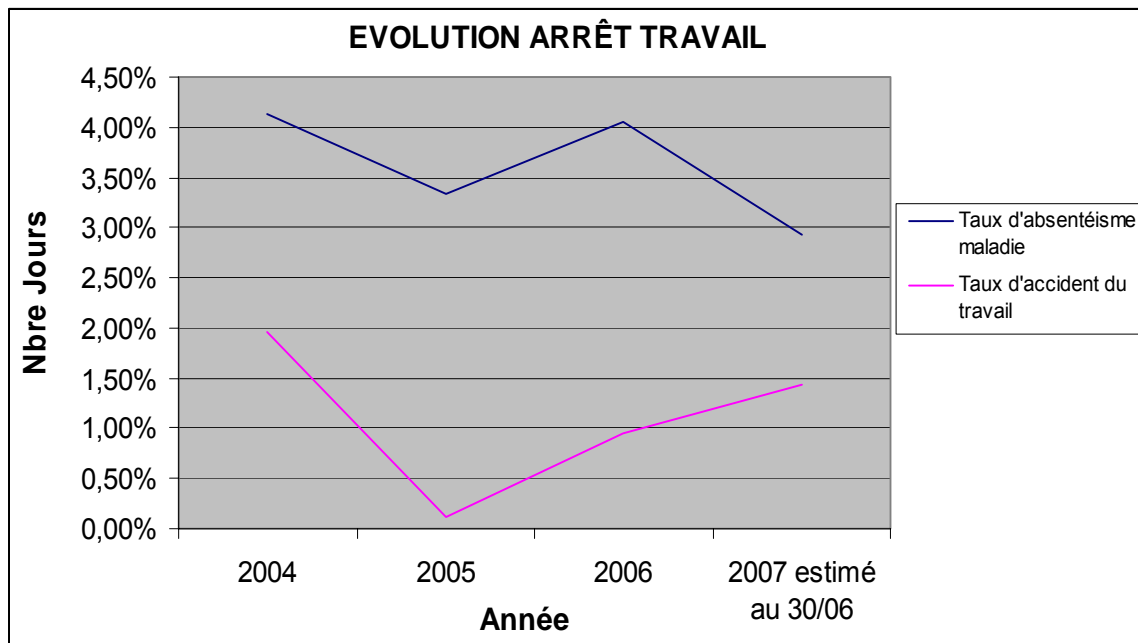
pas propre et s'en plaignent. Cette situation porte préjudice au niveau de la qualité du service rendu et doit être repensée.

J'ai également pu constater des dissensions entre le service qui gère les soins (Infirmières, aides soignants, AMP) et celui en charge de la partie hôtellerie (ASH, personnel restauration). Des entretiens avec les responsables de ces deux services m'ont permis de comprendre qu'ils ont un mode de fonctionnement différent (rigueur et organisation pour l'un et plus une écoute et un service immédiat pour l'autre et de fait une moindre rigueur s'expliquant par cette dispersion dans l'action). Cela engendre des relations conflictuelles renforcées par un manque de définition du cadre de travail et des missions à accomplir par chacune de ces deux composantes essentielles des prestations délivrées par l'établissement.

De part l'histoire de l'établissement et son ancien statut de foyer logement les salariés ont conservé une perception de leur travail basé sur des prestations matérielles. La notion simple d'accompagnement n'est pas toujours bien perçue car ne correspond pas pour les salariés à un véritable travail dans la mesure où rien n'en ressort concrètement dans l'immédiat. Cette approche de l'accompagnement nécessite donc un changement des mentalités pour bien montrer que les personnes n'ont pas forcément toujours besoin d'une aide technique mais parfois simplement d'une présence, un mot gentil, une attitude, un geste, un regard ou une visite pour sentir que l'on s'intéresse à elles. Des résidents me l'ont confié directement en me disant : « *personne ne se soucie de moi mais je sais vous n'avez pas le temps de discuter, vous avez autre chose à faire* ». Ces mots montrent bien le besoin d'une présence, même si elle n'est que de quelques minutes. Il me semble important que ce besoin d'accompagnement soit expliqué afin qu'il s'intègre progressivement dans les habitudes et le fonctionnement de la structure.

Pour compléter ces aspects organisationnels, il est intéressant d'effectuer une analyse de l'assiduité des salariés. Le niveau d'absentéisme est un indicateur souvent révélateur des difficultés et des dysfonctionnements d'une organisation. J'ai pu noter que les absences sont relativement fréquentes et désorganisent l'activité de l'établissement (voir graphique page suivante)

## Graphique des taux d'arrêts maladie et accidents du travail



L'analyse de ce graphique montre que les accidents du travail augmentent après une année 2005 très calme. En ce qui concerne les arrêts maladie hors maternité, le taux reste relativement élevé. Peut-être y a-t-il là un signe de fatigue et d'usure professionnelle des salariés, usure qui se trouve amplifiée par ces absences qui, malgré les remplacements contribuent à accroître la charge de travail des personnels embauchés. Il est évident que les remplaçants manquent de connaissance de la structure ainsi que des personnes accueillies. Cela les rend moins efficaces et nécessite plus d'encadrement et de soutien de la part des titulaires.

Pour ce qui concerne les accidents professionnels il sera intéressant d'en parler avec la médecine du travail qui peut comme cela se pratique dans l'industrie donner un avis et aider dans la recherche de moyens pour réduire ceux-ci.

En ce qui concerne le personnel administratif, des points restent à améliorer :

- d'une part, sur le temps passé à la recherche de documents et la mise à jour des dossiers tant au niveau des résidents que du personnel.
- d'autre part, l'outil informatique vieillissant et mal exploité vient lui aussi accroître cette perte de temps.

Pour ce qui touche la gestion documentaire, l'organisation d'une méthode de classement et de rangement « TRAPEEC » est en cours de réalisation. Elle devra, lorsqu'elle sera bien maîtrisée par tous, apporter une solution à ces difficultés de rangement et d'organisation administrative.

Au niveau du matériel informatique, un nouveau logiciel de facturation vient d'être mis en service en doublon avec l'ancien. Son exploitation est prévue pour fin 2007. Son utilisation, plus simple et rapide, permet une partie statistique et gestion des dossiers résidants que l'ancien n'offre pas. Cela devrait induire un gain de temps dans la recherche de données et l'analyse des indicateurs. L'achat de nouveaux ordinateurs est prévu pour fin 2007. Cet investissement sera géré par le siège afin d'uniformiser le matériel de tous les établissements et ainsi faciliter la communication et les échanges par un système commun.

Au-delà de l'organisation et du fonctionnement de la structure, il est judicieux d'étudier l'évolution statistique des salariés et en particulier la pyramide des âges. Cette étude sera prise en compte pour l'anticipation des départs.

J'ai réalisé sur le tableau suivant un calcul automatique du nombre d'années restant à effectuer pour chaque salarié avant d'atteindre l'âge de 60 ans, avec la possibilité de modifier la date à prendre en compte comme référence du calcul. (Voir le résultat page suivante)



NOM Prénom	Type contrat	Temps travail	Date de naissance	Coef	Qualification	Date des 60 Ans	Réf de calcul	Nbr années avant 60 ans	Poste à remplacer moins de 3 ans
G J	CDI	78,00	10/08/1949	200	Adminis	10/08/2009	01/06/2007	2,19	Adminis
B M	CDI	151,67	15/06/1954	267	Adminis	15/06/2014	01/06/2007	7,04	SANS OBJET
C G	CDI	151,67	02/07/1959	230	AMP	02/07/2019	01/06/2007	12,09	SANS OBJET
M K	CDI	151,67	31/01/1973	230	AMP	31/01/2033	01/06/2007	25,69	SANS OBJET
D V	CDI	151,67	29/10/1977	230	AMP	29/10/2037	01/06/2007	30,43	SANS OBJET
D A	CDI	151,67	22/02/1982	230	AMP	22/02/2042	01/06/2007	34,75	SANS OBJET
G M	CDI	151,67	24/03/1955	230	AS	24/03/2015	01/06/2007	7,82	SANS OBJET
M M.N	CDI	76,05	26/03/1956	200	AS	26/03/2016	01/06/2007	8,82	SANS OBJET
D J	CDI	75,83	19/04/1958	230	AS	19/04/2018	01/06/2007	10,89	SANS OBJET
R P	CDI	151,67	18/09/1958	230	AS	18/09/2018	01/06/2007	11,31	SANS OBJET
E M	CDI	75,83	24/04/1970	216	AS	24/04/2030	01/06/2007	22,91	SANS OBJET
P S	CDI	151,67	12/01/1981	230	AS	12/01/2041	01/06/2007	33,64	SANS OBJET
S M N	CDI	151,67	22/12/1947	194	ASH	22/12/2007	01/06/2007	0,56	ASH
D M	CDI	151,67	30/12/1954	194	ASH	30/12/2014	01/06/2007	7,59	SANS OBJET
J P	CDI	121,33	10/06/1957	194	ASH	10/06/2017	01/06/2007	10,03	SANS OBJET
L A M	CDI	91,00	19/08/1958	194	ASH	19/08/2018	01/06/2007	11,22	SANS OBJET
G F	CDI	34,66	20/07/1961	194	ASH	20/07/2021	01/06/2007	14,15	SANS OBJET
FIZ	CDI	121,33	16/01/1966	194	ASH	16/01/2026	01/06/2007	18,64	SANS OBJET
B F	CDI	91,00	09/09/1968	194	ASH	09/09/2028	01/06/2007	21,29	SANS OBJET
R V	CDI	151,67	23/02/1969	194	ASH	23/02/2029	01/06/2007	21,75	SANS OBJET
G C	CDI	78,00	15/06/1969	194	ASH	15/06/2029	01/06/2007	22,05	SANS OBJET
BI H	CDI	91,00	19/06/1976	194	ASH	19/06/2036	01/06/2007	29,07	SANS OBJET
G I	CDI	99,66	09/04/1980	194	ASH	09/04/2040	01/06/2007	32,88	SANS OBJET
K A	CDI	30,33	20/08/1986	194	ASH	20/08/2046	01/06/2007	39,25	SANS OBJET
M F	CDI	151,67	13/02/1960	525	Directrice	13/02/2020	01/06/2007	12,71	SANS OBJET
M R	CDI	151,67	09/09/1954	267	Coord Hôtel	09/09/2014	01/06/2007	7,28	SANS OBJET
B G	CDI	119,00	22/10/1946	302	IDE	22/10/2006	01/06/2007	-0,61	IDE
D N	CDI	119,00	05/10/1969	302	IDE	05/10/2029	01/06/2007	22,36	SANS OBJET
B C	CDI	151,67	10/04/1950	320	IDE Référent	10/04/2010	01/06/2007	2,86	IDE Référent
J M	CDI	121,33	09/09/1954	194	Lingère	09/09/2014	01/06/2007	7,28	SANS OBJET
R M	CDI	75,83	01/06/1960	556	Médecin coo	01/06/2020	01/06/2007	13,01	SANS OBJET
L S	CDI	75,83	07/02/1980	330	Psychologue	07/02/2040	01/06/2007	32,71	SANS OBJET
B J C	CDI	151,67	04/08/1965	241	Tech mainte	04/08/2025	01/06/2007	18,19	SANS OBJET
C S	CDDPRO	151,67	20/06/1971	194	ASH	20/06/2031	01/06/2007	24,07	SANS OBJET
D Jr	CDDPRO	151,67	04/06/1978	194	ASH	04/06/2038	01/06/2007	31,03	SANS OBJET
DD V	CDDPRO	151,67	02/05/1985	194	Adminis	02/05/2045	01/06/2007	37,95	SANS OBJET
R A	CDDPRO	151,67	28/10/1984	194	ASH	28/10/2044	01/06/2007	37,44	SANS OBJET
C C	CDD	151,67	11/01/1962	230	AS	11/01/2022	01/06/2007	14,62	SANS OBJET
C D	CDD		14/04/1982	194	ASH	14/04/2042	01/06/2007	34,89	SANS OBJET
H G	CDD		07/06/1980	194	ASH	07/06/2040	01/06/2007	33,04	SANS OBJET
L N	CDD		10/01/1979	194	ASH	10/01/2039	01/06/2007	31,63	SANS OBJET
P C	CDD		27/07/1953	194	ASH	27/07/2013	01/06/2007	6,16	SANS OBJET
S V	CDD		02/03/1965	194	ASH	02/03/2025	01/06/2007	17,76	SANS OBJET

L'analyse faite du tableau précédent met en évidence que 4 postes seront à remplacer d'ici 3 ans en prenant comme référence le 01 juin 2007 :

- Une personne au service administratif
- Une infirmière
- L'infirmière référent
- Une ASH

Concernant la personne du service administratif, un contrat de professionnalisation est en cours pouvant déboucher sur une éventuelle embauche.

Pour l'infirmière, la question doit-être étudiée car il y a, à ce jour, beaucoup de difficulté quant au recrutement sur ce type de poste (salaire CCU moins favorable, secteur personnes âgées moins attractif pour les jeunes diplômés, métier sous tension avec beaucoup de rotation).

Concernant le poste d'infirmière référent, j'envisagerais un passage de témoin en interne accompagné d'une formation (réflexion nécessaire avec prise d'avis du médecin coordonnateur).

Pour toutes ces raisons, il ressort des idées majeures concernant le fonctionnement et l'organisation de la structure :

- Organisation satisfaisante dans l'ensemble mais les aspects relationnels, soin et hôtellerie peuvent être améliorés. Il existe également des tensions au sein des équipes et les absences sont probablement un indicateur de ces difficultés. Peut-être y voir une fatigue des salariés ?
- Une anticipation des départs doit être réfléchi au niveau infirmier d'autant que ce métier pose des difficultés de recrutement.
- Sur l'aspect informatique, organisation et gestion documentaire, des actions sont en cours. Une certaine rigueur est nécessaire pour mener cela à bien.

## **1.4 Synthèse des orientations politiques**

Après avoir étudié la population, l'établissement, son environnement et son fonctionnement, une analyse des orientations sur le secteur des personnes âgées est judicieuse afin que la réflexion menée soit en lien avec les choix politiques pris au niveau national.

### **1.4.1 Analyse du plan de solidarité grand âge sur sa partie établissement**

Présenté par Philippe BAS fin juin 2006, ce plan, dans la continuité de toutes les études menées depuis plusieurs décennies, fait un état des lieux justifiant les orientations à entreprendre pour faire face à l'accroissement de l'espérance de vie de la population française et plus particulièrement, la forte croissance de celle des personnes de plus de

85 ans. Cette situation sera accompagnée, malgré l'amélioration de l'état de santé des personnes vieillissantes, d'une augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans avec perte d'autonomie.

À ce jour, cette perte d'autonomie pèse sur les familles. Le choix de rester à domicile doit pouvoir être respecté. Des alternatives entre domicile et établissement doivent se développer. L'organisation de tout le réseau gérontologique doit être améliorée et les prix d'un accueil en établissement doivent rester supportables par les familles.

La réforme concerne cinq axes :

- Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elle.
- Inventer la maison de retraite de demain.
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées.
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance.
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Dans le cadre de ma démarche, je ne détaillerai que le point « inventer la maison de retraite de demain ».

- **Un premier constat** est à ce jour, l'absence de lien existant entre le domicile et l'accueil en établissement. Cela provoque une brusque rupture lorsque la situation d'urgence oblige le passage d'un lieu à l'autre. Dans la plupart des cas, un phénomène d'accélération de la perte d'autonomie est à noter. Pour limiter le choc de cette transition, il faut ouvrir les établissements sur l'extérieur avec une offre plus diversifiée et des solutions intermédiaires voire alternatives entre le domicile et l'établissement. Cette démarche peut se faire par le développement de :

- Places d'accueil de jour.
- Places d'hébergement temporaire.
- Service de soins infirmiers à domicile.
- Service d'aide à domicile.

Ces offres de service représentent une alternative à l'accueil permanent en établissement et par la même un soulagement des familles pour les aider et leur donner du temps dans leur décision.

La MECSS formule 59 propositions<sup>5</sup> pour améliorer le pilotage de l'action sociale et le service rendu aux usagers, je n'en citerai que quelques unes :

- Définir une politique globale d'accompagnement de la perte d'autonomie en accélérant la convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (prévue pour 2010).
- Supprimer la barrière d'âge et instituer des équipes pluridisciplinaires d'évaluation unique et une grille commune d'évaluation aux personnes handicapées et aux personnes âgées.
- Faire un effort supplémentaire pour la création de places médicalisées en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.
- Inciter financièrement le développement d'établissements multiservices proposant une offre globale d'hébergement, d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et offrant un service de soins infirmiers à domicile dans le but de décroiser les établissements d'hébergement.
- Développer des équipes mobiles gérontologiques et de soins palliatifs ainsi que l'accroissement du nombre de places d'hospitalisation à domicile (Point traité par l'autorisation d'intervention de l'hôpital au sein des maisons de retraite par le système de HAD<sup>6</sup> « Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 ; Arrêté du 16 mars 2007 »)

Afin d'améliorer l'efficacité des soins et la prise en charge des personnes âgées, la DHOS détaille l'organisation des filières de soins gériatriques.

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques NOR : SANH0730182C (Texte non paru au journal officiel).

Cette circulaire joint dans ses annexes, une convention type pouvant être passée entre un établissement de santé et un EHPAD afin de formaliser les liens et ainsi mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

- **Le deuxième constat**, est que malgré la modification de la tarification et le conventionnement des établissements pour améliorer la prise en charge et la médicalisation, le taux de personnel soignant reste insuffisant. Les personnes accueillies dans les structures sont de plus en plus âgées avec des problèmes de plus lourde dépendance et un besoin de soins plus important.

---

<sup>5</sup> Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH) Numéro 2495 du 23/02/2007 Page 7  
Rapport N°3739 présenté par Mme Martine CARRILLON-COUVREUR « Conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale »

<sup>6</sup> Hospitalisation à domicile

Il est nécessaire de faciliter les recrutements en direction de deux types de personnels qualifiés :

- d'une part ceux liés à la dépendance.
- d'autre part ceux liés aux soins.

L'un des objectifs sera de passer lors du renouvellement des conventions tripartites d'un taux d'encadrement moyen actuel de 0,57 par résidant à 0,65 tous personnels confondus, voire même à 1 pour 1 pour les personnes âgées les plus dépendantes et les plus malades.

Une déclaration du premier ministre a, par ailleurs, déjà été faite en ce sens pour la préparation des budgets de l'année 2007 « directive Villepin ».

Ci-dessous un article paru dans le journal l'Actualités Sociales Hebdomadaires<sup>7</sup>

*« Les directeurs ont donc été invités par toutes les instances représentatives du secteur personnes âgées à retenir dans leur budget 2007 les ratios d'encadrement du plan Villepin.*

*En tenant compte des « besoins constatés » en matière d'accompagnement, de soin, de démarche qualité, de projet d'établissement et de création d'alternatives à l'hébergement à temps complet en s'appuyant sur les taux prévus dans les orientations du plan « solidarité-grand âge » fixant un objectif de convergence avec le secteur du handicap dans les cinq ans.*

*Selon les préconisations, des organisations il faut retenir un ratio de :*

- un agent pour un résidant pour les personnes âgées classées en GIR 1 et 2
- 0,66 pour les résidants en GIR 3 et 4
- 0,25 pour les personnes en GIR 5 et 6

*Bien sûr les organisations recommandent de ne pas trop faire peser ces dépenses sur le tarif acquitté par les résidants et leur famille, mais sur les dépenses des sections tarifaires soin, voire dépendance. Ils demandent également à être tenus informés des suites données à ces demandes budgétaires. »*

Voir page suivante une simulation de l'impact sur les effectifs du Rocher de l'application des consignes précédentes.

---

<sup>7</sup> N°:2472 du 06/10/2006 Page 46 rubrique « Le social en action »

**Tableau simulant l'impact de l'application de ces taux d'encadrement sur les effectifs du « Rocher »**

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6								
Répartition effectif selon ratios Villepin	52%	35%	13%								
Ratios d'encadrement plan Villepin	1	0,66	0,25	1,91							
Effectif actuel	14,74	9,73	3,69	<b>28,16</b>	<b>TOTAL</b>						
Effectif nécessaire par GIR plan Villepin	<b>29</b>	<b>21,12</b>	<b>5,25</b>	<b>55,37</b>	<b>TOTAL</b>						
Nombre de résidents par groupe GIR	29	32	21								
	AFFECTATION					Évolution de la répartition ETP par section					
						Section hébergement		Section dépendance		Section soins	
	Actuel	Si plan Villepin	Section héberge	Section dépend	Section soins	Actuel	Villepin	Actuel	Villepin	Actuel	Villepin
ETP DIRECTION ADMINISTRATION	3,5	3,5	100%	0%	0%	3,50	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00
ETP SERVICES GENERAUX	1,5	2	100%	0%	0%	1,50	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ETP ANIMATION - SERVICE SOCIAL	0,5	1	100%	0%	0%	0,50	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ETP ASH	8,96	10	70%	30%	0%	6,27	7,00	2,69	3,00	0,00	0,00
ETP AIDE SOIGNANT/AMP	10	30	0%	70%	30%	0,00	0,00	7,00	21,00	3,00	9,00
ETP PSYCHOLOGUE	0,5	1	0%	100%	0%	0,00	0,00	0,50	1,00	0,00	0,00
ETP IDE	2,7	6	0%	0%	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	2,70	6,00
ETP MEDECIN	0,5	0,5	0%	0%	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50
<b>TOTAL ETP</b>	<b>28,16</b>	<b>54</b>				<b>11,77</b>	<b>13,50</b>	<b>10,19</b>	<b>25,00</b>	<b>6,20</b>	<b>15,50</b>

D'après ce tableau, si l'établissement prend en compte les taux d'encadrement donnés dans la « directive Villepin » il y aurait une très forte augmentation des effectifs concernant la section dépendance passant de 10 ETP à 25 et 6 ETP à 15 pour la section soins. Il me semble évident que cette approche ne pourra qu'être lissée sur plusieurs années, d'une part parce que les financements ne seront pas suffisants et d'autre part du fait de la pénurie de personnel qualifié pour occuper les postes à créer.

Afin de mieux comprendre le mécanisme de financement de ces postes, il me paraît important d'insérer une partie de la circulaire budgétaire suivante :

« N°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006

*Traduction des assouplissements tarifaires prévus par le plan solidarité grand âge : Mesures destinées à mieux prendre en compte la charge de soins et l'évolution de la dépendance pour le calcul des moyens d'assurance maladie alloués aux structures.*

### Le renouvellement des conventions tripartites :

388 conventions tripartites arrivent à échéance fin 2006 et ont vocation à être renouvelées. Dès 2007, le rythme de renouvellement devrait s'accroître pour concerner plus de 1 000 conventions. Selon la circulaire, « il convient, avant de s'engager dans le processus de renouvellement, de mesurer les effets de ce dispositif sur la qualité des prestations offertes et d'évaluer les écarts éventuels entre les objectifs fixés lors de la signature de la convention et les résultats obtenus ». La direction générale de l'action sociale propose à cet effet un protocole d'évaluation ainsi qu'une grille de suivi et d'analyse des conventions tripartites échues.

Deux hypothèses sont à envisager pour les conventions arrivées à échéance :

-Si les objectifs initiaux n'ont pas été atteints, un avenant doit être conclu pour une durée maximum d'une année sur la base d'une allocation des moyens, calculée sur les bases précédemment retenues.

-S'ils ont été atteints, la convention est renouvelée pour cinq ans. Pendant la première année, l'allocation des moyens de l'assurance maladie sera réévaluée, en adéquation avec les besoins, et reposera sur l'actualisation du groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) et la nouvelle évaluation de la charge des soins à travers l'outil Pathos (voir ci-dessous).

### L'actualisation annuelle du GMP :

Accueillant des résidents de plus en plus dépendants, les établissements voient augmenter leur GMP, sur lequel repose le calcul de leur dotation soins. Aussi la circulaire prévoit que désormais, dans tous les établissements, le classement des résidents selon leur niveau de dépendance dans les groupes iso-ressources (GIR) sera révisé « annuellement et de façon systématique » dans le cadre de la préparation de la campagne budgétaire, ce qui permettra de recalculer les dotations d'assurance maladie de l'établissement chaque fois que la variation du GMP atteint 20 points. Ces dotations seront revalorisées sur la base de 8 EUR par point de GMP supplémentaire pour les établissements ayant opté pour le tarif partiel et de 9 EUR par point de GMP supplémentaire pour ceux en tarif global.

### L'utilisation de l'outil Pathos :

La circulaire officialise l'utilisation de l'outil Pathos pour les EHPAD dont la convention est renouvelée et pour ceux dont le GMP est au moins égal à 800. Actuellement, le GMP mesure la charge de travail liée à la dépendance. La charge en soins, quant à elle, n'est prise en compte que de manière forfaitaire selon les caractéristiques des établissements. Or le nombre croissant de résidents souffrant de pathologies requérant des soins médicaux et techniques importants nécessite de mettre en œuvre une prise en charge pluridisciplinaire faisant appel à des professions paramédicales. C'est le logiciel Pathos

*qui va permettre d'évaluer ces soins sous forme d'un point Pathos pondéré (PMP). La somme des deux grandeurs (GMP et PMP) constituera le « GMPS » de l'établissement.*

*« La coupe transversale réalisée par l'outil Pathos doit permettre de déterminer le niveau de soins requis par l'état de santé des résidants ». La coupe Pathos doit être validée par le service médical de l'assurance maladie. Si le coefficient soins réel issu de cette coupe s'avère inférieur au coefficient soins forfaitaire servant actuellement au calcul de la dotation d'assurance maladie, celle-ci pourra être conservée sous réserve que l'établissement s'engage à accueillir des résidants nécessitant des soins plus importants. Dans le cas contraire, la dotation de l'établissement sera revue à la baisse dans un délai de trois ans, en fonction de son coefficient soins réel.*

*Revalorisation de 15 % du tarif global de soins et création de places de SSIAD*

*Il est décidé d'augmenter de 15 % le tarif global de soins pour les établissements ayant opté pour ce régime et disposant d'une coupe Pathos validée. L'objectif de cette mesure est d'inciter les EHPAD à choisir le tarif global, insuffisamment valorisé au regard des charges supplémentaires qui incombent aux structures, mais qui permet d'apporter une réponse complète et organisée aux soins des résidants. »*

- **Troisième constat** : l'encadrement dans les établissements devra être adapté plus régulièrement à l'évolution de la dépendance des résidants pour éviter la sélection à l'entrée. En effet, pour faciliter le choix des familles, il ne faut plus que les établissements adaptent les résidants en fonction de leur potentiel d'encadrement, mais plutôt l'inverse par l'adaptation des structures à l'évolution des personnes accueillies.

- **Quatrième constat** : il faut améliorer l'animation dans les établissements car celle-ci participe aux soins. Elle doit être adaptée aux possibilités des résidants et toucher différents domaines (culturel, manuel, physique, intellectuel...) pour entretenir les facultés des personnes accueillies. Ces activités participent aussi au maintien du lien social entre les résidants mais également avec ce qui est extérieur à l'établissement. Bien sûr, il ne faut pas que l'animation pèse trop sur le coût facturé aux résidants mais qu'une partie soit prise en charge par l'Etat et le Département.

- **Cinquième constat** : il faut renforcer la présence des paramédicaux dans les établissements pour assurer les besoins en soin des personnes âgées. En effet, les budgets actuels ne sont pas suffisants pour financer des postes de ce type qui seraient souvent nécessaires pour garantir une bonne prise en charge des résidants.

À ces constats, il faut ajouter que pour se rapprocher du secteur personnes handicapées, les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes (GMP > 800) devraient



avoir un taux d'encadrement de 1 pour 1. Il faudrait atteindre cet objectif de convergence dans 5 ans. Pour les autres établissements cet objectif d'augmentation des moyens de soins pourrait se faire à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite.

Face aux besoins en personnel que va représenter cette augmentation du taux d'encadrement mais aussi les départs à la retraite, le lancement d'un plan de recrutement et de formation des professionnels est nécessaire. Cela doit passer par différents dispositifs tel que : la formation en alternance, la validation des acquis de l'expérience mais aussi le recrutement par coopération entre établissement sur des postes ne nécessitant pas des temps pleins ou sur des structures de trop petites tailles. La valorisation des métiers du grand âge pour attirer les jeunes ou des personnes qui se reconvertisent est souhaitable. Développer les métiers de l'animation est aussi un axe à favoriser pour apporter de la vie dans les établissements, facteur influant sur la perte d'autonomie et éviter « l'effet mouvoir ».

Enfin la lutte contre la maltraitance doit être renforcée par l'amélioration des signalements et des contrôles mais surtout par l'anticipation et la prévention. C'est l'ensemble des points cités précédemment et la coordination de ceux-ci qui devrait participer à cette prévention.

Cette première partie de mon étude, consacrée à l'analyse de la situation et du contexte de l'établissement du Rocher mais également consacrée à l'évolution des personnes âgées accueillies, peut probablement être encore approfondie. Elle me semble malgré tout suffisante pour alimenter la réflexion que je propose de détailler dans le chapitre à suivre.

## 2 Réflexion et analyse pour déterminer les actions à mettre en œuvre en vue d'optimiser l'offre de service

Le chapitre précédent avait pour objet l'inventaire et l'étude de l'ensemble des aspects internes à l'établissement mais aussi du contexte et de son environnement. Après avoir fait ce diagnostic, la suite est consacrée à en dégager les principaux thèmes et les premières actions à mettre en place pour optimiser l'offre de service.

### 2.1 Synthèse des points forts et points faibles de l'établissement

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'architecture du bâtiment reste malgré la date de sa construction tout à fait dans les normes de construction plus récente<sup>8</sup>.</li> <li>➤ La localisation au cœur de la ville ainsi que le stationnement possible devant le bâtiment.</li> <li>➤ La culture d'ancien foyer logement et la qualité reconnue du service apporté individualisé.</li> <li>➤ Proximité des services complémentaires à l'établissement (hôpital, médecins généralistes, soins de suite, kinésithérapeutes, autres établissements d'accueil personnes âgées, services à domicile...)</li> <li>➤ Le personnel est globalement sérieux et qualifié.</li> <li>➤ L'offre de service de l'établissement est adaptée aux besoins environnant tant en terme de qualité que de quantité de places.</li> <li>➤ Des animations régulières et variées sont mises en œuvre pour les résidents y compris des sorties à l'extérieur pour les plus valides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'architecture intérieure du bâtiment est difficile à faire évoluer car elle nécessite des investissements et des accords préalables (propriétaire des murs).</li> <li>➤ La décoration et l'entretien des locaux peuvent être encore améliorés et plus particulièrement les parties communes qui sont la vitrine de l'établissement.</li> <li>➤ La localisation au cœur de la ville empêche toutes modifications extérieures.</li> <li>➤ Les partenariats avec l'ensemble des offres de services pour personnes âgées doivent encore être développés.</li> <li>➤ Le personnel montre des signes de fatigue et un début d'usure professionnelle (absentéisme, conflits internes, démissions...)</li> <li>➤ L'ensemble des obligations sur la gestion des ressources humaines n'est pas en place.</li> <li>➤ La gestion des documents et des données tant sur le personnel que sur les usagers peut être améliorée.</li> </ul>

<sup>8</sup> En référence à : « Architecture et Gérontologie : Peut-on habiter une maison de retraite ? »

Par le tableau précédent je souhaite faire un état non exhaustif des différents constats fait au niveau de l'établissement après plusieurs mois d'observation et d'analyse de la situation.

Il est bien évident qu'une évaluation plus approfondie pourra être organisée et mettre en évidence d'autres points. Cette évaluation fera par ailleurs l'objet d'une action particulière à mettre en œuvre dans la suite de mon approche.

## **2.2 Analyse du diagnostic sur l'évolution du public et de ses besoins**

### **2.2.1 Conséquence de l'évolution du public accueilli**

Depuis son ouverture, l'établissement a vu sa population évoluer vers davantage de dépendance des personnes accueillies mais aussi vers des pathologies plus lourdes même si ces dernières ne nécessitent pas obligatoirement une médicalisation de type Unité de soins de longue durée. Cette situation se justifie par la combinaison de deux phénomènes :

- d'une part, les premières personnes arrivées ont vieilli. Leur état de santé s'est dégradé.
- d'autre part, les nouveaux arrivants sont le plus souvent des personnes qui ne peuvent plus être maintenues à domicile ; leur situation s'étant dégradée suite à un accident, ou tout simplement, par l'avancée vers le grand âge. En effet, souvent les personnes accueillies le sont suite à une hospitalisation et à un passage dans un centre de convalescence.

Cet état de fait montre bien, que même si la stratégie était de ne pas accueillir des personnes en situation de dépendance trop lourde, cela rendrait de plus en plus délicat la possibilité d'avoir un taux d'occupation satisfaisant et ainsi, garantir la pérennité de l'établissement et le maintien des prestations aux personnes qui y séjournent actuellement. De plus, les personnes n'ont pas forcément la possibilité d'aller ailleurs étant donné le manque de place sur les autres structures environnantes.

L'accueil de personnes âgées nécessitant un accompagnement plus important doit cependant faire l'objet d'une certaine prudence. En effet, il ne faut pas faire croître trop rapidement le niveau de dépendance (GMP) de l'établissement afin d'éviter un déficit de personnel, et ainsi ne plus être en mesure de garantir la qualité de la prise en charge des résidents. Cela est d'autant plus vrai que l'attribution de l'allocation des ressources en termes de dépendance et de soins ne se fait qu'une fois par an. Si l'évolution des personnes dépendantes accueillies était trop brutale en cours d'année, cela rendrait le maintien du niveau des prestations difficile sauf à recruter du personnel sans avoir le

financement pour celui-ci, ce qui ne serait pas sans conséquences sur le budget de l'établissement.

### **2.2.2 Préconisation pour répondre à l'évolution du public accueilli**

Face à cette situation et à l'évolution de la population je pense que pour rendre le meilleur service possible il faut continuer sur la même orientation que celle prise lors de la décision de préparer le conventionnement tripartite de l'établissement avec sa médicalisation. Il est donc important de préparer le renouvellement de la convention pour 2008 en continuant d'améliorer l'offre d'un point de vue médical. Cependant, cette médicalisation ne doit rester qu'un aspect d'un ensemble concourant à apporter une prestation hôtelière de qualité. Il ne faut pas oublier que la vocation première de ce type de structure est d'apporter un confort de vie le plus proche possible de ce qui se fait pour des personnes à domicile. Il faut continuer à développer l'ensemble des activités au sein de l'établissement mais aussi entretenir le lien social avec l'extérieur de la structure pour rompre l'isolement des personnes âgées. Même si cela semble paradoxal du fait de la cohabitation des résidants, les personnes accueillies se sentent bien souvent seules et en rupture avec le monde extérieur par manque de contacts avec d'autres catégories sociales que des personnes âgées. Etant donné leurs difficultés à aller vers le monde extérieur du fait de leur mobilité réduite, il me semble important d'essayer de faire se rapprocher au maximum, le monde extérieur pour qu'il participe à la vie au sein même de la structure.

Afin d'apporter une réponse à cette situation, le lancement d'un programme d'animation faisant intervenir des personnes extérieures à la structure en nouant des liens avec des écoles, des organisateurs d'expositions, les familles sera le bienvenu. L'objectif étant de faire entrer la société dans l'établissement pour créer du contact et rompre avec cette image de maison dont l'organisation tourne autour du soin et de l'accompagnement à la fin de vie, image qui bien sûr n'est pas spécifique à cet EHPAD. Cet aspect de l'animation a pour but de favoriser la convivialité et ainsi rendre le séjour dans l'établissement plus agréable. Pour cela, il faut trouver des ressources tant humaines que financières. Il est important de les prévoir dans les prochains budgets et de les argumenter auprès des financeurs pour obtenir des moyens.

Un autre point à prendre en considération pour l'amélioration de l'offre hôtelière passe par l'aspect visuel que donne l'établissement vis-à-vis des personnes extérieures mais également des résidants. En effet, l'accueil et l'apparence des lieux sont les premières images offertes à toutes personnes entrant dans l'établissement. Je pense qu'il est important de lancer un programme de nettoyage et de rénovation du hall d'entrée pour l'organiser de manière plus intime et convivial et ainsi donner aux familles l'envie de venir passer un moment avec leurs parents. Le cadre de vie est l'une des facettes qui permet de donner de la gaîté et une forme de bien-être pour les résidants et les visiteurs.

Pour compléter cette approche, il reste un point important concernant le phénomène de rupture que peut représenter l'entrée d'un résidant dans la structure. Une réflexion sur le sujet doit être conduite afin de trouver des réponses adaptées à cette difficulté, cela peut passer par une prise de contact anticipée à l'arrivée dans l'établissement. En tout état de cause et pour recueillir le maximum de piste de travail sur cet aspect, il faut faire appel à l'ensemble du personnel pour mutualiser les idées, les évaluer, et commencer à les mettre en place. L'objectif est de limiter ces instants souvent difficiles à vivre pour les personnes âgées et leur famille.

Compte tenu de mes observations et des discussions avec les salariés, je proposerais les améliorations suivantes :

- Révision du livret d'accueil mais également la mise en place d'une procédure visant à formaliser l'ensemble des aspects qui doivent être abordés avec les résidants et leur famille pour une intégration la plus agréable possible au sein de la structure.
- Une réflexion pourra également être envisagée concernant les projets individuels de chaque résidant. Celle-ci sera le complément et la suite logique de la procédure d'accueil.

Elle permettra le renforcement de la notion d'individualisation des prestations et apportera une meilleure connaissance de chaque résidant pour mieux l'accompagner et le servir. Cette approche existe plus ou moins dans l'établissement mais elle nécessite plus de formalisme et de rigueur pour véritablement entrer dans les pratiques.

Ces préconisations pourront être vérifiées et faire l'objet d'un complément d'analyse dans la mesure où une partie du projet de remobilisation des personnels traitée dans la suite de cette étude, consiste à la réalisation d'une auto-évaluation de l'établissement. Cette évaluation fera ressortir l'ensemble des points à améliorer et sera accompagnée d'une réflexion permettant d'en dégager les principaux axes de travail.

### **2.3 Analyse du diagnostic sur la gestion des ressources humaines**

C'est sur ce point qu'il me semble le plus urgent de mener des actions. En effet, les tensions entre les salariés, le manque de prise d'initiatives, les absences, les difficultés que chacun peut ressentir dans son positionnement professionnel doivent être prises en considération et nécessitent une remobilisation des équipes pour tenter de résoudre ces difficultés.

À ce jour, les principaux outils de gestion des ressources humaines ne sont pas mis en place ou sont à revoir. Ce point est essentiel à traiter pour deux raisons :

- d'une part, pour anticiper tout ce qui concerne les départs, les recrutements, les remplacements et l'évolution des besoins de compétences.

- d'autre part, parce que cela va montrer l'intérêt que porte la direction à l'ensemble des salariés et ainsi, participer à la reconnaissance de façon générale du travail effectué mais également de l'importance de chacun pour le bon fonctionnement de la structure.

L'aspect gestion des ressources humaines est un outil essentiel de motivation, de respect et de suivi des salariés. Engager une démarche participative en responsabilisant le personnel aura des répercussions sur la qualité du service délivré aux usagers. Trop souvent, on oublie que des personnels qui se sentent bien dans leurs activités et dans la structure pour laquelle ils travaillent, sont forcément plus performants, plus agréables, plus disponibles et apportent alors un meilleur service aux personnes âgées.

Un autre point à améliorer concerne, à moyen terme, l'implication des salariés dans le fonctionnement de l'établissement. Le renouvellement de la convention tripartite mais également la loi 2002-2, obligent l'établissement à réaliser une auto-évaluation. Ces engagements doivent être le moment privilégié pour une participation active des salariés à cette approche. Elle va permettre la mise en évidence des aspects positifs de fonctionnement mais aussi les divers dysfonctionnements de l'ensemble de la Résidence. De plus la prise de conscience que cela va provoquer chez le personnel favorisera une remise en cause et une réflexion sur les pratiques professionnelles.

Cette obligation d'auto-évaluation dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite en 2008 mais aussi de la loi 2002-2 apportera un appui supplémentaire pour engager les équipes dans cette démarche. Le démarrage de cet auto-diagnostic doit être rapide car il est demandé aux établissements n'ayant pas rempli leurs engagements et objectifs d'amélioration de la qualité<sup>9</sup> pris lors de la signature de la première convention, de bien vouloir compléter leurs mises en œuvre pendant une année supplémentaire, avant d'envisager un nouvel engagement pour cinq ans. À cela, s'ajoute la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui demande une évaluation interne tous les cinq ans et externe tous les sept ans ; cette évaluation servant de base au renouvellement des autorisations de fonctionnement. Cette démarche d'évaluation interne doit être réalisée pour début 2009.

## **2.4 Deux axes de travail retenus suite à cette analyse**

Il sera trop contraignant de traiter en même temps l'ensemble des constats réalisés à la fois sur la gestion des ressources humaines, sur l'accueil, les projets de vie, l'animation... Je propose de recentrer ma démarche sur la volonté de mobiliser l'équipe. En effet, il sera

---

<sup>9</sup> Circulaire « DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 »

alors plus facile de lancer d'autres projets d'amélioration des prestations avec une équipe plus motivée et plus soudée.

Pour cela, **deux axes de travail** doivent être entrepris et privilégiés :

- Le premier consiste à la description des postes<sup>10</sup> occupés pour redéfinir un cadre de travail et profiter de cet instant pour écouter le ressenti des salariés.
- Le second vise à la réalisation de l'auto-évaluation avec l'outil « ANGÉLIQUE » pour impliquer le personnel<sup>11</sup> et faire le point sur les items nécessitant des actions, avec la possibilité d'analyser l'évolution depuis cinq ans de l'ensemble des aspects déjà évalués lors du conventionnement de l'établissement en 2003.

Le contenu de ces deux axes sera un préalable au lancement d'autres actions. De plus, ils vont permettre la préparation de l'établissement à la possibilité qui lui sera offerte d'augmenter les ressources humaines dans le cadre du plan solidarité grand âge et des mesures tendant à améliorer le taux d'encadrement dans les maisons de retraite par une argumentation réfléchie.

Ce doit être également l'occasion, de la préparation au renouvellement de la convention tripartite dont l'échéance est proche, mais aussi, de répondre à l'obligation d'évaluation interne prévue par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale.

L'ensemble de ces mesures permettra une redynamisation des équipes et par la même une remobilisation avec pour objectif l'amélioration de la qualité du service apporté par l'établissement aux résidents et à leur famille.

Les deux parties ainsi développées doivent :

- d'une part redonner un cadre de référence, repositionner chacun dans son action au service des usagers et rétablir un dialogue entre les salariés et la direction.
- d'autre part fixer un objectif commun par un travail en équipe sur un projet d'analyse du fonctionnement et des prestations de l'établissement.

Ces deux axes de travail relanceront l'ensemble de l'établissement dans une démarche de progrès et d'amélioration de la qualité. Le fait de donner des objectifs et des perspectives dans l'avenir de la structure va impulser une dynamique permettant d'avancer et de reconstruire le projet d'établissement.

#### **2.4.1 Actions concernant le premier axe**

L'action du premier axe consiste en un cadrage plus précis de toutes les fonctions exercées au sein de la structure et nécessaire à son bon fonctionnement. Pour cela, il me

---

<sup>10</sup> « Manager son équipe au quotidien » Bernard Diridoullou Chapitre 1

<sup>11</sup> « Penser le management en action sociale et médico-sociale » Jean René Loubat Chapitre 10

semble important de commencer par la réalisation de toutes les fiches métier, desquelles pourront découler des fiches de poste plus proche des missions et des tâches effectuées par chaque salarié. Après avoir établi tous ces documents, il y aura ainsi un référentiel de l'ensemble des métiers de l'établissement et des spécificités pouvant être attachées à certain poste. Cet outil mis en place va de façon plus générale faciliter le recrutement de nouveaux salariés, par un repérage des compétences en adéquation avec le métier. Concernant les nouveaux arrivants, il favorisera leur intégration par une définition plus claire des missions et des tâches attendues des activités quotidiennes. Il est indispensable que chacun connaisse son cadre de travail pour pouvoir se concentrer sur ses activités et éviter des croisements de fonction non maîtrisés, source de conflits entre les personnes.

Les spécificités de chaque poste ainsi définies, il sera possible de réaliser chaque année des entretiens d'appréciation et de progrès pour tout le personnel avec une référence commune tant pour le responsable hiérarchique que pour le collaborateur qui saura ce sur quoi il va être évalué. Cette approche va également servir de moyen d'appropriation et de reconnaissance du travail de chacun, de son apport pour le fonctionnement de l'établissement, et par là même, de la qualité du service apporté à toutes les personnes accueillies. Lors de ces entretiens, il sera mis en place des objectifs individuels en lien avec les objectifs globaux d'amélioration du fonctionnement et de la qualité des prestations délivrées tant aux usagers qu'aux familles. Il sera également validé les éventuels changements à apporter aux fiches de poste et les besoins de formations pourront en découler pour être planifiés sur le plan prévu à cet effet.

Ces documents seront réalisés avec les salariés afin qu'ils s'approprient leur mission et de ce fait se sentent plus impliqués dans la prestation qu'ils peuvent apporter. Cette participation est un moyen de responsabilisation favorisant la qualité du travail accompli par chacun.

L'écriture des fiches métier et plus particulièrement des fiches de poste se fera de façon hiérarchisée en débutant par celle du directeur pour les décliner ensuite sur chaque responsable et ainsi de suite. Par ce principe, il sera redonné un cadre de travail à chacun et ainsi limiter les conflits internes résultant de la superposition de tâches possibles d'un poste sur l'autre. Je ne dis pas qu'il ne doit pas exister des relations entre les métiers mais celles-ci doivent être connues de chacun et permettre un travail en commun sans faire l'objet de lutte interne pour déterminer qui est responsable de quoi.

#### **2.4.2 Actions concernant le second axe**

L'action du second axe consiste à la réalisation de l'auto-évaluation avec pour objectif l'implication des personnels. Cette approche doit contribuer par son principe participatif à la remobilisation des équipes autour de la nécessité de questionnement que cela implique



mais aussi de la possibilité qu'elle donne d'échanger sur la qualité des prestations et du service que chacune des fonctions de l'établissement apportent. Ainsi mutualiser toutes les idées et les pratiques est une bonne opportunité d'enrichir le débat pour que chacun puisse en tirer profit. Cet autodiagnostic permet au delà d'une implication des personnels, la participation de l'ensemble des intervenants extérieurs mais aussi des familles et des résidents, ce qui donne un éclairage plus large de la perception de la qualité et du fonctionnement. Cette démarche pourra être complétée ultérieurement par l'approche qualité selon la norme AFNOR NF service X50-058<sup>12</sup> dont l'objectif est sensiblement différent.

Ce diagnostic passera par la constitution de groupes de travail en fonction des différents thèmes de la grille « ANGÉLIQUE »<sup>13</sup>. La participation active des salariés à cette approche et l'utilisation de cet outil doivent redonner du sens à l'action de chacun. Tout doit être organisé pour que l'autodiagnostic soit perçu comme une occasion de s'exprimer et de contribuer à la définition du projet d'amélioration qui découlera des constats faits lors de cette démarche. Il est important d'insister sur le fait que l'auto-évaluation n'est pas un contrôle du travail de chacun. Le seul objectif de cet outil est de réfléchir collectivement sur l'ensemble des points du fonctionnement et des prestations proposées par l'établissement. La finalité est que, de cette étude, s'élabore un plan d'action d'amélioration du service, où chacun pourra apporter sa contribution, quelque soit son positionnement dans la structure. Il faut bien insister sur le fait que s'auto-évaluer ne veut pas dire se sanctionner mais bien se donner une chance de progresser par une meilleure connaissance de ses points faibles et de ses points forts.

L'initiation d'une telle démarche, compte tenu des changements comportementaux qu'elle implique, ne se fera pas sans difficultés. Je me propose dans la suite d'essayer d'envisager les difficultés que je vais potentiellement rencontrer avant de passer dans la dernière partie de mon étude à l'explication de la méthode et des moyens de concrétisation de ces deux axes.

## **2.5 Réflexion sur les difficultés envisagées**

Il me semble nécessaire, avant d'exposer la mise œuvre des deux axes, d'imaginer les difficultés qui vont être rencontrées. En effet, l'objectif de la suite de cette étude est d'expliquer le déroulement et la méthode de travail pour concrétiser ces actions. Il est bien évident que tout ne se passera pas sans perturbation et que je serai confronté à des

---

<sup>12</sup> Voir page 108 ouvrage d'Alain VILLEZ aux éditions Dunod 2005

<sup>13</sup> Outil se présentant sous la forme d'un tableau « Microsoft Excel » avec 4 thèmes et 147 questions disponible sur : « [www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/qualite\\_ehpad/sommaire.htm](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/qualite_ehpad/sommaire.htm) »

résistances et des freins qu'il faudra traiter le moment venu après en avoir analysé les différents aspects. Cette volonté de participation du personnel sera un changement important qui devra faire l'objet d'un accompagnement durant toute la démarche. Par cette réflexion, je souhaite mieux anticiper les obstacles et peut-être pouvoir éviter certains écueils en répondant plus efficacement aux réticences des acteurs au changement.

La possibilité qui va être donnée aux personnels de réfléchir sur leur poste et leurs activités en donnant leur avis risque de les dérouter. En effet, les quelques occasions qui leurs sont données de s'exprimer ne font pas l'objet de beaucoup de remarques. Il est toujours difficile pour un salarié de donner un avis sur son propre travail ou de parler de lui. À savoir qu'il y a souvent un écart entre le désir des salariés et la réalité des objectifs à atteindre. Malgré de réelles motivations et mobilisations du personnel, les résistances existent par crainte d'être jugé ou déjugé par ses pairs ou la hiérarchie. Il sera donc important de les stimuler par un questionnement fréquent et surtout de bien montrer que tous les avis sont entendus et pris en considération. Il est évident que la démarche devra démarrer progressivement et que la communication faite avant de passer à l'action concrète aura un impact très important. Aucune interrogation de la part des salariés ne devra être ignorée durant cette phase. Les chefs de services et plus particulièrement moi devront montrer des signes forts d'ouverture et d'intérêt pour rendre le débat le plus libre possible. Il est important que chacun puisse s'exprimer et que ceux qui ne le feront pas dans cette période de communication globale puissent malgré tout être écoutés de façon individuelle sans formalisme pour faciliter le dialogue. Si vraiment la parole donnée semble ne pas être utilisée, par crainte du jugement du responsable ou de ses pairs, peut-être faudra-t-il faire appel à un intervenant extérieur qui, par sa neutralité et sa méconnaissance de la structure, facilitera la libération de parole.

Par ailleurs l'opportunité de prendre la parole ainsi donnée peut amener à des règlements de compte entre personnes ou groupes de personnes. Il faudra impérativement canaliser l'émergence de ces conflits internes et essayer d'en tirer les enseignements afin d'améliorer les relations et le fonctionnement entre les individus et les services et de ce fait redonner une cohésion à l'équipe.

Il est toujours complexe d'anticiper les problèmes, d'autant que l'on ne peut en avoir qu'une idée générale. Simplement, je pense qu'il faut m'y préparer par des hypothèses de scénarios et prendre en compte le temps que cela va nécessiter pour les analyser et y apporter des réponses. Dans ces moments, il est essentiel de ne pas s'isoler mais de savoir prendre appui auprès d'autres dirigeants vivant des situations identiques. Parler, c'est se donner la possibilité de réfléchir aux solutions qui peuvent être envisagées.

Ce questionnement sur les difficultés est loin d'être exhaustif. Il faut juste le garder en tête et s'y préparer pour pouvoir y répondre au moment venu.

Un autre aspect délicat de la démarche me semble t-il, concerne l'organisation de toutes les réunions et donc la libération de temps pour les salariés afin qu'ils puissent participer à l'ensemble de ces moments. Un travail important devra donc être fait sur les plannings des personnels avec la mise en place de remplacement pour assurer la continuité du service.

De plus, il va être difficile de trouver des espaces de temps commun entre les différents intervenants aux réunions pour deux raisons :

- d'une part du fait d'un travail avec des horaires décalés au niveau des salariés.
- d'autre part concernant l'axe sur l'auto-évaluation par l'implication de personnes extérieures à l'établissement.

Arriver à concilier tous ces paramètres va demander une rigueur d'organisation très importante mais aussi plus de souplesse sur les horaires de la part des salariés. Cette démarche n'aboutira que si elle est acceptée par le personnel.

La suite de cette étude doit justement préparer au mieux le déroulement pour limiter au maximum les blocages que celle-ci peut susciter. Il s'agit d'initier tout ce processus dans les conditions les plus favorables. Vouloir améliorer le service apporté par l'établissement demande forcément un investissement. Mais il faut accepter ces contraintes si l'on veut progresser et avoir la satisfaction de bien faire son travail pour voir des résidents et leurs familles satisfaits des prestations délivrées par l'ensemble des équipes.

### 3 Mise en œuvre et évaluation des actions

#### 3.1 Description préalable à la mise en œuvre des actions

##### 3.1.1 Plan de communication

De façon générale, il me semble impératif de débiter par une communication interne et externe auprès des salariés, des résidants, des familles, des amis et des bénévoles pour les informer des actions qui vont être engagées.

Concernant les salariés, cet échange devra être basé sur la confiance à établir avec les équipes mais également comme dit précédemment s'appuyer sur le fait que des échéances approchent et qu'il est temps de penser à anticiper les orientations de l'établissement. La première étape passera par une information des délégués du personnel suivie par celle de l'ensemble des salariés en tenant compte des éventuelles remarques faites par ceux-ci pour montrer l'intérêt que j'y aurai porté et ainsi démontrer que les actions qui vont être entreprises, requièrent la participation de chacun d'entre eux.

Le discours tenu sera le suivant :

*« À ce jour des outils de gestion des ressources humaines manquent dans l'établissement ou ne sont pas à jour. Cet aspect fera l'objet de la première partie du projet que je souhaite faire avancer avec vous. Je propose de reconstruire ces outils avec votre participation afin que chacun trouve ou identifie sa place et puisse travailler selon la description qui sera faite de son poste dans un cadre déterminé. Cette approche donnera la possibilité de réaliser un entretien annuel avec chaque salarié et son responsable puisque les fiches de poste établies nous fixeront un cadre commun pour cet échange. L'objet de cet entretien sera l'appréciation du travail effectué et la mise en place d'objectifs de progrès pour l'année à venir. Ce sera également l'occasion d'une discussion ouverte avec son responsable pour échanger sur l'ensemble des points positifs ou négatifs et d'essayer de trouver ensemble des solutions de développement des compétences de chacun ainsi que de meilleures conditions de travail avec pour finalité l'amélioration du service rendu aux résidants.*

*L'autre partie de ce programme va consister à réaliser de façon participative l'auto-évaluation de l'établissement en se basant sur l'outil « ANGÉLIQUE » qui a déjà été utilisé ou que certains d'entre vous connaissent suite au conventionnement de l'établissement en 2003. Ce principe n'a pas pour but de sanctionner les pratiques et les dysfonctionnements de la structure et des personnes qui y travaillent mais plutôt de les identifier clairement pour en dégager un plan d'action commun ayant pour objectif de les supprimer ou tout du moins de les améliorer.*

*Je ne vous cache pas que les actions que nous allons engager vont demander à chacun d'entre nous des efforts pour les mener à bien. Cependant, c'est le passage obligé pour améliorer le service rendu aux usagers. Cela permettra que chacun se sente mieux dans son travail et puisse non seulement s'exprimer mais aussi être entendu dans ses attentes. L'action menée auprès des personnes âgées est souvent difficile et éprouvante d'autant que celles-ci sont de plus en plus dépendantes ou souffrent de pathologies plus lourdes. Cette évolution demande à chacun d'entre nous plus d'efforts et rend le travail plus dur physiquement et psychologiquement. Il faut donc que les équipes soient soudées pour que chacun puisse avoir le soutien des autres, ce qui j'en suis convaincu est déjà le cas à ce jour mais que nous devons entretenir et encore renforcer. Ces appuis mutuels dans le travail doivent tendre à un mieux être dans toutes vos activités ».*

Ce discours aux équipes va certainement faire ressortir des questionnements et des craintes sur le travail supplémentaire qui va être demandé. Mais je pense que l'occasion de s'exprimer sur leur travail et le fonctionnement de la structure va aussi les encourager. Il faudra donc impérativement que je donne des signes de reconnaissance en allant dans le sens des remarques qui seront faites pour montrer mon implication et celle des cadres. Une écoute favorable des éventuelles propositions et une concrétisation rapide de celles-ci renforcent le sentiment pour les équipes d'être entendues et comprises.

Concernant les résidents et leur famille, une réunion du Conseil de la Vie Sociale permettra la communication des démarches qui seront engagées, accompagnée par des explications à propos de l'outil « ANGÉLIQUE » et leur participation au diagnostic. Une copie des documents concernant l'outil pourra être communiquée à ceux qui le souhaitent afin qu'ils puissent mieux se l'approprier et apporter tout leur soutien s'ils le désirent. Cette communication sera complétée par un courrier<sup>14</sup> qui sera joint à la facture du mois pour que tous les résidents soient informés du projet d'auto-évaluation. Chacun pourra ainsi poser d'éventuelles questions et des réponses seront données pour compléter ce qui aura déjà été dit.

Afin de confirmer les engagements de l'établissement dans cette volonté d'amélioration et de participation, des informations seront insérées chaque mois dans le journal d'animation pour faire le point sur l'avancement du projet.

Cette communication sur le déroulement des actions devra être formalisée clairement pour être comprise par l'ensemble des destinataires. C'est par la régularité des informations que l'établissement montrera son réel engagement dans ce processus

---

<sup>14</sup> Cf courrier en annexe 1

d'amélioration du service, en présentant bien tous les objectifs qui seront fixés et les actions abouties. Pour certaines d'entre elles, au delà de la simple communication, un retentissement direct devrait être visible sur le terrain.

### 3.1.2 Description de l'axe concernant la réalisation des fiches de poste

L'objectif de cet axe consiste à mettre en place l'ensemble des documents concernant les postes de l'établissement. L'approche doit commencer par un inventaire de l'ensemble des fonctions existantes et la définition des fiches métier qui serviront de base à chacun dans la réalisation de sa fiche de poste. Afin de faciliter le travail, je pense que tout ne doit pas être réinventé et qu'il faut se baser sur des références existantes pour commencer la construction des documents. Il existe des trames de fiches métiers qui me serviront de support dans cette construction.

Ce que j'entends par métier correspond à une définition succincte des différentes fonctions existantes au sein de la structure et des compétences nécessaires pour les occuper.

#### Recensement des métiers existant dans l'établissement :

SOUS ENSEMBLE	METIER
ADMINISTRATIF	Direction
	Attachée administrative
	Secrétariat accueil comptabilité
HÔTELLERIE	Responsable hôtelière
	Responsable animation
	Technicien de maintenance et entretien
	Agent de service hôtelier
SOINS	Médecin coordonnateur
	Infirmière référent
	Infirmière
	Psychologue
	Aide soignant
	Aide médico-psychologique

### **Définition des métiers de l'établissement :**

L'ensemble des définitions des métiers citées ci-dessous ont été tirées de données trouvées sur le site internet de l'ANPE<sup>15</sup> ou de textes réglementaires. Celles-ci ont été adaptées aux spécificités et aux missions de l'établissement.

- **Directeur de maison de retraite<sup>16</sup>**

Le directeur d'une maison de retraite est responsable du bon fonctionnement d'un lieu de vie qui accueille des personnes âgées souvent en perte d'autonomie, voire totalement dépendantes. Il dirige un établissement qui peut être indépendant ou filiale d'un groupe, de taille plus ou moins importante.

*Chargé de la direction et de la gestion de l'établissement, il doit être un véritable animateur impulsant un projet institutionnel dynamique, au bénéfice des résidents, mis en œuvre par l'ensemble des personnels.*

*L'accomplissement de ses missions suppose un niveau de compétences et une réelle expérience professionnelle.*

- **Attachée administrative**

Saisit et présente des documents (courriers ou rapports) pour un service, un cadre ou son supérieur hiérarchique, à l'aide de techniques bureautiques et en particulier du traitement de texte. Trie, dépouille, classe des documents, transmet le courrier et organise matériellement les déplacements et les rendez-vous de son supérieur hiérarchique. Transmet ou filtre les communications téléphoniques et assure le premier niveau de contact entre le service et l'extérieur.

- **Secrétariat accueil comptabilité**

Classe, pointe, vérifie les documents nécessaires à la saisie des informations pour un ou plusieurs services de l'entreprise. Effectue l'enregistrement des données alphanumériques, numériques ou comptables, le plus souvent à l'aide d'outils informatiques (micro-ordinateur, traitement de texte, tableur, base de données). Effectue la saisie, le codage ou le suivi informatique de l'ensemble ou d'une partie des tâches administratives liées aux opérations financières réalisées par la clientèle ou par la banque elle-même (effets, virements, chèques, titres, devises...). Selon la taille de l'entreprise,

---

<sup>15</sup> <http://rome.anpe.net/candidat/index.php> [Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME)]

<sup>16</sup> Partie en italique tirée de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 Annexe I 4.2 a/

peut aussi assurer le tri, la distribution du courrier, la gestion des commandes et des stocks de fournitures de bureau.

- **Responsable hôtelière**

Encadre, coordonne et contrôle l'ensemble du personnel et les différents services liés à l'hébergement (étages, réception, hall, entretien...). Recrute, forme et anime l'équipe de travail, définit les règles de fonctionnement. Organise et développe l'activité d'hébergement sous le contrôle de la direction.

Elabore le budget prévisionnel, fixe et met en œuvre la politique commerciale de l'établissement. Peut, selon la taille et la catégorie de l'établissement, remplacer ponctuellement le directeur.

- **Responsable animation**

Organise et anime des activités ludiques, artistiques ou manuelles ne comportant pas de technicité particulière, à des publics différents (jeunes, adultes, 3ème âge...) dans un but de distraction et de détente.

Est chargé de l'organisation pratique matérielle des activités (espaces, moyens...). Peut être spécialisé dans certaines activités ou doit adapter les prestations à un public donné.

Selon le niveau de responsabilité, peut élaborer et organiser un projet d'animation, coordonner des activités et encadrer une équipe d'animateurs.

- **Technicien de maintenance et entretien**

Procède à des interventions de maintenance, d'entretien et de dépannage dans des champs techniques ou technologiques différents (électricité, mécanique...) à partir de consignes, plans, schémas. Remet en état, par échange de pièces ou par réparation des installations (cuisines, éclairage...), des matériels, des réseaux (téléphoniques, électriques...). Peut aussi intervenir sur la réalisation de travaux neufs (installation, amélioration, modification) ou encore dans la gestion (administrative, technique...). Participe aux travaux de création, d'aménagement et d'entretien des espaces verts, parcs, jardins à l'aide d'outils manuels ou motorisés et d'engins motorisés.



- **Médecin coordonateur**<sup>17</sup>

Il est compétent en gérontologie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gérontologique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé.

Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution, il est aussi l'interlocuteur médical des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, dans le cadre de sa fonction de coordination.

Il donne un avis sur les admissions permettant une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné.

Il évalue les soins et élabore le dossier médical des résidants en préservant le secret de celui-ci et participe au suivi du dossier de soins infirmiers. Le dossier médical, contient au minimum des données sur le(s) motif(s) d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et, éventuellement, les mesures de prévention mises en œuvre et leur évaluation. Il paraît en effet souhaitable de définir un dossier type, pour l'établissement, accepté par tous les médecins traitants, qui laisseront alors les dossiers de leurs patients au sein de l'institution, dans un local permettant de garantir le secret médical.

Il participe à la sensibilisation à la gérontologie des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute...).

- **Infirmier / Infirmière référent**

Prévoit, organise et dispense des soins de sa propre initiative (soins d'entretien, de continuité de la vie), ou sur prescription médicale (perfusion, traitement antibiotique, injection...).

Doit faire face à des situations d'urgence dans lesquelles la vie des personnes peut se trouver menacée. Joue un rôle déterminant d'intermédiaire à l'intérieur de l'équipe soignante (aides-soignants, médecins...) et à l'extérieur (malade, entourage du malade, services sociaux...).

Peut assurer des actes de prévention, d'éducation, d'hygiène et de santé lutte contre le cancer, l'alcoolisme, éducation des diabétiques.

Participe souvent à la formation des stagiaires (élèves aides-soignants, infirmiers...).

---

<sup>17</sup> Définition tirée de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 Annexe II

Encadre le personnel et collabore à sa formation. Assure la responsabilité des soins préventifs, curatifs. Gère le matériel, les locaux et parfois le budget d'une unité de soins, dans le but d'optimiser les moyens et d'accroître la qualité des services. Peut intervenir dans la dispense de soins, d'actes médicaux, médico-techniques ou de rééducation. Peut parfois superviser l'activité des infirmiers.

- **Infirmier / Infirmière<sup>18</sup>**

Prévoit, organise et dispense des soins de sa propre initiative (soins d'entretien, de continuité de la vie), ou sur prescription médicale (perfusion, traitement antibiotique, injection...).

Doit faire face à des situations d'urgence dans lesquelles la vie des personnes peut se trouver menacée. Joue un rôle déterminant d'intermédiaire à l'intérieur de l'équipe soignante (aides-soignants, médecins...) et à l'extérieur (malade, entourage du malade, services sociaux...).

Peut assurer des actes de prévention, d'éducation, d'hygiène et de santé (lutte contre le cancer, l'alcoolisme, éducation des diabétiques).

Participe souvent à la formation des stagiaires (élèves aides-soignants, infirmiers...).

- **Psychologue**

Etudie les phénomènes de la vie affective, intellectuelle et comportementale des personnes. Conçoit et met en œuvre des méthodes spécifiques d'analyse, d'évaluation, de soin psychologique, de conseil et de prévention.

Peut aussi mettre en œuvre des thérapies en utilisant un médiateur de type verbal ou corporel (psychodrame...), de type matériel (expression graphique, thérapie par l'eau, par la musique...). Sous certaines conditions, la thérapie peut consister en une investigation des processus psychiques inconscients comme la psychanalyse. Participe parfois au projet éducatif, pédagogique ou médical de l'institution. Peut contribuer à la formation des soignants des étudiants en psychologie ou en médecine.

- **Aide-soignant/Aide-soignante en gériatrie**

Aide à l'exécution des soins d'hygiène et de confort de la personne (toilette, repas...).

Collabore aux soins curatifs (prise de température, courbe de poids...) et à la prise en charge psychologique de l'individu. Assure le rôle d'intermédiaire entre la personne, son entourage et l'équipe soignante.

---

<sup>18</sup> Voir aussi le décret N° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Peut aussi participer à l'accueil de stagiaires. Tous les actes d'un aide-soignant s'effectuent sous la responsabilité d'un infirmier.

- **Aide médico-psychologique**

Conduit une action éducative auprès de différents publics (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées) éprouvant des difficultés d'origine sociale, culturelle ou individuelle (psychologique ou physique), dans le but d'éveiller et de développer leurs capacités et leur personnalité et de favoriser leur intégration ou réintégration dans la vie sociale.

Agit en fonction des objectifs de la structure et de la législation en vigueur. Peut être spécialisé sur des champs d'intervention (soins, action judiciaire, insertion professionnelle...) ou des publics particuliers.

- **Agent des services hôteliers**

Effectue les travaux de nettoyage, d'entretien et de remise en ordre de l'ensemble des locaux (dortoirs, bibliothèques, chambres de malades, salles de soins...) d'un établissement, hospitalier, de cure, de soins...

Assiste ou remplace le professionnel dans l'exercice des tâches les plus simples : petits travaux d'entretien ou aide à la prise de médicaments, préparation des instruments, du matériel...

Peut effectuer des petits travaux de cuisine (préparation des légumes, réalisation de mets simples) et assurer le service des repas ou la desserte des tables. Peut également participer à la vaisselle.

Cette première approche des différents métiers de l'établissement servira de base pour que l'ensemble des postes puissent être définis.

L'objectif est maintenant d'élaborer un document de référence à remettre aux salariés pour la réalisation des fiches de poste afin que chacun puisse avec la fiche métier correspondant à ses fonctions et la trame de la fiche de poste réfléchir de façon individuelle avant un entretien avec son responsable.

En préalable à la réalisation de la trame des fiches de poste, je propose de donner une définition et d'expliquer son utilité, la forme et la finalité de ce document.

### **Définition d'une fiche de poste :**

Un poste est un ensemble de situations de travail individuelles et localisées, occupé par une personne.

C'est le poste qui constitue l'unité la plus précise, correspondant à une situation de travail réelle, concrète à un moment donné et un endroit donné. Il y a donc, le plus souvent, autant de postes de travail que d'agents dans une organisation.

La fiche de poste permet d'appréhender, dans le cadre du métier et de l'emploi définis, la réalité des fonctions, des activités et des tâches exercées pour fixer des objectifs.

### **Présentation de la fiche de poste et de sa réalisation :**

La fiche de poste est un outil de communication et une référence permettant un dialogue personnalisé entre un supérieur hiérarchique et son collaborateur :

- le responsable hiérarchique indique ce qu'il attend du collaborateur affecté à un poste.
- le titulaire expose sa compréhension du poste, de sa mission, de son rôle.

La fiche de poste est un outil qui décrit et clarifie les éléments fondamentaux d'une situation professionnelle :

- l'intitulé du poste.
- l'identité du titulaire.
- le positionnement du poste dans l'organisation.
- la finalité du poste.
- le contexte.
- les missions.
- les activités.
- les compétences requises.

La fiche de poste est un cadre de référence commun à partir duquel sont formalisés :

- la définition d'objectifs professionnels.
- Un inventaire des activités.

La mise en place des fiches de postes :

- permet une identification claire des domaines et des niveaux de compétences requis pour chaque emploi.
- permet de délimiter précisément le champ d'action des personnes et d'éviter des superpositions d'actes.
- sert de repère pour toute personne évoluant ou souhaitant évoluer au sein de la structure (chacun pourra recenser ses points forts et les points à améliorer sur son poste)

La fiche de poste constitue un outil de base à l'entretien professionnel pour rendre compte des besoins en formation nécessaires à toute évolution mais également à l'entretien individuel d'appréciation et de progrès en fixant un cadre de référence pour les échanges entre le salarié et son supérieur hiérarchique.

La réalisation des fiches de poste nécessite que chacun ait une trame commune pour y inscrire l'ensemble des données qui constituent celle-ci. Ce sont les titulaires des postes concernés qui sont le plus à même de réaliser la description de leurs missions, leurs activités, leurs tâches, le contexte et les compétences requises.

L'élaboration du contenu se fera conjointement lors d'un entretien entre le titulaire et son supérieur hiérarchique et sera l'occasion :

- d'échanger,
- faire le point,
- lever les malentendus éventuels,
- clarifier les responsabilités et les missions confiées,
- inscrire les objectifs généraux,

Cet entretien a pour but d'établir ensemble le contenu du poste dans le cadre d'un dialogue favorisant la communication entre l'agent concerné et son supérieur. Ce bilan est une occasion pour le collaborateur de s'exprimer sur son travail, d'être écouté, de préciser son rôle au sein de la structure, de donner les compétences spécifiques et de parler de sa motivation.

Bien sûr il ne faut pas voir la fiche de poste comme quelque chose de figé. Elle doit savoir évoluer et s'adapter en fonction du projet de la structure. Une première approche ne sera par parfaite et pourra être complétée ou modifiée pour rester en adéquation avec les changements intervenant sur l'ensemble des fonctions et leur organisation.

La description du poste doit être réaliste et représenter une photographie de la situation à l'instant et non une situation idéale ou souhaitée. Cette description doit être objective et donc relater les activités de l'agent et non ses qualités, points forts ou points faibles. C'est bien le poste qui est observé et non celui qui l'occupe.

Certains postes sont occupés par plusieurs personnes tel que les ASH, AS et AMP. Afin de ne pas compliquer et monopoliser trop de temps dans cette démarche, toutes les personnes ne pourront être impliquées sur la totalité de l'élaboration du contenu. Je propose donc de faire une description détaillée avec deux personnes. Cela servira de base à des entretiens plus rapides qui seront réalisés avec les autres afin de compléter ou modifier ce qui aura été décrit. Certains postes tels que ceux occupés de nuit ou en lingerie feront l'objet d'une description complète eu égard à leur spécificité.

## Éléments constitutifs d'une fiche de poste :

<b>Cadre d'identification</b>	Nom, prénom, coefficient, ancienneté dans le poste
<b>Intitulé du poste</b>	Quel est le nom utilisé pour désigner le poste ?
<b>Situation du poste</b>	Où est localisé le poste ? Où intervient le titulaire ? Quelle est sa place dans l'organigramme ?
<b>Finalité du poste</b>	Pourquoi l'institution a créé ce poste ? Pour satisfaire à quel besoin essentiel ? Définir en une seule phrase le poste tenu par la personne : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ par un verbe précisant le niveau de responsabilité du poste (assurer, garantir, contribuer, participer, maintenir)</li><li>➤ un domaine principal d'action</li><li>➤ les modalités de réalisation</li></ul>
<b>Contexte</b>	Indiquer les principaux éléments du contexte, en particulier : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ quel est le cadre politique et réglementaire relatif au poste ? (projet d'établissement, législation ...)</li><li>➤ quelles sont les caractéristiques liées aux conditions de travail ?</li><li>➤ quelles sont les principales relations à entretenir à l'interne et à l'externe ?</li></ul>
<b>Missions du poste</b>	Quels sont les 3 ou 4 domaines d'intervention du titulaire du poste?
<b>Activités du poste</b>	Que fait la personne dans son travail ? Quelles sont les activités qui contribuent à l'accomplissement des missions indiquées au paragraphe précédent ? Elles indiquent ce que la personne fait réellement dans son travail. Elles sont exprimées en verbes d'action (contrôler, conduire, conseiller, réparer, élaborer, construire, informer, animer, déléguer...)
<b>Compétences requises</b>	Quelles sont les compétences nécessaires pour une occupation optimale du poste ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Connaissances théoriques</li><li>➤ Compétences techniques ou méthodologiques</li><li>➤ Comportements attendus dans une situation donnée.</li></ul>

Un document de référence établi par avance permet la rédaction d'une fiche de poste<sup>19</sup>. Cette trame n'est pas figée et fera l'objet d'évolutions afin de l'adapter aux éventuels besoins qui ressortiront lors de la réalisation des entretiens. Si cela s'avère nécessaire il sera ajouter, modifier, ou supprimer des rubriques pour mieux répondre à la réalité des situations décrites.

Un chapitre sera consacré plus particulièrement à l'organisation et la planification de la réalisation de ces descriptions de poste.

### **3.1.3 Description de l'axe concernant l'auto-évaluation de l'établissement avec l'outil « ANGÉLIQUE »**

Cet axe repose sur l'évaluation des prestations et du fonctionnement de l'établissement.

Je considère cet axe plus délicat à organiser que le précédent. Deux raisons à cela :

- d'une part il nécessite une participation plus importante de l'ensemble des acteurs impliqués dans la structure.
- d'autre part l'outil par lui-même demande plus de travail en termes d'appropriation mais aussi de rigueur nécessaire pour qu'il puisse être bien exploité. De lui va découler un ensemble d'actions et d'objectifs d'amélioration du service rendu aux usagers qui vont engager l'établissement pour plusieurs années.

Afin de suivre plus particulièrement le bon déroulement de cet axe mais également de favoriser la transparence sur les réflexions engagées, un comité de pilotage sera constitué. Les réunions seront l'occasion d'échanger sur les difficultés rencontrées dans chaque groupe thématique pour y trouver des réponses. Ces comités de pilotage feront l'objet d'un compte rendu qui servira de base pour une communication sur le projet à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Dans un premier temps, il faut établir une synthèse explicative des grands principes de cet outil qu'est « ANGÉLIQUE » pour pouvoir le présenter et l'expliquer à l'ensemble des parties qui vont-être concernées.

Un point pose question : « doit-on ou non lors de l'évaluation avoir en tête celle qui a été faite fin 2002 ? ». Je pense que cet aspect devra faire l'objet d'une discussion avant de commencer la nouvelle évaluation afin que chacun puisse donner un avis. Pour ma part, j'estime que cela pourrait nuire à la qualité de jugement du fait de l'envie de comparer en permanence le passé et le présent. L'objectif étant bien entendu d'évaluer le présent tel qu'il est. Il sera toujours possible, après avoir déroulé toute la démarche, de mesurer les écarts entre les deux évaluations pour mieux comprendre les évolutions. Ce

---

<sup>19</sup> Cf annexe 2

questionnement aura pour intérêt, d'analyser ces écarts et d'en expliquer les causes afin de ne pas reproduire les mêmes erreurs s'il y en a eu. Quoi qu'il en soit, le débat reste ouvert et une décision sera prise en comité restreint avec les chefs de services.

### **Présentation de l'outil d'auto-évaluation :**

Le but de cet outil est d'aider les EHPAD à l'amélioration de la qualité du service en établissant un bilan qui dégage les points forts et les points faibles de la structure et en fixant des objectifs de progrès. Comme le dit Alain Villez dans son ouvrage<sup>20</sup> « *L'outil interroge de manière systématique pour l'ensemble des prestations proposées par les établissements toutes les exigences ou les recommandations du cahier des charges* ». Il parle là du cahier des charges des EHPAD établi dans le cadre des conventionnements tripartite.

Le fondement de cet outil est la participation de l'ensemble des équipes pour apprécier la qualité des prestations délivrées par l'établissement. L'origine de cette démarche d'évaluation dans les EHPAD date de la réforme de la tarification de 1999. Celle-ci a par ailleurs été reprise pour tous les établissements du secteur social et médico-social dans la loi 2002-2 réformant l'action sociale et son obligation d'évaluation interne tous les cinq ans et externe tous les sept ans. Cette dernière sert de base au renouvellement des autorisations de fonctionnement. L'approche demandée par la loi 2002-2 à tous les établissements peut-être comparée au principe du renouvellement des conventions tripartites pour les EHPAD, elle permet donc de vérifier ponctuellement la qualité des prestations servies.

Ce processus interne et participatif doit permettre l'élaboration d'un plan d'action d'amélioration de la qualité du service apporté par la structure d'accueil aux personnes âgées. En formalisant cette auto-évaluation l'établissement et tous les intervenants vont prendre un certain recul sur le fonctionnement et les pratiques professionnelles. Ils appréhenderont mieux ce qui est demandé aujourd'hui et ce qui le sera demain. Des améliorations et des nouveaux objectifs pourront être définis et proposés par les salariés pour mieux répondre aux besoins des usagers. L'outil va permettre en fonction des actions retenues de déterminer les moyens nécessaires pour mener à bien les buts qui auront été fixés.

---

<sup>20</sup> Synthèse des informations explicatives accompagnant l'outil « ANGÉLIQUE ». Page 101 ouvrage d'Alain VILLEZ « Adapter les établissements pour personnes âgées »



### **Description de l'outil :**

Il s'agit d'un questionnaire<sup>21</sup> de 147 questions réparties dans quatre parties :

- 1<sup>ère</sup> partie : Attentes et satisfaction des résidants et familles.
- 2<sup>ème</sup> partie : Besoins d'accompagnement et de soins des résidants et réponses apportées.
- 3<sup>ème</sup> partie : L'établissement et son environnement.
- 4<sup>ème</sup> partie : Démarche qualité.

À l'intérieur de chaque partie, les questions sont inscrites dans un tableau de 9 colonnes :

- Colonne 1 : Le thème : Accueil et admission, Droit et libertés, Restauration, Vie sociale, Maintien de l'autonomie, Organisation, des soins, Aides et soins spécifiques, Hôtellerie, Personnel, Ouverture sur l'extérieur, Sécurité et maintenance, Projet institutionnel.
- Colonne 2 : Les mots clés rappelant le thème de la question.
- Colonne 3 : Les items rédigés de façon à favoriser le questionnement et la réflexion.
- Colonne 4 : Les sources d'information et/ou indicateurs proposés permettant de fournir les éléments d'une mesure objective (liste non exhaustive).
- Colonne 5 : Le niveau de cotation retenu pour l'année en cours. Les questions font l'objet de deux types de réponses, soit par une cotation, soit une réponse négative ou positive. La cotation en lettre de A, B, C, D permet de graduer la réponse selon la formalisation de la procédure interrogée.
- Colonne 6 : Les points forts.
- Colonne 7 : Les points faibles. Ces deux colonnes permettent de préparer la synthèse de l'auto-évaluation en sélectionnant au fur et à mesure les réponses considérées comme un point faible ou fort. Au final les choix effectués évolueront en fonction de l'ensemble des réponses.

---

<sup>21</sup> Grille en annexe de l'ouvrage « Adapter les établissements pour personnes âgées » Alain Villez. Voir également le site internet : « [www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/qualite\\_ehpad/sommaire.htm](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/qualite_ehpad/sommaire.htm) »

- Colonne 8 : Les objectifs d'amélioration de la qualité envisagés dans le cadre de la convention. Cette sélection des objectifs d'amélioration renseignés dès le départ faciliteront les choix à faire dans la synthèse finale.
- Colonne 9 : Les commentaires et observations recueillis pendant la démarche. Ils ont pour objectif d'aider à la rédaction de la synthèse en apportant des nuances et des éléments de compréhension de la particularité de la situation de l'établissement.

Les réponses aux questions sont de deux types :

Soit nuancée par une cotation de A à D, ou A correspond au plus haut niveau de satisfaction des critères et D celui ne répondant pas du tout aux exigences du critère.

Soit par l'affirmative ou la négative, ce qui peut être dans certains cas trop imprécis selon les établissements.

Une fois la grille de questionnaire remplie, une synthèse des résultats est réalisée afin d'élaborer un plan d'action pour améliorer les points ne donnant pas satisfaction. Des priorités sont fixées car tout ne pourra pas être mis en œuvre. Les actions ne nécessitant pas de moyens importants seront réalisées rapidement pour maintenir la dynamique et l'engagement de l'établissement dans la démarche. Pour les aspects requérant plus de moyens et la mise en place de groupes de projet, il faudra penser une stratégie tant en termes de besoins financiers et humains que de temps pour mener à bien chacune d'entre elles. Cette stratégie est d'autant plus nécessaire que tout ne pourra être mené de front et qu'il faudra se fixer des priorités. Cette approche d'amélioration de la qualité des prestations au service des résidents doit pouvoir être engagée tout en continuant à garantir les prestations actuelles. Il faudra donc bien prendre garde de ne pas monopoliser les moyens à disposition dans l'établissement pour faire progresser le niveau de service car le risque est de détériorer les prestations actuelles. Cette difficulté, est à mon avis, un des points sensibles de la mise en place de cette démarche participative. Même si l'objectif final est l'amélioration des prestations, comment faire participer au maximum les salariés sans trop pénaliser l'ensemble des activités quotidiennes déjà difficiles à assurer du fait des moyens tout juste proportionnés aux besoins ?

La question de se référer ou non à l'auto-évaluation de fin 2002 pour la préparation de convention tripartite reste posée, comme évoqué plus haut. Avec l'équipe de direction il sera peut-être intéressant de mesurer les écarts entre ces deux évaluations et d'en tirer les enseignements afin ne pas reproduire les mêmes erreurs.

Après avoir expliqué de façon rapide les deux axes de travail retenus et les avoir décrits le chapitre suivant sera consacré à la mise en application concrète par l'organisation des moyens.

## **3.2 Organisation des moyens, mise en œuvre et planification des actions**

Les délais de mise en œuvre vont être liés aux différentes échéances auxquelles est soumis l'établissement. Concernant l'axe sur la gestion des ressources humaines, il n'y a pas de délai particulier à respecter. Il est cependant important de traiter rapidement cet aspect pour montrer aux salariés mon engagement dans le sens d'une plus grande écoute et le besoin de fixer un cadre préparant le travail sur l'axe de l'auto-évaluation. Ce dernier va nécessiter un travail en sous groupes qui devront être constitués en fonction des postes occupés par chacun tout en garantissant une certaine diversité. Cette diversité favorisera le dialogue et la qualité des échanges dans les réponses données aux questionnements de la grille « ANGÉLIQUE ». La définition des postes pourra donc commencer à partir des retours de congés. Cette période plus calme sera favorable et permettra à chacun de commencer à réfléchir sur l'ensemble des missions qui lui sont confiées.

### **3.2.1 Réalisation des fiches de poste**

Avant d'établir le planning de l'axe un, l'ensemble des tâches à réaliser doit être rappelé :

#### **Liste des tâches :**

1. Communication sur les démarches qui vont être engagées et les objectifs de celles-ci aux délégués du personnel.
2. Communication à l'ensemble des salariés.
3. Réunion avec les chefs de services pour discuter sur le référentiel et la méthode de réalisation des fiches de poste.
4. Réalisation de la fiche de poste du directeur avec validation de celle-ci par le directeur général au siège.
5. Réalisation des premiers entretiens avec les chefs de service pour description des postes.
6. Déploiement des descriptions de postes pour les autres salariés avec leurs chefs de service respectifs.
7. En parallèle de la 6<sup>e</sup> tâche, description des postes rattachés directement à la direction (administratif, psychologue, médecin...).

La réalisation des fiches de poste nécessite un entretien entre le salarié et son responsable. Pour les postes n'ayant qu'un représentant, cet entretien sera réalisé en deux périodes de deux heures, complété par un travail individuel entre ces deux laps de temps. Afin de ne pas perturber le fonctionnement des services mais également ne pas pénaliser les personnes ayant des difficultés à se dégager du temps sur leur activité, cela se fera en dehors des heures habituelles de travail avec l'accord de la personne. Si cette dernière ne souhaite pas faire d'heures supplémentaires, un remplacement sera organisé durant les entretiens et le travail individuel. Ce mode de fonctionnement sera plus particulièrement utilisé pour la description des postes d'AS, ASH et AMP pour lesquels il est plus délicat de s'organiser et de se dégager du temps sur les activités quotidiennes. Il en sera de même pour les postes de soignants de nuit afin de trouver un temps commun d'entretien avec les responsables.

Ces postes ayant pour particularités d'avoir plusieurs représentants, il sera fait un choix de deux titulaires pour réaliser une description individuelle en deux fois deux heures avec un travail en autonomie entre ces deux périodes. À la suite de ces deux descriptions, il sera réalisé en commun une synthèse dont découlera la fiche du poste concerné. Le document final fera l'objet d'une diffusion à l'ensemble des personnes occupant le même poste afin que chacun puisse se l'approprier et faire des commentaires sur les éventuels points qui n'auraient pas été correctement décrits ou non abordés. Il sera également précisé que le descriptif des postes n'est pas un document figé mais que celui-ci aura vocation à être révisé en fonction des besoins et des nécessités. Il est certain que les populations, les pratiques, les organisations évoluent et qu'il faut revoir les missions et les tâches de chacun en fonction de ces changements. Cette adaptation et ces révisions doivent permettre de se réinterroger sur le fonctionnement de la structure avec pour finalité, de mieux répondre aux besoins des résidents et améliorer de fait la qualité du service apporté.

Un tableau sur l'évaluation du nombre d'heures que cela va représenter et le planning de réalisation des fiches de poste est en annexe 3. Ce tableau mentionne également une estimation du coût des heures passées que je développerai dans la suite de cette étude.

### **3.2.2 Réalisation de l'auto-évaluation**

L'axe deux concernant l'auto-évaluation, va demander une bonne gestion du temps. Pour cela la démarche se déroulera en plusieurs étapes. Celles-ci seront mises en place à l'aide d'un échancier permettant d'organiser les emplois du temps du personnel, de réserver le local adapté, de s'interroger sur les documents et informations utiles, de préparer les supports de travail, etc....

La liste de l'ensemble des points à traiter sera établie afin d'estimer le temps nécessaire à l'étude de chacun d'eux. Même si les obligations visées par la loi 2002-2 et le

renouvellement de la convention peuvent inciter à aller vite je pense qu'il faut prendre le temps de communiquer et de présenter les objectifs de cette approche. Il est important que l'outil soit un apport sur les deux aspects décrits précédemment : en premier lieu, sur son aspect purement évaluateur de l'ensemble du fonctionnement de la structure mais aussi en second lieu sur l'effet participatif des équipes et la mobilisation de celles-ci sur un objectif commun d'amélioration de la qualité au service des usagers.

### **Liste des étapes pour la réalisation de l'auto-évaluation :**

#### Première étape :

Plan de communication auprès de l'ensemble des acteurs concernés :

- aux résidants, familles et bénévoles par l'intermédiaire du CVS et d'un courrier<sup>22</sup>.
- aux intervenants extérieurs (médecins, IDE libéraux, kinésithérapeutes...)
- aux équipes avec en premier lieu les délégués du personnel puis à l'ensemble des salariés.

Cette communication sera relayée par les salariés auprès des résidants et des familles afin d'apporter d'éventuels compléments d'information ou de recueillir tous les questionnements que cela pourra susciter afin que les équipes et moi-même puissions apporter les réponses.

Cette première information sera suivie mensuellement d'un point sur l'avancement de l'ensemble des groupes impliqués dans cette démarche afin que tout le monde ait le même niveau de connaissance et puisse éventuellement apporter des données ou un témoignage sur sa perception des choses. Ce point sur l'avancement se fera à l'issue du comité de pilotage et devra apporter la plus grande transparence possible pour tous les acteurs de l'établissement.

#### Deuxième étape :

Détermination des thèmes et nomination d'un responsable par thème. Cette nomination se fera parmi les responsables pour leur capacité à animer les réunions mais aussi leur connaissance plus générale du fonctionnement de la structure. Ces responsables participeront également au comité de pilotage pour faire le point sur l'avancement de leur groupe respectif et soumettre les éventuelles questions restées sans réponse.

---

<sup>22</sup> Cf annexe 1

### Troisième étape :

Constitution des groupes en fonction de la thématique abordée. Pour ce faire, un appel à candidature sera lancé pour la participation aux groupes. Cependant et afin de garantir une bonne représentation des fonctions au sein de chaque groupe, une liste de celles-ci sera fixée thème par thème. L'objectif est d'avoir un panel d'intervenants le plus représentatif mais aussi disposant de connaissances du thème abordé pour réaliser une étude la plus juste possible avec un questionnement suffisamment approfondi.

### Quatrième étape :

Une fois les groupes constitués, il sera procédé pour chacun d'eux à une information plus approfondie sur les principes de l'auto-évaluation et sur le fonctionnement de l'outil « ANGÉLIQUE ». L'objectif est que chacun s'approprie la démarche et réalise au mieux l'évaluation sur le thème qui le concerne. Pour cela une formation interne sera donnée à chaque responsable de groupe. Celui-ci servira de relais au sein de son groupe et si des questions restent sans réponse, j'interviendrai personnellement pour compléter les explications. Par ailleurs, si des éclaircissements s'avèrent nécessaires, il est possible de recourir à un intervenant extérieur.

### Cinquième étape :

Réalisation de l'auto-évaluation par les groupes avec une réunion de deux heures toutes les deux semaines et un travail de collecte des données de façon individuelle entre chaque réunion. Un point sera fait par le comité de pilotage tous les mois pour valider l'avancement de chaque groupe et répondre aux questions qui auront été soulevées durant les réunions. À l'issue de la réunion du comité de pilotage, une synthèse sur l'avancement de l'évaluation sera rédigée et communiquée à l'ensemble des acteurs. Ce compte rendu pourra faire l'objet de questions réponses sur le travail déjà accompli de la part de tous les destinataires. Cette communication permettra de garantir la transparence de la démarche et surtout d'apporter une interaction pour que chacun se sente impliqué et puisse donner un avis. Il est important de garantir un niveau d'information identique à tous et qu'aucune question ne reste en suspens.

### Sixième étape :

Lorsque l'ensemble des groupes aura terminé l'évaluation de la partie le concernant, le comité de pilotage réalisera une synthèse globale comme cela est prévu dans l'outil. La finalité de celle-ci est de fixer les principaux objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. Cette réflexion devra se faire en lien avec les points de progrès qui ont été mentionnés dans le plan de solidarité grand âge tel que les aspects :

- Suivi dans la prise en charge en créant ou renforçant les liens entre tous les acteurs gérontologiques pour anticiper l'entrée des nouveaux résidents.
- Renforcer l'animation.
- Augmenter le taux d'encadrement et la présence des personnels paramédicaux.
- Lutter contre la maltraitance.

De là découleront des priorités qui devront être fixées. Certaines feront l'objet d'une demande de moyens à intégrer dans le nouvel engagement pour cinq ans du renouvellement de la convention tripartite. L'évaluation et la synthèse qui en résulte serviront d'argument pour justifier de ces demandes auprès des autorités signataires de la convention.

L'ensemble des objectifs d'amélioration ainsi identifiés fera l'objet d'un projet suivi par un responsable. Afin de mieux respecter les engagements pris, je propose que soit mis en place un fichier listant les actions à réaliser avec un lien vers une fiche projet associée indiquant l'ensemble des informations attachées à ce projet et son avancement<sup>23</sup>.

Afin de pouvoir établir la planification et estimer le temps nécessaire à la réalisation de l'évaluation le nombre de groupes est déterminé en fonction de la liste des thèmes fixés par la grille « ANGÉLIQUE ». Cette approche pourra éventuellement être revue au moment de la mise en œuvre concrète après discussion avec les chefs de service. Mais il est important de donner un cadre afin d'évaluer le temps nécessaire à cette démarche.

#### **Liste des thèmes :**

1. Attentes et satisfaction des résidents et familles.
2. Réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins.
3. L'établissement et son environnement.
4. Démarche qualité.

Pour répondre à ces quatre thèmes il sera formé quatre groupes. Chaque groupe sera composé d'un responsable et de cinq ou six participants :

Thème 1, le responsable sera l'attachée administrative avec dans le groupe les représentants suivants : AS, ASH, infirmière, résident, famille.

Thème 2, le responsable sera l'infirmière coordinatrice avec dans le groupe les représentants suivants : AS, ASH, administratif, psychologue, résident, famille.

---

<sup>23</sup> Cf annexe 4

Thème 3, le responsable sera le médecin coordonnateur avec dans le groupe les représentants suivants : AS, ASH, administratif, résident, famille.

Thème 4, le responsable sera la coordinatrice hôtelière avec dans le groupe les représentants suivants : AS, ASH, technicien de maintenance, résident, famille.

La composition de ces groupes est une proposition qui prendra corps après l'avis des chefs de services. Elle va permettre de déterminer le temps nécessaire pour réaliser l'évaluation et sa synthèse.

Pour répondre à l'ensemble du questionnaire il faudra organiser quatre réunions de deux heures plus une réunion de synthèse des résultats de deux heures avec détermination des objectifs et d'un échéancier.

Afin de ne pas surcharger les plannings du personnel, les réunions seront décalées entre les différents thèmes et auront lieu toutes les deux semaines. Un comité de pilotage se réunira deux heures chaque mois pour suivre l'avancement des groupes et répondre aux questions. À l'issue de cette réunion, un compte rendu sera diffusé afin d'assurer une communication transparente sur le projet.<sup>24</sup>

La participation des salariés va demander de la disponibilité. Il est donc impératif de prévoir des personnels de remplacement pour assurer le travail durant les périodes de réunion. Pour cela, lors de la réalisation des plannings, il sera pris en compte les absences des salariés impliqués dans l'évaluation et des remplacements seront mis en place pour assurer le service. En fonction des horaires et sur la base de volontariat, il y aura possibilité de recourir aux heures supplémentaires. De plus, un soutien pourra exister par la présence de stagiaires : l'établissement du Rocher, proche d'un centre de formation est très sollicité pour des demandes de stage. Même si ces élèves en apprentissage ne peuvent remplir toutes les missions des titulaires, le recours à ceux-ci apporte un très bon soutien aux équipes en poste.

Comme tout engagement visant l'amélioration du service rendu, celui-ci aura un coût, son caractère obligatoire pour répondre aux exigences réglementaires nécessite qu'il soit aussi évalué. Il est donc indispensable de se donner les moyens pour le mener à bien. Ce diagnostic est le passage obligé d'une réflexion sur les axes de progrès et d'amélioration de la qualité du service. L'ensemble des orientations politiques actuelles va dans ce sens, il est donc important d'inscrire l'établissement dans ce type d'approche, qui comme cela existe déjà sur le secteur sanitaire avec les accréditations, débouchera sur une véritable

---

<sup>24</sup> Cf annexe 5 (détail du planning et des heures)



démarche qualité. Les établissements qui pourront afficher cet engagement avec une certification, auront un avantage, qui fera partie des critères importants de choix de résidence de la part des personnes âgées et des familles. Même si la démarche n'apporte pas une garantie totale de qualité, elle permet malgré tout l'assurance d'un contrôle et d'une évaluation permanente des prestations avec les actions correctives nécessaires pour réduire les écarts éventuels.

### **3.2.3 Aspect financier de la mise en œuvre**

La mise en œuvre des deux axes décrits précédemment pour redonner une dynamique à l'établissement aura un coût qu'il sera nécessaire d'intégrer au budget. J'estime entre 6 000 et 7 000 € le coût de chaque axe portant sur du remplacement de personnel et des heures supplémentaires, il faudra le prendre en compte dans le budget 2008. Il fera l'objet d'une demande particulière auprès des organismes de financement. Il n'est pas certain que ceux-ci acceptent d'allouer des moyens supplémentaires pour ce projet même s'il est pourtant prévu de renouveler la convention arrivée à son terme et que l'objet de cette démarche rentre bien dans une volonté de mieux servir les résidants. Il faut malgré tout argumenter et convaincre de l'intérêt du projet afin d'obtenir un soutien. En parallèle à cette demande, seront étudiés les points du budget qui pourraient faire l'objet d'économies pour compenser en partie ces remplacements de personnel.

Même si les répercussions de la remobilisation des équipes ne sont pas immédiates, elles devraient malgré tout induire une baisse de l'absentéisme et par la même réduire les dépenses de personnel pour remplacement. De plus, des gains de productivité seront obtenus par l'analyse faite lors de la réalisation des fiches de poste de toutes les tâches réalisées. Cette réorganisation du travail supprimera des redondances d'activités source de gains de temps.

Dans le cadre du plan solidarité grand âge des postes doivent être accordés pour améliorer le taux d'encadrement par résidant. Ceux ci viendront donc renforcer les équipes actuelles et ainsi dégager du temps à l'amélioration du fonctionnement de l'établissement.

S'engager dans cette volonté de faire progresser les prestations offertes par l'établissement demande beaucoup d'énergie. C'est de la responsabilité du directeur d'impulser, d'avancer, de redonner le goût et l'envie aux salariés d'apporter un service de qualité, adapté aux résidants accueillis.

### **3.3 Evaluation des résultats, quels indicateurs mettre en place ?**

Afin de pouvoir évaluer d'une part les résultats et d'autre part l'avancement dans la mise en œuvre des deux axes de travail vu précédemment, il est indispensable d'avoir un suivi des actions par l'intermédiaire de quelques indicateurs.

Je propose de les traiter séparément :

- d'une part, un suivi de la progression sur la réalisation des deux axes.
- d'autre part, un suivi de l'impact de ce travail de remobilisation sur la motivation des salariés et sur le fonctionnement global de la structure.

#### **3.3.1 Indicateurs de progression des deux axes**

L'objectif de ces indicateurs est de vérifier la progression des deux axes par rapport au temps passé et au travail réalisé en le comparant aux objectifs qui étaient fixés sur les plannings. Ce suivi pourra permettre le cas échéant de redonner une impulsion si les délais ne sont pas respectés, mais aussi servir de référence pour analyser avec les équipes les difficultés qui freinent l'avancement des actions. Le suivi du temps passé donnera par la même une indication sur les coûts réels en comparaison des estimations faites. Il servira de validation de la cohérence avec le chiffrage réalisé et par la même de donnée complémentaire afin d'être plus juste et de mieux affiner les estimations des futurs projets.

Concernant l'axe sur la description des fiches de poste, je propose les indicateurs suivants :

Le premier permettra le suivi du nombre de fiches de postes réalisées ainsi que le temps passé en lien avec le planning établi<sup>25</sup>.

Le second sera un décompte des heures passées par chaque salarié impliqué avec en commentaire les actions réalisées sur chaque tranche horaire. Un tableau sera réalisé en conséquence et renseigné de façon hebdomadaire<sup>26</sup>.

Concernant l'axe sur l'auto-évaluation, je propose les indicateurs suivants :

Le premier consistera à suivre l'avancement du nombre de réponses faites sur les quatre thèmes de la grille « ANGÉLIQUE », ce qui permettra de suivre la progression des différents groupes de travail. Pour cela, un tableau sera réalisé avec un comparatif entre le nombre de questions étudiées et une moyenne du nombre de questions à traiter par

---

<sup>25</sup> Cf annexe 2

<sup>26</sup> Cf annexe 6

réunion<sup>27</sup>. Il faudra être prudent sur cet indicateur qui ne doit pas inciter à négliger la qualité de l'analyse et des réponses apportées pour tenir les engagements définis sur le planning.

Le second indicateur consistera à enregistrer les heures passées réellement par chaque salarié impliqué dans les groupes d'évaluation, ce qui, comme pour les fiches de poste permettra de suivre le coût de cette action<sup>28</sup>.

Ces indicateurs sont donnés comme base de suivi des deux axes de travail retenus. Ils pourront être complétés en fonction des idées de chacun des participants s'ils sont jugés insuffisants ou inadaptés.

### **3.3.2 Indicateurs mesurant l'impact des actions sur la remobilisation des équipes**

Cet aspect des indicateurs a pour objectif de vérifier l'impact à plus ou moins long terme de la mise en œuvre des deux axes retenus sur les relations et l'ambiance au sein des équipes avec au final un gain sur la qualité des prestations de l'établissement.

Au delà de l'apport direct et concret de ces deux actions, il faut confirmer si cette occasion qui est donnée aux salariés de participer et d'exprimer leur avis, sera efficace sur la mobilisation et la motivation du personnel pour un meilleur accompagnement des résidents.

Mesurer cet impact n'est pas chose facile et les indicateurs pour le vérifier de façon pratique encore moins. Malgré tout, je pense qu'un suivi de l'absentéisme peut donner un reflet de l'ambiance de travail. D'ailleurs, je l'ai utilisé pour argumenter la dégradation de la motivation des salariés. Un autre indicateur sera de vérifier la qualité du travail accompli sur des aspects pouvant être mesurés tels que la propreté de l'établissement, les temps moyens de réponse lors des appels de résidents.

Au-delà de ces indicateurs, un questionnaire pourra être élaboré et diffusé à l'ensemble des salariés afin de mieux appréhender le ressenti de cette participation. Des questions ouvertes, permettront le recueil des souhaits en termes d'évolution sur les possibilités d'expression, d'information et de communication. Ce questionnaire doit faire ressortir les attentes des salariés pour orienter la suite de cette démarche de remobilisation.

Pour compléter l'ensemble de ces indicateurs et faire face à cette difficulté de vérification des résultats d'un premier travail en équipe pour remobiliser l'ensemble du personnel, il reste l'observation et l'écoute permanente des revendications par une présence quotidienne auprès des équipes. Cette méthode bien que subjective, donne malgré tout, une bonne approche du climat général de travail dans l'établissement.

---

<sup>27</sup> Cf annexe 5

<sup>28</sup> Cf annexe 7

La mise en place de ces actions n'est qu'un début et il faut rester réaliste. Les différents points de cette première étape ne vont pas tout changer du jour au lendemain. Cependant cette dynamisation va au fil du temps, laisser apparaître ses premiers effets et je l'espère permettre d'envisager l'avenir de l'établissement sur de bonnes bases avec une participation active de chacun des membres de l'équipe.

## Conclusion

L'étude réalisée dans ce dossier n'est qu'une première étape de l'amélioration des conditions de fonctionnement de l'établissement du Rocher. Le choix, de débiter par la définition des fiches de postes, se justifie par la nécessité de redonner en priorité un cadre précis de travail pour les activités de chacun des salariés mais également pour que ce cadre soit partagé par tous. Cette référence définie servira de fondement avant de commencer à construire et faire entrer dans les habitudes la volonté de toujours améliorer les prestations de l'établissement, de les faire évoluer pour s'adapter aux changements permanents de notre société et des personnes accueillies. De plus, ces bases de travail établies vont mettre l'établissement en position de mieux exploiter les moyens nouveaux qui lui seront alloués en accord avec les politiques mises en œuvre pour faire face à l'accroissement du nombre de personnes âgées et de leur dépendance.

Ces premiers engagements réalisés vont permettre de préparer et d'initier d'autres projets pour maintenir l'élan donné. Il sera donc intéressant de prolonger cette première phase de remobilisation des personnels par la rédaction d'un nouveau projet d'établissement. Celui-ci viendra compléter le socle de référence établi par la définition des fonctions et pourra être intégré dans le renouvellement de la convention tripartite en reprenant les principaux aspects mis en avant dans l'auto-évaluation « ANGÉLIQUE ». En effet, cette évaluation aboutira à fixer un certain nombre d'objectifs à atteindre, qui donneront un but commun à l'ensemble des salariés avec pour finalité l'amélioration continue du service de la Résidence.

L'écriture du projet d'établissement se fera de façon participative pour maintenir les orientations prises en termes d'écoute de l'ensemble des salariés mais également pour pérenniser les acquis du travail de remobilisation réalisé précédemment. Même si cette manière de procéder est coûteuse en temps et oblige à faire des choix à cause des multiples points de vue de chacun des acteurs impliqués, c'est par cette participation que l'on facilite l'adhésion et l'implication de l'ensemble des équipes. Ce but commun partagé par tous les professionnels met l'établissement en position d'élaborer une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées et de leur famille. Bien sûr, ce projet fera l'objet de révisions régulières pour ne pas le laisser sombrer dans l'oubli mais également pour l'adapter aux évolutions du contexte interne et externe à l'établissement.

Ce système de veille permanente doit réduire le risque d'un retour routinier du fonctionnement de la Résidence avec tout ce qu'il implique. En effet cette routine entraîne avec elle une érosion des relations au sein des équipes avec des retombées directes sur la qualité des prestations délivrées. Ce processus permanent d'interrogation donne du mouvement et maintient les équipes en éveil pour favoriser la dynamique de progrès.

Pour mémoire il me semble important de se référer à l'ouvrage mentionné dans la bibliographie « Diriger un établissement ou service en action sociale et médico-sociale » dans son chapitre concernant le projet d'établissement. Ce préalable facilitera la compréhension de l'architecture d'un tel document et apportera des références pour sa rédaction. L'importance donnée à ce projet se justifie d'autant plus qu'il engage l'ensemble de la structure sur son positionnement, ses principes et ses orientations.

J'ajouterai un dernier commentaire sur toutes ces actions et l'objectif qu'elles ont de redonner du mouvement aux équipes du Rocher pour garantir un meilleur fonctionnement de l'établissement. Ces actions doivent, malgré tout, faire l'objet d'une certaine prudence. En effet, ces activités continues favorisent sans conteste la progression de la qualité des prestations mais nécessitent aussi d'être équilibrées pour ne pas être trop rapides et isoler des salariés se trouvant dans l'incapacité d'accepter des changements aussi fréquents. Pourtant, cette dynamique doit être suffisante pour ne pas laisser la monotonie l'emporter donnant place à d'autres formes d'actions tels que des conflits internes, luttes de pouvoir générant dans leur suite démotivation, perte de l'esprit d'équipe, usure professionnelle et absentéisme.

Maintenir un juste équilibre nécessite une écoute permanente de l'ensemble des acteurs et un suivi des indicateurs pour ajuster le mouvement et assurer une stabilité de fonctionnement permettant des avancées régulières au service des usagers. En effet, de la cohésion des équipes et du projet global connu de tous dépendent la qualité des prestations délivrées.

Pour conclure je citerai ce que me disait récemment lors d'un entretien un administrateur d'une association gestionnaire d'un EHPAD « L'Entreprise n'est rien sans les Hommes qui la compose. Savoir les motiver c'est garantir le bon fonctionnement et la qualité de ce que celle-ci apporte ».

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## OUVRAGES

- Ouvrage de **Michel AGAËSSE** édition DUNOD Paris 2004 (654 pages)  
« Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées »
  
- Ouvrage de **Bernard DIRIDOU** édition d'ORGANISATION (199 pages)  
Deuxième édition - Deuxième tirage 2000  
« Manager son équipe au quotidien »
  
- Ouvrage de **Colette EYNARD - Didier SALON** éditions L'Harmattan 2006 (213 pages)  
« Architecture et Gérontologie : Peut-on habiter une maison de retraite ? »
  
- Ouvrage coordonné par **Jean-Yves GUÉGUEN** éditions DUNOD Paris 2006 (192 pages)  
« L'année de l'action sociale 2006 Le nouveau paysage de l'action sociale et médico-sociale »
  
- Ouvrage coordonné par **Marcel JAEGER** éditions DUNOD Paris 2005 (1248 pages)  
« DIRIGER UN ÉTABLISSEMENT OU UN SERVICE en action social et médico-sociale »
  
- Ouvrage de **Jean René LOUBAT** «édition DUNOD Paris 2006 (362 pages)  
« Penser le management en action sociale et médico-sociale »
  
- Ouvrage de **Jean-Marie MIRAMON - Denis COUET – Jean-Bernard PATURET**  
éditions ENSP 2005 (246 pages)  
« Le métier de directeur technique et fiction »
  
- Ouvrage d'**Alain VILLEZ** éditions DUNOD Paris 2005 (226 pages)  
« Adapter les établissements pour personnes âgées »

## REVUES, RAPPORTS, DOCUMENTS

- Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH) Numéro 2495 du 23/02/2007 Page 7  
« Politique économique et sociale La MECSS formule 59 propositions pour améliorer le pilotage de l'action sociale et le service rendu aux usagers »
- Cahier français N°321 Juillet Août 2004 La documentation Française  
« Comprendre le management »
- Les Cahiers de l'Actif Numéro double Juillet / Octobre 2004 N°338 → 341  
« Le Management des compétences au service des usagers »
- Second rapport de la mission  
« Prospective des équipements et services pour personnes âgées dépendantes »  
Conduite par **Stéphane LE BOULER** (Centre d'analyse stratégique)  
Personnes âgées dépendantes : bâtir un scénario du libre choix
- Plan de solidarité - Grand âge  
Présenté par **Philippe BAS** le 27 juin 2006
- Rapport de Mme **Hélène GISSEROT** pour Mr Philippe BAS ministre  
« Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : Prévisions et marges de choix » Rapporteur : Etienne GRASS, membre de l'Inspection Générale des Affaires sociales
- Diagnostic (document de travail du 02 juillet 2007) du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale volet gérontologique en cours de révision.  
Contact au conseil général de Haute Saône : Mme **Lydia HURAUX** Adjointe au Service Aide et Action Sociales aux Adultes
- Document de la **FNADEPA** (Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Âgées) Juin 2003  
« La Réforme de la Tarification et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie »
- Rapport N°3739 présenté par Mme **Martine CARRILLON-COUVREUR**  
« Conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales »



## **TEXTES LÉGISLATIFS, CIRCULAIRES**

➤ Textes réglementaires sur « Legifrance.gouv.fr »

Avec entre autre les textes suivants :

- décret N°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999
- décret N°2000-388 du 04 mai 2001
- arrêtés du 26 avril 1999
- circulaires de la mission Marthe
- loi N°2001-647
  
- circulaire N°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006
- circulaire N°DGOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique (NOR : SANH0730182C texte non paru au journal officiel)

## **AUTRES DOCUMENTS**

➤ Données INSEE et DREES

- N°380 mars 2005 « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements »
  
- N°494 juin 2006 « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement »
  
- N°514 août 2006 « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2005 »
  
- N°515 août 2006 « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées »
  
- N°529 octobre 2006 « L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2006 »

➤ Autres parutions

- Les établissements accueillant des personnes âgées en 2003 en Franche-Comté  
Juin 2006 Service Etudes et Statistiques de la DRASS de Franche-Comté

- INSEE Franche-Comté - l'essentiel N° 92 - novembre 2006 « Les personnes âgées en Franche Comté à l'horizon 2015 »

- Santé et protection sociale 7 « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 » Michel Duée, Cyril Rebillard (Données sociales – la société française édition 2006)

**SITES INTERNET**

➤ Site internet de l'ANPE « <http://rome.anpe.net/candidat/index.php> »

➤ Document sur l'outil d'auto-évaluation « ANGÉLIQUE  
« [www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/qualite\\_ehpad/sommaire.htm](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/qualite_ehpad/sommaire.htm) »

➤ « [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) »

---

## LISTE DES ANNEXES

---

**Annexe 1 :** Courrier d'information des résidents et des familles concernant la démarche d'auto-évaluation « ANGÉLIQUE ».

**Annexe 2 :** Trame d'une fiche de poste.

**Annexe 3 :** Planning de réalisation des fiches de poste. Temps de mise en œuvre des descriptions et coûts.

**Annexe 4 :** Fichier de suivi des actions avec lien vers les fiches projet associées.

**Annexe 5 :** Planning de réalisation de l'auto-évaluation « ANGÉLIQUE ». Temps de réalisation et coûts.

**Annexe 6 :** Tableau de suivi des heures des descriptions de postes.

**Annexe 7 :** Tableau de suivi des heures passées par chaque salarié pour l'auto-évaluation.

## ANNEXE 1

Résidence Le Rocher  
Le directeur  
Thierry RAILLARD

Gray le :

OBJET : Note d'information sur la démarche qui va être engagée.

Madame, Monsieur,

Afin de mieux vous servir je souhaite par ce courrier vous informer que nous allons nous engager dans une démarche d'auto évaluation de la qualité de l'établissement. Cette démarche a déjà été effectuée en décembre 2002 pour la signature de la convention tripartite de l'établissement et sa médicalisation. Cette convention est signée entre le Conseil Général de Haute-Saône, la Préfecture de Haute-Saône (DDASS) et le Rocher.

Cette étude, réalisée à l'aide de l'outil «ANGÉLIQUE<sup>1</sup>», a pour but d'effectuer un diagnostic de l'ensemble du fonctionnement de la structure et des prestations qui vous sont apportées, afin d'en détecter les points faibles et de les améliorer. Cette démarche participative, implique l'ensemble des acteurs de la structure afin que chacune des parties (résidents, familles, salariés, intervenants extérieurs...) puisse donner son avis sur l'ensemble des prestations et services délivrés par la Résidence.

Avec pour seul objectif de toujours mieux vous servir, veuillez agréer Madame, Monsieur l'expression de ma profonde considération.

Le Directeur  
Thierry RAILLARD

---

<sup>1</sup> Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements

**ANNEXE 2****FICHE DE POSTE**

FICHE DU POSTE OCCUPÉ PAR :

SERVICE D'AFFECTATION :

**PRÉSENTATION DU POSTE**

<b>INTITULÉ DU POSTE</b>
<b>POSITIONNEMENT DANS LA STRUCTURE</b>
<b>POSITIONNEMENT DANS L'ORGANIGRAMME</b>
<b>COEFFICIENT / QUALIFICATION DU POSTE</b>

**DESCRIPTION DU POSTE / MISSIONS OU FONCTIONS PRINCIPALES**

<b>MISSION 1 :</b>	<b>Activités :</b> - - - -
<b>MISSION 2 :</b>	<b>Activités :</b> - - - -
<b>MISSION 3 :</b>	<b>Activités :</b> - - - -

**ANNEXE 2****FICHE DE POSTE****CONTEXTE D'EXERCICE DU POSTE**

<b>CHAMP DES RELATIONS ET NATURE DES LIENS</b>	
<b>CHAMP D'AUTONOMIE RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES</b>	
<b>CHAMP DE TECHNICITÉ</b>	
<b>RISQUES DU POSTE</b>	
<b>DIFFICULTÉS ET CONTRAINTES DU POSTE</b>	
<b>ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES PRÉVISIBLES</b>	

**LES EXIGENCES DU POSTE**

<b>RESSOURCES NÉCESSAIRES</b>	<b>Les savoirs :</b>  <b>Les "savoir-faire"</b>  <b>Les comportements professionnels :</b>
-------------------------------	--

<b>Signature de l'intéressé</b>	<b>Signature du supérieur hiérarchique</b>

**Date de la mise à jour :**

**ANNEXE 3 PLANNING DE MISE EN ŒUVRE DES FICHES DE POSTES**

		2006											2007																												
	SEMAINES	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Poste décrit						
1	1°/ Communication sur les démarches qui vont être engagées et les objectifs de celle-ci aux délégués du personnel.																																								Temps Planifié Réunion DP habituelle
																																									Temps Passé Réunion DP habituelle
2	2°/ Communication à l'ensemble des salariés.																																								Temps Planifié 40 heures
																																									Temps Passé
3	3°/ Réunion avec les chefs de services pour discuter sur la trame de travail et la méthode de réalisation des fiches de poste.																																								Temps Planifié 10 heures
																																									Temps Passé
4	4°/ Réalisation de la fiche de poste du directeur avec validation de celle-ci par le directeur général au siège.																																								Temps Planifié 12 heures 1
																																									Temps Passé
5	5°/ Réalisation des premiers entretiens avec les chefs de service pour description des postes.																																								Temps Planifié 36 heures 3
																																									Temps Passé
6	6°/ Déploiement des descriptions de postes sur les autres salariés avec leurs chefs de service respectif																																								Temps Planifié 148 heures 7
																																									Temps Passé
7	7°/ En parallèle de la 6° tâche description des postes rattachés directement à la direction (administratif, psychologue, médecin...).																																								Temps Planifié 36 heures 3
																																									Temps Passé

■ Planning prévu  
 ■ Planning réalisé

## ANNEXE 3 Tableau d'estimation du nombre d'heures pour la réalisation des fiches de poste

SOUS ENSEMBLE	METIER	Nbre de personne	Temps entretien	Nbre d'entretien	Temps en individuel	Temps de synthèse	Temps de mise au propre de la fiche	Nbre de personne x Temps entretien x Nbre d'entretien x 2 + Temps en individuel x Nbre de personne + (Temps de synthèse x 3) + Temps de mise au propre de la fiche
ADMINISTRATIF	Direction	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Attachée administrative	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Secrétariat accueil comptabilité	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
HÔTELLERIE	Responsable hôtelière	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Responsable animation	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Technicien de maintenance et entretien	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Agent de service hôtelier	2	2 heures	2	2 heures	2 heures	2 heures	28 heures
SOINS	Médecin coordonnateur	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Infirmière référent	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Infirmière	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Psychologue	1	2 heures	2	2 heures	0 heures	2 heures	12 heures
	Aide soignant	2	2 heures	2	2 heures	2 heures	2 heures	28 heures
	Aide médico-psychologique	2	2 heures	2	2 heures	2 heures	2 heures	28 heures
	Personnel soignant de nuit	2	2 heures	2	2 heures	2 heures	2 heures	28 heures
Heures de communication sur la démarche								40 heures
Réunion sur la trame des fiches de poste avec les chefs de service								10 heures

**Total des heures pour réaliser les fiches de poste**

**282 heures**

Coût horaire moyen de l'établissement

24,00 €

Coût estimé pour la réalisation des fiches de poste

6 768,00 €



## ANNEXE 4 Plan d'amélioration de la qualité 2008 - 2013

Nom EHPAD: UES LES SINOLPIES Etablissement: LE ROCHER

Nom de l'action d'amélioration	N°action	Lien avec la fiche action correspondante	Nom du responsable	Date de début	Date de fin prévue	Date réelle d'achèvement
Révision du livret d'accueil	1	<a href="#">Fiche action 1!A1</a>	Vanessa	25-janv.-08	30-sept.-08	xxx
xxx	2	<a href="#">Fiche action 2!A1</a>	xxx	xxx	xxx	xxx
xxx	3	<a href="#">Fiche action 3!A1</a>	xxx	xxx	xxx	xxx
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					

**ANNEXE 4 Plan d'amélioration de la qualité 2008 - 2013**

Fiche action N°: 1 [Retour sur feuille générale](#)  
Nom de l'action: Révision du livret d'accueil [Annexe 4 Plan d'améliore ROCHER!A1](#)  
Responsable: Vanessa  
Date d'ouverture: 25-janv.-08  
Date de fin prévue: 30-sept.-08  
Date d'achèvement: xxx

**Planification**

Nom de la tâches à réaliser	Responsable	Durée	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28

**Dates des réunions et durée pour l'auto évaluation "ANGÉLIQUE"**

THEME	Nbre de questions	Nbre participants salariés	réponses questionnaires		Comité	réponses questionnaires		Comité	réponses questionnaires		Comité	réponses questionnaires		Comité	réponses questionnaires		Comité	Total des heures
			Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	
1	53	4	2			2			2			2			2			40 heures
2	60	5	2			2			2			2			2			50 heures
3	23	4		2			2			2			2			2		40 heures
4	11	4		2			2			2			2			2		40 heures
Comité pilotage		5			2			2			2			2			2	50 heures
Heures de communication sur la démarche à tous les salariés																		40 heures
																		<b>TOTAL</b> 260 heures

Coût horaire moyen de l'établissement 24,00 €  
 Coût estimé pour la réalisation de l'auto évaluation 6 240,00 €

**Suivi avancement des réponses**

THEME	Nbre de questions	Nbre participants salariés	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait	Rép pos	Rép fait
1	53	4	11					11					11				11	
2	60	5	12					12					12				12	
3	23	4			5					5					5			5
4	11	4			2					2					2			2

# ANNEXE 6

ANNEXE 6 TABLEAU DE SUIVI DES HEURES POUR LA REALISATION DES FICHES DE POSTE

Nom du salarié	Nombre d'heures passées	Commentaire justifiant ces heures
GÉN Josée	1 heures	Communication sur la démarche
BER Mariette	1 heures	Communication sur la démarche
CHA Gisèle	1 heures	Communication sur la démarche
DAR Vanessa	1 heures	Communication sur la démarche
DAV Aurélie	1 heures	Communication sur la démarche
GRO Marc	1 heures	Communication sur la démarche
MAN Marie Noëlle	1 heures	Communication sur la démarche
DUM Josianne	1 heures	Communication sur la démarche
RO Patricia	1 heures	Communication sur la démarche
EUV Marie	1 heures	Communication sur la démarche
PER Séverine	1 heures	Communication sur la démarche
SIM Marie Noëlle	1 heures	Communication sur la démarche
DEB Marie	1 heures	Communication sur la démarche
JAC Pascale	1 heures	Communication sur la démarche
LEG Anne Marie	1 heures	Communication sur la démarche
GRA Francine	1 heures	Communication sur la démarche
FAH Zoulika	1 heures	Communication sur la démarche
BOR Francine	1 heures	Communication sur la démarche
RO Véronique	1 heures	Communication sur la démarche
GAR Christine	1 heures	Communication sur la démarche
BED Hourya	1 heures	Communication sur la démarche
KAT Asia	1 heures	Communication sur la démarche
MON Fabienne	1 heures	Communication sur la démarche
MIL Rolande	1 heures	Communication sur la démarche
LHA Fatima	1 heures	Communication sur la démarche
DEC Nadine	1 heures	Communication sur la démarche
BOU Camillia	1 heures	Communication sur la démarche
JEA Micheline	1 heures	Communication sur la démarche
ROU Martin	1 heures	Communication sur la démarche
LOR Sophie	1 heures	Communication sur la démarche
BER Jean Claude	1 heures	Communication sur la démarche
CHA Sylvie	1 heures	Communication sur la démarche
DEM Jennifer	1 heures	Communication sur la démarche
DRO Vanessa	1 heures	Communication sur la démarche
REL Amélie	1 heures	Communication sur la démarche
CHA Colette	1 heures	Communication sur la démarche
PET Claudine	1 heures	Communication sur la démarche
SIM Véronique	1 heures	Communication sur la démarche

**TOTAL HEURES**

**38 heures**

**TOTAL HEURES PLANIFIEES**

**282 heures**

# ANNEXE 7

## ANNEXE 7 TABLEAU DE SUIVI DES HEURES POUR LA REALISATION D'ANGÉLIQUE

Thème	Nom du salarié	Nombre d'heures passées	Total heures par thème	Commentaire justifiant ces heures
<b>1</b>	Marielle BER		<b>0 heures</b>	
<b>2</b>	Camillia BOU		<b>0 heures</b>	
<b>3</b>	Martin ROU		<b>0 heures</b>	
<b>4</b>	Rolande MIL		<b>0 heures</b>	

**TOTAL HEURES**

**0 heures**

**TOTAL HEURES PLANIFIEES hors communication**

**242 heures**