



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**PROMOUVOIR L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES
PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD**

Patrick BILLON

CAFDES

2007

Sommaire

SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	3
INTRODUCTION	4
1 L'ETABLISSEMENT INSCRIT DANS LE CADRE REGLEMENTAIRE DES POLITIQUES PUBLIQUES	7
1.1 Les politiques publiques en faveur des personnes âgées	7
1.1.1 L'évolution des réglementations.....	7
1.1.2 La mesure de la dépendance : l'outil AGGIR	9
1.1.3 La réforme de la tarification et la signature de la convention tripartite, un même objectif : la qualité.....	11
1.2 Le Clos de Grex : un EHPAD en milieu rural	14
1.2.1 Historique : de la maison de retraite à un EHPAD	14
1.2.2 Un contexte géographique et un habitat en milieu rural.....	17
1.2.3 Caractéristiques des résidents accueillis	19
1.3 L'établissement : ses réalités et ses enjeux	23
1.3.1 Le manque de moyens humains	24
1.3.2 Un renforcement de la logique médicale face à une désorganisation du soin	26
1.3.3 La nécessité d'une prise en charge globale	27
2 DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES AGEES	29
2.1 Les évolutions du dispositif en lien avec les textes réglementaires	29
2.1.1 Les enjeux de la loi 2002 – 2	29
2.1.2 La mise en place d'une démarche qualité favorisant une dynamique d'équipe et une adaptation permanente	31
2.1.3 Approche multidimensionnelle de la notion de qualité en EHPAD.....	33
2.2 La mise en œuvre de la démarche qualité au « Clos de Grex »	35
2.2.1 La prégnance de la culture soignante dans la relation d'aide	37

2.2.2	Une approche éthique du soin.....	39
2.2.3	L'entrée des personnes âgées en institution : une étape difficile à prendre en compte	40
2.3	Les professionnels au centre de la dynamique de changement.....	43
2.3.1	Les difficultés spécifiques rencontrées par les soignants dans la relation d'aide	43
2.3.2	Le changement : de la résistance à la participation des acteurs.....	45
2.3.3	La communication, un outil de mobilisation	47
3	METTRE EN ŒUVRE L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PERSONNES ÂGÉES.....	49
3.1	L'établissement doit adapter ses prestations aux besoins des personnes accueillies.....	49
3.1.1	Gérer les ressources humaines pour optimiser un accompagnement de qualité.....	49
3.1.2	Anticiper l'arrivée du médecin coordonnateur.....	51
3.1.3	Préconiser des actions immédiates et à long terme.	54
3.2	Gérer les ressources « internes/externes » : engager une démarche de professionnalisation des acteurs et de travail en réseau.....	57
3.2.1	Connaître et évaluer les ressources humaines.....	57
3.2.2	La formation : un outil de promotion de l'accompagnement.....	58
3.2.3	Développer les partenariats et les réseaux pour favoriser l'accompagnement global des personnes âgées.	64
3.2	Le renouvellement de la convention tripartite	65
3.2.1	Les principes et les objectifs du conventionnement.....	65
3.2.2	Optimiser les moyens, l'organisation du travail et l'accompagnement.....	67
3.2.3	Anticiper la restructuration des espaces privés et collectifs	69
	CONCLUSION	I
	BIBLIOGRAPHIE	II
	LISTE DES ANNEXES.....	V

Liste des sigles utilisés

ADAPEI Association Départementale d'Amis et de Parents d'Enfants Inadaptés
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
ANGELIQUE Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de
Qualité pour les Usagers des Établissements.
APA Allocation Personnalisée d'Autonomie.
AMP : Aide Médico – Psychologique
AS : Aide Soignante
ASH : Agent De Service Hôtelier
CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DGAS Direction Générale de l'Action sociale
DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIF Droit Individuel de Formation
DIPASS Direction de la Prévention de l'Action Sociale et de la Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du
Ministère de la Santé
EHPA Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM Foyer d'Accueil Médicalisé
FO Foyer Occupationnel
ETP Équivalent Temps Plein
GIR Groupe Iso Ressources
GMP GIR Moyen Pondéré
IDE Infirmière Diplômée d'État
INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MARTHE Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des
personnes âgées
OPCA Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PAUF Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de formation
PSD Prestation Spécifique Dépendance
UNIFAF Union des Fonds d'Action pour la Formation
VAE Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Depuis 1975, l'intérêt des politiques publiques s'est porté sur l'humanisation des hospices, lieux asilaires où, les vieillards, les indigents, les handicapés finissaient leurs jours à l'abri des regards. Progressivement, la notion d'hébergement a changé et intègre le principe du respect des droits et libertés individuels, transformant petit à petit le statut et la place des personnes âgées dans les établissements. On évoque, aujourd'hui, un accompagnement individualisé qui répond aux choix, aux besoins et aux attentes des personnes afin qu'elles restent actrices de leur propre vie.

La question se pose alors sur les moyens à mettre en œuvre pour adapter un accompagnement de qualité qui réponde à la fois à l'évolution des besoins exprimés par les personnes âgées et leur famille, mais aussi à celle des politiques sociales.

Le Clos de Grex est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui accueille 84 personnes âgées dont 50 personnes handicapées mentales âgées et 34 personnes âgées venant du milieu ordinaire. Cet accueil conjoint relève du fait que deux foyers pour personnes handicapées mentales et psychiques font parti du même site que la maison de retraite. Je développerai plus avant dans mon propos cette particularité née de l'histoire de ces trois structures.

J'ai pris la fonction de direction de ces trois établissements en janvier 2006, j'étais auparavant adjoint de direction des deux foyers depuis 6 ans.

L'objet de ce mémoire sera axé sur l'accompagnement des personnes âgées accueillies à la maison de retraite du Clos de Grex.

Les premiers mois de ma prise de fonction, j'ai été rapidement sollicité par le personnel de la maison de retraite au sujet des difficultés quotidiennes liées aux insuffisances, qu'elles soient d'ordre matérielles ou organisationnelles, mais aussi inhérentes aux problématiques de la prise en charge des personnes âgées.

Je n'avais pas encore pris la mesure du métier de directeur et il me fallait prendre le temps de la lecture de l'observation, de l'analyse pour comprendre les réalités et les enjeux de l'institution afin de m'engager et pouvoir agir.

Le Clos de Grex s'est inscrit dans l'évolution des politiques sociales et dans les réformes successives de médicalisation, de tarification afin d'améliorer son fonctionnement par l'apport de nouveaux moyens et par la mise en place de projets qui soutiendraient un accompagnement respectant le droit et la citoyenneté des personnes accueillies.

En signant en 2003 une convention tripartite, l'établissement répondait d'une part, à une obligation législative de médicalisation et, d'autre part, à ses objectifs de mettre en œuvre les moyens permettant un accompagnement de qualité. Le projet d'établissement, le projet de vie et de soins témoignaient la volonté des acteurs institutionnels de reconnaître la primauté de la personne accueillie.

Les nouveaux moyens alloués, la qualification du personnel ont permis d'atteindre certains objectifs déterminés lors du conventionnement.

Aujourd'hui, l'analyse de l'organisation de l'établissement permet de mettre en exergue l'augmentation de la dépendance, les difficultés liées aux insuffisances de moyens se traduisant dans le quotidien par une prise en charge assistancielle et médicale au détriment d'un accompagnement social et culturel. La désorganisation du soin médical est flagrante et conduit certainement au renforcement d'une prise en charge sécuritaire et protectionniste. Ainsi, le soin est devenu pour les professionnels l'ultime moyen de prendre en charge la dépendance.

Nouvellement nommé directeur de la structure, je dois mettre en œuvre une stratégie permettant à l'établissement la nécessaire mutation des pratiques professionnelles et la modification des prises en charge pour promouvoir un accompagnement global des personnes âgées accueillies.

Je fais l'hypothèse que cette problématique peut trouver sa solution dans la mise en œuvre de la démarche qualité qui aborde la délicate question de la traduction concrète de l'éthique dans les pratiques quotidiennes. La gestion des ressources humaines peut être aussi un levier permettant des réponses adaptées par l'attribution de moyens, la fixation d'objectifs et une coordination interne mais aussi externe en développant les rapports sociaux.

Dans la première partie de ce mémoire, je déclinerai l'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées, la présentation de l'EHPAD du Clos de Grex que je dirige, ainsi que les problématiques que rencontre l'établissement dans l'accompagnement des personnes âgées.

La deuxième partie abordera l'accompagnement global des personnes âgées en référence aux textes réglementaires et la mise en œuvre d'une démarche qualité. Je développerai en quoi cette démarche peut être un outil de management participatif permettant d'objectiver et d'évaluer les pratiques. Une réflexion sur la complexité des relations « soignants soignés » permettra de comprendre les difficultés des personnes âgées institutionnalisées et celles des professionnels dans le quotidien, ceci dans un contexte institutionnel de changement.

Dans un troisième temps, je tenterai de rendre compte de ce que je peux mettre en œuvre concrètement pour optimiser l'organisation. Je développerai les moyens et outils à mettre en place afin de promouvoir un accompagnement global et anticiper les évolutions des besoins des personnes âgées.

1 L'ETABLISSEMENT INSCRIT DANS LE CADRE REGLEMENTAIRE DES POLITIQUES PUBLIQUES

1.1 Les politiques publiques en faveur des personnes âgées

Phénomène nouveau dans l'histoire de l'humanité d'ici 2050, au niveau mondial, les personnes âgées de plus de 60 ans seront majoritaires. Face à cette évolution démographique et aux enjeux considérables qu'elle implique, le cadre législatif et réglementaire des établissements accueillant des personnes âgées connaît depuis quelques années des transformations importantes. Reprendre l'histoire des politiques publiques dans le domaine de l'action sociale et plus particulièrement de la vieillesse permettra de mesurer les avancées de ce secteur ces vingt dernières années.

1.1.1 L'évolution des réglementations

Les premières politiques mises en place en faveur des personnes âgées datent du début du XXe siècle, avec les lois du 14 juillet 1905 « portant assistance aux vieillards, infirmes et incurables », du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes et du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, la question de la prise en charge de la dépendance n'étant apparue que beaucoup plus tardivement. La préoccupation du législateur est alors l'aide aux personnes âgées les plus défavorisées, sans plus de considération pour leurs besoins spécifiques.

Dans les années 60, les pouvoirs publics prennent acte de la nécessité de dépasser le stade de la simple garantie de ressources et décident de construire une véritable politique spécifique de la « vieillesse ».

En 1962, le rapport LAROQUE¹ fait le constat de la dévalorisation des personnes âgées et plus généralement de la vieillesse ainsi que de l'insuffisante médicalisation des établissements sociaux. Le rapport met l'accent sur la nécessité d'éviter la mise à l'écart des personnes âgées, de favoriser la citoyenneté et l'insertion des personnes dans la cité en développant l'idée de leur intégration dans la société.

Ce rapport va dégager les lignes directrices d'une politique en faveur des personnes âgées en affirmant la priorité du maintien à domicile des personnes, les nécessaires conditions de ressources suffisantes pour lutter contre la pauvreté, le besoin de coordination de l'ensemble des acteurs.

Pour conforter cette politique de la vieillesse, le secrétaire d'Etat chargé des retraités et des personnes âgées, nommé en 1981, a pour mission de faire appliquer ces

¹ LAROQUE, *Politique de la vieillesse rapport de la commission Laroque*, 1962

recommandations. Il diffuse pour cela une circulaire en 1982 dite circulaire FRANCHESCHI qui traite entre autre de l'animation, du maintien à domicile, de la coordination gérontologique

Cette dynamique d'intégration enclenchée par le constat d'un processus d'exclusion et de paupérisation des plus âgés, va déclencher la mise en œuvre de mesures législatives successives en direction des personnes dites « âgées dépendantes ».

A partir de 1982, les lois de décentralisation confient aux départements la responsabilité de l'action sociale et de l'aide sociale aux personnes âgées. Puis, la situation de crise économique, l'augmentation du nombre de personnes âgées poussent l'Etat à restreindre ses dépenses. Il va centrer son action sur les personnes dont la situation est la plus préoccupante : les personnes âgées dépendantes. Une commission nationale d'étude sur cette population est créée et en 1988 le rapport Théo Braun pose le problème de la dépendance et de son financement. En 1990, compte tenu des problèmes récurrents liés à la prise en charge de la dépendance, une étude du commissariat général au plan suggère l'instauration d'une prestation nouvelle qui se concrétise en janvier 1997 par la loi n° 97-60, mettant en place la prestation spécifique dépendance (PSD), dont le montant varie selon les besoins d'aide de la personne. Cette loi prévoit également une réforme de la tarification.

Fortement controversée dès 1997, cette prestation était critiquée du fait de ses aspects inégalitaires d'un département à un autre et de sa trop grande sévérité en matière de recours sur donation et succession. Ces conditions restrictives d'obtentions ont suscité une forte déception et contraint le législateur à rapidement intervenir de nouveau dans ce domaine.

Il fallut attendre la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour voir apparaître des mesures concrètes et suffisantes en faveur de la dépendance. Cette loi a pour ambition de renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Cette allocation concerne à la fois les personnes âgées de 60 ans et plus, résidant à domicile et celles demeurant en établissement. L'APA constitue une des grandes réformes de ces dernières années car elle s'inscrit dans un souci de dignité des personnes en s'appuyant sur cinq principes fondamentaux :

- Un droit objectif et universel, l'allocation personnalisée s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un soutien de la collectivité.
- Un champ des bénéficiaires élargi, l'une des caractéristiques de l'APA est d'avoir supprimé la condition de ressources et ses effets de seuil.

- Des prises en charge diversifiées, l'APA est une prestation en nature personnalisée, elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire.

- Une gestion de proximité, l'APA est gérée par les départements, sous la responsabilité du président du conseil général, en partenariat avec une commission composée de représentants du département et des organismes de sécurité sociale, afin d'éclairer les décisions du président du conseil général en matière d'attribution de l'APA.

- Un apport de la solidarité nationale dans le cadre de la loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : le financement de l'APA est consolidé et pérennisé par une contribution sociale généralisée, une participation des régimes obligatoires d'assurance et une fraction des recettes recueillies en contrepartie de la journée de solidarité.

Contrairement à la PSD, l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire. Les conditions d'attribution sont établies en fonction du degré de perte d'autonomie, celui-ci étant évalué en référence à la grille nationale AGGIR.

1.1.2 La mesure de la dépendance : l'outil AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)², a pour objectif de cibler les personnes dont les incapacités dans la vie quotidienne entraînent un besoin d'aide. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné. Cette grille se compose de dix variables discriminantes (la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements et les communications verbales et non verbales) qui évaluent ce que la personne ne peut plus faire, corrélant cette évaluation avec l'intensité de l'aide requise. Elle propose une échelle évolutive du plus au moins dépendant à partir de six Groupes Iso Ressources allant du GIR 1 correspondant aux personnes confinées au lit dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, au GIR 6 qui se compose de personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Dans la logique AGGIR, tous les GIR³ sont composés de personnes dépendantes. Toutefois, dans la pratique de la grille, les individus nécessitant une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne sont classés dans les 4 premiers GIR de la grille ; cette classification du GIR 1 au GIR 4 détermine ainsi l'attribution de l'APA selon la

² Annexe 1 : présentation de la grille AGGIR

³ Annexe 2 : Grille d'évaluation de la dépendance

mesure des incapacités traduites par la grille. Le classement dans chacun de ces groupes donne lieu à une cotation en points ; ceux-ci sont totalisés pour l'ensemble des personnes accueillies dans l'établissement puis divisés par le nombre de résidents. La valeur obtenue correspond à la dépendance moyenne des personnes hébergées dans la structure appelée GMP (GIR Moyen Pondéré) ; ce dernier sera un élément de détermination des moyens accordés à l'établissement et débattu lors de la signature de la convention tripartite, comme le prévoit la réforme de la tarification.

Les EHPAD ont donc un financement basé sur le GIR moyen pondéré de l'établissement (GMP) obtenu en additionnant les GIR des résidents et en divisant le total par le nombre de personnes évaluées.

Pour de nombreux professionnels, cette notion de moyenne va à l'encontre des grands principes éthiques liés à la réforme des EHPAD, dont l'objectif était la prise en compte et le suivi de l'état des besoins individualisés de la personne. On peut convenir que l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR est un outil commode pour résumer, simplement, une situation complexe, mais que cet outil ne peut être assimilé à une évaluation multidimensionnelle par manque d'éléments évaluant les besoins socio-économiques, l'environnement social et physique des personnes âgées. Dans le cadre d'un établissement comme celui que je dirige, où les personnes handicapées mentales âgées représentent la majorité des personnes accueillies, on perçoit particulièrement les manques de la grille face aux spécificités et à l'hétérogénéité de la population.

Dans son rapport⁴ M. P BLANC soulève le problème « de « l'inadaptation de la grille AGGIR aux personnes handicapées, dont les déficiences sont ainsi sous évaluées et donc sous financées », parce que classées à un niveau de dépendance (GIR 5/6) insuffisant par rapport à leurs besoins réels d'accompagnement.

Pour ALAIN COLVEZ⁵ : d'autres dimensions doivent être ajoutées comme « les activités élaborées, la mobilité, le réseau relationnel, les conditions d'habitat... qui seules permettront d'élaborer ce qui est la finalité de l'évaluation ; un plan d'aide ».

De plus, l'accueil à 60 ans des personnes handicapées classées en GIR 5/6 fait baisser le Gir Moyen Pondéré de l'établissement et de ce fait les moyens financiers nécessaires à l'ensemble des résidents.

La mixité de l'accueil de personnes âgées et de personnes handicapées âgées, comme cela est le cas au Clos de Grex, accentue la notion restrictive de l'évaluation AGGIR. Une

⁴ BLANC PAUL sénateur, rapport du 11/07/06 sur la prise en charge du vieillissement des personnes handicapées.

⁵ COLVEZ Alain. *Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie*. Cité par Bernard Ennuyer Docteur en sociologie, conférence CREAL novembre 2004.

même logique d'évaluation multidimensionnelle permettrait de différencier les approches en fonction de l'âge, mais aussi de mieux définir les convergences et les similitudes de prises en charge et d'aides aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

Le constat peut être fait que l'utilisation de la seule grille de dépendance AGGIR pour le classement des résidents et la détermination des aides donc des tarifs ne rendent pas suffisamment compte de la diversité des situations rencontrées auprès des personnes. Si l'on peut percevoir les avantages de l'indicateur AGGIR dans sa large utilisation pour définir l'éligibilité à l'APA, il est difficile de valider son utilisation dans l'élaboration des tarifs liés à la dépendance. En effet, les personnes appartenant à un même groupe d'incapacités n'ont pas les mêmes besoins et ne nécessitent pas les mêmes aides, tant les variables sont grandes dans le domaine de la prise en charge de la dépendance.

Malgré tout, le financement des EHPAD se fonde sur l'état de dépendance de la personne âgée à partir de l'échelle d'évaluation AGGIR auquel se rapportent des coûts définis.

Avec ce nouvel outil et ce système de financement, les EHPAD sont appelés à fournir des comptes de résultats par section tarifaire, donc par type de prestations. Ils sont également appelés à moduler les tarifs en fonction du niveau de dépendance, comme je l'ai décliné précédemment.

C'est à l'appui de ces données que les directeurs d'établissements peuvent négocier des moyens nouveaux auprès des autorités de tarifications dans le cadre de la convention tripartite comme le prévoit la réforme de la tarification.

1.1.3 La réforme de la tarification et la signature de la convention tripartite, un même objectif : la qualité

Le décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 4 mars 2001 fixe les nouvelles modalités réglementaires de financement et de tarification des établissements recevant des personnes âgées dépendantes.

La réforme des EHPAD a été mise en place au 1er janvier 2002, elle est fondée sur deux axes principaux : un nouveau système de tarification et la convention tripartite.

Un nouveau système de tarification : ce système prévoit la répartition des dépenses et des recettes de l'établissement en trois groupes correspondant à trois tarifs.

La signature de la convention tripartite implique donc 3 types de financements : hébergement, dépendance et soins.

- le tarif hébergement (le gîte et le couvert) comprend les prestations non liées à l'état de dépendance de la personne âgée accueillie c'est-à-dire les frais d'administration, le coût du service hôtelier, les dépenses inhérentes à l'entretien, à la restauration et à l'animation. Ce tarif est identique pour l'ensemble des résidents de l'établissement. C'est

la personne âgée qui paie l'hébergement, toutefois elle peut éventuellement être prise en charge par l'aide sociale départementale à l'hébergement si ses revenus sont insuffisants.

- Le tarif dépendance couvre les prestations d'aide, d'accompagnement indispensables à l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante, mais également les surcoûts hôteliers, l'animation, les fournitures, le matériel et mobiliers liés à la dépendance des personnes âgées. La personne âgée relevant des GIR 5 et 6 paie la dépendance, l'APA étant attribuée aux personnes relevant des GIR de 1 à 4.

- Le tarif soin correspond aux prestations médicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents, ainsi qu'aux prestations paramédicales (soins d'hygiène, soins d'entretien, soins de confort et de continuité de vie) liées à l'état de dépendance des personnes âgées accueillies. L'ensemble des dépenses relatives aux soins est payé par l'assurance maladie.

Ce système qui paraît simple et logique est toutefois complexe dans son application. La pluralité des interlocuteurs crée, en effet, quelques difficultés pour un gestionnaire d'établissement. L'insuffisante articulation des cofinancements et l'absence de coordination des calendriers budgétaires des différents acteurs engendrent parfois certains retards dans la réalisation des projets.

Toutefois, la nouvelle tarification s'attache à identifier les coûts, puisque le financement se fonde sur l'état de dépendance de la personne âgée et non plus sur le statut de l'établissement d'accueil.

- La convention tripartite et l'ensemble de la réforme reposent sur un système contractuel signé pour cinq ans, entre Etat (DDASS), Conseils Généraux (DIPASS) et établissements. Elle s'applique à toutes les institutions autorisées à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quel que soit leur statut juridique ou leur appellation.

En Rhône-Alpes, 66 % des établissements accueillant des personnes âgées sont couverts par une convention tripartite. Cet accroissement des lits médicalisés a permis une amélioration qualitative de l'offre en établissement, notamment en ce qui concerne le niveau d'encadrement et la qualité du bâti. Ainsi l'enquête EHPA 2003⁶ met en évidence des taux d'encadrement plus élevés dans les structures ayant passé convention ; celles-ci emploient en moyenne pour 100 places 10 personnes à temps plein de plus que les établissements non conventionnés. En Rhône-Alpes, Le taux d'encadrement en EHPAD

⁶ EHPA enquête : « Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées » 2003

est de 52 équivalents temps plein pour 100 places. On note, malgré tout, que les établissements des départements du Rhône et de l'Ain ont moins de personnels que ceux des autres départements de la région.

Le principe du conventionnement s'est étendu et est devenu une forme juridique largement utilisée de l'action publique aujourd'hui. Etablies sur la base d'un cahier des charges défini par l'arrêté du 26 avril 1999, les conventions tripartites définissent les conditions de fonctionnement des établissements sur le plan financier par rapport à la qualité de la prise en charge des personnes et des soins dispensés, mais aussi les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

De fait, la convention tripartite est l'outil par lequel l'établissement définit sa stratégie d'évolution et les moyens qui lui sont nécessaires à sa mise en œuvre. Ce document qui tient compte de la situation de l'institution et du contexte local, constitue l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité afin d'offrir aux usagers les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Il s'agit de mettre en place une démarche d'amélioration continue reposant sur un certain nombre de recommandations abordant tous les aspects de la vie de l'institution et concernant :

- la qualité de vie des résidents (projet d'établissement, projet de vie, projet de soins, qualité des espaces privés et collectifs...)
- la qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidents
- la qualité des personnels exerçant dans l'établissement
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique, comportant des soins coordonnés.

L'adaptation de l'établissement aux exigences de qualité qui lui incombent est progressive, puisque planifiée sur cinq ans ; chaque convention tripartite est spécifique à chaque structure. Il n'existe pas de cadre strict imposé aux établissements par les pouvoirs publics, mais un cadre commun souhaité.

Les modalités de la convention sont déterminées après une étude préalable des points forts et des points faibles de l'établissement. A cet effet, la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées (MARTHE) et l'École Nationale de la Santé Publique ont élaboré un guide d'accompagnement : ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements). Ce document est composé d'un questionnaire et d'un rapport d'évaluation destinés aux autorités de tarification. Je pense que la convention tripartite doit être avant toute chose, la traduction d'une réflexion conduisant l'établissement à définir, en fonction de sa propre situation et de son environnement, une stratégie attachée à faire évoluer les pratiques au profit d'une meilleure qualité de vie des personnes âgées. Ce conventionnement constitue l'engagement de l'établissement dans une démarche

qualité en s'appuyant sur le projet d'établissement, qui, dans l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, tend à passer d'une logique institutionnelle vers une logique individuelle de prise en charge. J'apporterai dans la seconde partie de mon travail une réflexion sur la loi 2002-2, sur la démarche qualité qui implique des changements importants dans les pratiques d'accompagnement des personnes âgées.

L'établissement du Clos de Grex a été conventionné en 2003, après s'être inscrit dans la démarche de conventionnement en réalisant l'autoévaluation de la qualité.

J'aborderai plus avant dans mon propos les conséquences de cette contractualisation en termes d'évolution mais aussi d'insuffisances face aux exigences légitimes des personnes accueillies et de leur famille et celles des textes réglementaires. Mais tout d'abord, je m'attacherai à vous présenter l'établissement que je dirige ainsi que les personnes âgées qui y vivent.

1.2 Le Clos de Grex : un EHPAD en milieu rural

Le temps des origines, l'histoire d'une institution témoignent des valeurs qui l'ont fondée : qu'elles soient philanthropiques, religieuses, philosophiques, elles expriment la part de responsabilité que les acteurs ont vis-à-vis de la détresse d'autrui.

BRUNO ROCHE dit : « Les valeurs regardent à la fois vers le passé et vers l'avenir ; en regardant vers le passé, elles valorisent ce qui a résisté au temps, ce qui a eu la force de croître en s'adaptant et en se réinventant ; en regardant vers l'avenir, elles justifient les efforts du présent, elles donnent sens à l'activité »⁷.

1.2.1 Historique : de la maison de retraite à un EHPAD

En 1871, M Claude Louis Montanier conseiller-maire honoraire à la Cour des Comptes lègue par testament sa propriété dite le « château de Grex », ses dépendances et les biens fonciers qui entourent la propriété à la compagnie des filles de la charité des sœurs de Saint Vincent de Paul.

Ce testament comporte une condition pour la congrégation légataire « qui devra affecter le château de Grex à un hospice où seront soignés gratuitement, dans la limite de la possibilité, les malades et surtout les vieillards indigents du canton de Seyssel (Ain) soit des communes de Seyssel, Corbonod, Chanay, Anglefort et Culoz ».

De 1874 à 1907, six sœurs de St Vincent de Paul accueillent vingt « vieillards » du canton.

En 1907, les revenus de la propriété ne pouvant répondre au budget nécessaire à l'accueil initial, les sœurs recourent aux autorités préfectorales (département de l'assistance publique) pour obtenir un budget de financement ; elles accueilleront de ce

⁷ ROCHE BRUNO. MARFOGLIA FRANCIS *L'art de manager* Edition : Ellipses p 38

fait les personnes dites « incurables » du département. Ainsi, l'hospice de Grex accueillit une population disparate de vieillards valides mais pauvres, d'infirmités de tous âges, voire de personnes que l'on qualifierait aujourd'hui d'exclus sociaux.

En 1981, les sœurs font construire une maison de retraite dans le prolongement des bâtiments anciens qui avaient déjà bénéficié de nombreuses adaptations et modernisations après les lois du 30 juin 1975 relatives à l'orientation de la politique en faveur des personnes handicapées et des établissements sociaux et médico-sociaux, ces lois ayant prévu la disparition des hospices dans un délai de dix ans.

En effet, ces établissements devaient être transformés architecturalement pour correspondre à des normes plus modernes de confort, et administrativement pour différencier des unités sanitaires (services de soins prolongés) et des unités sociales ou médico-sociales (maisons de retraite).

En 1982, l'évolution constante de la politique de la vieillesse, la capacité d'accueil croissante de l'établissement incitent la congrégation religieuse à confier la direction et la gestion de l'établissement à l'association Santé et Bien Etre, tout en restant membre du Conseil d'administration.

Progressivement de 1982 à 1997, l'exigence des politiques publiques et des textes réglementaires engageait l'association dans une réorganisation de l'établissement prenant en compte les différents types de populations accueillies en lien avec la décentralisation des prestations entre l'Etat et les départements.

Le Clos de Grex a été longtemps marqué par l'histoire de son hospice où résidaient pour l'essentiel des personnes handicapées. Toutefois, avec la décentralisation et le mouvement de modernisation qui en est résulté, l'hospice s'est transformé avec la création d'un foyer à double tarification, « Le Montanier » devenu aujourd'hui un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) avec un agrément de 30 places, d'un foyer occupationnel « Le St Vincent » dont la capacité d'accueil est de 35 places, mais aussi d'une maison de retraite de 50 places pour les personnes handicapées vieillissantes qui ont pu ainsi rester sur place et de 34 places pour les personnes âgées des communes et des départements voisins.

La création de la maison de retraite en 1981 a engagé un processus qui a permis d'organiser, de délimiter les espaces d'accueil en les mettant en cohérence avec les principes d'actions, de décisions, d'accompagnements qui prennent en compte les particularités des personnes accueillies. La diversification des lieux d'accueil a certainement autorisé un processus d'identification de ces populations, mettant en place un principe de différenciation qui a permis de sortir des pratiques standardisées et stéréotypées à la fois pour les différents acteurs institutionnels, mais aussi au regard de l'environnement social extérieur communal et départemental.

L'évolution de l'établissement a toujours été en lien avec les modifications de la législation et l'avancée des textes réglementaires ; ainsi pendant l'année 2000, l'association a souhaité engager un travail dans l'objectif de la signature de convention tripartite pour ses établissements.

Au début de l'année 2001, le directeur en fonction, anticipant les enjeux à venir, a mis en œuvre le projet d'établissement de la maison de retraite avec l'aide d'un cabinet de consultants. Les grandes réformes en cours annonçaient des normes qualitatives importantes, l'établissement devait se transformer pour répondre aux besoins d'une population dont le niveau de dépendance augmentait et les niveaux d'exigences se précisaient.

Le projet d'établissement, le projet de vie et le projet de soins ont été élaborés avec l'ensemble du personnel et les représentants des familles au conseil de vie social. La démarche s'est voulue participative, un comité de pilotage a été mis en place, chargé de suivre et de valider les travaux réalisés. On retrouve, dans le projet, les éléments fondamentaux liés à la mission de l'établissement, à l'éthique associative en lien avec les textes législatifs. La démarche d'élaboration du projet de vie s'est faite autour des professionnels qui ont travaillé par groupes. Des axes prioritaires ont été définis et des actions d'améliorations sur des thèmes donnés ont été proposées. La formalisation du projet de vie donne une place primordiale au respect et à la dignité des personnes âgées, le thème de la qualité de vie dans l'établissement pour les résidents et le personnel apparaît ainsi dans le texte: «respect du rythme des personnes âgées, considérer la citoyenneté des personnes » « équité dans le travail et limite des contraintes horaires ». La procédure d'accueil a été élaborée, elle fait mention du travail en commun avec les deux foyers concernant les personnes handicapées âgées. L'accent a été mis sur la participation des familles et sur l'animation en préconisant la mise en place d'un projet qui définirait les actions possibles à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

Le projet de soins a été élaboré par le médecin salarié, les infirmières, le directeur. Il définit les politiques en matière de soins curatifs et de recours à l'hospitalisation, de prévention, d'information et de prise en charge gériatrique en coordination avec différents acteurs dans le cadre de réseaux.

L'ensemble du travail d'élaboration du projet d'établissement et des macros projets s'est déroulé jusqu'en juin 2002 ; le projet d'établissement, le projet de vie ont été écrits et formalisés en septembre de la même année ; le projet de soins n'étant pas finalisé, il fut inscrit dans la convention tripartite comme un objectif réalisable en cours d'année 2004.

Le projet d'établissement fixe d'une part, les objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations et, d'autre part, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Il a été pensé dans

une démarche évolutive, en lien avec le futur conventionnement tripartite et ses objectifs à cinq ans, mais aussi à plus long terme au regard des améliorations architecturales nécessaires du bâti, afin d'être en adéquation avec les normes définies par les textes réglementaires.

En 2003, la maison de retraite est devenue un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le conventionnement tripartite a pu être réalisé suite à l'autoévaluation de son fonctionnement. Les objectifs à poursuivre sur cinq ans se sont appuyés sur les dispositions de la loi du 26 avril 1999, fixant le cahier des charges de la convention tripartite relative à la qualité de vie des personnes âgées, ces objectifs concernaient les points suivants :

- supprimer les chambres à trois lits, création de chambres individuelles,
- recruter un médecin coordonnateur,
- améliorer l'accueil des personnes âgées, réaliser le livret d'accueil,
- inscription de notre établissement dans le réseau gérontologique (conventionnement avec l'hôpital local),
- engager un personnel qualifié pour suivre l'évolution de l'organisation de la qualité d'accompagnement et augmenter la qualité des conditions de travail.

Le conventionnement tripartite confirmait la volonté de l'établissement de s'adapter aux évolutions de la population accueillie et des politiques publiques. Toutefois, cela ne signifie pas que l'organisation institutionnelle a pu aujourd'hui s'adapter complètement au changement. Je développerai cette question essentielle après la présentation du contexte institutionnel que je poursuis par la situation géographique et architecturale de l'établissement.

1.2.2 Un contexte géographique et un habitat en milieu rural

Le Clos de Grex se situe en milieu rural dans le pays de Seyssel aux frontières de la Savoie, de la Haute Savoie et de la Suisse. La propriété s'étend sur 55 hectares dans le hameau de Gignez sur la commune de Corbonod.

Le village de Gignez, qui jouxte le domaine de Grex, s'est développé depuis quelques années grâce à la proximité de la suisse et offre des équipements scolaires, sportifs, commerciaux, culturels et sociaux. Ces équipements sont d'un intérêt indéniable pour l'animation et la vie sociale du village dans lesquels s'inscrit l'ensemble des structures du clos de Grex. En effet, ils permettent d'offrir aux résidents un confort de proximité social intéressant (sortie sur le marché, participation à différents clubs, magasins...).

L'établissement est à 10 minutes à pieds du village pour une personne marchant doucement, les résidents les plus autonomes peuvent sortir faire quelques courses ou se promener, il leur suffit d'informer le personnel avant de partir.

L'histoire du Clos de Grex est inscrite dans celle des villages environnants, les liens sociaux entre les habitants et les résidents existent depuis de nombreuses années et s'alimentent par des échanges culturels, religieux ou festifs qui ont lieu dans la salle des fêtes de l'établissement ; nous recevons ainsi la jeunesse musicale, les groupes de musique rock des enfants de l'aumônerie, les enfants des écoles pour leur spectacle de Noël, pour carnaval, etc. Les résidents qui le souhaitent participent volontiers à ces manifestations et invitent à leur tour les personnes avec qui ils ont créé des liens pour des goûters ou des animations. La présence des trois sœurs de la communauté religieuse qui habitent dans une aile du bâtiment occupé par le foyer d'accueil médicalisé produit aussi des liens. La chapelle faisant partie de la propriété accueille chaque semaine les résidents et les paroissiens des villages pour les messes hebdomadaires.

La propriété est en partie close mais reste ouverte par son entrée principale et par les raccourcis qui mènent au village et il n'est pas rare de voir se promener dans les jardins ou dans les bois, des personnes âgées et leur famille, mais aussi des gens du village et des résidents des deux foyers.

Le parc est à la fois un lieu de promenade agréable mais aussi un espace socialisant par les rencontres, ce qui constitue pour les personnes âgées et leur famille un atout important.

Construit il y a 25 ans, le bâtiment de l'EHPAD est en forme de L sur deux étages qui divisent l'établissement en deux services : « La Roseraie » où sont accueillies les personnes handicapées âgées et « Les lilas » accueillant les personnes âgées du milieu ordinaire. Ces services comportent chacun 42 lits répartis en 8 chambres à 1lit, 11 chambres à 2 lits, et quatre chambres à 3 lits. Chaque service utilise quatre salles de bain dont deux sont aménagées de baignoires adaptées. Les chambres individuelles et à deux lits sont équipées de cabinet de toilette avec lavabo et WC.

Une infirmerie, dotée d'un petit bureau, permet d'y préparer les médicaments et d'effectuer les soins. Des salons avec télévision sont des lieux de rassemblement de certains résidents désœuvrés, de joueurs de belote ou d'amateurs de films.

Une grande salle pour l'animation accueille en rez-de-jardin les résidents souhaitant faire une activité ou participer à une animation.

Dans chaque service, deux petits salons permettent aux familles d'être accueillies par le personnel et de prendre leur repas dans l'intimité ; un bureau est investi par le personnel pour les réunions de transmission et de coordination.

Les tisaneries servent pour la préparation des petits déjeuners servis en chambre ; les repas de midi et du soir sont servis dans cinq salles à manger excentrées des services pour être regroupées à proximité de la cuisine. Cette implantation impose l'utilisation des deux ascenseurs pour l'ensemble des quatre vingt quatre résidents, ce qui engendre souvent des difficultés lors du déplacement de toutes ces personnes.

Deux services successifs ont été mis en place afin de rassembler plus de personnels à la disposition des personnes les plus dépendantes ayant besoin d'une aide pour les repas. Des terrasses attenantes aux bâtiments permettent à la belle saison les repas et les collations à l'extérieur ; l'accessibilité des personnes à mobilité réduite est générale sur le site et dans l'ensemble des locaux.

L'EHPAD est relié au FAM et au FO par une galerie assez large et lumineuse que tous les résidents empruntent pour se rendre visite ou aller au service administratif au rez-de-chaussée du FAM ; cela crée des flux, des mouvements, de l'animation, parfois des heurts, de la vie tout simplement.

Globalement la qualité des locaux ne correspond pas aux normes d'accueil définies par les textes réglementaires. L'accueil dans des chambres à trois lits rend impossible un accompagnement respectant l'intimité et la dignité des personnes, et met parfois le personnel dans des situations de prise en charge difficile.

1.2.3 Caractéristiques des résidents accueillis

Comme je l'ai précisé, l'établissement reçoit des personnes handicapées âgées et des personnes âgées. Mon propos n'est pas de me saisir de la problématique de la cohabitation des personnes handicapées âgées et des personnes âgées. Cette question intéressante fera l'objet d'un travail particulier élaboré dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite en 2008. Malgré tout, il me semble nécessaire d'évoquer en quelques phrases le contexte de l'accueil conjoint de ces deux populations au Clos de Grex.

L'établissement reçoit depuis de nombreuses années des personnes handicapées mentales. Plusieurs résidents handicapés mentaux sont entrés très jeunes au Clos de Grex et vieillissent toujours ici. En 1982, la construction de la maison de retraite était dédiée en majorité aux personnes handicapées qui ont pu ainsi rester sur place. L'ouverture de cette maison aux habitants des communes limitrophes permettait d'être dans une continuité de l'accueil initial et d'éviter le repli sur les seules personnes handicapées au détriment d'une ouverture sociale.

Il existe toutefois des freins culturels face à la mixité d'accueil de publics différents. Les familles qui envisagent de faire entrer un parent en maison de retraite ont, pour la plupart, un sentiment de culpabilité. On peut comprendre que certaines craintes sont d'autant renforcées vis-à-vis d'un établissement qui accueille des personnes handicapées.

La méconnaissance des personnes handicapées et de leur vie explique largement cette réticence, c'est pourquoi nous nous sommes attachés à mettre en place une procédure d'admission qui rend obligatoire une visite de l'établissement et une rencontre avec les professionnels afin d'expliquer à la personne en demande de placement et à la famille le

contexte de cet accueil particulier. Ceci met aussi un terme aux accueils d'urgence ou sur dossier sans aucune visite préalable de la personne concernée ni de sa famille.

Le projet d'établissement ne différencie pas l'accueil de ces deux populations qui présentent, malgré tout, des spécificités particulières de prises en charge, surtout pour les personnes handicapées qui entrent en EHPAD à 60 ans et dont l'écart d'âge avec les personnes âgées est de l'ordre de 20 à 25 ans. Cet écart important a bien entendu des répercussions sur la vie de chacun dans l'établissement.

La durée de séjour, en moyenne de quatre ans pour les personnes âgées et de quatorze ans pour les résidents handicapés, modifie également la manière de vivre des deux populations respectives. Le fait que, majoritairement, les résidents accueillis à la maison de retraite viennent des deux foyers est un élément important à prendre en compte ; en effet, des liens relationnels, affectifs, sociaux existent depuis de nombreuses années entre les résidents, ils ont aussi une connaissance du fonctionnement de l'ensemble des structures qui les sécurise et les rassure. De plus, un travail en coordination avec les professionnels de chaque structure permet un accompagnement individualisé des personnes handicapées avant leur passage en maison de retraite. Ainsi, la personne va être aidée, étayée pour qu'elle puisse vivre le mieux possible le changement, le deuil de ce qu'elle a été pour pouvoir être une «vieille personne ».

L'admission vécue par les personnes âgées venant de leur domicile est bien différente, ressentie souvent comme brutale, comme imposée par l'entourage, leur participation et leur décision intervenant assez rarement lors de l'institutionnalisation. Pourtant, ce moment est sans doute crucial dans la façon dont ces personnes vont ensuite vivre leur placement. La préparation de l'accueil est primordiale et fait partie des objectifs de qualité définis par le projet d'établissement. Malgré tout, préparer l'accueil de certaines personnes âgées très dépendantes est souvent difficile voire impossible lorsqu'elles sont atteintes de démence, c'est alors avec la famille que nous travaillons ce moment de rupture et de séparation.

L'accueil de personnes handicapées mentales âgées et de personnes âgées met en lumière la réalité de la cohabitation, et présente ses avantages et ses inconvénients. Il est difficile de se prononcer clairement pour ou contre cette forme d'hébergement qui est inscrite dans l'histoire institutionnelle et qui n'a pas fait l'objet d'une réflexion élaborée.

Le fonctionnement de la pratique de l'accueil conjoint dépend de la logique de soins ou d'accompagnement, de l'adhésion, de la manière de préparer les personnes à leur entrée, de la formation du personnel, des moyens humains et financiers... Ce n'est peut-être pas seulement une question de catégorie de personne, mais aussi de projet d'établissement.

Il est permis de considérer que l'avancée en âge de la personne handicapée la rapproche des modalités de prise en charge de la personne âgée.

L'expérience d'accueil de l'établissement s'inscrit dans une logique qui permet aux personnes handicapées mentales de mieux vivre leur vieillissement par la coordination et les liens existants entre les trois structures institutionnelles. Notre expérience peut être un élément de réponse aux nombreuses interrogations concernant le vieillissement des personnes handicapées qui émanent à la fois des acteurs du secteur du handicap et des politiques en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

Il n'en demeure pas moins que l'EHPAD du Clos de Grex ne rompt pas avec les politiques départementales actuelles qui orientent les personnes davantage en fonction du statut de l'établissement que de l'analyse de leurs besoins.

A) Une population hétérogène

La moyenne d'âge actuelle est de 82 ans pour l'ensemble des personnes accueillies, les personnes handicapées représentent la tranche d'âge la plus jeune entre 60 et 80 ans, ceci est dû au fait de l'accueil de ces personnes dès l'âge de 60 ans et d'une espérance de vie moins élevée. Les personnes âgées ne présentant pas de troubles démentiels ont un âge supérieur à 80 ans lorsqu'elles sont admises dans l'établissement. De manière générale, les personnes présentant des démences dites de type Alzheimer n'ont pas 80 ans lorsqu'elles arrivent dans l'établissement, elles viennent soit de l'hôpital, soit de leur domicile quand les prestations mises en place pour leur prise en charge ne sont plus possibles.

Les femmes représentent 81 % de la population dont une majorité de personnes handicapées mentales. Les personnes venant du milieu ordinaire sont représentées à égalité hommes femmes ; ces résidents sont veufs pour la plupart, seule une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer a son conjoint. Ces personnes sont toutes issues du milieu rural, beaucoup sont d'anciens agriculteurs, mais aussi des commerçants et artisans. Dans 90 % des cas, les enfants habitent dans un rayon de 20 à 25 kilomètres et sont très présents, beaucoup ayant atteint l'âge de la retraite, ils visitent une à deux fois par semaine leurs parents âgés.

75 % des personnes handicapées n'ont plus de liens familiaux, le décès de leurs parents engendre souvent l'éloignement de la fratrie et de la famille proche, ils se retrouvent alors dans des situations d'isolement et de grande solitude affective. Parmi les 52 personnes handicapées, 40 étaient accueillies sur les deux foyers du site avant leurs admissions à la maison de retraite, quatre personnes ont été admises dans une situation d'urgence au décès de leurs parents et n'avaient jamais connu le placement avant, huit personnes étaient en ESAT et on été admises au moment de leur retraite à 60 ans, elles viennent de

l'ADAPEI, association avec laquelle nous travaillons en coordination pour que l'admission ne soit pas une injonction mais reste la volonté des personnes handicapées.

L'origine géographique des résidents est un des critères d'accueil. En effet, cette proximité géographique avec la famille ou les établissements (ESAT, foyer d'hébergement) permet de préserver les liens existants par des visites plus fréquentes. Ceci peut limiter les souffrances engendrées par la rupture lors du placement.

B) Un taux de dépendance moyen qui augmente chaque année

Le degré de dépendance des résidents est moyen. Le tableau ci-dessous fait apparaître le nombre de personnes, leurs niveaux de dépendance et la moyenne d'âge par catégorie de personnes.

	Personnes âgées Handicapées mentales	Personnes âgées démences	Personnes âgées sans démence
GIR 1 / 2	19	10	4
GIR 3 / 4	14	3	7
GIR 5 / 6	19		9
Nombre de Personnes accueillies	52	13	20
Moyenne d'âge	71 ans	85 ans	90 ans

La moyenne du Gir Moyen Pondéré (GMP) sur les trois dernières années était de 571, il était de 580 en 2006, cet indicateur synthétique traduit la dépendance moyenne des personnes accueillies. Depuis quelques années, le GMP a tendance à évoluer, ce qui correspond à l'évolution globale de l'allongement de la durée de vie des personnes âgées et de la dépendance. En effet, selon l'INSEE⁸, le nombre de personnes âgées, de 85 ans et plus, va quasiment doubler dans les dix années à venir, passant de 1,1 à 2 millions et il est estimé que 20 % de ces personnes seront amenées à vivre dans une institution pour personnes âgées dépendantes, malgré le développement de l'aide à domicile.

L'augmentation de la dépendance signifie pour les personnes âgées une perte d'autonomie, celle-ci s'exprime majoritairement par des difficultés de déplacements, une perte de dextérité et de souplesse entraînant des besoins d'aide pour effectuer la toilette et procéder à l'habillage. Les troubles fonctionnels sont nombreux et peuvent se

⁸ Source INSEE, *projection de population à l'horizon 2050*. Septembre 2005

surajouter ; si l'écart entre deux GMP peut paraître minime, dans la pratique de l'accompagnement cette différence aura une influence sur la réponse tant qualitative que quantitative apportée aux besoins des personnes accueillies.

La population accueillie dans l'établissement n'est pas homogène et c'est ce qui fait le sens de notre action au quotidien, car nous avons à faire à des individualités, des personnalités diverses, ce qui complexifie notre travail mais en fait aussi sa richesse.

En quelques années, le domaine de la gérontologie s'est considérablement modifié, l'approche de l'individu et du soin a évolué vers une conception plus globaliste et multidimensionnelle de l'accompagnement des personnes âgées. Cette approche holistique constitue aujourd'hui le fondement du soin aux personnes, or, elle engendre de nécessaires changements des pratiques professionnelles qui doivent lier les acteurs et leurs compétences spécifiques pour répondre à une qualité de prise en charge.

Nous allons donc nous pencher sur la prise en charge au sein de la maison de retraite, les moyens alloués pour prendre en compte la dépendance et les besoins des résidents, les difficultés inhérentes à l'organisation, mais aussi au recrutement de personnels qualifiés dans un contexte démographique déficitaire.

1.3 L'établissement : ses réalités et ses enjeux

La loi du 2 janvier 2002, réformant la loi du 30 juin 1975 – 75-535, met en œuvre les droits et libertés des personnes âgées dépendantes ; pour les professionnels du secteur médico-social, cela doit signifier une nouvelle approche culturelle de l'accompagnement.

La maison de retraite, devenue un lieu de vie pour la personne âgée, a pour mission de prendre en compte les caractéristiques globales de la personne accueillie.

R. VERCAUTEREN⁹ nous dit que la personne âgée « doit être comprise dans sa globalité » c'est-à-dire : « sans que l'on se réfère aux seules pathologies ou handicaps qu'elle fait apparaître, et être aidée de manière précise et efficace, compte tenu d'un ensemble de phénomènes inhérents à son état ou à son âge ». L'accompagnement doit donc considérer la personne âgée dans toutes ses dimensions : somatique, psychique, culturelle, sociale et spirituelle. Les objectifs à atteindre nécessitent un véritable travail pluridisciplinaire et de gestion des ressources humaines pour trouver le juste équilibre entre lieu de vie et lieu de soins des pathologies liées au vieillissement.

⁹ VERCAUTEREN RICHARD. *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées*, édition érès, p 103

1.3.1 Le manque de moyens humains

Depuis la signature de la convention tripartite en septembre 2003 et l'élaboration ternaire des budgets, les effectifs sont de 34.35 ETP (Equivalents temps plein) répartis de la manière suivante :

- 14.65 ETP affectés à la section hébergement
- 12.24 ETP affectés à la section soins
- 7.46 ETP affectés à la section dépendance

Soit un total de 34,35 auxquels il faut ajouter 3 ETP accordés par le Conseil Général pour le remplacement des congés payés et deux contrats d'accompagnement à l'emploi de 20 heures hebdomadaires chacun intervenant dans le domaine de l'animation.

Pour répondre à ses missions d'hébergement et de soins, la maison de retraite dispose d'un personnel de qualifications différentes. Le tableau ci-dessous fait apparaître cette diversification, certains postes (direction, comptables, maîtresse de maison, ouvrier d'entretien) à temps partiels sur l'EHPAD, émargent aussi sur les deux foyers pour obtenir des ETP sur l'ensemble des trois structures.

	Equivalent Temps Maison de retraite	Equivalent Temps pourvus
Administration		
Directeur	0.34	0.34
Comptables	1.26	1.26
Total	1.60	1.60
Service Généraux		
Maîtresse de maison	0.50	0.50
Contremaître	1	1
Ouvrier d'entretien	0.50	0.50
Lingère	1	1
Agent hôtelier	3.20	3.20
Animatrice	1	1
Total	7.20	7.20
Soins		
Médecin généraliste	0.18	0
Médecin coordonnateur	0.12	0
Infirmières	3	3
Infirmière coordinatrice	1	1
Aides soignantes	8	8
AMP	3	3
ASH	5	5
Veilleurs de nuit	4	4
CDD remplacement	3	3
Total	27.30	27
Rééducation		
Kiné	0.25	0
Psychomotricienne	0.50	0
Psychologue	0.25	0.25
Total	1.25	0.25
Total général	37.35	36.05

Pour 85 résidents, l'établissement devrait fonctionner aujourd'hui avec un effectif total de 37.35 ETP, soit un ratio de 0.44, nettement inférieur au ratio national de 0.57, retenu par le plan solidarité grand âge et qui devrait passer à 0.65 lors du renouvellement des conventions tripartites. Le tableau ci-dessus fait apparaître une différence de 1,30 ETP non pourvu, il s'agit exclusivement de professionnels spécialisés (médecin, médecin coordonnateur, Kiné, psychomotricienne). Ces insuffisances affaiblissent la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies et engendrent aussi, au niveau de l'équipe globale, un désavantage en terme de partage de connaissances, d'ouverture d'esprit ou de compréhension des problématiques liées aux poly-pathologies du vieillissement.

Le difficile recrutement de ces différents spécialistes est lié à un déficit démographique dans le milieu rural de personnels des métiers médicaux et paramédicaux, à l'éloignement géographique des centres urbains, mais aussi à une offre d'emploi à temps plein insuffisante ; en effet, le nombre de kilomètres à parcourir et leurs coûts freinent souvent les candidats aux postes vacants à temps partiels. De plus, la proximité de la Suisse joue un rôle important dans la pénurie de personnels soignants.

Il convient de remarquer que sur l'ensemble du personnel intervenant dans l'accompagnement quotidien des résidents (soins, toilette, repas...), seule la moitié est qualifiée, ainsi les ASH, les veilleurs de nuit, les personnels remplaçants n'ont aucune formation. On retrouve dans ces fonctions certaines personnes ayant dépassé l'âge de 50 ans qui travaillent depuis 25 à 30 ans dans l'établissement. La plupart d'entre-elles ne peut s'inscrire dans des formations diplômantes, leur niveau de base ne leur permettant pas de passer les sélections d'entrée dans les écoles de formation.

Trois médecins généralistes libéraux interviennent à la maison de retraite, chaque résident ayant le choix de son médecin traitant, il en est de même pour le kinésithérapeute, la pédicure, la coiffeuse. Le médecin salarié des foyers intervient en tant que libéral auprès des nombreux résidents handicapés âgés, il est le seul à avoir de véritables liens avec l'équipe paramédicale en coordination avec l'infirmière cadre concernant l'organisation des soins.

On ne peut que constater un réel manque au niveau des ressources humaines, que ce soit en termes de qualification, de formation ou de compétence. Cela a un véritable impact sur l'organisation globale du travail et donc sur l'accompagnement des personnes accueillies.

1.3.2 Un renforcement de la logique médicale face à une désorganisation du soin

Le projet de soins qui devait être formalisé en 2004, n'a pas fait l'objet de l'évolution attendue et des disfonctionnements sont rapidement apparus, nous pouvons relever certains points essentiels qui permettent de pointer nos difficultés :

- l'absence d'un médecin coordonnateur rend difficile la coordination, la permanence et le suivi des soins, il a un rôle essentiel pour l'établissement d'où un déficit important.
- le dossier médical n'est pas suffisamment complet au moment de l'entrée des personnes dans l'établissement.
- les interventions médicales non régulées, laissées à l'appréciation des médecins libéraux, chacun avec leurs méthodes, compliquent la tâche du personnel paramédical.
- Pas de réelle maîtrise des hospitalisations, qui, parfois pourraient être sinon évitées, du moins préparées en liaison constante avec l'hôpital et l'unité gériatrique avec qui nous devrions passer une convention. Les hospitalisations se font souvent par les urgences surtout la nuit, les veilleurs appellent le 15 et décrivent la situation ; l'intervention des pompiers rajoute à l'angoisse de la personne malade et des autres pensionnaires.
- l'évaluation AGGIR est élaborée par l'infirmière cadre en collaboration avec le personnel soignant sans aide, ni validation d'un médecin.
- pas de régulation périodique avec les familles qui demandent et doivent avoir des explications.
- pas de partenariat avec les médecins généralistes et moi-même lors de l'entrée des résidents venant de l'extérieur, contrairement au suivi des personnes handicapées qui s'élabore en coordination avec le directeur, le médecin et l'ensemble des équipes foyers, EHPAD.
- enfin, pas de projet de soins formalisé et une organisation matérielle (outil informatique) à revoir et à mettre en œuvre.

Cette situation renforce la mise en place d'une dimension hégémonique du soin ; en effet, les infirmières et l'équipe soignante de manière consciente ou inconsciente pallient au manque en développant autour des personnes âgées un univers sécuritaire axé sur les soins préventifs et curatifs. Sans rejeter la réponse médicale qui constitue une partie de la réponse à l'accompagnement des personnes âgées, elle présente un inconvénient, celui de devenir très vite un domaine réservé.

Dès lors, les effets sont évidents à l'égard des résidents, le personnel soignant passe du principe de «prendre soin de » à celui de «faire des soins ». De plus, pris dans le quotidien, dans les tâches matérielles, parfois rituelles et nécessaires, les professionnels ont beaucoup de mal à modifier leurs pratiques car ils ne voient que la dépendance et ne

parviennent pas à se mettre à distance de leurs habitudes. Les personnes âgées peuvent être très vite dans une position d'attente et s'en remettre aux professionnels. D'autre part, les soins de nursing prodigués, la fonction « maternante » du personnel de soin contribuent dans ce contexte à rendre la personne âgée plus dépendante. Les soignants ont exprimé leurs difficultés liées à une surcharge de travail. Il ressort que la charge en soins est plus importante, ne laissant que peu de temps pour discuter avec les résidents surtout le matin lors des soins quotidiens. Cela contribue aussi à rendre les soins plus techniques laissant peu d'espace au relationnel, la charge physique et psychique est plus présente, source de fatigue et d'épuisement professionnel. Le personnel, centré sur la maladie de la personne, est confronté d'autant plus à la notion de « non-guérison », à la déchéance physique et psychique des personnes âgées, accroissant une charge émotionnelle difficile à gérer.

1.3.3 La nécessité d'une prise en charge globale

La dépendance des personnes âgées en EHPAD est une dimension importante du soin, toutefois l'établissement doit rester un lieu de vie, un espace de rencontres et de liens au long court où la composante affective et ses résonances sont importantes. Cet aspect particulier du soin souligne la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire qui permet par la réflexion et l'analyse un regard plus distancié sur les pratiques et ses « dérives ».

La mise en œuvre d'une prise en charge globale s'étaye sur la capacité de l'établissement à définir sa mission, à adapter l'organisation aux demandes et besoins des personnes âgées. En 2005, deux ans après la signature de la convention tripartite, sous l'impulsion de l'association, l'établissement s'est engagé dans un processus d'amélioration de la qualité et d'autoévaluation des pratiques. Cette démarche qui se fonde sur l'analyse des besoins a conduit les équipes à réfléchir sur le projet de vie de la maison de retraite, fondé sur des valeurs « humanistes ». Cet engagement a permis de rendre plus claires et plus lisibles les pratiques professionnelles et leurs interactions. La réflexion de l'équipe autour du projet de vie induit un comportement des personnels qui s'inscrit de plus en plus dans un « savoir être » autant que dans un savoir faire. Toutefois l'évaluation met aussi en exergue les carences, les difficultés, qui, aujourd'hui, interrogent l'accompagnement des personnes âgées que nous accueillons.

En effet, nous l'avons vu, l'absence de coordination des soins, la nécessité d'un personnel qualifié, les insatisfactions des professionnels face à la surcharge de travail ont créé des insuffisances. Ces manques ont renforcé une prise en charge sécuritaire autour de la notion purement médicale créant ainsi une déficience qui éloigne l'accompagnement actuel du projet d'origine, celui-ci se situant au niveau de l'éthique et se définissant

comme un espace de liberté favorisant l'expression des attentes, des désirs, des aptitudes de chaque personne âgée. Ainsi, dans un établissement recevant des personnes âgées dépendantes, le projet de soin global est constitué d'un ensemble de domaines à traiter qui ne se limitent pas aux soins « stricto sensu ». Accueillir devient l'enjeu d'un accompagnement de qualité reconnaissant les besoins fondamentaux de la personne et pas simplement sa maladie. Les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement doivent posséder des compétences, être reconnus dans leur spécificité pour permettre un travail d'équipe pluridisciplinaire. La contribution de l'ensemble du personnel, sous l'autorité du directeur, est nécessaire pour fixer les objectifs réalisables, travailler un projet, évaluer la qualité du travail, envisager le changement par une réflexion commune sur le sens des pratiques de prises en charge des personnes.

La qualité de vie et la qualité de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD sont aujourd'hui des éléments clés liés au conventionnement. La volonté du législateur prescrit la convention tripartite aux établissements et l'exigence de qualité dans les prestations fournies aux usagers. En contrepartie, les autorités de tarification donne des moyens susceptibles de prendre en charge les projets, les évolutions sources de changement pour l'établissement.

La loi de rénovation sociale du 2 janvier 2002 place les personnes au centre du dispositif et inscrit les établissements dans une dynamique d'évolution de leurs pratiques. Le renforcement de l'exercice des droits fondamentaux des usagers et l'évaluation des prestations en sont des composantes importantes.

Le directeur, garant de l'adaptation du projet d'établissement, va mettre en œuvre les moyens qui permettront à l'établissement de promouvoir l'accompagnement global des personnes accueillies, traduisant ainsi l'évolution de la commande sociale.

2 DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES AGEES

2.1 Les évolutions du dispositif en lien avec les textes réglementaires

Depuis sa création, l'établissement a connu d'importantes transformations rythmées par les mutations sociales et Les textes réglementaires du secteur médico-social. Nous gérons déjà différents types d'accueil, l'hétérogénéité de la population que nous accueillons doit nous engager à adapter un accompagnement le plus individualisé possible. Les textes réglementaires et principalement la loi 2000-2 définissent concrètement les exigences d'un accompagnement ajusté à la prise en compte globale de la personne en rappelant ses droits fondamentaux et en déclinant les outils de mise en œuvre de ces droits.

2.1.1 Les enjeux de la loi 2002 – 2

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prend appui sur la reconnaissance des droits aux usagers des établissements en réaffirmant l'orientation des politiques sociales : « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tout être humain avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux ».¹⁰ L'intention de la loi est de considérer la personne accueillie au cœur du projet en tant que citoyen, sujet reconnu dans cette combinaison de droits et de devoirs qui invitent à l'altérité, la solidarité et à la tolérance comme fait social vis-à-vis de tous.

Cette loi conduit donc tous les acteurs de l'accompagnement (direction, encadrement, salariés) à sortir des pratiques, des habitudes de penser, des communications routinières qui peuvent être sclérosantes et sclérosées :

- les contraignant à apporter une réponse aux besoins et aspirations des personnes accueillies en promouvant la complémentarité et la pluridisciplinarité de compétences, de formations, de spécificités ;
- les astreignant à communiquer même avec les personnes dont la communication verbale est difficile, voire inexistante en inventant d'autres modes de communication ;
- les poussant à sortir des murs de l'institution pour trouver les ressources qu'ils n'ont pas en s'ouvrant aux réseaux, aux familles, aux autres institutions, aux intervenants extérieurs ;

¹⁰ CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L 116

- les amenant à identifier, structurer, formaliser, évaluer et adapter la réflexion, les moyens et les pratiques en mobilisant savoir faire, savoir être et créativité pour répondre avec justesse et pertinence aux usagers accueillis.

La loi du 2 janvier 2002 consacre, dans son chapitre 1er, une partie importante intitulée « des droits des usagers du secteur médico-social ». L'objectif général est de garantir « l'exercice des droits et libertés individuelles à toutes personnes prises en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux », ce nouvel article recense les droits des personnes en rappelant les droits fondamentaux garantis à chaque citoyen figurant déjà dans le code civil : le respect de la dignité de la personne, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.

Parmi les nouveaux droits, il est prévu le libre choix entre les prestations adaptées offertes aux personnes (à domicile ou en établissement) et l'accès à toutes informations ou documents relatifs à leurs prises en charge sauf dispositions légales contraires. Il est également mentionné la participation directe de la personne à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement. Il est reconnu à l'usager le droit à l'information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales ou contractuelles, ainsi que les voies de recours dont il bénéficie. La loi introduit la notion de qualité des prestations et le consentement de l'usager qui doit bénéficier « d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ».

Comme l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées, l'établissement a mis en œuvre les instruments prévus par la loi, afin de mettre en pratique l'exercice des droits des personnes âgées accueillies au Clos de Grex.

Entre 2004 et 2005 furent élaborés le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Le personnel a largement participé à l'élaboration de ces documents à partir des groupes de travail pluridisciplinaires dans le cadre de la démarche qualité.

Conformément aux décrets d'application de la loi 2002-2, l'ensemble des mesures garantissant les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies était formalisé et concernait les principaux vecteurs de cette dernière : l'information, la participation et la communication.

La loi implique donc une démarche évolutive : rien n'est jamais acquis ni figé, mais toujours à faire évoluer, une évolution qui s'appuie justement sur la loi 2002-2 et ses

orientations en matière de promotion des droits des personnes et des outils à mettre en œuvre pour leurs applications.

Dans ce contexte, la démarche qualité peut être un outil de management permettant les nécessaires changements, adaptations à mettre en œuvre pour un accompagnement au plus proche des besoins des usagers. L'organisation de la démarche implique La communication, les informations qui aident à donner un sens commun aux pratiques par les échanges d'idées, de savoirs, de compétences.

2.1.2 La mise en place d'une démarche qualité favorisant une dynamique d'équipe et une adaptation permanente

Un des éléments constituant la convention pluriannuelle est le cahier des charges fixé par l'arrêté du 26 avril 1999, celui-ci prescrit la mise en oeuvre du projet d'établissement qui doit permettre aux institutions accueillant des personnes âgées dépendantes de promouvoir la qualité des prestations.

L'arrêté est clair : « Il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant, à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ».¹¹

Les recommandations définies par le cahier des charges font apparaître une hiérarchisation dans ce qui doit être mis en œuvre par les établissements. D'une part, les normes techniques obligatoires telles celles relatives à la sécurité incendie, dont le respect est directement lié à l'autorisation de fonctionnement, d'autre part, les recommandations «impératives » d'une démarche qualité qui s'étalent dans le temps sans empêcher le fonctionnement de l'institution et qui laissent une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement.

En avril 2003, le conseil d'administration de l'association a pris la décision, devant les évolutions du cadre législatif et réglementaire et dans le cadre des signatures de conventions tripartites en s'appuyant sur le référentiel¹² ANGELIQUE¹³, de mettre en place au sein de tous ses établissements, une démarche qualité, sur un mode de management participatif. La démarche associative part du principe qu'une meilleure prise en compte de

¹¹ Cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue a l'article 5-1 de la loi 75-535 modifiée du 30 juin 1975. Annexe I

¹² Annexe 3 :Extrait du référentiel qualité

¹³ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

la dignité de la personne passe par une participation effective et une responsabilisation plus grande des professionnels.

Il a donc été décidé, dans un premier temps, d'élaborer une charte « Santé et Bien Etre » permettant :

- de maintenir ou développer un maximum d'autonomie au profit des résidents ;
- de promouvoir et d'assurer une hygiène de vie et un confort respectueux de la personne
- de promouvoir l'usager en tant qu'acteur ;
- d'agir avec une approche pluridisciplinaire ;
- d'assurer la qualité des prestations dans le cadre des politiques sociales et médico-sociales ;
- d'assurer le meilleur bien-être aux résidents dans un cadre de vie agréable et sécurisant.

Dans un second temps, afin d'engager la démarche qualité, il a été décidé de mettre en place un dispositif d'action reposant sur trois piliers :

1. la création d'une fonction centrale de responsable qualité pour l'ensemble des établissements afin de coordonner la mise en œuvre d'une telle démarche.
2. la création d'une cellule qualité dont la mission centrale est de constituer un groupe ressource pour les établissements.
3. l'engagement des établissements à deux niveaux :
 - La création d'une fonction de référent de la démarche qualité,
 - La mobilisation de l'ensemble des professionnels dans le cadre d'un groupe de pilotage, et dans le cadre de groupes de travail.

La direction générale a constitué une cellule qualité pluriprofessionnelle, s'assurant qu'il y ait une représentation de la diversité des établissements.

La mission de la cellule qualité est celle d'un groupe en termes d'appui et de conseil pour la conduite de la démarche qualité dans les différents établissements de l'association dans un souci de cohérence associative. La fonction de cette cellule qualité est d'accompagner les établissements dans la production de leur propre évaluation, la démarche qualité restant à l'initiative et sous la responsabilité du directeur d'établissement.

Un calendrier¹⁴ des différentes étapes de l'expérimentation d'une amélioration continue de la qualité a été défini, il prévoit l'ensemble du processus sur trois années, pour aboutir à l'évaluation interne des établissements et à la mise en œuvre de la démarche en décembre 2006.

¹⁴ Annexe 4 : calendrier de mise en place de la démarche qualité

2.1.3 Approche multidimensionnelle de la notion de qualité en EHPAD

La démarche qualité implique un engagement par l'ensemble des acteurs institutionnels dans une réflexion critique de l'existant. Cette autoévaluation réside dans le repérage des points forts et des points faibles de l'établissement, afin de mesurer les progrès enregistrés d'une année sur l'autre dans les différents domaines d'activités et de pratiques analysées.

Le référentiel passe au « crible » la vie et le fonctionnement de l'établissement ; toutefois, si les manques et les difficultés peuvent être recensés, les solutions envisagées font l'objet d'une programmation sur cinq ans dans le cadre du conventionnement tripartite.

Sur le plan de la méthode, il s'agit avant tout de décomposer la prestation de services en séquences ou processus les plus déterminants du point de vue de la qualité de services rendus. Ces processus sont structurés autour de quatre thématiques essentielles et multidimensionnelles :

1) la qualité de vie des résidents prend en compte le respect du rythme de vie et le maintien des repères, la participation aux activités mises en place en fonction des souhaits des résidents, la prise en charge adaptée à l'état de santé du résident, l'adaptation des espaces architecturaux afin qu'ils constituent un lieu de vie pour les personnes accueillies, permettant à la fois de préserver leur intimité, le maintien du lien social dans la structure et avec leur famille, mais aussi un lieu de prévention et de soins.

2) la qualité des relations avec les résidents et leurs proches : mise en œuvre du conseil d'établissement, désignation de référents médicaux et administratifs pour les familles, mise en place de procédures permettant d'informer le résident et sa famille, dès l'admission et pendant le séjour, des conditions d'hébergement et de prise en charge, mise en place de procédures afin de recueillir des avis et attentes des résidents et de leurs familles et d'échanger des informations entre les familles et le personnel.

3) La qualité des personnels : l'amélioration de la qualité passe par la définition et l'organisation générales du travail, du rôle de chacun des personnels dans un souci d'amélioration des conditions de travail. L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie est obligatoire en EHPAD, il collabore avec une infirmière coordinatrice qui constitue une personne ressource pour le personnel soignant. La mise en œuvre d'un programme de formations devrait permettre la qualification du personnel (formations qualifiantes, formations continues). Le développement d'un soutien psychologique des professionnels se réalise par l'intervention d'un psychologue exerçant au sein de l'établissement.

4) L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés doit permettre la mise en œuvre d'une convention avec un établissement de santé public ou privé au titre de la continuité des soins, du développement des complémentarités avec les acteurs sociaux et médico-sociaux locaux, de coopération avec les équipes de sectorisation psychiatrique, de promotion des actions de soutien à domicile (accueil de jour, l'hébergement temporaire...).

A chaque thème sont associés plusieurs indicateurs qui ont pour objet d'aider à apprécier de la façon la plus objective possible les éléments concourant à la qualité de prise en charge des personnes accueillies. Le travail élaboré à partir des indicateurs décompose les processus en procédures dont la mise en œuvre permet de vérifier ou non la conformité par rapport aux objectifs fixés. Impulsée par le directeur, la démarche qualité est un mouvement perpétuel qui s'appuie sur des règles déontologiques et éthiques devant être clairement identifiées en référence aux valeurs fondamentales portées par le projet d'établissement, lui-même soutenu par un projet associatif clairement défini.

La notion de projet apparaît de manière récurrente lorsqu'il s'agit de qualité, le projet d'établissement étant un élément fédérateur qui contribue à la culture institutionnelle. La démarche qualité se détermine aussi par un management participatif qui favorise la complémentarité des compétences, par la pluridisciplinarité des acteurs institutionnels participant au travail sur la qualité de l'accompagnement et des prises en charge des personnes.

Si la démarche qualité met en perspective ce que recouvre la qualité des prises en charge, elle n'est pas seulement une question de démarche visant à qualifier les procédures de travail afin d'accroître la satisfaction des usagers. Elle touche petit à petit la culture institutionnelle, parce qu'elle interroge l'ensemble des acteurs de l'établissement sur les savoirs et les connaissances, sur les méthodes et les attitudes au travail, sur le rôle et les compétences individuelles et sur les valeurs institutionnelles. Elle est aussi une question centrale qui ne relève pas seulement de la responsabilité des professionnels, mais interroge l'ensemble de la collectivité sur les problématiques de l'âge et de la dépendance. La qualité ne relève pas seulement des décisions du directeur d'établissement, elle concerne l'ensemble des décideurs territoriaux avec qui l'efficacité des partenariats doit permettre une meilleure compréhension mutuelle. La qualité des relations est essentielle, en effet, elle apparaît dans la négociation de la convention tripartite comme un support permettant de négocier des exigences nouvelles dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prises en charge des personnes âgées.

2.2 La mise en œuvre de la démarche qualité au « Clos de Grex »

L'organisation de la démarche qualité s'est réalisée sur les trois structures du Clos de Grex. Le directeur en fonction prévoyant son départ en retraite en décembre 2005 a souhaité, avec l'accord de la direction générale, me déléguer la responsabilité de la mise en œuvre de la démarche.

L'organisation de la démarche qualité s'est mise en œuvre sur l'ensemble des établissements de l'association en juin 2005. Le processus s'est effectué de la façon suivante : Informer les acteurs, former à la démarche qualité, s'approprier le référentiel qualité associatif, mener les premières évaluations.

La démarche qualité s'est inscrite dans une dynamique participative du personnel, identifiée par trois instances organisationnelles : le comité de pilotage, les groupes de travail ou groupes projet, le référent qualité. Le comité de pilotage est garant du caractère participatif de la démarche, il est représentatif d'une pluridisciplinarité de professionnels volontaires avalisés par le directeur. Le comité de pilotage a un rôle central dans tout le processus, il valide la mise en place de la qualité dans les services, Il produit les documents entérinés par le directeur, nécessaires au déroulement des actions d'amélioration de la qualité. Le comité de pilotage met en action les groupes de travail dont il pilote et valide les résultats.

Les groupes de travail sont constitués de 4 professionnels sur le principe du volontariat, chaque groupe va travailler sur un thème différent à partir du référentiel qualité. Les groupes se succèdent pour une participation majoritaire des professionnels, un responsable par groupe est désigné par le comité de pilotage.

Le référent qualité a un rôle central, il assure la préparation du projet de mise en place de la démarche qualité, son suivi et son animation. Il est référent en ce qui concerne la maîtrise du référentiel pour l'ensemble du personnel de l'établissement. Sa mission concerne l'élaboration, le contrôle du dispositif qualité et sa pérennité. A ce titre, il bénéficie d'une formation continue assurée par le référent qualité de l'association.

En septembre 2005, l'organisation des réunions s'est véritablement mise en place à raison de deux heures par mois pour le comité de pilotage et de deux fois une heure pour les groupes de travail. Ceci a eu des conséquences sur les plannings de travail, toutefois l'ensemble du personnel s'est mobilisé et des changements gérés ponctuellement prennent en compte à la fois les temps de réunions et les prestations auprès des personnes âgées. Ceci génère des heures de travail supplémentaires qui sont récupérées par les professionnels, ceux-ci étant remplacés pour maintenir l'effectif du personnel.

J'ai préconisé une entrée progressive dans la démarche qualité, il ne s'agit pas de tout changer, mais d'évaluer l'ensemble des prestations à partir du référentiel. Dès le début de la démarche, il importait que le contenu des actions d'amélioration ait du sens à la fois pour le personnel et pour les usagers, que ces actions soient objectivables et qu'elles ne soient pas vécues comme une contrainte. A titre « expérimental », en février 2006, un travail sur la rénovation des cinq salles à manger s'est mis en place avec la participation des usagers, cela s'est concrétisé par la réalisation des travaux sur une période de quatre mois.

La décoration a fait l'objet de débats entre les personnes âgées, puis deux sorties ont été organisées pour l'achat de cadres, de plantes vertes et de petits objets. L'objectif initial s'est donc étendu, le constat matériel de réhabilitation d'un espace a évolué vers une participation des personnes à leur qualité de vie collective. Dans ce sens, la démarche qualité superpose l'espace du discours et celui de l'action, elle permet l'expérience et la création aidant ainsi les personnes âgées à devenir actrices dans l'institution.

Mon rôle de directeur d'établissement est déterminant pour soutenir et accompagner la démarche. Ce nouvel outil encore inconnu peut déstabiliser le personnel, il me semble important de permettre aux professionnels de s'approprier ce travail sans être insécurisés. Il est nécessaire que la démarche qualité soit maîtrisable par les professionnels en rappelant qu'elle s'inscrit dans la durée, dans un mode de fonctionnement. Ces actions sont priorisées, elles sont échelonnées et s'inscrivent dans un déroulement réaliste, elles ne peuvent être menées toutes de front mais programmées.

La démarche qualité est une démarche de changement qui rompt avec l'idée de permanence et de reproduction ; selon J M MIRAMON changer implique que les acteurs institutionnels « osent se regarder, élargissent le cadre de leurs expériences et acceptent d'interroger leurs certitudes »¹⁵. En cela, elle s'inscrit dans une démarche de progrès et d'évolution des pratiques, sans chercher à bouleverser ou à révolutionner ce qui existe, elle peut rester mesurée ; même si les améliorations sont mineures, leurs effets doivent être durables. L'intérêt de la démarche est de permettre un nouveau regard sur les personnes âgées qui modifie les mentalités, les habitudes, les repères individuels et collectifs. Ainsi, au-delà d'un outil utile pour décrire et évaluer les pratiques, je pense que la démarche qualité peut permettre une réflexion sur le sens des pratiques et sur les dimensions relationnelles et humaines de l'accompagnement. De ce fait, elle fera un lien

¹⁵ MIRAMON JEAN MARIE. *Promouvoir le changement*. Les cahiers de l'actif, n° 314-317 juillet – octobre 2002 p 213.

avec le projet d'établissement, le projet de vie et le projet de soins dans un objectif commun : la recherche d'une qualité de vie pour les personnes accueillies avec leur participation.

La démarche qualité, comme outil de management, doit permettre la rencontre de différentes démarches et non l'élargissement de la démarche de soins. L'objectif est la coordination, la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire pour une approche globale de la personne âgée. C'est souvent quand on aborde la question de la coordination que les débats s'animent, chaque professionnel se trouvant le « mieux placé » pour répondre à partir de la fonction qu'il occupe aux besoins de la personne âgée. Derrière cette approche globale de la personne âgée apparaissent donc très vite des enjeux d'influence de telle ou telle catégorie professionnelle.

La complexité des pratiques ne doit pas nous faire oublier l'essentiel, la singularité du sujet que nous avons à accompagner. Nous devons lutter contre les pouvoirs conscients ou inconscients qui enferment la personne dans une catégorisation du soin qui deviendrait auto satisfaisante et qui conduirait à une dérive des pratiques.

Je déclinerai dans la partie suivante une situation relationnelle qui permettra de saisir ce que peut générer l'organisation institutionnelle par ses contraintes et ses manques. J'aborderai la question de l'éthique et de l'identité du sujet âgé, car il me semble essentiel que le directeur puisse être porteur de ces dimensions humaines auprès des acteurs institutionnels.

2.2.1 La prégnance de la culture soignante dans la relation d'aide

La pratique des soignants s'effectue dans l'aide à la personne pour les actes de la vie quotidienne, le lever, la toilette, l'habillement et gérer tout au long de la journée un accompagnement qui s'inscrit dans la faiblesse, dans le besoin, dans la demande de l'autre, alors que l'on demande aux intervenants de permettre à la personne de vivre un maximum d'autonomie. La difficulté réside dans le fait de considérer l'utilisateur dans ses capacités à faire et non plus avec sa seule dépendance.

Les personnels de la maison de retraite sont figés dans une réalité de terrain et dans l'obligation du faire. Force est de constater que la culture soignante imprègne la relation soignant-soigné.

Accompagner des personnes au bout de leur vie est une mission difficile. La formation des soignants implique la notion de guérir, de vaincre la maladie et la mort, ils ne peuvent renoncer sans mal à cette toute puissance dont ils se sentent investis, dépositaires. Ce schéma de santé triomphante peut devenir maltraitant pour les personnes âgées qui

souvent subissent, alors que de bonne foi l'on croit servir au mieux en organisant les soins médicaux comme la seule réponse à donner.

La procédure de conventionnement incite les établissements à mettre en œuvre un projet de soins définissant les axes prioritaires à développer en ce domaine. La mise en place d'une démarche qualité favorise la formalisation de protocoles déterminant les conduites à tenir en présence de situations précises, afin de coordonner les pratiques et donner une base au travail.

Il existe des protocoles concernant la prévention des chutes, des escarres, de la dénutrition et aussi les soins de bouche ou de l'incontinence. Une fois par mois lors d'une réunion de l'équipe soignante, certains protocoles sont évalués, d'autres sont élaborés et validés par le médecin généraliste salarié du foyer d'accueil médicalisé.

Pour l'ensemble des professionnels, ces règles de soins et d'hygiène sont nécessaires et contribuent à l'amélioration des pratiques, mais induisent une relation où la personne âgée peut être considérée qu'à travers les protocoles de soins, l'efficacité de l'acte dominant l'aspect relationnel avec la personne.

Les expériences relationnelles, les situations parfois difficiles avec certaines personnes âgées nous poussent à réfléchir sur ce qui est mis en acte dans l'accompagnement et sur ce que doit être le « prendre soin ». L'histoire de Mme A me permettra de démontrer que le médical, même s'il est nécessaire, n'est pas forcément l'essentiel.

Mme A et sa sœur handicapée mentale profonde vivaient dans une caravane aux abords de la ville de Rumilly avec d'autres gens du voyage sédentarisés. Affectée d'une pathologie cardio-vasculaire et rénale lourde, Mme A était dialysée deux fois par semaine. L'aggravation de son état physique et biologique avait engagé l'assistante sociale qui l'aidait dans une recherche de deux places en EHPAD pour elle et sa sœur.

Lorsque nous avons accueilli les deux sœurs, l'équipe de soins s'est focalisée sur l'importance des pathologies de Mme A et sur le comportement agressif et violent de sa sœur envers le personnel. Le premier mois a été difficile à la fois pour les deux femmes, et aussi pour les soignants. Malgré tout, en lien avec le médecin généraliste, l'équipe a organisé les soins de Mme A. avec précision et professionnalisme, ainsi, l'accompagnement en dialyse et une surveillance accrue de son état pathologique rassuraient le personnel. Si l'état de santé des sœurs s'était amélioré, l'animatrice avait remarqué la tristesse et l'isolement des deux femmes. Ce fait rapporté en réunion de transmission, l'échange entre les professionnels avait conclu à un état dépressif dû au placement et à la rupture des liens avec le groupe d'origine de Mme A. et de sa sœur. Il a été décidé par l'intermédiaire de l'assistante sociale de prendre contact avec les personnes du camp où vivait Mme A pour tenter de renouer des liens par de possibles visites qui l'aideraient dans ses difficultés. Mais, Mme A n'a pas attendu l'aboutissement

des démarches, elle a un jour refusé d'aller en dialyse et malgré l'insistance du médecin et du personnel, rien n'y a fait. Mme A voulait partir, en avait assez, elle ne désirait plus vivre, elle répétait d'une voix douce : « vous vous occupez bien de moi, je suis bien soignée, vous êtes tous gentils », « je n'ai plus rien, plus de souvenirs, où est ma caravane, mes photos ». Ce jour là, nous l'avons assurée de tout faire pour savoir ce qu'était devenue sa caravane et récupérer ses objets personnels.

Il nous a fallu trois mois de recherches et plusieurs courriers recommandés pour retrouver la caravane et les quelques souvenirs de Mme A et nous l'avons emmenée afin qu'elle puisse les récupérer elle-même. Mme A avait le désir de retrouver ses souvenirs. La part de sa vie que nous lui avons confisquée, considérant trop rapidement que les soins médicaux étaient l'essentiel, n'a fait qu'occulter son histoire, son identité de femme.

Il nous faut rester vigilants pour ne pas considérer comme un projet de vie une liste de médicaments à prendre, des examens médicaux à subir, alors même que les personnes que nous accompagnons ont encore beaucoup de choses à nous dire et si peu de temps pour le faire. Les soins doivent donc avoir pour but, dans les ultimes temps de la vie, de mettre plus de vie dans la vie et non de la confisquer.

2.2.2 Une approche éthique du soin

La relation avec Mme A s'était axée sur la seule question médicale. L'écoute dont nous connaissons l'importance demande une disponibilité, trop souvent entravée par des contraintes et des difficultés liées à la surcharge de travail qui ne soutiennent pas une démarche volontaire de communication. Mme A avait peut être évoqué son souhait de récupérer les objets qui lui étaient chers, sans être réellement écoutée. Ma responsabilité de directeur m'engage à poser la question : « quelle influence, la parole entendue ou pas, a-t-elle sur la relation soignant-soigné ? » Il y a là quelque chose dont l'importance échappe fréquemment aux acteurs de soins. Selon P. Ricoeur cité par V. DESCOMBES : « en l'absence de tout acte de communication, on est en dessous du seuil de l'éthique ». Le sujet auquel s'adressent nos soins « c'est l'Autre comme soi-même, soi-même comme un autre ».¹⁶ Ainsi, c'est dans la pratique de chacun que l'éthique est mise à l'épreuve, dans la manière de désigner un problème, dans la façon dont il sera traité ou non, l'éthique et la technique apparaissent conjointes.

L'éthique définit en quelque sorte les conditions de mises en place du prendre soin et un accompagnement qui soit respectueux des personnes âgées. Les difficultés inhérentes à

¹⁶ DESCOMBES VINCENT, *Le pouvoir d'être soi*. RICOEUR PAUL, *Soi-même comme un autre*, Les classiques des sciences sociales, 1991 p14 version numérique

la logique de l'organisation des soins, associées aux fonctionnements individuels et professionnels, creusent l'écart entre les principes éthiques fondamentaux de l'accompagnement et de la pratique. Les professionnels n'accordent pas ou ne peuvent accorder une place suffisante à ce qu'expriment les personnes âgées, ce qui n'est plus cohérent avec le principe du respect de la singularité du sujet. De façon paradoxale, l'établissement a pour mission d'humaniser l'accompagnement des personnes âgées en s'inscrivant dans un véritable projet social, alors que les moyens encore insuffisants ne le permettent pas pleinement. La réflexion éthique en matière d'accompagnement des personnes âgées ne semble ni superflue, ni secondaire ; elle porte sur des décisions humaines, je pense qu'elle constitue le fondement nécessaire des pratiques d'accompagnement. Le directeur doit être porteur de cette réflexion à l'occasion de réunions, de groupes de travail afin de consolider la motivation des soignants et de soutenir leur engagement dans cette démarche.

Le projet de soins doit se construire autour de l'idée que la personne âgée dont nous avons la mission d'accompagner n'est pas notre objet de soins, mais un sujet auquel il faut laisser l'autonomie nécessaire pour qu'il puisse exprimer sa volonté et ses choix. S'il est vrai que l'âge oblige à négocier différemment ses relations aux autres, rien n'impose que cela se traduise par la soumission. Or, comme nous l'avons vu dans le cas de Mme A, soumise aux soins médicaux, cette soumission peut devenir l'ordinaire des personnes âgées que nous préférons parfois croire inaptés à comprendre les choix que nous faisons pour elles. Le projet de soins doit être lié au projet de vie, la vie ne doit pas être organisée pour plus de soins, mais les soins organisés pour plus de vie. Il nous faut considérer que chaque acte de soins doit avoir du sens, non seulement par rapport à un corps malmené par l'âge, mais surtout par rapport à la personne qui l'habite. Cette personne a une histoire, un sens, un destin à achever et même vieille, elle doit en rester maître.

2.2.3 L'entrée des personnes âgées en institution : une étape difficile à prendre en compte

Le moment de l'entrée en établissement constitue une rupture dans la vie des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes. Ce moment particulier, probablement ressenti comme brutal par une grande partie d'entre elles, est sans doute crucial dans la façon dont ces personnes vont ensuite vivre leur institutionnalisation. Dans la majorité des cas, les personnes âgées venant de leur domicile ont peu participé à la démarche conduisant à leur entrée en établissement. En effet, l'admission en institution est une démarche complexe dans laquelle plusieurs types d'acteurs peuvent entrer en jeu. Les acteurs professionnels, assistante sociale, médecin et bien sûr la famille de la personne jouent un rôle important. Savoir qui a participé à la demande d'admission peut éclairer sur

l'intervention décisionnelle ou non de la personne âgée. Selon l'enquête EHPA de la DREES en 2000, le degré d'autonomie des personnes influe sur leur participation à la demande d'entrée en maison de retraite ; plus la dépendance est importante, plus elle diminue les probabilités de participation de la personne à la demande. Dans la plupart des cas, la demande d'entrée en établissement est à l'initiative de la famille pour des raisons liées à l'état de santé ou à la perte d'autonomie de la personne âgée.

Il est important de remarquer que, pour les personnes handicapées âgées, leur participation et leur préparation par un accompagnement spécifique leur permettent une meilleure adaptation. Une corrélation entre le bien être et la participation associée au choix du résident peut être mise en évidence. Toutefois, il faut rappeler que les personnes handicapées vivent l'institutionnalisation depuis de nombreuses années, de plus la proximité des trois structures du Clos de Grex crée une véritable passerelle qui permet aux liens acquis de perdurer.

Les circonstances de l'entrée en établissement sont propres à chaque individu, c'est pourquoi il faut s'attacher à prendre en compte les conditions dans lesquelles l'institutionnalisation s'est effectuée. Il nous faut partir du postulat que chaque individu est unique, que chaque personne a une identité propre qui s'est construite, nourrie des interactions avec son environnement ainsi que de ses équilibres internes.

L'intérêt porté par les psychanalystes depuis une vingtaine d'années permet aujourd'hui de mieux prendre en compte la personnalité globale du sujet. Les déficits corrélatifs ou non avec une atteinte organique, doivent être intégrés à un trouble profond de l'identité lié au cheminement progressif et irréversible du vieillissement. De nombreux auteurs décrivent les transformations inhérentes à la sénescence humaine. Ces transformations ont nécessairement un retentissement qui peut occasionner des troubles de l'identité de la personne âgée.

Sans entrer dans une approche psychanalytique du vieillissement, il me semble important d'aborder simplement la question du « sujet » autrement que dans les aspects neurologiques et biologiques souvent mis en avant à partir des symptômes (perte de mémoire, aphasie, apraxie, modification de la personnalité : repli sur soi...), que présentent les personnes lors de leur admission en établissement.

Le changement de milieu de vie est générateur de « crises », il nécessite un travail sur soi, une modification des habitudes, une perte des routines antérieures. Il faut apprendre à nouveau, ce passage à un nouveau modèle est rendu particulièrement difficile, parfois quasiment impossible pour certaines personnes âgées présentant des syndromes démentiels ou non. Le choc du placement en institution engendre souvent, chez la personne, un sentiment d'injustice et la mise en cause d'un modèle identitaire qui devient

négatif, illégitime. Cette mise en cause peut prendre la forme de régressions physiques, psychiques, d'un repli sur soi, tout s'écroule. Pour J H. DECHAUX, ce repli sur soi est compréhensible : « Il faut pouvoir se raccrocher à quelque chose ». On n'est jamais « rien », même lorsqu'on se sent « nu ». Mais, ce qui reste, c'est son passé, ses racines, son histoire la plus ancienne, « primordiale ». Il ne reste que l'identité « primitive », culturelle, ce qui vient des liens familiaux, communautaires. Ces termes « primitif », « primaire » ou « primordial » renvoient à ce qu'il y a de plus profond et de plus ancien dans l'histoire personnelle »¹⁷.

Qu'elles soient dans un vieillissement « normal ou pathologique », si nous savons rester un instant pour écouter, les personnes âgées ont une tendance plus ou moins marquée à évoquer le passé, leur famille, leurs parents, comme pour mettre entre parenthèses un présent peu enviable. Bien sûr, toutes les personnes âgées ne retournent pas systématiquement au passé ou à leur enfance. Celles qui généralement parlent de leur passé sont celles qui ne se projettent plus vers l'avenir, celles qui ne peuvent plus s'investir dans des relations avec d'autres qui jusqu'à là leur assuraient la permanence d'une identité. En fait, tout se passe comme si la personne ne pouvait plus se tourner vers l'avenir, vers un avenir peut être trop proche de la mort.

Pour M. PERUCHON, « l'investissement du passé, et donc la reviviscence des souvenirs, redonnerait alors un souffle de vie et apparaîtrait là comme une véritable mesure de sauvegarde narcissique du moi »¹⁸. Ce retour au passé permettrait à la personne âgée de réactualiser d'anciennes identifications, une possibilité de s'investir et de maintenir en même temps son intégrité narcissique, le sens d'une existence devenue plus ou moins dérisoire. « Le vieil homme » -écrivait Mauriac¹⁹- même s'il ne retombe pas en enfance, y retourne en secret, se donne le plaisir d'appeler maman à mi-voix ».

La résurgence du passé où se réactivent les images parentales s'inscrivent dans une variété de comportements qui ont certainement tous une visée réparatrice, une signification, la mise en place d'un système de défense contre le traumatisme du placement, de la séparation.

Le risque de décompensation, de dépression chez la personne âgée est présent et les différents acteurs institutionnels doivent prendre en compte ce risque. Je pense que les soignants peuvent avoir une compréhension plus fine des pathologies liées au vieillissement. L'institution doit permettre un autre regard sur les personnes âgées par la

¹⁷ DECHAUX JEAN-HUGUES, *Le souvenir des morts*. PUF, Le Lien Social, 1997

¹⁸ PERUCHON Marc, « valeur fonctionnelle des images parentales dans le vieillissement normal et pathologique » extrait du colloque international de psycho-Gériatrie de Limoges en 1986

¹⁹ Cité par SIMONE DE BEAUVOIR dans « *La vieillesse* », Tome 2 p.132 Gallimard, Paris. 1970

mise en place de formations internes, inter établissement, d'espaces pluridisciplinaires d'échanges, de réflexions. Un regard neuf donne de l'espace pour que puissent émerger des capacités nouvelles, tant chez le « soigné » que chez le « soignant ».

Toutefois, pour aider les professionnels à s'impliquer, à s'investir, il nous faut comprendre et prendre en compte les difficultés auxquelles ils sont confrontés face au vieillissement, aux troubles du comportement, à la dépendance et à la mort omniprésente dans l'accompagnement des personnes âgées.

2.3 Les professionnels au centre de la dynamique de changement

2.3.1 Les difficultés spécifiques rencontrées par les soignants dans la relation d'aide

Accompagner des personnes âgées jour après jour peut être épuisant, démoralisant : on ne guérit pas de la vieillesse et la confrontation à la dépendance, à la démence et à la mort est un véritable défi. En effet, cela nécessite des ressources tant psychiques que physiques importantes. Je l'ai évoqué, la population que nous accueillons est hétérogène ; la charge de travail du personnel, non seulement en ce qui concerne les soins de nursing mais également en ce qui concerne la relation avec les personnes âgées qui présentent des troubles du comportement, demande une énergie de chaque instant. Les sentiments et les attitudes des personnels, qui découlent de leur confrontation avec les personnes âgées confuses, dépressives, agressives, ont pu être abordés dans le cadre d'une réunion qui a lieu une fois par mois avec la psychologue. Ces temps d'échanges et de réflexions sont essentiels étant donné la spécificité de l'accompagnement, ainsi, chacun peut dans cet espace institutionnalisé, échanger sur les difficultés rencontrées dans sa pratique. La souffrance des soignants est perceptible et se manifeste par différents sentiments entre autre :

- L'incompréhension devant l'apparition des troubles, notamment ceux de type démentiel. Les soignants expriment une angoisse identique à celle des familles en ce qui concerne leur propre évolution avec l'avancée de l'âge.
- Le désarroi et la révolte devant l'involution psychologique de la personne âgée qui sombre petit à petit dans la démence, perçue comme une injustice majeure pour cette femme ou cet homme qui hier encore était reconnu normal.
- La pitié envers des personnes psychologiquement ou mentalement déficientes présentant une demande affective importante.
- Le découragement devant le retour d'hospitalisation d'une personne ayant eu un accident vasculaire cérébral et qui revient avec une hémiplégie.
- La tolérance est mise également à rude épreuve par la complexité des manifestations : les déambulations, l'incontinence, les délires, les cris et appels,

l'agressivité verbale et physique, la détresse se traduisant par des pleurs, un besoin d'accompagnement physique permanent.

Dans le quotidien, les personnels essaient de répondre par de l'attention, de la réassurance, il doivent faire preuve de patience, discuter, négocier pour une douche, la prise de médicaments. A ces difficultés s'ajoute le décès de la personne âgée, décès bien souvent vécu comme une épreuve, après une période de soins où chacun s'est beaucoup investi. Pour faire face, le personnel met en place des fonctionnements qui touchent à l'organisation. Par exemple, une efficacité opératoire est mise en avant : chaque chose répond à des opérations techniques précises avec beaucoup d'efficacité et une organisation maximalisée. Certains soignants « hyper-protègent », « sur-assistent » les personnes âgées et cette prévenance excessive va progressivement réduire l'indépendance et l'autonomie de la personne.

L'organisation du travail doit tenir compte des troubles du comportement des personnes âgées, ainsi l'instauration d'un rythme de vie régulier et rassurant peut constituer progressivement un ensemble de repères simples : un découpage horaire, des moments de rencontres qui peuvent être courts mais à des heures déterminées, un rituel qui s'est instauré pour aider cet homme qui refusait systématiquement d'aller se coucher et qui maintenant prépare avec un veilleur de nuit la cafetière pour le café du lendemain avant de pouvoir aller dormir ; Il est très important de construire un tissu relationnel réconfortant. Ces objectifs n'ont pu être atteints qu'en tenant compte, préalablement, des difficultés que rencontrent les soignants. En effet, Il ne peut être question de considérer les professionnels dans un rôle de spectateurs auprès des personnes âgées ayant des troubles du comportement et espérer qu'ils n'en seront pas touchés, que leur pratique de soin n'en sera pas altérée, que le travail d'équipe n'en connaîtra pas de répercussion.

Certaines situations relationnelles pénibles et répétitives doivent être prises en compte rapidement pour éviter les surcharges émotionnelles qui se surajoutent aux difficultés liées aux manques de moyens en personnel. Les réactions des soignants, l'épuisement, la démission, le découragement engendrent une dégradation de l'image de soi au plan professionnel, cette diminution de l'estime de soi s'accompagne de sentiments de frustration et de mal être. Dans ce contexte, l'indifférence, le durcissement de la relation « soignant soigné » ainsi que le risque de maltraitance peuvent apparaître.

Le recours aux ressources de l'équipe est essentiel, les relations interpersonnelles dans le réseau professionnel sont importantes ainsi que la mise en œuvre d'objectifs et de

projets. D'après le dictionnaire critique d'action sociale²⁰, le terme équipe renvoie à un groupe uni autour d'une tâche commune, selon BARREYERE J. Y. ET BOUQUET B : « l'équipe se définit par un projet et un esprit de corps avec comme ciment socialisant un leader, une doctrine ou des valeurs partagées ».

Ce concept d'équipe prend tout son sens dans la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité que je conduis, engageant au changement en impliquant la participation des professionnels à propos des pratiques les concernant au sein de l'organisation. Cependant tout changement dans l'organisation crée des incertitudes qui provoquent des résistances légitimes de la part du personnel.

2.3.2 Le changement : de la résistance à la participation des acteurs

Une analyse stratégique des organisations mise au point par Michel Crozier et son équipe consacre une grande part à l'analyse du processus de changement en organisation. Elle commence par le simple constat que le changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables. Selon MIRAMON J M: « Il s'agit du passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain »²¹. Le changement implique donc l'idée de rupture avec la stabilité de l'institution, il s'oppose au principe de permanence et de continuité de l'organisation. La stabilité du fonctionnement repose sur l'équilibre des relations entre les acteurs, le pouvoir est réparti, les acteurs trouvant ainsi, une certaine satisfaction, un compromis entre leurs intérêts personnels et ceux de l'institution. Le changement va rompre cet équilibre remettant en cause le rôle et la place des acteurs les uns envers les autres. Des phénomènes de résistances vont alors apparaître chez les personnels pour se prémunir et se protéger des risques de déséquilibre de l'organisation.

Le changement peut donc être vécu comme un risque remettant en cause une sécurité acquise. Il est essentiel pour le directeur, porteur du changement, d'avoir conscience que les résistances ne sont pas la simple manifestation de la passivité et de la routine des acteurs, mais, qu'il va venir troubler, modifier un équilibre que les acteurs avaient construit. Le processus de changement implique une véritable communication et une information précise sur son importance, ainsi que sur les éléments qui le rendent incontournable. L'objectif étant de diminuer les résistances dues souvent à l'incompréhension ou aux enjeux de pouvoir, le directeur doit donc accompagner les acteurs dans le changement par une démarche rassurante pour réduire les effets

²⁰ BARREYERE J.Y et BOUQUET B. *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* Edition Bayard 2006. p 231.

²¹ MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. ENSP, 2001 p 216

d'incertitudes déstabilisants. J.M MIRAMON²² propose quatre conditions à réunir avant d'engager un quelconque processus de changement :

1. La nécessité du changement doit être clairement perçue par l'ensemble des acteurs ;
2. les moyens indispensables pour mener à bien le changement doivent être assurés ;
3. la sécurité : les perspectives doivent reposer sur des données fiables ;
4. la mobilisation : au-delà de ses aspects techniques et financiers, le projet doit pouvoir mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs. Le collectif, convaincu des objectifs à réaliser, va tout mettre en œuvre pour les atteindre. Ce qui se joue ici est également de l'ordre du désir.

Le principal défi pour engager le changement est donc de faire participer les acteurs à son élaboration. Le management participatif prend tout son sens dans ce cadre. Le processus de la démarche qualité prend appui sur la dimension participative de l'ensemble du personnel. Le directeur doit convaincre, motiver, fédérer et doit faire preuve de transparence, la façon dont il soutient le projet étant déterminante pour la réussite de ce dernier.

La démarche qualité est un vaste « chantier » et un processus global qui prend en compte plusieurs dimensions à partir de l'existant et de l'analyse des besoins afin d'élaborer et de choisir des solutions ; pour J.M. MIRAMON²³ « le changement est un processus global qui concerne à la fois les personnes (fonctions, rôles, formation, mentalité, culture d'entreprise), les structures (organisation du travail, outils de suivi, management) et les techniques (modalités de prise en charge). Ces trois facteurs sont en interaction dans une organisation ».

La conduite de projet implique de se saisir de l'ensemble de ces paramètres pour favoriser le développement de l'accompagnement des personnes âgées. Le changement est une nécessité lorsqu'il y a inadéquation entre les besoins des personnes accueillies et les prestations rendues par l'établissement. L'organisation doit s'adapter, prévoir, structurer être dans un mouvement d'évolution ; l'institution est liée au projet par nature, par culture, par son histoire parce qu'elle s'inscrit dans le mouvement social, dans les mutations politiques, économiques, culturelles.

Tout changement passe par les acteurs et agit sur la place et le rôle de chacun dans l'organisation, les pratiques individuelles et collectives ont aussi à évoluer. Il est donc

²² MIRAMON J.M. op. cit. p 214

²³ MIRAMON J.M. op. cit. p 87

nécessaire que les professionnels s'approprient le processus de changement, qu'ils en saisissent le sens car l'application de nouvelles règles de fonctionnement, l'arrivée de nouveaux professionnels remettent en cause l'identité autant que la légitimité de chacun. Le manque de formation renforce ce sentiment.

2.3.3 La communication, un outil de mobilisation

Au sein d'une institution, La communication est un élément essentiel. Le directeur, dont l'objectif est de fédérer l'équipe, doit être explicite dans les informations qu'il donne aux professionnels, afin que les finalités des actions soient partagées et connues de tous. Une bonne information doit permettre un meilleur fonctionnement institutionnel, l'objectif recherché étant la mobilisation et la participation des acteurs au projet.

On repère vite les espaces de non communication que le manque d'informations peut générer. Il est alors important de rétablir des échanges qui se traduisent par des temps de réunions. De plus, l'instabilité engendrée par le changement nécessite de favoriser l'expression des professionnels, la confrontation des interprétations et des contradictions.

Le processus de la démarche qualité apporte une communication par les comptes rendus de réunions. Cependant, le personnel qui ne souhaite pas ou ne peut participer directement aux groupes de travail et au comité de pilotage se sent mis à l'écart, malgré les écrits, et manifeste des critiques sur le manque d'informations. A cet effet, j'ai mis en place, une fois par mois, une réunion avec les équipes des deux services, permettant ainsi un échange oral qui est plus propice à la communication. Ainsi, ces réunions sont l'occasion, pour le personnel, d'obtenir des réponses à des craintes ou à des interrogations à l'égard d'un changement qui n'est pas sans incidence sur les pratiques professionnelles.

Ce temps de communication et d'échange est aussi un moyen pour éviter l'usure professionnelle bien connue dans le milieu des EHPAD, usure conduisant à un désinvestissement et à une diminution de la qualité des soins et à une relation déficitaire dans la relation avec la personne âgée. Ce syndrome s'exprime chez les soignants par un épuisement émotionnel avec le sentiment de ne pas s'accomplir dans leur travail, de ne pas être à la hauteur de leur mission. Face aux difficultés du personnel à gérer des situations lourdes, le directeur doit rester à l'écoute et soutenir les soignants, il doit attacher de l'importance aux informations provenant du terrain. Écouter le quotidien, c'est être capable de comprendre les difficultés que doivent surmonter les salariés. Si le directeur doit prendre en compte certaines situations humainement difficiles, sa position hiérarchique ne lui confère pas toujours une légitimité suffisante pour tout entendre. Dans cette situation présente, la constitution de groupes de paroles prend tout son sens et la psychologue peut être un relais.

La communication est un élément important dans l'organisation institutionnelle, sans elle tout serait sclérosé, figé ; la parole doit être donnée, écoutée et encouragée dans des espaces formels. De la qualité de la communication dépendra le degré d'adhésion des équipes. Le directeur doit favoriser ces temps d'échanges qui facilitent l'expression, la rencontre et de façon plus générale la cohésion et la cohérence, en cela la communication est un outil de management qui permet la mobilisation de l'ensemble des acteurs institutionnels.

L'exigence de la qualité demande cette mobilisation, mais aussi l'ajustement des moyens, des compétences, la définition des missions et des objectifs, cela implique la gestion des ressources humaines. Le directeur devra se saisir de ce management en tenant compte des résistances mais aussi de la motivation des professionnels et de leur volonté de s'adapter à de nouvelles formes d'accompagnement.

Si les insuffisances sont réelles et nous rappellent les difficultés de l'accompagnement, d'autres réponses existent et peuvent être mises en œuvre. en prenant en compte la réalité de l'établissement pour développer ses ressources internes et rechercher des expériences et des complémentarités externes.

La majorité des professionnels du Clos de Grex veulent une qualité de la prestation qui va de pair avec une qualité des conditions de travail, celle délivrée n'étant pas conforme à cette volonté.

3 METTRE EN ŒUVRE L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PERSONNES ÂGÉES

3.1 L'établissement doit adapter ses prestations aux besoins des personnes accueillies.

Les préoccupations d'un responsable d'établissement sont essentiellement axées sur le phénomène d'adaptation et de bien être des personnes âgées accueillies. En tant que directeur, il est primordial de se demander quels sont les moyens à mettre en place pour faciliter l'intégration des résidents dès le premier jour d'entrée dans l'établissement et tout au long du séjour.

La définition étymologique du terme « accompagnement », relève clairement l'idée de mouvement. Accompagner est en effet défini comme « se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui » ; ce terme sous-tend donc une dynamique et une reconnaissance de l'individu. L'université Paul Cézanne définit l'accompagnement comme « une source de changement, sa finalité est de favoriser le passage d'une attitude passive et acceptante à une attitude active et modifiante » ; si cette définition s'adresse d'abord à des étudiants, je pense qu'elle peut être ajustée à l'accompagnement des personnes âgées ; en effet, l'une des fonctions de l'accompagnant est bien de mettre en œuvre une relation d'aide qui permet à la personne âgée de formuler ce qu'elle recherche, de s'adapter, de s'intégrer dans une nouvelle phase de sa vie.

3.1.1 Gérer les ressources humaines pour optimiser un accompagnement de qualité.

La mise en œuvre d'un accompagnement individualisé de qualité nécessite de la compétence et de la disponibilité de la part des professionnels.

Deux possibilités d'actions existent pour répondre à cette nécessité, d'une part, l'optimisation des ressources existantes, d'autre part la création d'emplois. L'effectif actuel étant négocié dans la convention tripartite, il n'est pas envisageable de le modifier dans l'immédiat.

Il me semble donc nécessaire d'engager plusieurs actions dans le cadre d'un processus de gestion des ressources humaines au sein de l'établissement. Plusieurs raisons m'engagent dans cette démarche qui procède de l'organisation globale de l'établissement sous la responsabilité du directeur.

- ajuster les ressources humaines, la circulaire DHOS – DGAS n° 2001-506 du 23 octobre 2001 insiste sur la nécessaire qualification des intervenants par la formation afin de développer les compétences et précise qu'elle « vise à garantir à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ».
- La volonté de travailler dans une dynamique interne/externe en créant des partenariats, des réseaux pour développer la convergence et la coopération autour de la recherche de solutions et de leurs mises en œuvre sur le terrain.
- Anticiper les besoins futurs dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite en fin d'année 2008, en évaluant la prestation.

Les objectifs de la gestion des ressources humaines répondent toujours à quelques préoccupations immédiates plus ou moins importantes ; il est donc nécessaire de définir les actions visées, mais aussi de hiérarchiser les priorités.

Dans un premier temps, je m'attacherai à viser deux objectifs complémentaires ; d'une part, redéfinir l'essentiel du projet de soin en renforçant nos ressources médicales par le recrutement d'un médecin coordonnateur, d'autre part, maintenir et développer par ce fait une démarche participative enrichissante et motivante pour le personnel.

Les nombreuses missions²⁴ du médecin coordonnateur en font un acteur essentiel dans le dispositif d'accompagnement de qualité de la personne. Il a un rôle de conseil et d'organisation des soins au sein de l'établissement. La complexité des situations rencontrées, la pluridisciplinarité des professionnels et la spécificité des pathologies gériatriques nécessitent l'organisation des soins et la mise en place d'un projet de soins individualisé.

J'ai décliné les nombreuses missions du médecin coordonnateur dans le chapitre précédent et l'on peut percevoir que cette fonction doit susciter une réelle qualité d'accompagnement ainsi qu'une véritable professionnalisation des pratiques dans l'établissement, au bénéfice des résidents. Je pense que l'arrivée d'un médecin coordonnateur peut entraîner une véritable structuration des équipes de soins et une nette amélioration de la lisibilité des interventions des médecins traitants.

Sans médecin coordonnateur, Il est difficile de construire, avec les personnes résidentes de l'EHPAD, une véritable évaluation gériatrique ; en externe : manque de diagnostic posé par les spécialistes hospitaliers, en interne : peu de suivi quant à l'évolution de la démence par exemple.

²⁴ Annexe 5 : missions et fonctions du médecin coordonnateur

Le médecin traitant, dès lors qu'il intervient en libéral, ne peut assumer l'étendue de ces problèmes. Il doit pouvoir lui aussi s'appuyer sur un projet global où il serait partie prenante avec une traçabilité effective qui simplifierait et rendrait beaucoup plus efficace et compréhensible sa propre action.

En janvier 2007, une première réunion d'information a été mise en place afin de communiquer au personnel, avec l'aide et l'expérience du médecin coordonnateur d'un établissement associatif lyonnais, les informations concernant les différentes missions du médecin coordonnateur. Une seconde réunion en février a permis aux salariés de préciser leurs attentes vis-à-vis du médecin coordonnateur, mais surtout a suscité l'évocation des carences liées à l'absence de ce dernier qui rejoignent celles que j'ai déclinées dans la première partie (1.3.2)

Formellement, les autorités de tarifications DDASS et conseil général ont été maintes fois informées de ces problèmes dont ils ont conscience depuis plusieurs années.

Pour les salariés, le regard sur ce médecin coordonnateur qui ne prescrit pas est difficile à concevoir. Malgré tout, en avançant dans l'échange, l'équipe a perçu l'intérêt d'une telle fonction. Je dois préciser que la prise de conscience de l'ensemble du personnel sur l'évolution des pratiques est incontestable. Il est possible de le noter en parcourant les écrits concernant l'autoévaluation et les protocoles mis en œuvre à partir des groupes de travail de la démarche qualité. Ces protocoles ne sont toutefois pas validés par un médecin, comme le protocole de lutte contre les escarres, malgré tout, on remarque aujourd'hui une baisse significative de cette pathologie, grâce à une prévention accrue de ce problème.

Cette problématique a été abordée en prenant en compte l'approche technique en lien avec la dimension contextuelle, coordonnant tous les acteurs concernés. Cette coordination a été possible grâce à une démarche pluridisciplinaire pilotée par l'infirmière coordinatrice avec moi-même. Toutefois nous ne pouvons mettre en œuvre l'ensemble des projets concernant la prise en charge médicale, cette mission étant celle du médecin coordonnateur.

3.1.2 Anticiper l'arrivée du médecin coordonnateur.

L'établissement n'ayant pas à ce jour de projet de soins formalisé, j'ai décidé au regard des textes réglementaires que celui-ci serait élaboré sous la responsabilité du médecin coordonnateur. En effet, l'élaboration, la mise en place, l'évolution du projet de soins incombent à l'équipe soignante entraînée par le médecin coordonnateur et l'infirmière cadre. L'absence du médecin dans l'équipe, au moment de l'élaboration de ce projet, serait un double handicap :

- absence de référent médical obligeant souvent le directeur à suppléer dans un domaine qui n'est pas le sien ;
- difficulté, pour le futur médecin, à s'approprier un outil qu'il n'a pas conçu puisqu'il est recruté après coup.

Cette décision s'est appuyée sur le fait qu'un médecin a répondu favorablement à l'offre de poste créée par la mutualisation de nos moyens avec ceux de deux EHPAD voisins.

Début 2006, peu après ma prise de fonction, le problème récurrent de l'absence de médecin coordonnateur sur l'EHPAD était une difficulté majeure vis-à-vis des obligations conventionnelles, mais aussi vis-à-vis de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.

Ma recherche de partenariat avec d'autres établissements s'est concrétisée en juin 2006. Un collègue de l'union d'associations Santé et Bien Etre, Comité Commun, directeur de deux EHPAD de 75 lits chacun et une directrice d'établissement similaire de 74 lits ont été intéressés pour résoudre notre problème commun en mutualisant nos moyens.

Nous sommes partis du constat simple qui visait une complémentarité de nos ressources nécessaires pour la réalisation d'une offre d'emploi à temps plein.

Si la notion de partenariat désigne en général une forme d'intervention équitable entre les acteurs, dans le contexte de notre action, les modalités se sont organisées en fonction des moyens alloués à chacun en équivalent temps plein de médecin coordonnateur, soit :

- EHPAD de Confort et Musinens, un 0.55 ETP
- EHPAD de Bellegarde, un 0.15 ETP
- EHPAD du Clos de Grex, un 0.30

La disparité des temps alloués peut paraître inéquitable, or, elle correspond au GMP de chaque établissement au moment de la signature de la convention tripartite.

L'équivalent temps plein de 0.30 du Clos de Grex est une anticipation par l'ajout du 0.12 ETP de médecin coordonnateur avec le 0.18 ETP de médecin généraliste. Je n'avais en février 2007 qu'un accord verbal de la DDASS de l'Ain, répondant à ma demande écrite d'un seul et unique poste salarié de médecin coordonnateur.

Suite à notre offre d'emploi à temps plein, nous avons eu une seule réponse positive en janvier 2007 de la part d'un médecin de la région parisienne. Cette personne ne pourra prendre ses fonctions qu'en janvier 2008 pour des raisons personnelles.

Avant l'arrivée du médecin coordonnateur, plusieurs objectifs, moyens d'action, mises en œuvre et modalités d'évaluation peuvent être définis. Ceux-ci répondront d'une part aux obligations de la convention tripartite, d'autre part, ils permettront au médecin ainsi qu'au personnel, un cadre et une organisation plus lisible qu'actuellement. Il s'agit de :

- Normaliser la préparation des médicaments, organisation de la pharmacie en mettant en place un classement nominatif individuel des médicaments, conforme à la réglementation. L'achat de matériels adaptés permettra ce fonctionnement dès septembre 2007.
- Standardiser le dossier de soin, élaboration du dossier type, mise en forme de fiches lisibles pour coordination en cas d'hospitalisation d'urgence, informatisation du dossier du résident et réflexion pour adapter un système de mise à jour correctement suivi. L'achat de trois ordinateurs en 2008 complètera l'existant et permettra une utilisation plus aisée par les soignants.
- Informatiser les données et former les salariés, afin d'avoir une simple lecture de l'information. Nous devons déterminer les tranches d'accès de chaque professionnel au dossier informatisé pour préserver le secret médical et professionnel, ceci en référence à la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 dite loi « informatique et liberté ».
- Faciliter le travail du médecin coordonnateur par l'organisation des réunions et la transmission d'informations. Participation du médecin aux réunions de direction, information sur les statuts de l'EHAPD et ses moyens financiers, les projets mis en place, les problématiques et les difficultés rencontrées.... Mettre en place un planning prévisionnel des réunions pluridisciplinaires avec le médecin coordonnateur. Ces réunions existent déjà, toutefois elles pourront être déplacées en fonction des jours de présence du médecin dans l'établissement.
- Informer les personnes âgées et les familles de l'arrivée du médecin et expliquer son rôle et ses missions. Ceci se fera dans le cadre du conseil de vie social, mais aussi par écrit et en créant des espaces de paroles et d'échanges avec les personnes accueillies.

Ces objectifs peuvent être réalisés dans la période de septembre à décembre 2007, afin que nous puissions dès l'année 2008 mettre en œuvre avec le médecin coordonnateur un véritable projet de soins. Ce projet s'élaborera dans le cadre et dans les temps impartis à la démarche qualité. D'une part, l'engagement du personnel dans une dynamique participative est déjà réelle dans le cadre de cette démarche et a permis une homogénéité de l'équipe grâce à une expérience commune forte ; d'autre part, nous ne pouvons créer d'autres instances au vu du taux actuel d'encadrement en personnel sans produire des effets négatifs sur l'organisation des plannings et sur l'organisation de l'accompagnement.

3.1.3 Préconiser des actions immédiates et à long terme .

Promouvoir un accompagnement de qualité au bénéfice des personnes âgées, implique de prendre en compte de grands thèmes de gérontologie et des actions de préventions qui contribueront à la reconnaissance de la citoyenneté des personnes âgées.

Les axes de travail que je décline ci-dessous ne sont pas exhaustifs, il entrent de façon directe dans la démarche de prévention que l'établissement doit préconiser de manière systématique pour :

- Le suivi médical, l'information et le choix des résidents. La réglementation prévoit que les personnes accueillies doivent avoir le libre choix de leur médecin traitant. Cette possibilité est rappelée dans le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de la maison de retraite. Toutefois, la démographie médicale et la situation géographique de l'établissement limitent la portée de cette disposition.

Aujourd'hui deux médecins interviennent dans l'établissement en sus du médecin salarié des foyers qui assure deux consultations hebdomadaires. Le médecin coordonnateur devra s'assurer que chaque résident, même s'il ne le sollicite pas, bénéficie bien d'un suivi médical régulier, il définira le contenu minimal de cette visite et sa fréquence et en établira le calendrier.

Il établira également le cadre des modalités de consultations des autres intervenants médicaux et paramédicaux, les conditions de réponses aux urgences, et la nature des informations à transmettre à l'équipe dans le cadre de sa mission de coordination des soins. Il veillera également à ce que le contenu du dossier médical soit suffisant pour assurer la sécurité des personnes et le suivi par l'équipe.

Rappelant l'article L. 1111-2 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2004, la personne âgée demeurant un sujet de droit, chacun s'attachera à ce que le droit à l'information et le recueil du consentement éclairé du résident soient respectés par les différents intervenants. Le dossier comprendra un document dans lequel le résident, s'il est en état de l'exprimer, fera état de ses choix : référent familial, personne de confiance, attitude face à la fin de vie.

- Les prescriptions : La question est difficile à traiter, toutefois, à partir du constat réalisé par plusieurs enquêtes dont celle du corpus de gériatrie en 2000²⁵ « l'incidence des effets iatrogènes est corrélée à l'âge et au nombre de médicaments prescrits ».

Les pathologies iatrogènes représentent entre 5 et 10 % des motifs d'hospitalisations après 65 ans et plus de 20 % après 80 ans. Les risques sont présents et les effets indésirables de certains médicaments sont parfois constatés dans l'établissement ; une

²⁵ *Polypathologie et médicaments, iatropathologie*, Corpus de Gériatrie, Chapitre 11 janvier 2000, source net : société Française de Gériatrie.

réflexion sur les bonnes pratiques de prescription pourra être conduite par le médecin coordonnateur, par exemple dans le cadre d'une formation médicale continue.

Par ailleurs, des protocoles signés par le médecin coordonnateur sur les conduites à tenir face à certains symptômes présentés par les résidents, en dehors des temps de présence des médecins et selon une liste strictement limitative, permettront de répondre aux demandes bénignes. En dehors de ces protocoles, le recours aux prescriptions téléphoniques sera strictement interdit.

Un cadre sera établi pour fixer les réponses à apporter aux urgences (gardes médicales, déplacements des médecins ou appels du 15).

- La lutte contre la douleur : Divers textes font de la lutte contre la douleur une obligation légale (circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002), le ministère de la santé et des solidarités dans son plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010,²⁶ rappelle dans sa préface : « la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme. [...] La lutte contre la douleur satisfait à une attente légitime de toute personne ». En matière de formation continue, la prise en charge de la douleur fait partie des actions prioritaires définies par le ministère de la Santé.

Malgré cela, la souffrance des sujets âgés peut être négligée, les idées reçues ont parfois la vie dure chez certains professionnels du soin : « elles crient pour rien, avec l'âge on a forcément des douleurs ». De la même façon, la prescription d'antalgiques majeurs reste difficile, le risque d'effets indésirables pour la personne âgée est souvent évoqué.

Or, en dehors de ce qu'elle est elle-même, la douleur est source d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie et ces aspects négatifs retentissent par là même sur les proches et l'équipe soignante.

Le personnel soignant de l'établissement a été sensibilisé à la lutte contre la douleur dans le cadre d'un groupe de réflexion avec les médecins. Or, nous devons aller plus loin et mettre en place une démarche cohérente de prise en charge de la douleur. Dans ce but, je participerai avec l'infirmière coordinatrice à une première réunion « partager pour lutter contre la douleur » à l'initiative du centre hospitalier de Belley en octobre 2007. Cette approche permettra d'engager une perspective de partenariat et de formation réalisable dans l'établissement, afin que tous les acteurs du soin aient les mêmes références dans ce domaine, de manière à ce que si nous ne pouvons éviter l'apparition de la douleur, nous puissions lutter efficacement contre son développement.

²⁶ Programme national de lutte contre la douleur. [www. Santé.gouv.fr/htm/dossier/prog_douleur](http://www.Santé.gouv.fr/htm/dossier/prog_douleur)

- La prévention de la maltraitance : Les professionnels acceptent aujourd'hui d'aborder la maltraitance et de l'intégrer dans leur réflexion en s'étayant sur le référentiel de qualité. La recherche constante de l'amélioration de la qualité permet de fixer des objectifs concrets et atteignables qui sont autant d'éléments de « bientraitance » : l'écoute des personnes âgées, la communication, le ton que l'on emploie (infantilisation, exaspération...). Une chartre a été élaborée par l'association (annexe), ainsi qu'une information au personnel, mais est-ce suffisant ?

L'institution porte en elle, par son organisation collective, tout ce qu'il faut pour être maltraitante. Tout établissement est, dans ce domaine sur le fil du rasoir ; une surcharge de travail, une absence peut faire dériver le professionnel qui se croit à l'abri. Qu'elle soit active ou passive, qu'elle trouve son origine dans une simple négligence, la maltraitance est inacceptable. Il appartient au directeur de montrer que dans ce domaine, aucune tolérance n'est possible. Les interrogations sur la maltraitance sont vastes et la vigilance du directeur doit prendre en compte les rapports de la famille avec son propre parent, rapports pouvant parfois être vifs et aussi la pression des familles sur les soignants.

Si je m'attache à examiner au plus près des pratiques pour en exclure toute maltraitance, je me dois de poser les questions suivantes :

- quels processus ai-je mis en place pour que la « bientraitance » devienne une norme ?
- quelles formations le personnel a-t-il eu sur ce sujet ?

La collaboration médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, directeur prendra en compte l'éthique inscrite dans ces grands thèmes issus des politiques sociales dont nous ne pouvons nous départir. Ainsi il nous faut créer des espaces d'échanges et d'analyse des pratiques pour proposer des actions de sensibilisation auprès de l'ensemble des professionnels.

Pour être efficaces, ces actions doivent s'appuyer sur le processus d'amélioration de la qualité, sur la formation mais aussi sur la mise en œuvre de conventions inter-établissements, de réseaux gérontologistes ou autres formes de coopérations.

3.2 Gérer les ressources « internes/externes » : engager une démarche de professionnalisation des acteurs et de travail en réseau.

Gérer les ressources humaines implique une réflexion qui doit se centrer prioritairement sur l'évolution qualitative des postes de travail. Il s'agit d'évaluer les compétences qui se révéleront indispensables pour répondre aux exigences et assurer nos missions compte-tenu des évolutions du secteur médico-social. Cela suppose d'avoir une connaissance concrète des activités qui se déroulent au sein de l'établissement. Il me paraît donc important que la réflexion soit menée avec la participation des personnels dont les postes constituent l'objet même de la démarche.

3.2.1 Connaître et évaluer les ressources humaines.

La recherche constante de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées m'incite à considérer qu'une meilleure performance organisationnelle doit résulter de l'identification des domaines de compétences de chacun des acteurs de l'institution.

La formalisation des fiches de postes est un outil de clarification qui décrit les éléments fondamentaux d'une situation professionnelle, leurs contenus doivent croiser les objectifs du projet institutionnel.

Actuellement, seuls les cadres, les agents administratifs ont une fiche de poste, celles de l'ensemble des postes de l'équipe de soin (infirmières, AS, AMP, ASH) sont à réaliser.

La participation des personnels à ce travail sera de nature à favoriser leur mobilisation autour du projet de reconnaissance et d'optimisation de leur fonction.

L'équipe de direction a construit une fiche métier générique qui servira de base à l'ensemble des professionnels pour élaborer les fiches de postes.

Les professionnels agiront par groupe de cinq personnes et par service, puisque tout l'intérêt de la démarche réside dans le fait que ce sont les acteurs eux-mêmes qui établiront les fiches, en fonction de leur connaissance du terrain et des spécificités de leur métier. Les résultats seront repris en réunion de direction hebdomadaire afin d'évaluer si la description du poste est réaliste, si elle présente une photographie actuelle du poste et non pas une situation idéale ou souhaitée.

La mise en place des fiches de postes servira de repère pour toute personne évoluant ou souhaitant évoluer au sein de l'établissement. Elle constituera un outil de base à l'entretien annuel d'évaluation et permettra de se rendre compte des besoins de formation nécessaires à toute évolution. Ces fiches seront finalisées en juin 2007 pour l'ensemble du personnel.

L'entretien annuel d'évaluation est un outil incontournable. Afin de s'approprier la procédure de l'entretien annuel d'évaluation, l'ensemble des cadres de l'union d'association a bénéficié d'une formation de deux jours concernant cet outil de management. Il sera mis en place à partir d'octobre 2007 pour l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Le directeur a besoin de connaître les attentes des salariés et de pouvoir transmettre les orientations relatives à la stratégie de l'établissement, notamment celles concernant l'amélioration de la qualité, le projet de soins....Je considère l'entretien individuel d'évaluation comme un outil de management des ressources humaines pour examiner les améliorations qui peuvent être apportées au bénéfice du salarié, de l'établissement et des personnes accueillies.

L'entretien repose sur un principe d'autoévaluation, il n'est pas une démarche de contrôle, de sanction imposée. Il repose sur des éléments objectifs, connus de chacun et s'interdit tout jugement de valeur, Il s'inscrit dans une perspective de management participatif.

Pour l'évaluateur comme pour l'évalué, l'entretien est l'occasion de s'exprimer le plus librement possible, de faire le bilan d'une année de travail et permet de définir d'un commun accord les points forts et ceux à améliorer, la définition d'objectifs, les moyens pour les atteindre, les souhaits et les besoins de formation. L'entretien fait l'objet d'un compte rendu synthétique confidentiel qui sera remis au professionnel.

3.2.2 La formation : un outil de promotion de l'accompagnement.

Les professionnels qui agissent au quotidien dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, constituent la première richesse de l'organisation d'un établissement. Il appartient au directeur et aux salariés eux-mêmes la responsabilité de faire reconnaître, d'entretenir cette richesse, car elle peut constituer parfois une faiblesse et engendrer de l'inertie.

La formation est un moyen stratégique de gestion des ressources humaines et participe au management de l'institution. Ses orientations sont à mettre en adéquation entre les projets de l'établissement et les besoins des salariés. C'est dans cette articulation collective, individuelle, que doit se traduire une dynamique de formation au service des projets et par conséquent au service de la personne.

La formation est un outil de management et un moyen de répondre à l'évolution d'une culture professionnelle et institutionnelle toujours en adéquation avec les avancées des politiques sociales.

C'est dans ces articulations que j'envisage la mise en place d'un plan de formation à court et moyen terme à partir de trois axes de compétences :

- développer et disposer d'un savoir formalisé, fait de connaissances fondées sur des formations qualifiantes ;

- développer les « savoirs agir », les savoirs faire en termes d'aptitudes techniques et organisationnelles ;
- développer le « savoir être », c'est-à-dire des aptitudes relationnelles et comportementales qui sont toujours fortement sollicitées dans l'accompagnement des personnes âgées.

Jusqu'à présent le plan de formation était axé sur les demandes individuelles, mis à part les formations concernant la sécurité et l'hygiène (formation incendie) qui sont mises en place deux fois par an pour l'ensemble des structures.

En septembre 2007, sur la base des grands axes évoqués ci-dessus, je communiquerai aux représentants du personnel le sens que je souhaite donner à une nouvelle politique de formation soutenant l'évolution de la professionnalisation mettant en œuvre les formations suivantes :

➤ La validation des acquis d'expérience

J'appuierai le processus de la validation des acquis d'expérience (VAE) dans l'établissement afin d'anticiper les besoins de professionnels qualifiés. En effet, dans le contexte actuel d'évolution de la professionnalisation, d'augmentation des qualifications pour répondre aux exigences de la démarche qualité, mais aussi face à la pénurie de personnes diplômées (aides soignants), la VAE peut être une possibilité supplémentaire de répondre à nos besoins, tant qualitative que quantitative. De plus, dans le cadre d'une journée d'information sur le DIF organisée par le comité d'entreprise et animée par UNIFAF, trois personnes ont évoqué la VAE et seraient prêtes à s'engager dans ce processus de certification. Toutefois, certaines réticences sont émises : une dévalorisation intellectuelle qui freine l'engagement, « les difficultés de l'écrit, de l'oral face à un jury » et la complexité de la démarche.

Afin de soutenir le personnel dans le processus de la VAE, un travail de sensibilisation, d'information et d'accompagnement des candidats potentiels est à développer au sein même de l'institution. Ce soutien me semble essentiel et pourra être d'ordre « logistique », c'est-à-dire qu'il s'agira de pouvoir offrir des possibilités de développer des compétences complémentaires, de proposer des formations additionnelles, du tutorat, de la polyvalence. Ce soutien sera également d'ordre « psychologique », il s'agira d'informer, d'encourager, d'aider à élaborer, formaliser ses compétences, de conseiller. Je pense que la VAE doit être validée, appréciée et reconnue par le directeur et l'ensemble de l'équipe de travail ; elle ne peut être exclusivement construite par celui qui la réalise. Cette démarche organisationnelle peut participer à une nouvelle motivation au travail, l'institution doit développer un rôle social, formateur et qualifiant. Dans son rapport sur la formation professionnelle, M. VIRVILLE inscrit l'entreprise comme élément essentiel de

promotion de la formation : « L'entreprise formatrice est celle qui saura développer une organisation du travail qualifiante, c'est aussi celle qui est capable de promouvoir un management basé sur le développement des compétences et de susciter en son sein une fonction tutorale adaptée ». ²⁷

La VAE peut être un réel enjeu pour les professionnels pour qui, la qualification est souvent synonyme d'échec dans leur parcours antérieur. La responsabilité du directeur est de mobiliser et d'accompagner ces personnes, c'est certainement une des conditions du développement de la démarche de la VAE.

Le médecin coordonnateur ainsi que l'infirmière coordinatrice participeront à la mise en œuvre de cette politique de formation. Nous devons être à même de repérer à la fois les capacités et les potentialités de certains professionnels, mais aussi de déterminer le cadre et les limites logistiques et financières de ce processus de validation des acquis d'expérience.

➤ La formation continue

La VAE n'est pas la seule voie de qualification, la formation continue reste un atout important pour les personnes désirant évoluer dans l'emploi. La politique de formation doit tenir compte des nouveaux métiers du secteur médico-social, tels que les AMP ou les auxiliaires de vie sociale qui sont encore minoritaires au sein des EHPAD.

La fonction d'AMP est récente dans le secteur des personnes âgées et permet une complémentarité par l'apport de nouvelles pratiques, d'une nouvelle culture dans une équipe où la fonction médicale est largement représentée. Le rôle du directeur est de réaliser au sein de l'établissement cette complémentarité de savoirs et de savoirs faire, source d'une plus value pour l'établissement. Communiquer au personnel la volonté de la direction de faire évoluer la complémentarité professionnelle au sein de l'établissement peut être source de projet individuel de formation. Veiller à ce que le personnel puisse accéder à la formation continue et le soutenir financièrement relève bien du dispositif de la gestion des compétences et de la responsabilité du directeur. Par ailleurs des opportunités existent : en 2006 et 2007, la CNSA a proposé la prise en charge financière complète de formations d'AS et d'AMP, le plan solidarité grand âge ²⁸ prévoit, avec l'augmentation des ratios d'encadrement dans les EHPAD, la mise en œuvre d'un plan de formation des métiers du grand âge.

²⁷ VIRVILLE M *donner un nouvel élan à la formation professionnelle* Rapport au Ministre du travail et des affaires sociales – La documentation française – Bilans et rapports 1996 p 31

²⁸ Plan Solidarité Grand Age, du 27 juin 2006, présenté par M. Philippe Bas ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

➤ La formation en intra

Développer la formation en « intra » pour soutenir le projet de soins dans sa dimension humaine est essentiel. Pour cela, il faut développer une culture commune du prendre soin autour d'un « objet » fédérateur accordant une place importante à la dimension relationnelle dans l'accompagnement des personnes.

J'ai fait le choix d'inscrire l'ensemble du personnel soignant de la maison de retraite et du foyer d'accueil médicalisé à une conférence de sensibilisation à la « philosophie de l'humanité » selon la méthode de soins Gineste-Marescotti, conférence suivie d'une présentation de la formation avant un engagement plus formalisé.

La méthodologie de l'humanité plébiscitée au Québec est en perpétuelle évolution et est reconnue en France par de nombreux professionnels du secteur médico-social et sanitaire.

La méthode réapprend des gestes de base, qui ne sont pas toujours maîtrisés :

- manutention relationnelle, technique de mobilisation adaptée aux situations individuelles ;
- communication verbale et non verbale, le « toucher » comme outil de communication
- le nursing : quelle toilette pour quel résident ? les toilettes séquentielles, les nouvelles méthodes de soins en accord avec les besoins du résident.

Traiter la personne dans ses caractéristiques humaines sont autant de choses simples que cette approche enseigne. Le principe est le suivant : quitter le domaine de la prise en charge pour faire toute sa place au prendre soin. Il ne s'agit donc plus de s'en tenir aux seules prises en charge médicales, mais de s'intéresser à la personne dans sa globalité.

La philosophie de « l'humanité » repose des questions essentielles : Qu'est-ce qu'être soignant ? Comment communiquer ? Dans quel but ?

Les objectifs de cette formation sont d'aider l'établissement à mettre en place une culture basée sur une philosophie du soin en accord avec les désirs des résidents, les évolutions des rôles des soignants, les attentes de la société.

Par ailleurs, la méthodologie de « l'humanité » peut conduire à la formation de référents internes à l'établissement qui pourront maintenir les acquis de la démarche au sein de l'équipe et former les nouveaux professionnels.

Cette démarche de formation s'organisera sur trois ans, soit un module de quatre jours en 2008, deux en 2009 et un module en 2010, ceci afin d'optimiser l'organisation interne : le remplacement de certains participants, et aussi l'étalement du financement compris entre 6000 et 7000 euros par module de formation pris sur le PAUF.

La mise en place d'un plan pluriannuel de formation n'est pas figé, il reste évolutif voire même aléatoire. En effet, la politique promotionnelle prendra toute sa signification que si le renouvellement de la convention tripartite nous apporte les postes correspondant aux formations qualifiantes qui vont s'engager.

Malgré tout, une politique de formation doit être dynamique et évolutive, car elle est aussi une réponse aux demandes et aux besoins des personnes âgées par la professionnalisation des acteurs. Elle doit être source de communication, car elle implique l'adhésion des professionnels pour se développer, chacun pouvant y trouver un intérêt, une place. SAINSAULIEU avait écrit concernant la formation professionnelle : « les politiques de formation peuvent être conçues comme de véritables supports au développement de valeurs de projets et d'acteurs. Les actions de formation continue sont porteuses de processus transformateurs et de changements organisationnels suffisants pour qu'on puisse les ranger au nombre des voies privilégiées du développement social des entreprises contemporaines »²⁹.

Le plan de formation doit aussi laisser une possibilité aux demandes individuelles qui sont nombreuses chaque année. Toutefois elles ne pourront être admises que si elles entrent dans les trois catégories définies par l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) :

- les actions d'adaptation au poste de travail ;
- les actions liées à l'évolution des emplois ou qui participent au maintien dans l'emploi ;
- les actions de développement des compétences .

Il faut noter que la loi ne donne aucune définition juridique de ces différentes catégories d'action. Chaque établissement doit établir ses propres règles de classement en fonction notamment de deux critères :

- la situation du salarié face aux exigences de son poste et de son emploi au moment où la formation est envisagée.
- L'objectif visé par la formation.

Le plus souvent, les demandes individuelles dans leur majorité rejoignent une logique de projet professionnel ou personnel et de progression liée à la trajectoire socio-culturelle de la personne. On remarque souvent que les demandes singulières sont le fait des personnels qualifiés et les plus formés. Une étude réalisée par FONT-HARMANT LAURENCE³⁰, sur la formation professionnelle continue précise que les projets singuliers peuvent être répartis en deux grandes catégories :

- La logique de légitimation professionnelle qui répond à des objectifs d'ordre professionnel :
 - s'affirmer dans une fonction, y être reconnu, mieux apprécier sa « valeur », rechercher un positionnement qui rassure sur son professionnalisme
 - faire face aux évolutions du métier, aux nouvelles technologies

²⁹ SAINSAULIEU RENAUD. *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise* Paris - Presses de la fondation nationale des sciences politiques/Daloz, 1988 p 304 – 306.

³⁰ FONT HARMANT LAURENCE *Des adultes à l'Université, cadre institutionnel et dimensions biographique* Edition L'Harmatant 1996 p 264 – 269.

- se perfectionner, obtenir un niveau supérieur
 - La logique de régulation biographique qui répond à des objectifs plus personnels :
- réorienter sa vie ou sa carrière
- « effacer » un échec scolaire

Ces deux grandes catégories d'objectifs se retrouvent également dans la politique de formation que je souhaite impulser au sein de l'établissement. Le sens que le directeur souhaite donner à la formation est essentiel, il s'élabore dans un rapport de réciprocité avec le personnel pour s'inscrire dans une perspective de changement. Pour DOMINIQUE LHUILIER le sens se co-construit : « Le sens ne se prescrit pas, il ne se décrète pas. Il est toujours co-construit dans un double mouvement d'investissement de désirs inconscients et de validations sociales »³¹. La capacité pour le professionnel à se mobiliser dépend donc largement de l'enjeu de la valeur ajoutée, du sens que représente la formation pour lui et pour l'établissement.

Mettre en œuvre une politique de formation, accorder une priorité à l'évolution des compétences sont des actions soumises à des contraintes que le directeur devra prendre en compte, car elles limitent les marges de manœuvre, par exemple : la pénurie de personnel et ses conséquences sur les difficultés de recrutement ; la « liberté » du directeur dans la dépense de son plan et la difficulté de l'organisme collecteur à prendre en charge certaines démarches de formation pour inadaptation aux textes légaux....

Malgré tout, si manager c'est «conduire », s'engager à vouloir conduire l'ensemble des acteurs de l'établissement vers de meilleures compétences, connaissances, apprentissage, (savoir être et savoir faire), alors, manager pour le directeur que je suis, c'est m'engager à faire progresser les professionnels et les pratiques, afin de répondre le plus justement possible à l'évolution des besoins des personnes âgées que nous accueillons. Toutefois, la formation ne peut être le seul élément de réponse pour optimiser les ressources dont on dispose. Les processus d'apprentissages, l'acquisition de nouveaux savoirs, la diversification de nos pratiques peuvent se réaliser dans les complémentarités avec d'autres acteurs. Il faut, par conséquent, rechercher les coopérations externes qui nous permettront de mieux répondre aux besoins des usagers. Cela implique d'aller plus loin, de prendre le risque de s'ouvrir à des coopérations nouvelles et d'accepter d'harmoniser nos pratiques au regard des apports venant d'acteurs externes.

³¹ LHUILIER DOMINIQUE Penser Public Réunion débats du 21 novembre 2002 source Internet

3.2.3 Développer les partenariats et les réseaux pour favoriser l'accompagnement global des personnes âgées.

Partenariat, réseau, travail en réseau sont des termes génériques qui englobent de nombreuses formes et modalités. Rares sont les professionnels qui ne sont pas amenés à travailler en partenariat, ou plutôt à avoir des interlocuteurs avec lesquels ils développent des liens plus ou moins formels qui s'organisent autour d'objectifs partagés et d'intérêts face à une problématique commune.

Notre projet d'établissement, ne se limite pas à l'enceinte de l'institution, il indique clairement son ambition : « Travailler en réseau et en partenariat avec les collectivités locales et le service public, en s'insérant dans des réseaux publics et privés afin de favoriser le partage et la mutualisation d'expériences et de moyens, et être acteurs d'une réponse globale aux besoins exprimés ou sous-jacents ». Je l'ai évoqué dans la première partie de ce document, nous sommes inscrits dans l'environnement social local, par de nombreux échanges et partenariats informels. On peut considérer que cette forme de liens sociaux fait partie d'un réseau primaire qui inclut les relations familiales, amicales et de voisinage. Il répond à une volonté de maintenir les personnes âgées dans le tissu social par un processus de mise en place d'échanges multiformes qui vont au-delà de la simple rencontre.

Actuellement, l'établissement n'a formalisé aucun partenariat, toutefois certaines pratiques sont mises en place afin de mieux prendre en charge les pathologies psychiatriques. Le centre psychothérapique de l'AIN (CPA), nous assure les compétences d'un médecin psychiatre trois journées par mois pour l'ensemble des structures. Celui-ci assure un suivi non négligeable auprès des personnes handicapées psychiques et des personnes âgées démentes qu'il reçoit en entretien. Il participe aux synthèses et aux réunions de l'équipe de soin sur chaque service.

Pour l'établissement, les interactions de proximité au niveau local, l'ajout de compétence psychiatrique, sont autant de bénéfices qui favorisent un meilleur accompagnement des personnes accueillies. A ce titre, développer un travail en réseau et formaliser cette démarche représentent pour l'établissement une réelle opportunité qui favoriserait les coopérations, la coordination, la recherche de solutions et de leurs mises en œuvre sur le terrain.

Les objectifs d'un travail en réseau émergent naturellement du terrain et des problématiques identifiées de l'accompagnement des personnes. Ainsi, je distinguerai trois objectifs du travail en réseau envisagés sous l'angle de déficits centrés autour de l'usager :

- 1) l'intervention en réseau centrée sur les difficultés d'un usager pour répondre à une problématique particulière. Le cas d'une dégradation brutale de l'état de santé d'une personne va mobiliser l'intervention de la famille, de spécialistes, de

professionnels différents. Ainsi, de la coordination, de la réunion de ces intervenants va dépendre la rapidité de l'aide, de la pertinence de l'accompagnement face à une situation particulière.

- 2) L'intervention centrée sur une problématique identifiée comme partagée, commune à un ensemble d'usagers de l'établissement et repérée dans d'autres institutions. La constitution d'un réseau permettra alors de rassembler et mobiliser différents acteurs et institutions pour rechercher une réponse collective adaptée au problème rencontré.
- 3) Le réseau comme support d'échanges égalitaires entre professionnels qui peuvent permettre de nouvelles synergies entre acteurs pour développer des compétences, échanger des savoirs, des savoirs faire. l'un des principes est que tout demandeur peut être l'offreur et réciproquement. Ce réseau va favoriser des complémentarités, des convergences qui permettront de s'engager dans des actions ou des projets aux bénéfices des personnes accueillies.

Une action organisée en réseau est susceptible de créer, au sein même de notre établissement, une dynamique favorable aux coopérations internes entre fonctions médicale, soignante, sociale, dynamique pouvant s'inscrire dans une continuité d'accompagnement avec les partenaires externes. Le rôle du médecin coordonnateur, sa collaboration auront une incidence majeure dans la mise en œuvre d'une convention avec le secteur sanitaire et plus précisément avec le centre hospitalier le plus proche et son service de gériatrie. Cette coordination renforcera le projet de soins par la continuité de soins adaptés et pourra permettre d'éviter l'orientation systématique des personnes âgées vers les services d'accueil d'urgence grâce à des informations suivies et coordonnées.

Le réseau en devenir peut nous apporter de nombreux avantages touchant plusieurs champs de l'accompagnement, l'ambition étant d'améliorer les pratiques avec et pour les personnes que nous accueillons. Ainsi, il permettra la valorisation des diversités et des pratiques professionnelles en optimisant les qualités et les aptitudes des acteurs. En effet, le réseau tend à la professionnalisation plutôt qu'à l'uniformisation, puisqu'il fonde son organisation sur l'hétérogénéité des professions et la diversité des cultures.

3.2 Le renouvellement de la convention tripartite

3.2.1 Les principes et les objectifs du conventionnement

La convention tripartite s'inscrit dans un contexte légal où s'exprime la volonté des législateurs de voir les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes repenser les prestations qu'ils offrent dans le souci de garantir les meilleures conditions d'accueil, de vie, d'accompagnement et de soins. Elle est un passage obligé pour les

établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Le directeur va engager l'institution sur une période de cinq ans dans un processus qui vise à atteindre des objectifs liés à la satisfaction des attentes et des besoins des personnes accueillies.

Les objectifs d'évolution sont déterminés par l'établissement en accord avec les représentants des services de l'Etat et du Conseil général, sur la base de l'autoévaluation réalisée par l'établissement, en référence au guide d'autoévaluation ANGELIQUE qui intègre les recommandations du cahier des charges pour la signature des conventions tripartites.

L'autoévaluation doit s'effectuer en interne avec une large participation des personnels, cette démarche n'a de sens que si la compréhension des résultats obtenus initie ensuite des ajustements à travers une conduite de changements nécessités par les écarts éventuels. Elle implique donc, que le directeur et l'ensemble des acteurs évoluent dans leur positionnement, puissent anticiper pour ouvrir sur des possibles futurs au regard de ce qui n'est pas fait dans l'immédiat.

Il ne s'agit pas de plaquer une méthodologie pour répondre à des exigences réglementaires, le sens de la démarche d'autoévaluation doit comporter une dimension éthique, théorique, évidemment politique et méthodologique. Elle contribue à inscrire les acteurs dans l'évolution possible des pratiques institutionnelles en plaçant l'utilisateur au centre du dispositif pour lui garantir un accompagnement global de qualité.

La démarche d'autoévaluation se fera pendant l'année 2008, l'ensemble du personnel est sensibilisé au principe de l'évaluation par sa participation à la démarche qualité et connaît les objectifs et les enjeux du renouvellement de la convention tripartite. Les représentants du personnel ont évoqué, lors de réunions, le souhait d'une participation active à la démarche de conventionnement, affirmant ainsi que ce processus est un temps fort pour l'institution.

La démarche d'autoévaluation déterminera nos objectifs d'évolution à partir des écarts révélés entre nos réalités, nos points forts et nos points faibles, et les buts que l'on souhaite atteindre dans les cinq années à venir. Nous nous appuyons sur le guide que nous utilisons déjà et qui décline, dans sa partie deux, les grands thèmes suivants :

- les attentes et les satisfactions des usagers et des familles (protocole d'accueil, référent résident parmi le personnel et la famille, projet de vie....)
- les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins (accessibilité et confort des locaux, projet de soins, protocoles de lutte contre la douleur....)
- L'établissement et son environnement (coordination, réseau, sécurité incendie....)
- Démarche qualité (démarche qualité mise en œuvre, enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles....)

La convention tripartite initiale avait défini des objectifs qui ont été partiellement atteints. Malgré tout, les avancées sont perceptibles et ont modifié le regard des professionnels sur les personnes âgées, contribuant à restaurer le statut et la place de ces personnes.

La démarche qualité et de projet constituent un levier puissant pour initier de nouvelles réflexions sur l'accompagnement et impulser une dynamique institutionnelle. Or, il faut que nos points faibles, les problématiques rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées soient pris en compte et que les objectifs que nous déterminons soient suivis d'effets.

Le renouvellement de la convention tripartite permettra de définir les objectifs, les projets que l'institution a besoin de mettre en œuvre pour promouvoir l'accompagnement des personnes âgées conformément aux critères et aux normes réglementaires exigées.

Deux objectifs essentiels seront incontournables : d'une part, l'augmentation des moyens en personnel qualifié, afin d'assurer aux personnes accueillies un accompagnement à la hauteur des valeurs que nous défendons et des obligations légales, d'autre part, le projet d'aménagement des locaux, afin d'accueillir les personnes âgées dans des conditions de confort, de bien être et d'intimité.

3.2.2 Optimiser les moyens, l'organisation du travail et l'accompagnement

La mise en œuvre d'un accompagnement individualisé nécessite des compétences et de la disponibilité de la part du personnel. Une analyse fine de l'organisation du travail et celle des services pourrait apporter des éléments qui permettraient certainement d'optimiser l'activité. En effet, on repère facilement les pertes de temps dues aux incohérences dans la manière dont le personnel effectue la prise en charge. Celles-ci sont dues à l'organisation institutionnelle ou individuelle et sont des éléments qui parasitent l'organisation du temps de travail et les conditions de travail.

Le renouvellement de la convention tripartite devrait nous apporter de nouveaux moyens en effectif global. La création de ces emplois va générer une réorganisation du temps et de l'activité. Cette nouvelle organisation sera mise en œuvre avec l'appui d'un intervenant spécialisé afin de construire des bases solides et claires pour tous qui permettront une efficacité dans la prise en charge et de meilleures conditions de travail. Je tiens à ce que l'organisation puisse être adaptée à un accompagnement de qualité pour les personnes âgées et à des situations de travail favorables pour les professionnels.

La question des moyens est incontournable. Le conventionnement en 2003 avait permis l'augmentation de l'effectif de la maison de retraite de 6.97 ETP qui ont été pourvus entre 2003 et 2005. Aujourd'hui pour 85 résidents, l'établissement est doté de 40.35 ETP tous grades confondus, soit un ratio global de 0,47 inférieur à la moyenne départementale qui

est de 0,52 et nettement inférieur au ratio national retenu par le plan solidarité grand âge qui est de 0,57.

Actuellement, un pôle de quatre infirmières, deux à temps plein et deux à mi-temps permet une présence quotidienne de deux, qui, à partir d'horaires décalés, assurent les soins infirmiers sur la journée (de 7h00 à 18h30). Les AS et AMP au nombre de 11 ETP et les ASH au nombre de 5 ETP (soit un effectif total de 16 ETP), prennent en charge les soins de nursing et l'accompagnement des résidents, selon une organisation de deux équipes de 4 personnes par service le matin et le soir, ce qui correspond à un agent pour environ 11 résidents.

Dans ces conditions, le rythme de travail est soutenu et les salariés concernés font part de l'insuffisance de temps pour remplir leurs missions et effectuer leurs tâches. En effet, l'aide au lever, à la toilette, à l'habillage, au petit déjeuner occupe le personnel du matin de 6h30 à 11h30. Chaque salarié ne peut alors consacrer, en moyenne, que 15 minutes par résident. Ce temps est prioritairement réservé aux tâches matérielles, au détriment d'une prise en charge relationnelle satisfaisante. Ainsi, le constat que je suis amené à faire, est, qu'actuellement, l'organisation du travail n'est pas faite autour de la vie des personnes âgées mais que la journée organise la vie de la personne.

Dans le cadre du renouvellement de la convention et en appliquant la base du ratio national, nous pourrions éventuellement obtenir 8 ETP supplémentaires. Ainsi, nous pourrions prévoir trois personnes en plus par service, le choix de deux postes d'AS et quatre d'AMP me paraît intéressant ; ce sont ces métiers qui assurent la permanence de l'accompagnement de proximité et qui présentent actuellement le niveau de formation le plus adapté aux soins de nursing et d'accompagnement global. La création d'un poste et demi d'infirmière permettrait d'organiser par roulement la permanence des soins obligatoires la nuit dans les EHPAD, un quart temps de psychologue compléterait celui existant et améliorerait les temps de rencontres avec les résidents et leur famille.

La question des ratios en EHPAD n'a jamais, à ce jour, fait l'objet de normes de références validées. La réforme tarifaire a eu pour objectif une convergence de moyens, afin de gommer les trop grandes disparités entre établissements. Le plan solidarité grand âge envisage des améliorations de l'accompagnement des personnes âgées en faisant référence à un ratio, tous personnels confondus, qui passerait du ratio moyen actuel de 0,57 à 0,65, allant jusqu'à 1 pour 1 pour les établissements ayant un GMP supérieur à 800, ce qui est loin d'être notre cas puisque notre GMP est de 580. L'application du ratio souhaité pour l'établissement conduirait donc à l'attribution de 8 postes supplémentaires correspondant aux moyens dont l'établissement a besoin aujourd'hui pour organiser et promouvoir un accompagnement individualisé de qualité. Ces postes représenteront un surcoût de 275 000 euros dont 234 000 financés par l'Etat (DDASS) pour la partie soin et

41 000 euros financés par le Conseil général (DIPASS) pour la dépendance soit une augmentation du prix journalier de 13,23.

Une telle augmentation pourra-t-elle être envisageable ? Le plan solidarité grand âge nécessite des éclaircissements quant à l'impact sur la tarification ternaire et sur l'intervention des différents financeurs. La complexité du montage financier entre Etat et Conseils généraux entrave les marges de manœuvre en alourdissant les procédures budgétaires.

L'approche prévisionnelle des besoins en ressources humaines aura un impact sur l'organisation de l'institution en terme quantitatif par une augmentation d'effectifs mais aussi en terme qualitatif par une pluridisciplinarité des compétences.

3.2.3 Anticiper la restructuration des espaces privés et collectifs

Le cahier des charges de la convention pluriannuelle décline les obligations des établissements concernant les espaces privés et collectifs d'accueil des personnes âgées, ces obligations devant respecter des normes de sécurité, d'hygiène, d'accessibilité, mais aussi l'intimité des personnes, leur dignité dans un cadre de vie privée et collectif qui se rapproche de celui du domicile.

Le diagnostic que nous pouvons faire aujourd'hui au niveau de la qualité des locaux de l'établissement n'est pas positif. En effet, les objectifs visés dans la convention de 2003, en terme de rénovation des locaux, n'ont pas été atteints puisque à ce jour les chambres à trois et deux lits existent toujours. Seules, quatre salles de bains sont adaptées aux personnes à mobilité réduite, les chambres individuelles ne sont pas équipées de douches ; en fait, l'ensemble des espaces privés ne respecte pas les exigences réglementaires mais, surtout, le respect de l'intimité des personnes âgées est insatisfaisant.

Le projet associatif prévoit et a commencé la rénovation voire la reconstruction de plusieurs établissements. J'envisage, dans ce contexte, de présenter un projet de rénovation de la maison de retraite fin 2008, afin d'améliorer la qualité des espaces privés et, allant plus loin dans la démarche, de proposer la création d'unités de vie de vingt à vingt cinq personnes. Cet objectif fera l'objet d'un projet pour prendre en compte la spécificité des personnes handicapées à l'âge de 60 ans qui, pour certaines, demandent un accompagnement adapté à leur âge et à leur autonomie.

Sans être architecte, je pense que la configuration du bâtiment actuel peut se prêter à un projet de ce type, toutefois, je suis conscient que les données techniques, financières et administratives seront des étapes importantes à franchir. Malgré tout, la restructuration des locaux fera l'objet d'un projet qui permettra aussi de réinterroger le projet d'établissement. Cela sous-entend d'intégrer pleinement la question de l'architecture à la question de l'accompagnement des personnes âgées dans toutes ses dimensions. Il est

donc important d'étudier le projet dans ses implications, tant pratiques, culturelles que sociales. L'organisation des lieux détermine les déplacements, les rencontres, encourage ou décourage la communication, nous le voyons tous les jours dans l'établissement.

Penser l'espace avec le personnel sera une de mes démarches dans le projet, car réfléchir avec les personnes qui utilisent les locaux qu'ils soient collectifs ou individuels, c'est certainement éviter des erreurs conceptuelles importantes. Un cahier des charges sera ainsi élaboré permettant une discussion avec le conseil d'administration et l'architecte.

Ainsi, nous pourrions peut être éviter certaines contingences qui se présentent souvent incontournables pour mettre en avant l'intentionnalité d'une vision qui émane de la réalité d'un accompagnement des personnes âgées dans ses dimensions sociales et culturelles. Avant la réalisation de ce vaste projet, il m'appartient de rénover les équipements et d'avoir un regard critique sur le vieillissement des locaux qui ont plus de vingt cinq ans. Je suis à l'écoute à la fois des personnes âgées et du personnel pour faire des priorités afin de maintenir et d'améliorer une qualité des espaces de vie. L'image d'un établissement passe aussi par la valeur que l'on accorde à ces équipements. Les locaux dans lesquels nous accueillons les personnes âgées sont révélateurs d'une ambiance, d'une histoire, de projets. On les rénove, on les bâtit parce qu'on a une certaine vision des personnes qui y vivent et le souhait de leur apporter un confort, une qualité qui répondent le plus justement possible à leurs attentes.

Conclusion

L'accompagnement des personnes âgées en institution est une notion complexe qui implique la responsabilité et l'éthique de tous les acteurs professionnels. Nos responsabilités de directeurs d'établissements se conjuguent pour veiller et être garants du respect et des droits des personnes accueillies dans nos institutions.

Il nous revient de créer, tant au plan de la culture professionnelle qu'à celui de la mobilisation des moyens, les conditions nécessaires à un accompagnement de qualité.

Un accompagnement réussi implique de s'intéresser à la singularité de la personne, ce qui conduit à une approche individualisée qui intègre la concertation et la participation de l'ensemble des acteurs concernés.

Nous devons ainsi faire évoluer la culture professionnelle, notamment par la formation et la communication des personnels pour qu'ils adoptent des attitudes adaptées dans une approche relationnelle reconnaissant l'identité du sujet âgé.

Cette démarche suppose une disponibilité accrue du personnel auprès des personnes accueillies, ceci se traduisant par un besoin d'emplois complémentaires. Ainsi, à la gestion qualitative des ressources humaines, s'ajoute la gestion quantitative des emplois. Si notre responsabilité directe s'engage dans l'organisation et l'optimisation des moyens existants, nous devons convaincre les différents financeurs de nous attribuer des postes supplémentaires.

Nous devons faire connaître nos objectifs et nos projets, la dynamique du processus de la démarche qualité permettra cette reconnaissance. L'évaluation de nos pratiques et la volonté d'une constante amélioration contribueront à l'identification de nos besoins et soutiendront nos forces de négociations.

Nos réalités actuelles doivent étayer nos enjeux de demain, ainsi nous pourrions anticiper les nouveaux besoins, élaborer des projets afin d'adapter l'offre d'hébergement aux attentes et aux spécificités des personnes que nous accueillons.

Adapter la structure, c'est permettre son ouverture à d'autres formes d'accompagnement, c'est prendre en compte le développement du travail en réseau, celui-ci nécessitant la coordination des acteurs de la gérontologie afin de partager nos expériences, mais aussi maîtriser les dépenses par la mutualisation des moyens ainsi que le partage des compétences.

Ainsi, nous pourrions travailler ensemble au développement de l'accompagnement des personnes âgées, enjeu fondamental pour notre société dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

ROCHE BRUNO. MARFOGLIA FRANCIS, *L'art de manager* Edition : Ellipses p 38

VERCAUTEREN RICHARD, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées*, édition érès, p 103

DECHAUX JEAN HUGHES, *Le souvenir des morts*. PUF, Le Lien Social, 1997

SIMONE DE BEAUVOIR, « *La vieillesse* », Tome 2 p.132 Gallimard, Paris. 1970

BARREYERE J.Y et BOUQUET B, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* Edition Bayard 2006. p 231.

MIRAMON JEAN MARIE, *Manager le changement dans l'action sociale*. ENSP, 2001 p 216

SAINSEULIEU RENAUD, *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise* Paris - Presses de la fondation nationale des sciences politiques/Daloz, 1988 p 304 – 306

FONT HARMANT LAURENCE, *Des adultes à l'Université, cadre institutionnel et dimensions biographique* Edition L'Harmatant 1996 p 264 – 269.

MIRAMON JEAN MARIE, COUET DENIS, PATURET JEAN-BERNARD, *le métier de directeur techniques et fictions* ENSP 2005, 269 p

HERVY BERNARD, *propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées* Rapport de la mission « vie sociale des personnes âgées Rennes : ENSP 2003, p 159

CONNANGLE SYLVAIN, VERCAUTEREN RICHARD, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées* Ramonville Saint Agne : érès 2004 p144

VILLEZ ALAIN, *Adapter les établissements pour personnes âgées* Paris : Dunod 2005, p 392

ENNUYER BERNARD, *les CLIC : un nouvel enfermement des personnes vieillissantes ?* Gérontologie et société 2002 n° 100 pp. 83-94.

RAPPORTS ET TEXTES DE LOI :

LAROQUE, *Politique de la vieillesse* rapport de la commission Laroque, 1962

BLANC PAUL, sénateur, Rapport du 11/07/06 sur *la prise en charge du vieillissement des personnes handicapées*.

COLVEZ ALAIN, *Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie*. Cité par Bernard Ennuyer Docteur en sociologie, conférence CREAL novembre 2004.

Cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi 75-535 modifiée du 30 juin 1975. Annexe I

VIRVILLE M, *donner un nouvel élan à la formation professionnelle* Rapport au Ministre du travail et des affaires sociales, La documentation française Bilans et rapports 1996 p 31

ARTICLES :

MIRAMON JEAN MARIE, *Promouvoir le changement*. Les cahiers de l'actif, juillet – octobre 2002 p 213.

PERUCHON MARC, *valeur fonctionnelle des images parentales dans le vieillissement normal et pathologique* extrait du colloque international de psycho-Gériatrie de Limoges en 1986

VILLEZ ALAIN, *Ethique, droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD*, les cahiers de l'Actif n° 318/319 pp 149-165

DOCUMENTS ELECTRONIQUES :

DESCOMBES VINCENT, *Le pouvoir d'être soi*. **RICOEUR PAUL**, *Soi-même comme un autre*, Les classiques des sciences sociales, 1991 p14 disponible sur Internet [http://www.upac.ca/classiques des sciences sociales/](http://www.upac.ca/classiques_des_sciences_sociales/)

CORPUS DE GERIATRIE, *Polypathologie et médicaments, iatropathologie*, Chapitre 11 janvier 2000 disponible Internet accès : société Française de Gériatrie.

DRESS enquête : « Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées » 2003 études et résultats www.securitesociale.fr/communication/rapports/dress.htm

INSEE *projection de population à l'horizon 2050 un vieillissement inéluctable* Septembre 2005

INSEE Première n° 1089 disponible Internet : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb.ip1089.html

Programme national de lutte contre la douleur disponible Internet :
www.santé.gouv.fr/htm/dossier/prog_douleur

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L 116
disponible : www.legifrance.gouv.fr/citoyen/uncode.ow

LHUILIER DOMINIQUE, Penser Public Réunion débats du 21 novembre 2002 disponible :
www.penserpublic.org/réunion/lhuilier.php

LISTE DES ANNEXES

Annexe1 : présentation de la grille AGGIR

Annexe 2 : Grille d'évaluation de la dépendance

Annexe 3 : Extrait du référentiel qualité

Annexe 4 : calendrier de mise en place de la démarche qualité

Annexe 5 : missions et fonctions du médecin coordonnateur

Annexe : 1

PRESENTATION DE LA GRILLE AGGIR

L'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale pour emploi d'une tierce personne est accordée notamment aux personnes titulaires d'un avantage de vieillesse (pension de retraite, minimum vieillesse) ou âgées d'au moins 60 ans et titulaires d'une pension d'invalidité servie par un régime spécial de sécurité sociale ou d'une pension allouée aux militaires invalides dès lors que, pour au moins quatre des 17 variables de la grille AGGIR, la réponse apportée est B ou C.

Exemple : la réponse apportée pour les variables Achats et Suivi du traitement est C et celle donnée pour les variables Habillage et Ménage est B.

REMARQUES À L'ATTENTION DES MÉDECINS CHARGÉS D'ATTESTER QUE LA PERSONNE EST BIEN DANS L'INCAPACITÉ D'ACCOMPLIR LES ACTES ORDINAIRES DE LA VIE :

Pour atteindre les quatre variables cotées "B" ou "C" nécessaires pour bénéficier de l'exonération, il vous suffira dans la plupart des cas d'aller directement aux quatre variables correspondant aux domaines où la personne vous apparaît la plus déficiente.

La mesure d'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale ne nécessite pas le calcul du groupe iso-ressources.

AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES		
<u>COHERENCE</u>	:	
converser et/ou se comporter de façon sensée		
<u>ORIENTATION</u>	:	
se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
<u>TOILETTE</u>	:	
concerne l'hygiène corporelle		
<u>HABILLAGE</u>	:	
s' habiller, se déshabiller, se présenter		
<u>ALIMENTATION</u>	:	
manger les aliments préparés		
<u>ELIMINATION</u>	:	
assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale		
<u>TRANSFERTS</u>	:	
se lever, se coucher, s'asseoir		
<u>DEPLACEMENT</u> A <u>L'INTERIEUR</u>	:	
avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
<u>DEPLACEMENT</u> A <u>L'EXTERIEUR</u>	:	
à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
<u>COMMUNICATION</u> A <u>DISTANCE</u>	:	
utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...		

L'outil AGGIR permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne.

Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie...

La grille AGGIR comporte 10 variables dites *discriminantes*, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et 7 variables dites *illustratives*, se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Chaque variable possède trois modalités :

- **A** : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- **B** : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
- **C** : ne fait pas.

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages.

La notion "seule" correspond à : "fait spontanément seul". Elle suppose qu'il n'est besoin ni d'incitation ni d'une stimulation de la part d'un tiers.

Ces variables permettent une différenciation très nette des individus selon trois modalités : forte perte d'autonomie, perte d'autonomie partielle et pas de perte d'autonomie.

ATTENTION à bien utiliser la modalité B.

La modalité B, en aucun cas, n'est à utiliser lorsque l'évaluateur ne sait pas. Elle correspond à une **définition précise**.

Dans le doute, il convient d'observer à nouveau ce que fait la personne et de se demander si elle peut faire seule, de façon partielle, correcte, habituelle.

Les groupes iso-ressources :

Une classification logique a permis de classer les personnes selon des **profils de perte d'autonomie** significativement proches. En prenant des indicateurs multiples de consommation de ressources, il a été possible de regrouper certains profils. On a alors obtenu 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proche (**groupes iso-ressources** ou GIR) de soins de base et relationnels. **Ces groupes sont obtenus grâce à un logiciel**. Celui-ci donne un groupe en fonction des valeurs A, B ou C données à chacune des variables : **il ne corrige pas des erreurs de codification**.



A - LES VARIABLES DISCRIMINANTES

1 - cohérence

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

PRECISIONS

- logique : de raison, raisonnable,
- sensée : qui a du bon sens, le sens commun,
- correcte : conforme aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales.

OBSERVATION

- Dans le cas où la personne est cohérente et logique mais dans son propre système de pensée, il convient d'évaluer en tenant compte des écarts par rapport à ce qui est considéré comme logique et correct par la société.

EXEMPLES

- **La modalité est C :**
 - si une personne se promène toute nue hors de chez elle,
 - si une personne fait ses besoins dans des réceptacles non prévus à cet effet...
- **La modalité est B :**
 - si une personne a, par moment, une conduite et un raisonnement logiques et, par moment, illogiques.
 - si une personne prétend à tort, de façon répétée, qu'elle a été volée et que, par ailleurs, elle ne pose pas de problème,
 - si elle a des comportements déplacés.

On retrouvera des troubles de la cohérence dans d'autres variables, par exemple "habillage", si la personne met sa chemise par dessus sa veste, ce qui n'est pas correct.

9 – Déplacement Extérieur :

10 – Alerter :

Variables illustratives

1 – Gestion :

2 – Cuisine :

3 – Ménage :

4 – Transport :

5 – Achats :

6 – Suivi du traitement :

7 – Activités temps libre :

Pathologies

**Thésaurus
profils**

code

.....
.....
.....
.....

II - la mise en place de la démarche qualité

Janvier 2003

Mise en œuvre de la démarche qualité au niveau associatif
Information des directeurs d'établissement
Nomination d'un responsable qualité

Juin 2003 à décembre 2003

Création de la cellule qualité avec comme objectif principal
l'élaboration d'un référentiel Santé et Bien Etre commun à tous
les établissements (base d'Angélique)

Janvier 2004 à décembre 2004

Appel à candidature et choix des référents qualité
au sein de tous les établissements

Formation des référents qualité
(appropriation du référentiel)

Au sein de l'EHPAD de Corbonod, constitution d'un comité de pilotage
sur appel de candidature (comité pluridisciplinaire)

Janvier 2005 à décembre 2005

Expérimentation du référentiel dans chaque établissement
Réajustement éventuel du référentiel au niveau de la cellule qualité
Formalisation de la démarche, rédaction d'un guide qualité

Janvier 2006

Etude des chapitres du référentiel

Axe prioritaire de l'EHPAD de Corbonod : Chapitre 6- le projet de vie personnalisé

Annexe : 4

EXTRAIT DU REFERENTIEL QUALITE

CHAPITRE 7– FONCTION SOINS

CRITERES	Description critique des pratiques	Indicateurs	Points forts	Points faibles
Le projet de soins est élaboré : - par le médecin coordonnateur - par l'infirmier coordonnateur - avec l'équipe soignante - avec les intervenants libéraux				
Le projet de soins précise les protocoles de prise en charge des résidents selon leurs grandes spécificités (mobilité, incontinence, états démentiels, diabète, douleur...)				
L'organisation des soins garantie un recours rapide chaque fois que nécessaire aux médecins spécialistes				
Les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect des règles d'hygiène				
La prévention des risques iatrogènes médicamenteuse est prise en compte				
L'organisation et la réalisation des soins respectent le droit à la dignité et à l'intimité				
La qualification du personnel correspond aux actes effectués				
Le fonctionnement de l'équipe de soin (interne et externe) garantie un réajustement rapide et efficace des soins.				
Il existe une procédure d'appel d'urgence des soins médicaux, internes et externes				
Au sein de l'établissement, des prestations de type psychiatrique et/ou psychologique pour les résidents sont proposés : - avec des moyens internes, - avec des intervenants extérieurs.				

Annexe : 5

MISSIONS ET FONCTIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le principe d'un médecin coordonnateur, compétent en gériatrie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses.

Dans le cadre de sa fonction de coordination, il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution ; des administrations et des Caisses Assurance Maladie. Il est désigné par le directeur.

Le projet de soins

Le directeur de l'établissement est responsable du projet de vie qui comprend un projet de soins que le médecin coordonnateur élabore avec l'équipe soignante (interne comme externe) et met en œuvre.

L'organisation de la permanence des soins : Le directeur et lui s'assurent que les besoins médicaux des résidents, les Week-end et la nuit, sont satisfaits.

Lors des admissions, il émet un avis qui permet une adéquation entre :

1/ l'état de santé des personnes à accueillir

2/ les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné.

L'évaluation des soins :

1/ Il élabore un dossier médical type gardé en lieu sûr afin de préserver le secret médical. Il contient :

- a) - les motifs d'entrées et sorties,
- b) - les pathologies,
- c) - la dépendance,
- d) - les différents comptes rendus d'hospitalisation,
- e) - des mesures de prévention et leur évaluation.

2/ Avec l'équipe infirmière, il élabore un dossier de soins infirmiers qui comprend les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les personnels paramédicaux.

3/ En collaboration avec les autres médecins, le pharmacien gérant de la pharmacie de l'établissement, le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments.

4/ le médecin coordonnateur élabore un rapport d'activité médicale annuel contient des éléments sur la dépendance, les pathologies, l'évaluation des pratiques de soins, le motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.

L'information et la formation : il participe à la sensibilisation à la gériatrie.

4 COMPETENCES DU MEDECIN COORDONNATEUR

Il doit disposer de :

- Soit 1/ - une pratique professionnelle antérieure en gériatrie (expérience)
- Soit 2/ - une formation antérieure : module gériatrie validé dans la formation médicale continue, DESC en gériatrie, diplôme d'université ou capacité en gériatrie.

3/ - Si (1) et (2) non satisfaits, le médecin coordonnateur s'engage à satisfaire au second des critères dans un délai de 3 ans.

Il est souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement.

La fonction de coordination pourra être exercée dans plusieurs institutions (dans la mesure où le plus souvent c'est un temps partiel).