

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**REFONDER ET METTRE EN ŒUVRE LE PROJET GLOBAL
D'ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EN MILIEU
RURAL**

BOREL-VUEBAT Rachel

CAFDES

2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 POURQUOI REVOIR L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES	4
1.1 Les personnes âgées	4
1.1.1 Le contexte de la dépendance	5
1.1.2 La santé et l'autonomie comme déterminants de l'entrée en établissement.....	12
1.1.3 Les autres facteurs déterminants du choix de la structure.....	15
1.2 Un contexte rural	16
1.2.1 L'Association « VIVRE A BAYONS »	17
1.2.2 La gouvernance associative.....	19
1.2.3 Un historique du contexte de l'établissement	22
2 REFONDER LE PROJET GLOBAL D'ACCUEIL	30
2.1 Une démarche de professionnalisation au service des résidents	31
2.1.1 Un changement nécessaire	31
2.1.2 La mobilisation autour des besoins	33
2.1.3 Impliquer dans le changement	35
2.2 L'accueil bientraitant des personnes âgées : un axe pour fédérer	39
2.2.1 Les différents aspects de la bienveillance	39
2.2.2 La transition entre le domicile et l'établissement	41
2.2.3 Un accompagnement de la vie.....	43
2.3 Le financement de l'hébergement, de la dépendance et des soins	47
2.3.1 Les financements de la dépendance et les besoins en personnel.....	48
2.3.2 Une phase charnière dans les soins apportés.....	48
2.3.3 Les outils de pilotage budgétaire.....	49
2.4 La formalisation du pré-projet	50
3 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET GLOBAL D'ACCUEIL	53
3.1 De l'empirisme à la théorie dans la mise en oeuvre	53
3.1.1 Rappel des opportunités saisies	53
3.1.2 La mise en avant du lien social	54

3.2	L'organisation des réponses aux besoins des résidents.....	55
3.2.1	Une réorganisation avant l'action	56
3.2.2	L'incidence des projets sur les ressources humaines	62
3.2.3	L'incidence financière.....	66
3.2.4	Les partenaires et la communication externe	67
3.3	La conduite du projet.....	70
3.3.1	Récapitulatif synthétique des réunions mises en place.....	70
3.3.2	Les facteurs intervenant dans le projet global.....	71
3.3.3	L'évaluation de la bientraitance de tous les acteurs.....	72
CONCLUSION		75
BIBLIOGRAPHIE.....		77
LISTE DES ANNEXES		I
ANNEXE I :	ORGANIGRAMME DU PERSONNEL A CE JOUR.....	3
ANNEXE II :	EXTRAIT DE <i>L'ART DE LA GUERRE</i> – SUN TZU –	4
ANNEXE III :	GUIDE DE GESTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE.....	5
ANNEXE IV:	BILAN FINANCIER 2004 - 2005 - 2006.....	11
ANNEXE V :	TABLEAU SYNTHETIQUE DES BESOINS EN ETP	12
ANNEXE VI :	ORGANIGRAMME DE LA STRUCTURE EN PHASE 1	13
ANNEXE VII :	ORGANIGRAMME EN PHASE DE RECONSTRUCTION	14
ANNEXE VIII :	CRITERES DU REFERENTIEL ANGELIQUE :	15

Liste des sigles utilisés

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AMP	Aides Médico Psychologiques
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
AS	Aides Soignantes
ASH	Agents de Service Hospitaliers
BEATEP	Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire
BFR	Besoin en Fond de Roulement
CAE	Contrat d'Accès à l'Emploi
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement et de Service d'intervention sociale
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCN	Convention Collective Nationale
CG	Conseil Général
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSS-MS	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale – Médico Sociale
CSP	Catégories Socioprofessionnelles
CVS	Conseil de Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIF	Droit individuel à la formation
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSD	Direction des Solidarités Départementales (Conseil Général)
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FRNG	Fond de Roulement Net Global
FRE	Fond de Roulement d'Exploitation
FRI	Fond de Roulement des Investissements
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point

INSEE	Institut National des Statistiques et Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MARPA	Maison d'Accueil pour Retraités et Personnes Agées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agrée
PACAC	Provence – Alpes - Côte d'Azur - Corse
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSMS	Services Sociaux et Médico Sociaux
URIOPSS	Union inter Régionale Interfédérale des Organismes Privés Non Lucratifs Sanitaires et Sociaux des régions Provence, Alpes, Côte d'Azur et Corse
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

La vie réserve souvent des surprises ! Après une formation comptable puis une formation en maîtrise en administration économique et sociale mention « Gestion des entreprises et des administrations », je m'étais projetée vers une carrière en entreprise. Le cours de la vie m'a conduit en Maison d'Enfant dans laquelle j'occupais le poste d'économiste. J'ai alors découvert le secteur du travail social et les possibilités qui étaient offertes pour le développement de projets. Par souhait d'évolution professionnelle, je recherchais un poste plus en lien avec ma qualification, toujours dans le secteur associatif. C'est alors que j'ai pris le poste de directrice de Maison de Retraite, Association « Vivre à Bayons » dans ce petit village de moyenne montagne, en juillet 2000.

Le secteur social et médico-social qui, pendant bien longtemps fut non marchand et non concurrentiel, devient de plus en plus « concurrentiel » et lucratif (470 places sur 878 dans le département des Alpes de Haute Provence)¹. Même si cette réalité n'est pas visible ou si d'aucuns veulent la nier, elle est à prendre en considération. Il est alors évident que cette évolution amène une démarche différente de la part des personnes en recherche d'une place en établissement.

De plus, les personnes âgées sont accueillies de plus en plus tardivement en maison de retraite. L'augmentation de leur dépendance, une aggravation de leur état de santé et un impact psychologique lié aux épreuves du vieillissement sont accrus. Nous pouvons donc nous interroger sur le mode d'accueil proposé, sa cohérence avec l'état physique et psychologique de ce public, mais aussi sur leur sécurité et le respect de leurs droits fondamentaux. Quels sont les axes à développer afin d'accompagner la vie jusqu'à son terme tout en étant la garante du respect de l'être humain ? Quelles sont les limites de l'organisation institutionnelle et quels accompagnements en ressources humaines sont à effectuer pour amener une démarche d'amélioration de la qualité de vie ? L'établissement a-t-il les moyens d'envisager un changement dans les prestations offertes ? Une petite unité de vie en zone rurale peut-elle évoluer tout en conservant sa spécificité et ses caractéristiques humaines ?

¹ Fondation Mederic Alzheimer - Annuaire national des établissements d'hébergement accueillant à l'entrée des personnes atteintes de la maladie d'alzheimer ou maladies apparentées – Poitiers 7/06 –

L'architecture du bâtiment ainsi que l'organisation médicale doivent contribuer à proposer une réponse la plus adaptée à l'état physique et psychique des personnes accueillies. Le constat est identique pour les pathologies liées de près ou de loin au vieillissement, aux pathologies de type maladie d'Alzheimer et autres démences. Je vais donc tenter d'élaborer une stratégie visant à refonder le projet global d'accueil conformément aux besoins et attentes de ces publics.

Pour cela, je vais m'appuyer sur les valeurs que je défends à la maison de retraite telles que la qualité de vie des personnes âgées :

- elles se déclinent au travers de l'accueil au quotidien ;
- dans le Respect de l'individu : le respect de sa liberté individuelle et de ses droits.

Ma ligne de réflexion est « qu'ils vivent comme ils l'entendent », complétée par la philosophie sur la nature humaine et sur la vie.

Pour paraphraser Claude Jarry² – président du FNADEPA : *les métiers du grand âge sont des métiers nécessitant un supplément d'âme, ce qui n'est pas donné à toutes les professions.*

J'ai fait évoluer mon fonctionnement de dirigeante, allant de la gestionnaire vers une dirigeante en action sociale en m'appuyant entre autres sur les travaux de ³CORNIÈRE H. et GUAQUERE D. Ils distinguent différentes positions du dirigeant.

Le dirigeant gestionnaire tel que je me qualifie jusqu'en 2002 est le plus instrumentalisé de tous. Le projet était situé au niveau organisationnel et restait dans les normes ; il ne remettait pas en question la finalité des actions mais s'occupait essentiellement de leur financement.

La deuxième position intègre le niveau organisationnel, institutionnel et politique dans le cadre d'une conception de l'homme et des rapports sociaux en débat et intègre une réflexion en aval, s'interroge sur le pourquoi de ce qu'il fait... exacerbé par la formation CAFDES.

Il est plus facile dans le temps de chercher la signification des choses, leur cohérence... puis de donner une direction.

Ceci permet d'apporter du changement, du mouvement, de l'innovation tout en étant le garant de la norme, tout en conservant le recul nécessaire à une vision objective.

² FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissement ou de services pour Personnes Agées.

³ CORNIÈRE H. et GUAQUERE D. Andesi – Editions ESF– *Etre directeur en action sociale aujourd'hui : quels enjeux ?*-

Selon BATIFOULIER F. et NOBLE F.⁴, le directeur doit mettre en place des méthodes de pilotage qui prennent en compte l'incertitude pour préparer au mieux sa structure à l'imprévisible. Il doit être porté par un concept de l'homme et de la société. Son engagement est dicté par l'éthique de l'action et de la responsabilité. L'intérêt porté à l'utilisateur doit s'inscrire dans une vision « politique » de la place que la société doit réserver aux personnes âgées. Ces personnes sont en effet souvent en difficulté et vulnérables.

J'ai élaboré le plan de mon mémoire en trois parties :

Dans la première partie, j'aborderai l'évolution et les caractéristiques des personnes âgées dépendantes. Puis, je clarifierai la notion de gouvernance et les politiques associatives jusqu'au diagnostic de la structure.

Dans la deuxième partie, je traiterai de la recherche d'un mode de management bientraitant qui permettra aux salariés d'entrer dans cette démarche. Je vais aussi m'interroger sur les étapes que traverse la personne âgée lors de ce cheminement parfois difficile et douloureux, afin de mieux cerner ses attentes.

Dans la troisième partie, j'aborderai un plan d'action adapté au devenir de l'établissement. Il consistera à mettre en œuvre les actions qui accompagneront chaque phase de développement.

⁴ BATIFOULIER F et NOBLE F – Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale – Paris –Dunod 2005

1 POURQUOI REVOIR L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES

1.1 Les personnes âgées

Au niveau européen, le nombre de personnes de plus de 65 ans aura doublé entre 1960 et 2010, passant de 34 à 69 millions, alors que la population totale passera de 315 à 385 millions. La proportion de personnes vieillissantes passera alors de 10 à 17 %⁵. Sur un plan national, la problématique de la personne âgée se pose ainsi :

- Suite à l'accroissement de la longévité des personnes âgées, la prise en charge dans un lieu de vie choisi est à organiser dans la mesure du possible. Elle passe par le développement des services à domicile et l'augmentation des places en structures médicalisées. Ceci nécessite une organisation sanitaire suite aux poly-pathologies fréquentes chez le sujet âgé (harmonisation sur la personne et non sur un service) par la création de filières gériatriques. Ces états pathologiques demandent alors un suivi médical ou un accompagnement de la personne très important. Il concerne les personnes atteintes de troubles cognitifs pour partie. Je développerai plus loin les différentes pathologies qui se développent dans un contexte de vieillissement.
- Améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées en établissement en développant et/ou en adaptant les structures, en formant des professionnels qualifiés.

C'est au travers du **plan d'envergure « solidarité – grand-âge »** 2006-2008 que ces orientations pourront être mises en œuvre. Une communication sur ce plan a été présentée en Conseil des Ministres le 3/1/2007 par le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. Il repose sur trois axes :

- L'action en faveur des personnes âgées par des moyens financiers sans précédent en finançant durablement la dépendance et en préservant la protection sociale.

- Le développement des services et des capacités d'accueil pour les personnes âgées en l'adaptant à la longévité.

- Une amélioration des conditions d'accueil des personnes âgées en établissement (prêts à taux 0, professionnalisation par la validation des acquis de l'expérience (VAE), accroissement du nombre de personnels soignants, création de l'agence nationale des services et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux au 1^{er} trimestre 2007, programme « bien vieillir », recherche sur la maladie d'Alzheimer).

⁵ Source DRESS juillet 2000.

1.1.1 Le contexte de la dépendance

Evolution du nombre et des besoins des personnes vieillissantes

L'espérance de vie des plus de 60 ans est de 20 ans pour les hommes et de 25 ans pour les femmes⁶.

D'ici 2020, les personnes âgées de plus de 80 ans auront doublé en nombre. Ils seront alors 4 millions⁷. On peut penser que l'augmentation de la longévité et de la qualité de vie fera reculer l'âge de la dépendance mais sans certitudes.

Résultats des statistiques nationales

Personnes âgées	année	Nombre	Année	Nombre		Source
+ 75 ans	1950	1.36 millions	2007	3.86 millions	3x plus	INSEE ⁸
+ 85 ans	1950	588 .000	2007	1.34 millions	6x plus	
Personnes de + de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer	2004	400000	2006	600.000		INSERM ⁹ DREES ¹⁰
Malades Alzheimer et apparentés	2004	600.000	2006	1.5 millions	2x plus	INSERM
Prévision :	2016	3 millions			2x plus	DREES

Un cas particulier : le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a atteint 600.000 personnes pour seulement 250 centres spécialisés dans ce type d'accueil. 100 000 nouveaux cas par an sont détectés (issus HID Institutions). Le nombre des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées est en pleine explosion.

⁶ POCHET P. *Les personnes âgées* – Editions repères – 2005 - p22

⁷ Extrait de la lettre des collectivités – hors série - mai 2007.

⁸ INSEE *Bilan démographique 2006* – n°1118

⁹ INSERM institut national de la santé et de la recherche médicale

¹⁰ DREES – *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel* - Ministère de la Santé – n°379 – février 2005

Cette maladie n'est pas la seule cause de déclin de la personne. D'autres maladies sont à prendre en considération au-delà de l'usure normale du corps. J'ai commandé une étude de marché en 2004 pour appuyer le dossier CROSS-MS, qui mettait en évidence le besoin imminent et conséquent d'accueil en structures spécialisées pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle a orienté la phase II du projet.

A ce jour, et quoi qu'il en soit, c'est vers l'âge de 80 ans que se produit la rupture. C'est la survenance d'un handicap qui déclenche, pour la personne âgée et son entourage, une réflexion sur le placement en institution.

Quelques statistiques :

Personnes de 60 ans	5% des personnes sont dépendantes
Personnes de 80 ans	18% des personnes sont dépendantes
+ de 90 ans	40% des personnes sont dépendantes

Ce handicap peut entraîner une incapacité d'accomplir les actes essentiels de la vie, et, donc crée une dépendance. Celle-ci est de plus en plus lourde au delà de 90 ans. C'est à ce moment là que les personnes entrent en établissement. 40 % des personnes âgées de plus de 90 ans sont un indicateur de la quantité de places à créer ($3213 \times 40\% = 1285$) En 2004, notre département avait le taux d'équipement en hébergements le plus élevé de la région PACA (818 places en EHPAD) et un taux moyen en services de soins à domicile¹¹ (358 places). 109 personnes, candidates potentielles, ne bénéficient pas d'une possibilité d'accueil.

Concernant les besoins des personnes âgées et pour un meilleur accompagnement, nous pouvons **repérer les incapacités déclarées** :

* Il ressort des statistiques que les femmes deviennent dépendantes plus tard que les hommes et que les troubles liés à la parole sont plus tardifs. 30 % des personnes de plus de 60 ans sont concernées.

* Dès 80 ans, il ressort de l'enquête HID Institutions que les femmes ont des difficultés concernant la toilette, l'habillement et l'alimentation alors que pour les hommes, la difficulté se présente dès 73 ans.

¹¹ Source DRASS - Mémento Statiss - 2006.

* Concernant l'élimination et la mobilité, elle débute dès 76 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes.

* Les incapacités liées à l'hygiène et à l'élimination accélèrent le transfert de prise en charge des familles vers les structures accueillant des personnes âgées.

Dans les faits, ces statistiques sont vérifiées et l'accompagnement en établissement est différent pour un homme ou pour une femme de même âge.

D'autre part, **maintenir la personne dans son lieu de vie d'origine** au niveau national est aussi un facteur qui influe l'accompagnement. Les personnes présentant plusieurs incapacités demeurent plus longtemps à domicile lorsqu'elles sont accompagnées par leur famille qui vit à proximité : 12 ans, alors qu'elle n'est que de 5 ans si la personne n'est pas entourée.

Il en est de même concernant le maintien dans les familles de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La capacité d'accueil de personnes atteintes de troubles cognitifs est en léger ralentissement puisqu'elle est de 135 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, alors qu'en 2003, elle était de 141/1000.¹²

Un aidant membre de la famille (généralement la femme) est affecté à cette tâche, mais c'est l'épuisement de l'aidant qui conduit au choix d'un autre mode d'accueil.

La conséquence du vieillissement se caractérise par une augmentation de la dépendance et une diminution de l'état de santé. Les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile. La France se situe dans la moyenne des pays européens par le nombre de personnes âgées vivant avec leurs enfants, même si le désengagement des familles est important. Il est lié à la reconstitution des cellules familiales et au vieillissement des enfants des personnes âgées, ce qui rend l'accompagnement très lourd.

L'entrée en établissement signifie qu'une limite est franchie en matière de santé et/ou de dépendance et que les services à domicile ne sont plus suffisants. Dès lors que plus de 5 incapacités sont détectées, les familles ont recours à des structures.

Les autres critères d'entrée en établissement varient en fonction du niveau de vie, de la culture du pays et des politiques publiques qui découlent de ces cultures.

La solitude liée à la peur de « l'accident pendant la nuit » est l'un des éléments déclencheurs de l'entrée en EHPAD. En 2005, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans souffrant de dépendance s'élevait à 4 millions de personnes dont 1.5 millions

¹² Source ADEHPA 2007 – enquête Fondation Médéric Alzheimer.

vivaient seules. En 2020, sur 6 millions de personnes, 3 millions vivront seules¹³ avec les conséquences psychologiques qui découlent d'un isolement prolongé.

Le concept de dépendance

Définition et approche de la dépendance

Je vais donc définir plus précisément la dépendance afin de pouvoir décliner les besoins.

Le Petit Larousse illustré 2007 définit la **dépendance** ainsi : *état d'une personne qui ne peut plus réaliser toute seule les actes de la vie quotidienne.*

On peut donc en déduire une forme **d'impossibilité de faire** :

Définition d'impossible : *qui ne peut pas être, qui ne peut pas se faire, très difficile à faire, à endurer.*

Définition d'incapacité : *inaptitude à jouir d'un droit ou à l'exercer*

Le terme de dépendance est apparu en 1970 en France pour la première fois par le Docteur Delomier qui parlait ainsi des personnes âgées :

« Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie ». Cette définition a généré une vision qui pourrait être qualifiée de handicap chez un jeune adulte.

De même, dans le Dictionnaire des Personnes Agées, de la retraite et du vieillissement, la définition donne une image négative « *la dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne, ou à un groupe, famille ou collectivité* ».

La loi du 24/1/1997 relative à la prestation spécifique dépendance confirme cette idée d'incapacité : « la dépendance mentionnée au 1^{er} alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière ».

Toutes ces définitions mettent en évidence les difficultés mais pas les capacités.

Le handicap et la dépendance vont déterminer le contenu de l'aide à apporter à la personne. La personne âgée porteuse d'un handicap sera en situation de dépendance vis-à-vis des aidants. Elle ne perd cependant pas sa capacité à faire des choix dans la gestion de sa dépendance ou de son indépendance. Une organisation trop rigide conduirait au déclin de la personne.

¹³ Source AMF – étude publiée 28/10/05

Le rôle de la structure est de ne pas l'enfermer dans un assistanat auquel elle ne pourrait échapper.

Il convient donc de définir l'**autonomie**.

Le Petit Larousse la définit par : « la possibilité de décider, pour un individu sans en référer à..., l'indépendance dont jouit une personne »

Le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, paru en 1984, donne deux définitions de l'autonomie :

« Capacité et droit d'une personne à choisir elle-même les règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir »,

« De la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son vieillissement »¹⁴.

De ces définitions de l'autonomie, les psycho-géiatres proposent l'approche suivante :

L'autonomie serait la capacité de penser l'action. Elle relèverait donc du domaine intellectuel, cognitif, affectif : le **vouloir faire**.

L'indépendance serait la capacité de faire l'action. Elle relèverait donc du domaine neurosensoriel et moteur : le **pouvoir faire**.

Le mode d'accompagnement demande une appropriation par le personnel de ces différentes notions, afin d'avoir une approche au plus près des demandes de la personne âgée qui, dans certains cas, n'est plus en mesure de les exprimer.

Un accompagnement au travers d'un **projet de vie personnalisé** permet de mieux en appréhender les caractéristiques et d'éviter une désociabilisation par une vision négative du vieillissement. Il permet aussi de mettre en valeur les désirs et les ressources internes de la personne âgée.

Nous pouvons donc schématiser l'autonomie et l'indépendance de la personne en quatre registres :

¹⁴ COHEN BACRI D. - *Impulser une dynamique de changement dans un EHPAD : mobiliser les personnels autour de la qualité des projets* – Mémoire CAFDES 2004 – p25 à 35

La personne veut et peut faire	elle est autonome et indépendante
La personne veut et ne peut pas faire	elle est autonome mais se trouve en situation de handicap physique (c'est la dépendance)
La personne ne veut pas mais peut faire	elle est en souffrance psychique donc en dépendance psychique
La personne ne veut pas et ne peut pas	elle est en situation de démence à laquelle se rajoute des troubles neurosensoriels, intellectuels, cognitifs. Elle est dépendante et plus ou moins désorientée.

La prise en charge de la dépendance

Comme l'introduit Jean-Paul Montague dans sa préface¹⁵, « une vie professionnelle ancrée dans ces concepts... de satisfaction globale du client...invite à l'aventure extraordinaire dans sa mission « accueillir, accompagner la personne âgée, debout, jusqu'au bout » ».

L'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) mise en œuvre suite à la loi 2001-647 du 20 Juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte de l'autonomie et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie vient remplacer la Prestation Spécifique Dépendance : loi du 24.1.1997. C'est une allocation départementale en direction de la personne âgée qui varie en fonction de son degré de dépendance et de ses revenus.

Trois groupes de tarifs journaliers dépendance sont établis pour l'établissement.

Le GIR 1-2 correspond essentiellement aux personnes âgées ayant perdu totalement (GIR I) ou presque totalement (GIR II) leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. Ils nécessitent la présence continue d'intervenants.

Le GIR 3-4 comprend les personnes âgées qui ont conservé leur autonomie mentale (cohérentes), partiellement l'autonomie locomotrice mais qui nécessitent plusieurs fois par jour une aide à l'hygiène corporelle. Ils sont généralement incontinents ou ont besoins d'un accompagnement pour la **prise des repas**.

¹⁵ Préface de l'ouvrage de R. VERCAUTEREN et S. CONNANGLE - *Mission et management des équipes en établissement* - Editions ERES - 2004 -

Le GIR 5-6 regroupe les personnes âgées qui assument seules leurs **transferts**. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la **toilette et/ou l'habillement**, le ménage. Elles n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie.

Les GIR permettent un classement des personnes à l'intérieur de groupes en fonction de leur dépendance. Le GIR 1 est plus dépendant que le GIR 6.

La prise en charge financière par les départements implique en retour la mise en œuvre de moyens matériels et humains.

La personne sera accompagnée dans les actes essentiels de sa vie quotidienne. Elle se déclinera ainsi :

La prise en charge du manque de cohérence d'une personne demande beaucoup de surveillance et d'accompagnement. Des exercices de maintien de la mémoire seront effectués par une aide médico psychologique AMP (Aide médico psychologique). Une surveillance de nuit par des AS (aides soignants) et ASH (agent de service hospitalier) réconforteront (peur de la nuit, angoisses). Ces aidants limiteront l'anxiété et éviteront le recours médicamenteux.

Une auxiliaire de vie sociale va accompagner la personne dans l'établissement pour se rendre aux repas, à sa chambre, aux toilettes, en promenade à l'extérieur ou encore, va l'aider à s'alimenter. Selon la difficulté, 2 personnes sont indispensables simultanément.

La prise en charge des toilettes, de l'habillement, de l'incontinence est effectuée par une aide soignante. Une personne invalide va avoir besoin d'accompagnement pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Elle bénéficiera du GIR (groupe iso ressource) 2 ou 3 tout autant qu'une personne incohérente. Les personnes désorientés déambulantes peuvent se déplacer seules mais nécessitent une surveillance continue. Une personne qui bénéficie du GIR 1 demandera des soins infirmiers, de la prévention d'escarres et partira en soins palliatifs dans un autre établissement si son état s'aggrave.

Le maintien de la vie sociale est stimulé par une animatrice, surtout au travers du projet de vie personnalisé, afin de l'adapter à chacune des personnes accueillies. Les animations par groupes homogènes (jeux, écriture, lecture, voyages, gymnastique...) contribuent à ce maintien.

Les GIR sont établis à partir d'une grille de cotation nommée AGGIR (Accompagnement Gérontologique des Groupes Iso Ressources) et orientent sur les moyens matériels et humains nécessaires à un accompagnement individualisé. Il conviendra de pousser plus loin le raisonnement en partie II pour que cet accompagnement soit effectué sans porter atteinte à la personne. Le support écrit sera utilisé en partie III pour élaborer le projet de vie personnalisé.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) totalise l'ensemble des GIR de chaque résident auquel est affecté un coefficient de pondération. A la maison de retraite Gervasy, il est passé de 380 en 2001 à 760 en 2006. Cela traduit d'une dépendance croissante et généralisée dans les établissements. Cette entrée plus tardive est liée à l'intervention de services à domiciles. La prise en charge médicale est actuellement très limitée et devra s'accompagner d'une réflexion sur la qualité des soins apportés dans le respect de la personne.

1.1.2 La santé et l'autonomie comme déterminants de l'entrée en établissement

L'approche en terme **de projet de soins individualisés** est en évolution à la maison de retraite Gervasy, ce qui m'amène à de nombreuses réflexions. Dans les conversations, il n'est pas rare d'entendre, concernant les résidents de la maison de retraite « comment vont les malades ? ». Cette interrogation révèle une image donnée au vieillissement et à l'accueil en établissement.¹⁶

Les notions de perte d'autonomie et de santé peuvent être indépendantes, le plus souvent de façon ponctuelle, mais en aucun cas l'établissement n'est à assimiler à un centre hospitalier.

- Le Petit Robert propose une définition de la santé comme « bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable ». Un aveugle ou un manchot peuvent être en bonne santé.
- DUBOS G. la définit comme « la capacité de fonctionner au mieux dans son milieu ».
- l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) propose cette définition « état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité ».

Cependant, la situation d'un individu vieillissant n'est pas stable. Il vit un constant changement sur le plan biologique, sociologique et psychologique.

La santé est un processus dynamique qui relève dans une très large mesure de l'adaptation de l'individu à son environnement.

La vieillesse n'entraîne pas une régression mais un ralentissement physique et psychique, ce qui nécessite l'adaptation de son environnement. Si cela n'est pas fait, l'organisme peut alors déclencher des phénomènes de compensation. Par exemple, l'accélération du rythme de vie lié au progrès peut dépasser le sujet âgé et le placer dans une situation qu'il ressentira comme dangereuse, qui lui échappe.

Ces phénomènes contribuent largement au déclin de l'autonomie et donc de la santé.

¹⁶ BREDA-JEHL Catherine - *Autonomie des personnes âgées* - collection espace social - p25 à 29

La perte d'autonomie chez les personnes âgées est un problème de plus en plus important de santé publique. Je l'aborderai en 3^e partie par le lien entre l'autonomie et la santé, par des orientations concernant un triple accompagnement : hébergement, dépendance et soins.

Une approche gérontologique

Les troubles psychiques sont très influencés par l'environnement de la personne âgée, d'autant plus lorsqu'ils sont associés à une pathologie ou à une dépendance¹⁷.

Les grands syndromes psychopathologiques sont la dépression, les hallucinations, la confusion, l'angoisse. Ils se manifestent aussi sous forme de glissement de la personne, de troubles du comportement, ou encore sous forme de suicides.

« L'impact de l'allongement de l'espérance de vie, qui s'accompagne d'un accroissement du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux, fait de la prise en charge des troubles psychopathologiques du sujet âgé un enjeu majeur dans l'offre de soins »¹⁸. Cette circulaire aborde la nécessité d'assurer la continuité des soins, conformément aux préconisations du Plan Solidarité Grand Age par une articulation entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.

L'Organisation Mondiale de la Santé, suite à une étude, détermine que les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé et qu'il représente 3/5^{ème} des sources d'incapacité liées au vieillissement.

Je vais détailler les types de pathologies demandant une prise en charge spécifique.

Les personnes âgées atteintes de démence

La démence, si elle recouvre une variété complexe de pathologies différentes (vasculaires, neurologiques, infectieuses, traumatique), se traduit dans la réalité par une perte d'adaptation progressive du malade à son environnement.

Toutes les fonctions supérieures peuvent être affectées, au premier rang desquelles on peut citer la mémoire. C'est d'ailleurs sur la base de test visant à évaluer la perte de mémoire comme le MMI, que le diagnostic de démence est suspecté.

Cette pathologie est de loin le premier motif d'admission en maison de retraite car la personne démente ne peut plus, sans danger, rester à domicile.

La prise en charge de ce type de pathologie fait appel à la médecine avec l'apparition de nouvelles thérapeutiques mais l'essentiel de la prise en charge repose sur la combinaison complexe de moyens matériels et humains très importants

¹⁷ FERREY G. et LE GOUES G. *Psychopathologie du sujet âgé* - 2^e édition Masson Paris 11.1992

¹⁸ La circulaire DHOS/02/n°11 7du 28/3/2004 relative à l'amélioration des filières de soins gériatriques

Les psychopathologies du sujet âgé

En dehors de tout contexte de démence, le sujet âgé, pour de multiples raisons, peut être un sujet en souffrance par manque d'affection, par solitude, ou par un vécu douloureux marqué par une succession d'évènements péjoratifs.

La psychopathologie du sujet âgé revêt de multiples expressions et le professionnel en maison de retraite doit en être averti et conscient, sauf à courir le risque de mal interpréter certaines situations.

Sans trop rentrer dans les détails, il faut se souvenir que nombre de syndromes dépressifs peuvent se résumer à des troubles du sommeil conduisant à la surconsommation de somnifères puis à une perte d'appétit ou à des comportements agressifs.

Dans tous les cas, toute modification du comportement d'une personne âgée doit faire l'objet d'un signalement à l'infirmière ou au médecin.

L'hémiplégie et la maladie de Parkinson

Qu'il s'agisse d'une maladie neuro-dégénérative comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou d'un accident vasculaire cérébral, les atteintes motrices chez la personne âgée nécessitent une prise en charge spécifique.

L'essentiel est de préserver l'autonomie et de prévenir l'aggravation de la dépendance. Il s'agit d'un véritable combat collectif qui passe par la motivation du résident, et l'implication du personnel de la maison de retraite.

La prévention contre l'isolement

Les aidants familiaux qui ont une moyenne d'âge de 70 ans pourront de moins en moins remplir le rôle d'accompagnants. La descendance de la personne âgée est moins nombreuse que par le passé. Elle est donc potentiellement moins apte à la prendre en charge.

Mais le grand âge signifie aussi un risque plus grand d'isolement. C'est alors le principal facteur d'entrée en établissement¹⁹.

Ceci est confirmé par l'enquête sur l'isolement et la vie relationnelle conduite par plusieurs associations de solidarité²⁰. Elle démontre que la canicule de 2003 a fait prendre conscience de l'isolement des personnes âgées dans une tranche d'âge sensible. C'est entre 79 et 83 ans que surviennent les grands changements de la vie. Ils se manifestent par la perte d'un être cher (89 % se retrouvent seuls), le manque d'estime de soi, l'éloignement des familles, l'absence d'aide, le faible niveau de vie (10 à 12 % de

¹⁹ HUGONOT R - *Violences invisibles* - Editions Dunod 2007.

²⁰ Article de la revue *Le collectif* - *Combattre la solitude* - 27/9/06

l'échantillon), l'impossibilité de sortir de chez soi. Cela conduit à une altération de la vitalité et de l'intégrité physique. La solitude apparaît en plus sans que la personne âgée puisse y remédier sans être épaulée.

C'est à ce moment-là que se produit l'entrée en établissement, en général à la demande de la personne ou à la demande des services sociaux. La personne est alors particulièrement désocialisée. S'y rajoutent les conséquences médicales liées à l'isolement (les hallucinations, la dénutrition, le glissement, les suicides, ...).

1.1.3 Les autres facteurs déterminants du choix de la structure

Les personnes âgées accueillies dans notre établissement sont originaires :

- du canton de Turriers. Elles sont issues du milieu agricole. Celles qui ont quitté la région très jeunes reviennent à Bayons pour un accueil définitif. Ce sont des personnes modestes, d'origine rurale.
- des propriétés en résidences secondaires familiales construites sur la commune.
- d'autres départements de la région PACA pour des raisons de tarifs ou de recherche d'un cadre de vie plus agréable.

L'âge moyen des personnes accueillies à la maison de retraite Gervasy est de 82 ans pour une durée de séjour supérieure à 2 ans. La fourchette d'âge se situe entre 53 ans et 99 ans. Nous sommes habilités pour l'accueil d'adultes handicapés vieillissants (1 personne à ce jour).

L'évolution du public accueilli

Les résidents accueillis à la maison de retraite Gervasy sont hétérogènes par leur âge, leur sexe, leur mode de vie, leur provenance, leur catégorie socio professionnelle (CSP), mais aussi par leur incapacité à accomplir les actes de la vie quotidienne.

Leur état et leur mode de prise en charge sont bien différents selon ces caractéristiques.

Une réflexion sur l'incapacité physique ou mentale qui a conduit ces personnes âgées à entrer en maison de retraite est engagée page 41. De quelle façon pouvons nous accompagner la personne lors de son intégration dans ce nouvel environnement, dans sa recherche de lien social, autour du besoin de communiquer, d'être connus et reconnus ? Ceci s'applique en particulier à ceux qui ont traversé l'épreuve difficile d'un isolement prolongé.

Afin d'organiser une prise en charge matérielle et humaine de la personne dans les actes de sa vie quotidienne pour lesquelles elle se trouve en difficulté, des systèmes d'évaluation de chacune de ses incapacités ont été mis en place dans la loi du 26/4/1999.

L'accueil à la Maison de retraite Gervasy présente quelques points faibles sur lesquels je dois me concentrer pour refonder et adapter le projet global d'accueil

Le glissement des résidents vers les GIR 1-2, confirmé par l'évolution du GMP demande des agencements tels qu'un ascenseur, des locaux fonctionnels et un accompagnement parfois jusqu'à la fin de vie. Il est donc indispensable de donner du sens à la pratique professionnelle pour répondre à ces besoins avec un bon niveau de qualité.

La loi 2002.2 du 2 janvier 2002 précise l'exercice des droits et des libertés ainsi que les outils d'exercice de ces droits et la prévention de la maltraitance²¹. Ces outils, lorsqu'ils sont mis en place, sont les garants de la qualité d'accueil et des réponses à apporter par rapport aux besoins et attentes des personnes accueillies.

Cependant, la connaissance de la dépendance, des pathologies et la mise en place d'outils dès l'admission n'intègrent pas le facteur psychologique.

1.2 Un contexte rural

Un descriptif géographique est nécessaire pour comprendre le contexte. Le département des Alpes de Haute-Provence (04) est situé dans la région Provence – Alpes - Cote d'Azur - Corse (PACAC). Il enregistre 144.809 habitants pour une superficie de 6988,4 km². Le département est rural, touristique et peu peuplé. L'activité économique y est restreinte. L'attachement des habitants à ce département est très fort.

Le canton est à l'image du département et le nombre de personnes retraitées qui y résident est de 26 % de la population totale²².

L'association « Vivre à Bayons » est située dans le village de Bayons. Elle est à 30 km au nord de Sisteron, sur le canton de Turriers. La population du village compte 132 habitants, dont 70 % sont originaires du bassin marseillais. Ils ont acquis une résidence secondaire. A la retraite, ils viennent habiter définitivement à Bayons.

Les particularités de ces zones rurales concernent les voies d'accès à l'établissement. Elles sont particulièrement dangereuses en toutes saisons et très sinueuses. En hiver, la neige, le verglas et les éboulements rendent cette route de montagne difficile.

²¹ La loi 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant la loi de 1975 article 2 section 1- article 7 section 2

²² Source DRASS - Memento Statis PACA - 2004

Elle porte sur le fait qu'il ne peut y avoir de vie sans solidarité. De ce fait, toute initiative va rechercher l'aval d'autrui ou du moins sa non-opposition. Ceci crée un véritable consensus social, parfois pesant et dans lequel il est nécessaire de fixer des limites.

Les infrastructures

Les infrastructures hospitalières se trouvent à Sisteron (Alpes de Haute Provence) et à Gap (45 km) dans le département des Hautes Alpes.

Une pharmacie et un cabinet médical sont situés sur le canton voisin, au village de La Motte du Caire.

1.2.1 L'Association « VIVRE A BAYONS »

L'association « Vivre à Bayons », créée le 19/5/1985 sous la forme d'une association loi 1901, à but non lucratif, gère la maison de retraite « Gervasy », qui est son unique établissement.

L'objet social de l'association est de maintenir un accueil et une animation sociale auprès des personnes âgées, notamment au travers de la gestion de la maison de retraite.

Elle doit permettre la création d'emplois locaux dans cette commune au travers d'une animation économique.

L'objet social, non modifié depuis sa création, est sommaire et reste le fil conducteur du projet associatif.

L'association a vu le jour lorsqu'un couple du village, M. et Mme Gervasy, a fait don d'une étable en 1974 à la commune de Bayons, à la condition d'en faire une maison de retraite. Ce lourd projet a mis plus de 10 ans pour être réalisé. Une association s'est créée et la commune lui a confié la gestion de l'activité.

La première version architecturale fut conçue pour accueillir des personnes âgées valides en d'hébergement temporaire. Elle fut transformée en maison de retraite dès 1986 par un arrêté départemental.

Tout en étant très attachés à la pérennité de cette structure, les administrateurs n'ont jamais pu l'adapter aux évolutions de la population accueillie. Ils se positionnent difficilement pour répondre à des besoins émergents par manque de connaissance du secteur.

Jusqu'à récemment, les administrateurs ne provenaient pas du secteur médico-social. Ils sont très attachés à la qualité d'accueil et aux animations qui rassemblent tout le village, la modération du prix de journée et à la sécurité. Toutefois, ils perdent de vue l'évolution des besoins des personnes accueillies en termes de soins, de dépendance, de la gestion...

L'association n'a pas d'activité autre que celles développées en interne par l'établissement que nous verrons dans la partie III-1.

Les statuts modifiés en avril 2007 limitent désormais à 3 le nombre de conseillers municipaux avec impossibilité pour un élu d'être président de l'association. Ceci sera effectif aux prochaines élections municipales en 2008. Cette avancée permettra aux administrateurs d'avoir une position plus confortable pour les raisons que j'évoquerai ensuite.

Etre administrateur d'une association demande de la disponibilité, de la compétence, de l'engagement. La commune comporte peu d'habitants. Ainsi, les personnes motivées sont accaparées de toutes parts dans la vie locale. Une grande ambiguïté règne alors dans la fonction d'administrateur dans la mesure où ces intervenants sont liés à la commune par un mandat, un conjoint élu, ou par leur vie de tous les jours. Leur parent est parfois résident de la maison de retraite.

Les administrateurs sont tiraillés entre la volonté de faire perdurer cette maison de retraite, les compromis locaux et la négociation des évolutions à mettre en place. Les positions qu'ils doivent prendre actuellement sont importantes.

Ils sont freinés dans la visée de leur association et dans la neutralité qu'ils peuvent avoir avec la commune. Toutefois, l'association est pleinement indépendante avec l'autorisation d'accueil nominative qui lui a été donné par les tutelles.

Les membres de l'association sont au nombre de 103. Ils sont très attachés à l'implantation sur le village de cette structure et ont conscience de ce pôle d'accueil et d'emploi de proximité.

Tout ceci m'amène à me pencher sur la notion de gouvernance : qu'est-ce ? Comment et par qui sont définies les grandes orientations d'une politique associative, qui prend les décisions stratégiques ?

1.2.2 La gouvernance associative

Tout d'abord, il faut rappeler que le mot gouvernance n'existe pas explicitement dans la langue française. D'origine grecque *Kubernan* puis latine *gubernare*, il réapparaît dans l'ancien Français et exprime l'art ou la manière de gouverner mais comme synonyme d'un gouvernement. Il tombe alors en désuétude en France parce qu'il est associé à l'ancien régime. Il passe dans la langue anglaise au XIV^{ème} siècle *governance*.

CASSEU Bernard évoque le fait que ce mot est basé sur des éléments de construction idéologiques mais qu'il n'est pas défini²³. De plus, ce mot n'a pas été utilisé depuis le XIII^{ème} siècle.

Le petit Larousse 2006 définit l'association comme un *groupement de personnes réunies dans un dessein commun, non lucratif* et la Gouvernance comme *l'action de gouverner, manière de gérer, d'administrer*.

Selon le sociologue BOURDIEU P., « gouvernance » est un mot à la mode véhiculé par les journalistes dont l'usage s'est mondialisé²⁴. La gouvernance dans le secteur associatif est caractérisée par le respect de ses membres et des usagers.

La gouvernance économique regroupe l'ensemble des organes et règles de décision, d'information et de surveillance permettant aux ayants droits et partenaires d'une institution de voir leurs intérêts respectés et leur voix entendue.

La gouvernance stratégique est imaginée et développée par MALENFANT R. Il faut aider les administrateurs à créer une saine culture d'entreprise. La recherche d'une forme de fonctionnement adéquat dans une organisation en croissance permet de limiter ce que doit faire le Conseil d'Administration et le Directeur Général.

La gouvernance permet d'élaborer un plan d'action dans lequel l'organisation va évoluer.

Ceci transposé à notre secteur signifierait : faire des bons choix par rapport aux politiques des personnes âgées dépendantes, gérer les ressources de façon optimale, respecter le public accueilli et ses droits fondamentaux.

²³ CASSEU Bernard, journaliste - « Le piège de la gouvernance » - Le Monde Diplomatique - Juin 2001.

²⁴ BOURDIEU P. - *Les structures sociales de l'économie* - p22

La gouvernance s'exprime par les sommets²⁵. Le critère essentiel d'une bonne gouvernance est l'organisation des mécanismes de fonctionnement de l'institution de façon à éviter que les intérêts des mandatés prennent le pas sur ceux des mandants.

Le public accueilli dans l'association doit conserver une place prépondérante.

Selon la source IT Governance Institute : *La gouvernance d'une entreprise ou d'une organisation, publique ou privée a pour but de fournir l'orientation stratégique, de s'assurer que les objectifs sont atteints, que les risques sont gérés comme il faut et que les ressources sont utilisées dans un esprit responsable.*

Je retiendrai le mot « gouvernance » pour qualifier la stratégie et le politique dans son ensemble. Plus près de notre secteur, « la gouvernance », largement employée se traduit ainsi par les auteurs que sont BATIFOULIER F. et NOBLE F. comme une association de personnes développant librement une action collective en vue de la réalisation d'objectifs autres que le partage des bénéfices.

Il est indispensable d'en penser le fonctionnement. Une nécessité apparaît comme fondamentale : c'est la professionnalisation du secteur social et des personnes morales gestionnaires. Un conseil d'administration a des fonctions gestionnaires et politiques. La gouvernance doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux. Il porte l'accent sur la nécessité de réhabiliter la fonction politique et de répartir plus clairement les responsabilités au sein des associations.

La gouvernance est aussi interprétée comme des relations de pouvoir différentes du gouvernement. Elle concerne les affaires collectives, dans un monde démocratique, négocié dans le cadre d'un processus en vue de la créativité et de la diversité²⁶.

Le projet associatif est défini comme un projet « visée » : avoir la vision, se projeter dans le futur, voir où l'on veut aller et mettre le cap sur cette direction.

Il est général et permanent, de dimension politique et orienté par des choix stratégiques.

Nous retrouvons là encore la même définition que BATIFOULIER et NOBLE. Le conseil d'administration est le garant de l'adéquation des orientations stratégiques majeures avec la visée éthico politique de l'association. Il engage le sens et l'utilité sociale de l'association.

La gouvernance se distingue par deux fonctions :

²⁵ www.wikipedia - Encyclopédie libre.

²⁶ BATIFOULIER F et NOBLE F – *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* – op.cit. p2

La fonction stratégique : qui doit prendre la mesure des mutations sociétales et des nouvelles orientations des politiques sociales.

La fonction de contrôle : qui doit être effective, détecte les éventuelles insuffisances, en comprend l'origine, définit des actions correctrices, voire des sanctions.

Selon BENALET JP « le concept de gouvernance a l'intérêt de mettre en synergie sans confusion de rôles, les structures politiques et les structures de direction ». Le dialogue président-directeur doit être permanent, et la qualité de la communication optimale pour que le couple fonctionne pleinement.

L'étude effectuée confirme les propos qui précèdent²⁷. La logique gestionnaire a relégué au second plan le projet fédérateur des associations en renforçant le poids des professionnels au détriment de celui des administrateurs.

Les dysfonctionnements (écarts entre le réel et l'attendu) génèrent des surcoûts, influent sur la satisfaction des clients et des salariés, sont source de conflits et de tensions.

Dans les faits, les orientations générales relèvent du conseil d'administration, qui a peu de moyens de s'assurer de la bonne utilisation des ressources et de la réalisation des missions. La mise en œuvre relèverait de la direction alors que le conseil d'administration aurait tendance à intervenir. Le rôle de chacun est généralement peu défini, et l'absence de dispositifs de concertation et de communication peuvent entraîner des tensions.

Il est donc indispensable d'élaborer des plans d'action stratégiques internes et externes, de façon concertée, après que ces échanges aient permis de mettre en avant des axes. Il en ressort deux outils : la mobilisation et la valorisation des ressources internes.

Dans la réalité de l'association « Vivre à Bayons », le projet associatif existe au travers du projet d'établissement. Il demande à être clarifié et structuré dans les dimensions susnommées.

Fédérer les administrateurs devient alors une priorité. Depuis les nouvelles élections du bureau en avril 2007 et la modification des statuts, un nouvel élan voit le jour. Le trésorier, impliqué dans la vie associative hors du canton et cadre infirmier de profession, ainsi que la secrétaire, ancienne élue chargée de la commission CCAS (centre communal d'action sociale), ont souhaité une organisation rapide du bureau :

- afin de connaître le fonctionnement de la maison de retraite et du conseil d'administration.

²⁷ GUITTON C. *Gouvernance et mise en œuvre stratégique*.- Magasine Directions n°41 – mai 2007

- afin de mutualiser les prises de décision et de constituer un noyau dur qui, à terme, devra fédérer les administrateurs, impliquer le conseil de vie sociale et autres partenaires.
- avoir une vision stratégique et cohérente compte tenu de l'évolution telle que proposée par Clausewitz²⁸. En effet, les associations vont devoir se positionner sur un marché concurrentiel, segmenté. Elles doivent dès à présent promouvoir leurs prestations par la spécialisation, la qualité, l'image, et utiliser pleinement le réseau qu'elles ont pu mettre en place. Nous retrouverons cet aspect de développement stratégique en partie III.

Au terme de cette première approche, il conviendra, à mon sens, avant d'entreprendre toute démarche :

- de redéfinir les domaines d'intervention de l'association et de la direction en formalisant les délégations conformément au décret 2007-221 du 19 février 2007²⁹. Le lien présidente/directeur est défini par la délégation. L'obligation est alors la rédaction d'un document unique précisant les compétences et les missions confiées par délégation au directeur, qui doit désormais être un professionnel. Ce document sera transmis aux autorités publiques ayant délivré l'autorisation d'existence à l'établissement.

- de mener à terme une revisite du projet associatif par le conseil d'administration.

Il est urgent que je communique avec ce dernier, sur l'évolution des pathologies des personnes accueillies à la maison de retraite (avec l'intervention d'un gérontologue ou du futur médecin coordonnateur de la Maison de Retraite). Une hausse des coûts et du nombre de salariés est à prévoir. Par cette information, je souhaite donner des éléments de compréhension au Conseil d'Administration lui permettant de prendre les décisions politiques adéquates.

1.2.3 Un historique du contexte de l'établissement

La maison de retraite Gervasy s'est lentement implantée dans l'environnement social par l'implication des administrateurs fondateurs de l'Association « Vivre à Bayons ». Elle a traversé plusieurs phases critiques jusqu'à ce qu'en 1999, les textes règlementaires remettent en question les pratiques et poser certaines exigences. L'unique directrice

²⁸ Clausewitz - *L'économie sociale et solidaire et les services à domicile aux personnes âgées* – Collection Maison des sciences de l'homme - Février 2007.

²⁹ Décret 2007-221 du 19 février 2007 vient en application du II de l'article L312-1 du C.A.S.F. relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels

depuis la création a démissionné. Après 6 mois de vacance de poste, je suis entrée en fonction en juillet 2000.

La situation était anarchique et conflictuelle entre le conseil d'administration et l'ancienne directrice, des litiges étaient en cours avec le personnel, un contrôle de l'URSSAF s'annonçait, plusieurs investissements de mise en conformité étaient à faire, le taux d'occupation plafonnait à 70 %. L'unique infirmière libérale du secteur refusait d'intervenir à la maison de retraite. Le climat était alors particulièrement méfiant et tendu et surtout très dangereux pour les personnes âgées accueillies.

Après avoir réglé les urgences, la présidente, qui a assuré l'intérim de direction, a rétabli quelques points.

J'ai harmonisé dans le temps les prestations à la demande des personnes âgées et formalisé l'accueil. J'ai assaini la situation financière.

Puis j'ai effectué les investissements en matériel nécessaire au bon fonctionnement et supprimé l'externalisation de la blanchisserie qui dysfonctionnait. J'ai externalisé, à mon arrivée, l'établissement des bulletins de salaire auprès du cabinet d'expertise comptable, et ce afin d'éviter les litiges avec le personnel.

J'ai restructuré les ressources humaines : j'ai créé 2 postes d'agents de nuit affectés à la surveillance et à l'entretien du linge. J'ai profité de 3 départs en congé parental de personnel ancien pour réorganiser la prise en charge, augmenté le taux d'encadrement en personnel, développé une dynamique en gestion des ressources humaines passant par de la formation, de l'implication et de la formalisation.

Enfin, j'ai travaillé sur une démarche qualité d'accueil lors de la parution de la loi 2002 du 2/1/02 en me basant sur le référentiel qualité ANGELIQUE, et mis en place la démarche HACCP (analyse des points de contrôles critiques de façon aléatoire) en cuisine, qui devenait impérative.

Ma règle a toujours été une grande transparence et une communication réelle de ce qui était prévisible avec le conseil d'administration, les résidents et leur famille et le personnel, dans une optique de continuité à tous niveaux. Cette démarche, lente, mais indispensable, nous a ralenti dans les réajustements auxquels nous allons devoir faire face très prochainement. Il m'est indispensable d'avoir des orientations politiques associatives claires pour déterminer les enjeux de l'établissement et les axes stratégiques à mettre en place.

A ce jour, nous négocions les termes de la convention tripartite permettant une médicalisation de la structure avec la mise en place d'un forfait soins que j'appellerai phase 1. Un projet de rénovation/extension est en cours avec le propriétaire des murs :

phase 2 que je développerai en partie III. Ces démarches sont bousculées par l'aggravation de la dépendance et de l'état de santé des personnes âgées qui sont inscrites en liste d'attente dans notre établissement. Les risques liés à leur sécurité vont en croissant et les risques de maltraitance, bien que très encadrés, ont un contexte favorable à leur développement.

D'autre part, nous ne pouvons pas toujours répondre favorablement aux demandes locales d'admission et n'avons pas un taux d'occupation permettant de stabiliser la structure.

Je vais développer l'aspect ressources humaines pour aboutir à une analyse plus détaillée.

La gestion de la pénurie en personnel est l'une des faiblesses du secteur des personnes âgées.

Les personnes âgées restent de plus en plus longtemps à leur domicile grâce aux services à la personne. Leur entrée en établissement, retardée, modifie leurs besoins. Les prestations doivent être plus adaptées. La capacité d'accueil d'origine avec une population de personnes âgées, relativement autonomes, demandait moins de personnel, et de moindre qualification qu'actuellement. En effet, le GMP est beaucoup plus élevé et la prestation doit évoluer.

La pénurie en personnel qualifié se vérifie, tant au niveau national que local. Dans notre zone géographique et compte tenu des voies d'accès à l'établissement, il est prudent de recruter dans un rayon de 15 km pour avoir la garantie d'un personnel présent, surtout à la mauvaise saison.

Nous n'avons pas opté à ce jour pour la convention collective nationale (CCN) 51 du fait de la répercussion non négligeable sur le prix de journée.

La force de la structure est celle-ci : le personnel recruté localement et depuis longtemps ne souhaite pas quitter l'établissement, parce qu'il est très attaché à la structure et à la vie locale.

J'ai constaté un élément important qui n'est pas à négliger : tout nouveau salarié qui entre dans l'établissement est intégré par l'équipe de façon informelle dès lors qu'il s'implique, la charge de travail est répartie. Dans l'autre cas, il donne sa démission.

Une approche qualitative pour limiter la dépendance est développée depuis plusieurs années, par de la formation. Je concentre mes efforts sur un maintien de l'autonomie et de l'indépendance des personnes accueillies. Elle se traduit concrètement au niveau des équipes par davantage de formations et une meilleure connaissance des publics. Un

travail de discussion et d'écoute est intégré pour chaque poste de travail en coordination avec le reste de l'équipe. Il en est de même concernant les AS et les AMP. Le contexte géographique et la pénurie sur le marché de ce type de personnel m'ont amenée à développer une politique de formation qualifiante. Elle vise la promotion professionnelle des salariés et leur permet d'obtenir les qualifications qui nous font défaut. Nous avons recours à la VAE (validation des acquis de l'expérience) et aux formations qualifiantes (BEATEP pour l'animation, AS, AMP, CAFDES) afin de valoriser en interne les salariés qui souhaitent évoluer dans leur carrière professionnelle, incitations que l'on retrouve dans le Plan « Solidarité Grand-Age 2006-2008 »³⁰.

S'est alors posé le problème du recrutement des remplaçants, peu ou pas formés aux exigences de la structure et sans aucune qualification.

Afin de garantir une sécurité tolérable, j'ai mis la priorité sur la formation de tout le personnel, même remplaçant. Elle concerne les premiers secours, la prévention incendie, l'hygiène sanitaire, la prévention des risques alimentaires par la méthode HACCP et l'hygiène du linge et des locaux.

Des protocoles sont établis en ce qui concerne les risques sanitaires (canicule, épidémie de grippe, légionelles...). Des aide-mémoire permettant une meilleure connaissance et organisation des tâches retracent les comportements et les habitudes des résidents. Ils servent essentiellement au personnel remplaçant, les autres personnels ont largement participé à leur élaboration et à leur évolution.

Le recours à des recrutements externes : la structure a besoin de se médicaliser pour répondre à une nécessité impérieuse de sécurité, de qualité d'accueil et de soins. C'est ainsi que nous avons réfléchi conjointement avec la DDASS et le Conseil Général sur l'urgence d'une organisation médicalisée par la signature de la convention tripartite : phase 1 en cours du programme.

Quelques ajustements sont à prévoir

- Les délégations ne sont pas formalisées. En effet, je n'ai pas de délégation écrite concernant l'étendue de mes interventions. Il serait donc malvenu, tant que cela n'est pas établi, de prétendre pouvoir déléguer à mon tour. Cela reste un de mes objectifs puisqu'il s'inscrit dans une politique de management stimulante que je m'efforce de maintenir.

³⁰ Plan « Solidarité Grand-âge 2006-2008 »

- D'autre part, il est important de je puisse inscrire au budget un salarié intermédiaire (secrétaire ou économiste). En effet, je remplis simultanément les fonctions d'économiste, secrétaire, intendante, comptable, chef de service, coordinateur de soins.

Il me reste peu de temps pour la fonction de direction. Je privilégie la communication et la satisfaction des usagers avant de me pencher sur la réglementation en vigueur ou de me questionner sur nos pratiques et leur évolution (voir organigramme en Annexe II).

- Une médicalisation urgente de l'établissement constituera la phase 1 du projet.

- Je dois améliorer les conditions de travail du personnel surmené. Les conditions actuelles sont propices aux accidents de travail et au burn-out provoqué par la difficulté de se mouvoir dans les salles de bain, agacement, perte de temps, ...).

Une petite unité de vie

L'association disposait à l'origine d'un établissement composé d'un bâtiment qui est le corps de la maison de retraite, et de 4 appartements.

L'association bénéficie pour son établissement maison de retraite, d'un agrément du Conseil Général (DSD : direction des solidarités départementales) et de la DDASS, sur la base d'un accueil de 25 places : 18 en établissement et 7 en appartement « gîte éclaté ». A ce jour, elle n'est plus que de 20 lits dont 2 en gîte éclaté.

La convention tripartite engage l'établissement dans une démarche qualité relative à la vie, aux soins, à l'accompagnement de la prise en charge, au respect du droit à l'intimité et à la vie privée. La phase 2 du projet prend toute sa dimension dans la rénovation et l'extension de la structure. La rénovation de l'accueil en l'EHPAD en chambres simples combiné à la création d'une unité de vie Alzheimer indépendante pour un total de 30 lits, a reçu un avis favorable du CROSS-MS (Comité Régional d'Organisation Sanitaire, Sociale et Médico Sociale) en février 2005. La capacité d'accueil autorisée à l'association s'élevait à 25 places. Une demande d'autorisation est nécessaire lorsqu'il y a une création supérieure à 30 % de l'activité³¹. Elle n'était donc pas indispensable. J'ai opté pour le dépôt d'un dossier de procédure simplifiée en CROSS-MS accompagnée d'une étude de marché, afin de recueillir l'avis de tous les interlocuteurs concernés (DDASS, Conseil général, CODERPA). Le projet a été accueilli avec succès et répond réellement à un besoin non couvert sur le secteur. Le coût élevé pour la petite commune de Bayons et la recherche de subventions retardent quelque peu le projet. Notre établissement est inscrit dans le Schéma Départemental Gériatrique lancé dans le département des Alpes de

³¹ Décret n°2003-1135 du 26/11/2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements.

Haute-Provence le 19/5/2006. L'avis favorable en CROSS-MS est valide jusqu'en février 2008. Il me va donc falloir mobiliser davantage le conseil d'administration autour de ce projet, et stimuler la commune dans l'avancement des travaux.

La réglementation sécurité est minimale en lien avec la taille réduite de l'établissement (inférieure à 20 lits) : de Type U 5^{ème} catégorie. La structure conserve une apparence de grande maison, beaucoup plus conviviale. Cependant, ma réflexion se porte depuis plusieurs années sur les locaux loués par l'association qui soit en inadéquation avec les besoins de la population accueillie. Les locaux en effet ont été conçus pour accueillir des personnes âgées valides en hébergement temporaire. La situation demande une adaptation de l'architecture en termes de mobilité, repérage, signalisation. Elle doit permettre le respect des droits fondamentaux : intimité, vie privée, d'où un travail de réflexion sur l'installation de chambres individuelles. Nous abordons la phase II du programme. Il est urgent de mettre en place un lieu de vie spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

L'accueil en petite unité de vie est généralement employé pour définir l'accueil en foyers logements de type MARPA (Maison d'accueil pour retraités et personnes âgées) en France, à l'initiative de la caisse de mutualité sociale agricole. Notre établissement, par sa taille, pourrait être assimilé à une MARPA. L'EHPAD fait référence à de grandes structures. Cette catégorie d'établissement est atypique et ne dispose pas des mêmes moyens financiers et humains qu'un EHPAD de grande taille. Ce type de structure existe encore dans les départements ruraux.

Les liens entre le personnel et les résidents se créent plus facilement. Chacun peut connaître l'autre et l'apprécier de par la proximité, la fréquence des rencontres et souvent, dans notre établissement, le lien de parenté. Ce sont ces liens au quotidien qui sont les plus importants dans la vie en établissement d'une personne âgée. Ils lui permettent de s'intégrer et de s'adapter plus facilement à ce changement de vie. Le personnel peut ainsi avoir les attentions justes. Le petit nombre de résidents accueillis est propice à une ambiance plus chaleureuse, rassurante, humaine, conviviale. C'est un constat national et européen (notamment en Belgique et en Italie) qui met en évidence ces qualités d'adaptation et de maintien du lien social.

S'ils prônent ce mode d'accueil, il est difficile d'établir des bases de comparaison tarifaires puisqu'elles sont parfois volontairement compliquées.

Par ce type d'accueil local en petit établissement, nous sommes arrivés à recréer l'équivalent d'une tradition un peu perdue qui était de conserver nos anciens dans le cercle familial. « Les rythmes de vie de plusieurs générations et le coût des logements ne

permettent plus cela »³². C'est cet aspect humain qui rend plus pertinente l'existence de cette petite unité de vie, dans ce contexte local.

TREGOAT J.J., Directeur général de l'action sociale du ministère de la santé et des solidarités, revient sur les défis de ce vieillissement de la population française :

« Il sera de maintenir l'effort de création de places jusqu'en 2010 tout en diversifiant les modes d'accueil.

- Les établissements devront entrer dans une culture de qualité et d'autoévaluation suivie.
- Développer l'attractivité des métiers, la formation pour faire face aux besoins en personnel.
- Contenir les coûts supportés par l'utilisateur en mutualisant les fonctions et en respectant les indicateurs du secteur.
- Informer sur les tarifs et les coûts, les offres, les initiatives innovantes.
- Développer les groupements de coopération sociale et médico-sociale pour la mise en commun des moyens en personnel, la création de filières offrant une continuité de la prise en charge sur un même territoire géographique ».

L'état financier de la structure est celui-ci :

La trésorerie en 2000 avoisinait 1500 €. A ce jour, elle avoisine 150.000 €. Elle est rassurante pour le conseil d'administration. Elle est suffisante pour lisser la hausse des loyers après travaux prévus en phase II. Elle est suffisante aussi pour cesser l'activité sans que l'association ne laisse de dettes, dans un délai maximum 5 ans, si rien n'est fait.

L'enjeu est de prendre conscience que l'association est autre chose qu'une gestionnaire de patrimoine ou d'établissement. Même si la structure associative ne recherche pas les excédents, elle ne pourra survivre par des déficits. Le niveau de la concurrence ne se situe pas seulement au niveau des coûts mais aussi par la qualité des prestations.

L'utilité sociale se caractérise alors par des projets et des prestations qui ont fait l'objet d'un débat public ou d'une délibération avec les bénéficiaires. C'est ce qui la différencie de l'intérêt général qui s'impose aux usagers.

Le contexte est donc le suivant :

Une volonté politique forte de prise en charge de la dépendance au travers de la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), loi du 20.7.2001 et loi 2002.2 du 2.1.2002 relative aux droits des usagers.

³² **BREDA-JEHL C.** - *Autonomie des personnes âgées* p 27 – *op.cit.* p12

La canicule de 2003 suivie du Plan vieillissement solidarité du 6 novembre 2003 a accéléré la politique de modernisation de l'organisation du secteur des personnes âgées. Le manque de places et l'inadaptation de la plupart des maisons de retraite ont été mis en relief. Elle se traduit par la nécessité d'augmenter le parc immobilier et par le développement de la médicalisation des établissements.

Nous avons vu apparaître ces dernières années les prestations de maintien à domicile, les VAE, pour pallier ces carences d'une part, et pour répondre à la liberté des personnes de choisir leur lieu de vie, d'autre part. De ce fait, elles entrent plus tard en établissement, lorsque le maintien à domicile s'avère inadapté.

Ceci se traduit par une dépendance élevée et des soins plus conséquents. Cette situation m'a conduit à un questionnement en profondeur sur les prestations que peut apporter la structure à ce « nouveau public », sur une plus juste approche de leurs besoins et attentes. Peut-on se contenter d'actes techniques dans une organisation rigide sans risquer de perdre de vue l'humain ?

Ma première démarche va prioriser la prise en charge en terme de soins, mais aussi dans le mode d'accueil de personnes désorientées de type maladie d'Alzheimer.

Dans cette optique, je vais faire évoluer les facteurs limitants en potentiels d'amélioration de la qualité d'accueil dans l'environnement de la maison de retraite.

C'est sous l'angle de la bientraitance que je vais développer la partie suivante, ce qui permettra de poser des bases de réflexion sur la qualité d'accueil. J'insisterai sur la place primordiale de l'individu et sur la mobilisation de l'équipe dans un contexte de changement.

2 REFONDER LE PROJET GLOBAL D'ACCUEIL

Le secteur des personnes âgées était jusqu'alors majoritairement associatif ou public. Il s'ouvre au secteur privé lucratif qui a une forte capacité d'investissement et un parc immobilier récent.

D'autre part, l'apport d'un accompagnement adapté aux personnes âgées accueillies qui ont des besoins croissants et hétérogènes s'avère complexe. Je recherche la technicité mais aussi la professionnalisation de tous ces acteurs. Mais cela reste insuffisant.

J'amorcerai une évolution collective en valorisant les salariés qui sont la plus-value par excellence des relations à l'usager. La reconnaissance apportées à l'équipe est un atout permettant d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies telle qu'expliquée par CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R.³³

J'aborderai ensuite la bientraitance envers les personnes âgées comme un axe fédérateur de l'équipe.

Puis, je détaillerai le financement de cette politique d'amélioration de la qualité de vie avant de formaliser le pré-projet.

Le dictionnaire Petit Larousse Illustré définit la bientraitance au travers de déclinaisons.

Traiter : *agir de telle manière avec quelqu'un-* dans l'optique qui m'intéresse : bien agir avec quelqu'un.

Traitant : *qui traite, soigne*

Les termes bien agir, bien soigner relèvent de la morale, de la culture et de la philosophie. Je me rapproche de la loi 2002.2 qui intègre toutes ces notions pour refonder ce changement.

Ces deux étapes me conduisent naturellement à engager une démarche de professionnalisation des salariés pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. D'autre part, j'engage une réflexion sur la bientraitance au travers des étapes de la vie en établissement.

Enfin, je formaliserai un pré-projet partagé en limitant le surcoût financier

Le changement va être transversal et se déroulera par étapes. Chaque étape permettra à la fois d'enrichir la pratique professionnelle des salariés et de faire profiter les personnes âgées d'une amélioration de la qualité d'accueil. Dans les paragraphes qui suivent, nous verrons ces deux éléments ainsi que leurs liens.

2.1 Une démarche de professionnalisation au service des résidents

2.1.1 Un changement nécessaire

Une étape d'adaptation nécessaire

Je m'inspire de l'analyse de MIRAMON JM pour comprendre les étapes du changement et mettre en place un accompagnement adapté³⁴.

Il se déroule en quatre phases.

Les deux premières offrent une résistance au changement de la part du personnel.

La négation, le refus, le sentiment que cela n'a pas d'intérêt.

La soumission, la culpabilité, la colère, le sentiment de ne plus être adapté.

Les deux autres phases sont :

L'éveil : la réalité s'impose à moi

L'intégration : je deviens acteur du changement

Ce changement va s'opérer par la mobilisation des intervenants. Il passera :

* par de la communication. J'aurai à charge de m'assurer de l'adéquation permanente entre les valeurs du projet d'établissement et l'adhésion du personnel à ces mêmes valeurs. Le changement doit être porteur de valeurs, être partagé mais doit aussi permettre à chacun de se représenter l'avenir de son organisation.

* par un travail en réseau, faire communiquer, partager des compétences et aptitudes, élaborer une vision commune en vue d'agir ensemble.

* par la capacité d'adaptation à la perception de l'environnement, l'implication des acteurs et la prise de recul³⁵.

La stratégie permet, par un juste équilibre, l'accompagnement du changement. L'objectif est de chercher la cohérence de l'équipe et des intervenants (salariés et bénévoles) par rapport à un projet, de le faire concorder avec le projet de chaque individu. Tout projet, tout changement imposé sans explication, ne sera ni compris, ni suivi. Il ne recueillera pas l'adhésion nécessaire à sa mise en place. L'association des acteurs au changement est donc impérative.

³³ CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R. - *Mission et management des équipes en établissement* - p26 - op.cit p10

³⁴ JM MIRAMON - *Manager le changement dans l'action sociale* - Editions ENSP - 2001

³⁵ JM MIRAMON et URIOPSS Pays de la Loire – Etude 10% FPC - Juin 2003

Il convient de commencer par l'analyse du processus de changement dans les organisations. Comme le cite GODET M³⁶, CROZIER M. (1995) part du constat que le changement provoque toujours des résistances. Elles sont tout à fait humaines et légitimes. La situation d'origine est stable et connue, les relations et les répartitions du travail entre les personnes sont bien établies.

Le changement va venir perturber toute cette machinerie bien huilée en apparence pour amener de l'incertitude, des efforts d'adaptation à une nouvelle organisation. Il remet tout en cause, implique un nouveau comportement, une assurance que l'on ne perd rien dans ce changement, faute de gagner.

Cette analyse est confirmée dans un article de la TRIBUNE, où DOUCET C.³⁷ aborde le phénomène de « la résistance au changement et la démarche qualité ». Il la complète par le fait que chacun doit pouvoir retrouver une place dans le changement et ce, au prix d'efforts considérables. Cette situation sera d'autant mieux acceptée que l'équipe aura clairement compris l'utilité du changement et qu'il y aura des contreparties.

Cette phase est appelée phase de décristallisation.

Elle va demander une évolution sur le plan psychologique

Afin de limiter le stress généré par le changement, il faut entrer dans une dynamique d'évolution continue. Je veille à ce qu'il n'exclue aucune personne quelle que soit sa capacité d'adaptation au changement. Il valorise le poste de travail par le fait qu'il y a une progression constante dans les pratiques. CONNANGLE S. aborde la nécessité de dynamiser les équipes par une adaptation permanente des compétences.

L'information et la formation sont un préalable incontournable à l'évolution des mentalités.

La préparation au changement

Il faut créer de la motivation pour passer au-delà des craintes que procure ce changement. Il faut expliquer, présenter, tester et communiquer pour mettre en place un nouveau mode de travail. La concertation est indispensable afin de déterminer les besoins, impliquer les acteurs avec leurs pratiques, accepter les suggestions. La planification du changement doit être détaillée pour conduire à de bonnes conditions de travail. Elle permet de recueillir la participation de tous en donnant la *voie droite*³⁸. (Extrait en annexe I).

³⁶ GODET M. - *Manuel de prospective stratégique* – 2^{ème} édition Dunod

³⁷ www.journaldunet.com/solutions/tribune La résistance au changement et la démarche qualité par DOUCET C. du cabinet DOUCET Conseils.

³⁸ SUN TZU – *L'art de la guerre* – Editions Flammarion – 1999 p92-93

Ouvrer ensemble à des niveaux d'intervention différents et favoriser la communication entre les salariés est un moteur de développement de la qualité. Cette communication passera par la coopération inter-services. Le choix d'objectifs tels que la qualité d'accueil prend alors toute son ampleur par la traduction du projet associatif (sommaire mais porteur de valeurs) en un mode de management qui fixe les orientations concernant la vie de l'établissement et l'animation des équipes³⁹. En effet, le respect et la prise en compte des besoins et du bien-être de l'équipe permettent de la mobiliser. La compétence et l'esprit d'initiative conduisent à un développement dynamique, à une transformation permanente, à une approche plus attentive des besoins des usagers.

2.1.2 La mobilisation autour des besoins

Les premières références nous amènent aux travaux de ENGEL F. (statisticien Allemand). Puis plus tard, l'économiste MASLOW, a élaboré une pyramide des besoins qu'il définit ainsi :

Besoins primaires : biologiques (manger, avoir un toit, dormir, se vêtir). Lorsqu'ils sont atteints, ils évoluent vers l'accès à des besoins secondaires : de confort, d'agrément, vie matérielle, puis évoluent vers les besoins tertiaires : psychologie de l'être humain et réalisation personnelle, de culture.

MASLOW a aussi défini 4 axes de mobilisation des hommes :

- instrumental : salaire, représentation, statut
- professionnel : technicité, métier, goût de réaliser et d'obtenir des résultats
- managérial : goût des responsabilités, d'exercer du pouvoir et d'animer une équipe
- communautaire : relations formelles et informelles, ambiance, appartenance à une équipe.

Cependant, OBADIA M. démontre que le principe de MASLOW n'est plus satisfaisant. En effet, la société a évolué et s'oriente vers la consommation, les services, les loisirs⁴⁰. Il aborde alors une théorie basée sur « l'hélice » au lieu de la pyramide dans une simultanéité des besoins. Ce concept est à prendre en considération lorsqu'il s'agit de fidéliser le personnel. C'est la rémunération qui va attirer la personne, mais ce n'est pas cela qui la fera rester dans la structure.

³⁹ **BATIFOULIER F. et NOBLE F.** – *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* – Paris – Editions Dunod – 2005.

⁴⁰ OBADIA M. - *Sortir de la préhistoire économique* - Editions Economica - 1997

Plus proche du secteur J. HAERINGER⁴¹ s'oppose lui aussi à la théorie des besoins de MASLOW. Cette théorie des besoins concerne également le public accueilli et ses attentes en terme de prestations. Ils ont été concernés par l'évolution de la société pour y avoir contribué. Leurs besoins ne sont certainement plus les mêmes que ceux de la génération précédente.

Dans ces besoins, j'inclus également d'autres points sur lesquels je porte une vigilance constante afin de maintenir la mobilisation et ne pas bloquer le processus de changement.

Le principe de précaution est cependant indispensable dans cette étape.

Dans cette phase délicate, je dois mettre en place des méthodes de pilotage. Elles vont prendre en compte l'incertitude pour préparer au mieux la structure à l'imprévisible mais aussi supprimer tous les risques connus.

Il est recommandé la plus grande vigilance concernant les recrutements de personnel (antécédents judiciaires, réalité des diplômes d'aides soignants).

Pour les salariés non soignants, la formation doit rester très ciblée sur leurs missions, en relation avec leur fiche de poste, faute de quoi, nous verrions apparaître des comportements de « faisant fonctions ». Une connaissance nouvelle doit s'accompagner d'une capacité de la part du salarié à remplir leur mission en pleine conscience des responsabilités qui vont en découler.

Parfois, la connaissance amène un refus d'effectuer certaines tâches et à un phénomène de sous-traitance. Une formation mal adaptée aux profils psychologiques peut conduire à un refus de faire s'il y a un écart entre le fonctionnement de l'établissement et le contenu de la formation.

Ceci renforce la nécessité de fédérer autour des valeurs supérieures (généralement associatives) qui vont naturellement limiter les déviances.

Le taux d'encadrement est très important dans la qualité du travail et des prestations fournies. Comme le rappelle BAS P. dans son rapport, il est nécessaire d'arriver à un bon taux d'encadrement (de 1 pour 1). Il préconise un recours aux contrats de travail aidés de type CAE (contrats d'accès à l'emploi) et contrat avenir pour les personnes âgées les plus dépendantes que nous retrouverons au &III-2.

⁴¹ HAERINGER J. - *Rénover l'action sociale et médico-sociale* – éditions Dunod

L'amélioration des conditions de travail passe par le confort et l'ergonomie des postes de travail, la prévention des risques professionnels avec une meilleure connaissance des pratiques et des gestes. Les horaires organisés et les outils mis à la disposition du personnel contribueront à améliorer les conditions de travail.

Le pre-projet d'établissement va définir les missions des équipes et permettre l'harmonisation des prestations quels que soient les intervenants. Il est donc indispensable que l'équipe connaisse et partage les valeurs communiquées dans le projet afin de pouvoir les mettre en application.

Le projet devra alors être cadrant sur les missions confiées à chacun.

Afin de pouvoir fédérer autour des changements, il faut disposer d'un large réseau de relations ainsi que d'une bonne connaissance des textes &III.2.4. Il faut ensuite rechercher la cohérence afin de pouvoir argumenter les décisions. C'est la première étape avant la conception.

L'anticipation est une dimension majeure de la stratégie qui devient alors un processus dynamique et souple pour lequel il faut repréciser sans cesse les finalités et les régulations à apporter.

Je vais aborder la rencontre plus en détail au travers des pratiques mises en place. Elle permettra à la personne âgée d'intégrer, en douceur, ce qui va devenir son nouveau lieu de vie.

2.1.3 Impliquer dans le changement

Il faut également laisser aux intervenants le temps de mûrir sur ce changement, permettre au cerveau de développer de nouveaux modes de pensée. Aucune transformation n'est immédiate parce qu'elle est avant tout biologique.

Les risques d'erreur seront élevés dans un premier temps. Il faudra alors faire preuve de bienveillance, d'indulgence tout en recherchant la cause de ces erreurs et les corriger, sans quoi, le changement prévu sera contourné par des pratiques informelles.

La recherche d'une évolution acceptée maximisera les chances de réussite de ce changement.

Il est tout d'abord essentiel de se pencher sur ce qui fait peur, dérange et pose problème. Le regard porté sur des personnes âgées en établissement doit être constructif.

Dans les faits, dès la première étape franchie, les acteurs sont en demande de formation, de connaissances. La connaissance du public permettra aux intervenants de faire le lien avec les valeurs et de s'intégrer pleinement dans le changement.

Il convient alors de définir et de différencier vieillesse et vieillissement et de communiquer sur ce sujet.

Ceci permettra à chacun de faire valoir ses compétences et son expérience, de faire des conflits une source de dynamisme et de communication sur ce qui porte à distensions. Je pourrai revaloriser le personnel par rapport à la réalisation du projet, vérifier les résultats et si besoin, apporter les mesures correctives.

La plus-value qui sera apportée à l'autre, à l'usager et aux professionnels par cette réalisation sera intégrée au projet.

Le point commun à tous les managers est d'arriver à mobiliser et à fidéliser son équipe.

Le meilleur moyen de motiver est de lancer de nouveaux défis avec pour seul objectif l'implication au delà du résultat⁴².

Mon mode de management passera par la reconnaissance au travers de la délégation. Elle permettra aux salariés, dont la compétence et la capacité d'accomplir certaines tâches avec rigueur et conscience professionnelle sont reconnues, d'être motivés et d'évoluer. Etablie sans ambiguïté, la délégation n'est pas présumée. Elle doit être acceptée par le salarié et lui permettra d'avoir le recul qu'il n'aurait pas eu en temps que simple exécutant. La prise de recul de l'équipe est nécessaire pour accepter le changement. Consciente de ses acquis, l'équipe pourra alors travailler sur « la qualité d'accueil » en modifiant certaines pratiques. Cela aura une répercussion forte sur la façon dont les personnels vont aborder leur poste de travail et leur carrière. En cas de réussite de la délégation, les activités déléguées pourront être intégrées dans la fonction du collaborateur. Cette démarche doit être accompagnée dans un cadre défini clairement au préalable.

Les résultats indirects de cette démarche seront la motivation, l'implication mais aussi la limitation du turn-over par un mieux-être des salariés.

Nous retrouverons cette démarche dans le projet d'établissement dans lequel elle doit réellement s'inscrire.

La mobilisation autour d'une nouvelle approche du public va passer par la connaissance et ainsi faciliter l'accompagnement.

⁴² GODET M. - *Manuel de prospective stratégique* – op.cit. p30

La vieillesse symbole de maturité, de sagesse, est la dernière période de la vie qui correspond à l'aboutissement de l'état de sénescence. C'est une nouvelle classe d'âge.

La sénescence est caractérisée par l'involution des fonctions physiologiques et psychologiques conduisant au vieillissement.

La vieillesse ne détermine pas à partir de quel moment un individu se sent vieux. C'est l'état psychique qui va le déterminer⁴³.

Selon le Larousse de la Psychologie « le vieillissement est l'ensemble de transformations qui affectent la dernière période de la vie et qui constituent un processus de déclin ».

Selon Messy J. « la personne âgée n'existe pas » : le vieillissement ne serait qu'une évolution qui débute à la naissance, termine à la mort et dont les marques biologiques diffèrent d'un individu à l'autre.

Dès les années 60, le développement de la médecine et l'émergence d'une réflexion politique amènent une approche nouvelle de la vieillesse. La gériatrie exclut la notion de vieillard inguérissable. Cette vision uniquement médicale place l'homme en temps que malade plus qu'en temps qu'individu et néglige son environnement. La personne est alors privée de son pouvoir de décision et devient dépendante. Par une approche gérontologique, l'équipe pourra intervenir comme l'élément re-structurant du bien être et le garant des droits de la personne dès la phase I du projet. Ce sera essentiel, notamment au travers de l'équipe soignante, comme décrit dans le &l.1.2 lié à l'accompagnement des pathologies.

L'action qui en découlera (description des missions, prestations, procédures...), est insuffisante. La clarté des valeurs annoncées tout au long de cette partie va me permettre de structurer le fonctionnement à venir dans une dynamique de projet.

Afin de permettre le changement, je dois associer l'équipe⁴⁴ :

- En focalisant sur l'individu avant d'aborder la rencontre avec la personne âgée comme une des phases les plus importantes⁴⁵. La première rencontre est une phase permettant à chacun de s'observer, de se tester, se chercher et apprendre à communiquer. C'est une phase d'ajustement mutuel où chacun est à l'écoute de l'autre.

⁴³ CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R. - *Mission et management des équipes en établissement* - p26 - op.cit p10

⁴⁴ JM MIRAMON - *Manager le changement dans l'action sociale* - p52 – op.cit. p30

⁴⁵ S. CONNANGLE et R VERCAUTEREN - *Mission et management des équipes en établissement* - op.cit. p10 - p 54

- Par des formations à l'écoute qui sont annuelles et sollicitent l'ensemble du personnel. Cette connaissance leur permet de mieux communiquer avec la personne âgée.

Exemple : écoute et accompagnement autour de la fin de vie, écoute et accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Les retours des formations collectives sont très riches.

Une clarification de la relation résident payeur et salarié aidant doit être faite. La notion de service dans un établissement dit collectif doit être mise en avant. De plus, elle doit amener la personne qui vit désormais en institution à trouver des repères individuels dans cet environnement organisé dans les grandes lignes pour un collectif. Ces repères individuels se traduisent autour de la notion de service pour lequel la personne âgée paye. Elle peut, dans certains cas, s'accaparer le personnel, le penser à sa disposition unique. Une dépendance s'instaure vis-à-vis de ce personnel qui a le pouvoir d'agir. Cela va engendrer une demande toujours plus grande de la part de la personne âgée qui est en attente de son soin, d'un service, d'une aide. De son côté, le personnel trop sollicité par la personne va arriver à saturation et finira tôt ou tard par être désagréable ou ignorant des demandes qui lui seront faites.

Nous entrons alors dans la maltraitance⁴⁶.

Il est donc important d'effectuer un travail d'explication en direction du personnel mais aussi avec les résidents afin que chacun trouve un juste équilibre dans la relation. Une formalisation stricte amènerait le risque majeur de tomber dans l'institutionnalisation stagnante.

Aussi, le mouvement et la participation deviennent des facteurs encourageant au travail et limitent les cas de burn-out. Toujours selon CONNANGLE S., le principe est alors, par l'information, la formation et la connaissance, de rendre les acteurs responsables au sein de l'établissement en ayant une fonction « agissante ». Chacun est responsable, à son niveau, des agissements du groupe, en fonction des contraintes de la structure. Ces contraintes devront être connues, adaptées puis intégrées dans les pratiques.

L'auteur définit les permanents, personnel à multiples compétences. C'est sur eux que repose la stabilité de l'établissement.

La maison de retraite en comporte 5 qui assurent le lien entre tous les intervenants, les résidents et les nouveaux arrivants. Ils ont la capacité de s'adapter à toute situation mais sont très sensibles à tout dysfonctionnement touchant les résidents. De ce fait, ils sont les plus sensibles au découragement. Ceci demande de ma part plus de présence et une communication interactive que nous retrouverons en partie III.

⁴⁶ www.sante.gouv.fr - Le guide de gestion des risques de maltraitance - 2002.

L'ensemble de ce paragraphe est tourné vers la valorisation du personnel au travers de la connaissance, qui est une étape indispensable de la professionnalisation.

2.2 L'accueil bientraitant des personnes âgées : un axe pour fédérer

2.2.1 Les différents aspects de la bientraitance

Les politiques publiques relatives à ce sujet

- Au niveau européen, une Charte des droits fondamentaux de protection des personnes âgées (art. 25) vise à assurer des ressources suffisantes aux personnes âgées, la prévention des maladies et la dignité des personnes quant à leurs conditions de vie en établissement⁴⁷.

- Le guide de gestion des risques de maltraitance www.personnes-agees.gouv.fr est détaillé en annexe III pour une adaptation à la maison de retraite Gervasy.

- La responsabilité de la maltraitance entre résidents incombe aussi aux directeurs d'établissements qui n'ont pas mis en place les moyens en personnel permettant de canaliser ces dérives.

- Une loi modificative sur la protection des majeurs verra le jour au 1/1/09 et recadrera les critères permettant à une personne de bénéficier d'une mesure de protection.

- Dans son plan de développement de la bientraitance et le renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14.3.2007, BAS P. alors ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, signale :

935 signalements reçus sur 3 ans par la DDASS pour 960000 personnes accueillies, soit 0.03 % par an. Il rappelle que la maltraitance peut prendre de multiples formes : la négligence, la violence psychique ou morale jusqu'à la maltraitance physique et sexuelle, l'indifférence, les abus financiers.

L'Agence Nationale de la Bientraitance remplace l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESM) et devra permettre une qualité durable par un engagement des établissements. Par la mise en place obligatoire d'une évaluation interne (en 2007- tous les 5 ans) et externe (en 2009- tous les 7 ans) des pratiques professionnelles, le Gouvernement entend s'assurer le respect des règles de prévention et de lutte contre la maltraitance⁴⁸. L'Association ALMA crée un numéro de téléphone : correspondant maltraitance.

⁴⁷ www.personnesagees.loieuropeennespart25.htm - RAPPORT 2002

⁴⁸ Loi n°2002-2 du 2/1/2002.

- Le Programme national « bien vieillir » de mars 2003 axe sa démarche en faveur de l'accroissement et du maintien du niveau habituel d'activité physique de la vie quotidienne, une alimentation équilibrée en relation avec l'activité physique.

La bientraitance de la population accueillie

Le projet de vie doit reposer sur un service de qualité, c'est-à-dire qu'il doit apporter une réponse adaptée et conviviale à un besoin identifié, à un prix abordable par une majorité des personnes concernées, avec un délai de réponse ou d'intervention rapide.

Une règle importante à ne pas oublier : une demande doit être traitée individuellement. Un besoin sera plus collectif.

Le service, dans une démarche qualité, est fonction de trois principes : le respect, la prise en charge individualisée et la relation entre la personne âgée et le salarié. Mon rôle est de protéger le résident d'une prestation uniquement centrée sur de la technicité, et le salarié d'une relation excessive sur un plan émotionnel.

Pour reprendre le Prix Nobel BECKER G., rien ne peut être fait sans le capital humain porteur de gentillesse et d'humanité. L'amabilité et la capacité d'adaptation à la personne accueillie sont aussi des critères très importants, tout autant que la capacité d'écoute. Ceci nous permet d'aller au-delà de la technicité.

Vers une approche humaine de la vie en institution

Après avoir constaté que les français avaient une mauvaise opinion des maisons de retraite, PELISSIER J. – Psycho gérontologue a travaillé sur le développement du respect de l'individu⁴⁹. Il favorise le bien-être par de la musique douce, des matelas à eau, des massages de toucher, de l'esthétique, des soins corporels.... Il vient répondre à l'un des articles de la loi 2002.2. « Avant à l'hôpital, un bon malade était un malade couché. Aujourd'hui on fait attention à maintenir les personnes debout ».

Elle consiste entre autres à ne pas forcer la personne, à moduler l'organisation à condition que cela fonctionne. Cet aspect déjà intégré dans la structure par l'embauche en 2002 d'une assistante en « maintien esthétique et corporel de la personne âgée » en emploi jeune est à maintenir dans le projet.

La relation résident/proches au sein de l'établissement

Elle est source de conflit avec l'équipe.

⁴⁹ www.psychomédia.qc.ca-25.5.2007- PELISSIER J. – Co-initiateur - *L'Humanitude* - Editions Armand colin

Le résident, frustré par son placement, va critiquer l'équipe auprès de ses enfants parce qu'il souhaite rentrer à son domicile. La famille qui n'a pas eu d'autre choix pour son parent « délègue les tâches quotidiennes » à l'établissement, qui ne sont pas de la qualité escomptée selon leur parent. Les familles en arrivent à faire des reproches à l'équipe qui ne comprend pas ce qui arrive. Elle se retourne donc vers le résident et quel qu'en soit le mode d'expression, nous nous éloignons à grand pas de la bientraitance.

Il s'agit donc d'instaurer des relations de confiance entre ce trio.

Pour cela, nous avons adapté le fonctionnement des Maisons d'Enfants...Un soignant est le référent de plusieurs résidents, tout comme nous demandons un interlocuteur par famille (surtout dans les cas de familles nombreuses).

De ce fait, chaque référent familial a un interlocuteur salarié avec qui il a l'habitude de communiquer. Après une période de prise de connaissance, les relations deviennent intéressantes et les tensions disparaissent.

Le choix du salarié référent se fait en fonction de son affinité avec le résident et sa famille ou par rapport à la connaissance de sa dépendance ou autre point important susceptible de créer une relation de qualité.

2.2.2 La transition entre le domicile et l'établissement

Cette étape se déroule généralement dans un contexte de placement forcé qui est mal vécue⁵⁰. A cela se rajoute l'affaiblissement physique ou psychologique de la personne âgée. Dans ce collectif, l'individu se perd si l'établissement ne met pas en place un accompagnement de la vie. En effet, le placement en établissement est une substitution au domicile dont chacun connaît le terme. Cette situation doit être dédramatisée auprès de la personne âgée à qui, ce nouveau lieu d'habitation est généralement imposé. L'équipe doit entourer la famille qui culpabilise de ne pas pouvoir la garder auprès d'elle. Un projet d'accompagnement visant à promouvoir la personne en temps qu'individu unique est mis en place mais doit être étoffé.

Le projet est rendu possible au travers d'un panel d'outils de la loi 2002.2 restructurant les droits dont disposait la personne, même avant qu'elle ne soit dépendante. Il sera le garant de cette individualité dans une collectivité et un préalable à l'admission. Il est construit afin

⁵⁰ S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN - *Mission et management des équipes en établissement* - p5 – *op.cit.* p10

d'informer et d'accompagner dans cette phase de transition. Le projet de vie personnalisé en découlera.

Cela va demander une préparation à l'entrée en établissement, à la vie en collectivité.

La notion de passage d'un lieu de vie à un autre doit être préparé à l'avance et doit s'inscrire dans le projet de vie du résident. La visite de pré-admission à la maison de retraite Gervasy comprend dans notre structure la visite des locaux, une demi-journée dans l'établissement incluant un repas (déjeuner ou goûter), de préférence en présence de sa famille qui sera invité par l'établissement.

Elle comporte aussi l'autorisation du médecin traitant de la personne à être accueillie dans notre établissement compte tenu de son état de santé.

Dans l'avenir, il serait souhaitable que la personne ait un entretien formalisé avec une psychologue afin de l'accompagner ainsi que sa famille dans cette démarche difficile, souvent douloureuse et culpabilisante. A ce jour, nous disposons d'une aide médico-psychologique. Pour cela, l'établissement a mis en place un questionnaire de pré-admission qui donne les bases nécessaires à l'ouverture d'un dialogue. VERCAUTEREN R. le nomme fichier d'histoire de vie du résident⁵¹.

A ce jour, le questionnaire de pré-admission sert de point de départ à l'élaboration du projet de vie personnalisé.

Cette démarche psychologique permet d'amoindrir les effets traumatiques du passage correspondant à une phase du vieillissement. La reconstruction de l'individu doit être accompagnée par la suite.

La prise de connaissance par le résident et l'adhésion au projet de vie avant la mise en place du projet personnalisé est indispensable pour un accueil dans les meilleures conditions possibles. Le règlement intérieur, le contrat de séjour, le choix des meubles et objets à apporter font partie des incontournables de la visite de pré-admission tout autant qu'un repas en famille dans notre établissement. La charte des droits et libertés des personnes âgées accueillies et le projet de vie sont connus avant l'admission.

« Le projet de vie proposé par l'établissement est soumis à des changements qui permettent de réguler les pratiques professionnelles au travers des crises qu'il génère... Il favorisera la qualité de vie et l'efficacité des interventions ». « La qualité de vie... discerne les attentes des résidents et non sa réductibilité par rapport à ses pathologies ». Le projet

⁵¹ VERCAUTEREN R. et CONNANGLE S. – *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie* – Editions ERES - 2005

doit s'entendre comme la réponse aux besoins d'un client par rapport à la satisfaction de sa demande.

L'individu étant soumis à des changements d'états physiques ou psychiques durant son séjour, le projet de vie personnalisé sera modifié, ainsi que le projet de soins individuel.

La structure et son mode de fonctionnement ne doivent pas être au cœur de l'organisation. Il est indispensable de privilégier une prédominance de l'individu. Les projets d'établissement et de vie personnalisé doivent être forts sur ce thème.

2.2.3 Un accompagnement de la vie

Les comportements les plus fréquents, autour de l'accompagnement, s'expliquent par un acharnement à vouloir rendre autonome, à catégoriser par pathologies ou à vouloir animer des personnes affaiblies, ce qui relève plus de la maltraitance que du bon sens. Il convient de respecter les choix de la personne, de la stimuler sans excès, de proposer mais en aucun cas de décider selon des normes institutionnelles qui seraient faussées par du « vouloir trop bien faire ».

Ces comportements s'expliquent par un siècle de courants de pensée qui bousculent la place de l'homme⁵². L'humanisme est cette position philosophique de la renaissance qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus des autres valeurs, telles que défendues par Alain dans la première moitié du XX^{ème} siècle.

Philosophiquement, les années 50 seront dominées, en Europe Continentale, par la philosophie allemande et essentiellement par HEIDEGGER. Partant de l'analyse humaine comme finitude (définie comme le caractère de l'existence humaine marquée par la conscience de la mort inéluctable) et comme souci, il débouche sur une pensée de l'être et récuse l'humanisme.

Les sciences humaines développées en même temps que les sciences de la nature dans le courant du XX^{ème} siècle, consistent à battre en brèche les quatre siècles d'humanisme qui ont précédé. Si l'homme est connaissable scientifiquement, que reste-t-il de sa liberté, de sa dignité, de sa singularité ? Connaître l'homme, c'est le réintégrer dans la nature, et nier par là son statut d'exception. Les sociologues, psychologues et ethnologues poursuivront tout au long du siècle ce travail de désacralisation.

⁵² CLEMENT C. - *Ce siècle qui nous a changé la tête* - Psychologies magazine - Editions club 1999

Plus nous connaissons l'homme, moins nous pouvons y croire. (Levi-Strauss- Ethnologue Humaniste).

Puis FOUCAULT M., philosophe français développe le thème de « la mort de l'homme ». L'idée d'homme perd peu à peu sa substance, au point peut-être, un jour prochain, de s'effacer. Les philosophes veulent restaurer le sujet, la liberté, la transcendance. Il s'agit, grâce à la conscience, de revenir aux choses mêmes, et de sauver l'esprit de l'emprise de la psychologie, de la sociologie et du réductionnisme.

Suite à la lecture de la philosophie des âges de la vie, une ultime recomposition de la personne pourrait voir le jour sous la maturité devenue « maturescence»⁵³. Elle ne signifie plus un état mais un processus indéfini par lequel nous gagnons en expérience, en responsabilité et en authenticité. C'est un idéal inaccessible mais plein de sens puisqu'il ouvre chez l'individu un processus d'approfondissement de sa maturité.

Sainte-Beuve disait *vieillir est encore le seul moyen qu'on ait trouvé pour vivre longtemps*» et répond à l'homme en quête d'immortalité.

La société prône la jeunesse, le dynamisme, l'innovation. *La rapidité d'évolution de la société fait des vieillards.... une race différente de l'espèce humaine au milieu de laquelle elle achève ses jours* » Chateaubriand dans « *mémoires d'outre tombe* ».

Cette situation est la cause de suicide des personnes âgées. Moins visible que chez les jeunes, il est dix fois plus important que chez les 15-24 ans. Le suicide signifie chez la personne âgée, la difficulté de sortir de la vie. Elles se sentent inutiles, isolées, malades... Heureusement, tous ne se suicident pas et pensent qu'une vie sans vieillesse ne vaut pas la peine d'être vécue. A chaque étape de la vie, elles font l'expérience du bon comme du mauvais, elles apprennent toujours, se débarrassent de ce qu'il y a de plus futile et d'éphémère. La vieillesse est une libération qui permet la prise de conscience de comment on veut réussir sa vie et non pas réussir dans la vie. Elle favorise la sagesse qui le rend bien à la vieillesse par l'activité de l'esprit. CICERON aborde la vieillesse comme « la récompense d'une vie bien conduite. La décrépitude, détestable est le fruit d'une vie dénuée de sens ».

Le choix de l'une ou de l'autre approche appartient à chacun d'entre nous.

La maltraitance passive est liée à l'incompréhension par une équipe stressée, incompréhension des attentes de la personne, communication inexistante ou peu

⁵³ CHEVANNES E. - TAVOILLOT P.H.- *Psychologie des âges de la vie* - Editions DUNOD – 2007

constructive⁵⁴. Elle entraîne, chez la personne âgée, déjà fragilisée par son vécu puis par son entrée en établissement, un repli sur elle-même, une grabatisation et un glissement vers l'abandon puis la mort.

Je distinguerai 3 phases dans les attentes des personnes âgées :

Le réconfort par rapport à leur état physique ou mental, de l'attention, de la gentillesse, une alimentation correcte et une écoute surtout pendant la nuit. Lorsque ces besoins fondamentaux sont atteints, elles sont alors disponibles mentalement pour pratiquer des activités, avoir des loisirs et souvent pour retrouver une vie sociale, être reconnus. Toute sa vie durant, cette personne devenue âgée, a voulu être considérée dans sa dimension humaine : physique, sociale, psychique et spirituelle. Elle souhaite que cela continue. Sur le plan spirituel, la personne vieillissante est très en demande. Elle fait le point sur sa vie et s'interroge sur son terme. C'est un aspect qui est important, pour lequel le personnel est lui aussi très demandeur et qui est à développer.

Cependant, ces phases varient d'une personne à l'autre et le temps d'adaptation peut être plus ou moins long.

Je souhaite intégrer cette conception philosophique dans le projet de vie. Pour cela, je donnerai les moyens à l'équipe de prendre le temps de connaître l'histoire d'une personne, de connaître sa philosophie et l'approche qu'il a de sa nouvelle tranche de vie. L'AMP prend alors toute sa place en attendant le recrutement d'une psychologue.

La tendance de l'équipe, bien qu'en nette progression, est encore de faire « à la place de » au lieu de « faire avec ».

Le comportement qui en découle est parfois ambigu.

Un exemple : une personne à mobilité réduite a besoin de se rendre aux toilettes, cela va prendre du temps. L'effort demandé va entraîner un relâchement de ses muscles, elle va se salir et, comme elle n'a pu communiquer, le premier réflexe sera de lui mettre une couche. Non seulement cette personne va perdre confiance en elle, en son image et va se retrancher. Je suis très vigilante à ce que l'équipe propose à plusieurs reprises dans la journée à tous les résidents en difficulté, un accompagnement aux toilettes. Elle devra rapidement trouver un moyen de communication avec chacune concernant ces détails qui

⁵⁴ www.a.mama.monsite.wanadoo.fr - Article sur B. CUISINIER à propos de son livre *Accroître le soin relationnel*.

peuvent devenir dramatiques. Aider la personne âgée à conserver un mental solide est un facteur important de réussite de cette étape⁵⁵.

Dès lors, nous avons décidé de travailler sur chaque détail de l'accompagnement d'une personne afin de détecter en quoi et pour quelles raisons chacun peut, tour à tour, avoir un mot ou une attitude inadaptée⁵⁶.

Cependant, il faut tenir compte de la réalité du terme

VERCAUTEREN R. a apporté le concept de « mort annoncée » lors de l'entrée en établissement⁵⁷. La personne âgée se trouve face à la réalité de sa mort prochaine. Plusieurs éléments conduisent selon lui à cet état de fait :

- la présence de soignants et la densité de personnes âgées dans ce lieu
- la raison médicale
- 100 % des personnes âgées en établissement y décèdent.

La personne âgée a son histoire derrière elle et se trouve confrontée à une réalité peu engageante. Ceci passera par la prise de conscience et l'acceptation par la personne de ce qui n'est plus (physique, affectif, mental...) afin de valoriser ce qui reste.

Notre établissement présente toujours la structure comme un lieu de passage temporaire, lié à un état ponctuel du résident auquel il peut mettre un terme à sa convenance.

Avec le temps, la personne se rend compte de la difficulté de retourner chez elle et a pris ses marques dans la structure, elle ne souhaite plus changer de lieu de vie.

A ce moment-là, nous considérons que la souffrance liée à cette étape a été minimisée.

Il est alors possible d'aller de l'avant avec cette personne, qui sera disposée mentalement à continuer à vivre. Reste à définir avec elle la façon dont elle souhaite que se déroule son dernier parcours.

L'écoute et le recueil des volontés du résident avant son décès et l'inscription dans le projet personnalisé sont rassurants pour la personne qui saura que ses volontés seront respectées et qu'elle maîtrise une part de cette grande inconnue⁵⁸.

La libération : la perspective du décès doit être abordée avec le résident, sa famille et l'équipe, sans gravité aucune, mais comme un fait auquel on ne peut échapper. La personne âgée doit pouvoir régler son histoire de vie. Après ce cheminement, la personne

⁵⁵ Article Santé mentale - *La plainte de la personne âgée* –n°95

⁵⁶ www.serpsy.org/sante_mentale/cadres_SM.html

⁵⁷ VERCAUTEREN R. et CONNANGLE S. – *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie* – op.cit. p42

⁵⁸ Shanti ROUVIER –Sophrologue –Association « Passages »13

pourra partir en paix. Le décès en établissement nécessite un accompagnement de la famille. L'établissement doit mettre en place un lieu de culte pour les autres résidents.

Accompagner le résident et sa famille dans les étapes importantes du vieillissement relève de l'établissement.

2.3 Le financement de l'hébergement, de la dépendance et des soins

La préoccupation principale est de permettre au plus grand nombre de personnes âgées de pouvoir intégrer l'établissement sans qu'eux ou leur famille ne se retrouvent en situation financière périlleuse.

Nous pouvons constater que le financement des retraites est en baisse même si un revenu existe toujours. Cette perte financière intervient dès la retraite. Ceci a pour effet d'augmenter la dépendance des populations. Les agriculteurs et les professions indépendantes travaillent cependant plus longtemps que les autres CSP. Pour certains, des revenus complémentaires sont tirés des revenus du patrimoine⁵⁹.

- Nationalement, il apparaît que les revenus des retraités ont augmenté deux fois plus vite que celui des actifs entre 1970 et 1990. Cependant, il existe une grande disparité entre les revenus des retraités. 900.000 personnes en 2005 bénéficiaient du minimum vieillesse, soit 9 % de cette population. Sont également concernés les personnes veuves de plus de 80 ans.

- Localement, les personnes âgées qui entrent à la maison de retraite de Bayons sont en général de condition modeste. Ils perçoivent une petite retraite agricole d'environ 600 €/mois et relèvent de l'aide sociale pour 4 d'entre eux. Pour les autres, les enfants sont obligés alimentaires et ne peuvent prétendre à l'aide sociale. Toutefois, à terme, les enfants risquent de ne plus pouvoir financer les frais de séjour de leur parent. C'est pour cela que l'association souhaite que l'établissement minimise la part des frais d'hébergement pour que les personnes continuent à pouvoir accéder aux services de la maison de retraite. Le recours à l'aide sociale est mal perçu par cette population qui accepte mal d'être « assistée ».

L'humanisation des maisons de retraite et la modernisation entrent dans le plan « solidarité grand âge » revu en 2007. Il a pour mesure concrète, entre autres, le PRIAC. Il détermine les aménagements et les restructurations nécessaires aux structures

⁵⁹ POCHET P. *Les personnes âgées* – p57 – *op.cit.* p5

existantes et la création de nouvelles structures adaptées : prêt à taux 0, TVA au taux de 5.5 % pour les EHPA non lucratifs. Ceci permettra de limiter la répercussion des travaux sur le coût locatif nous concernant et donc sur le tarif hébergement. Tous travaux inclus, la hausse du prix de journée sur une base de 30 lits sera de 10 € par personne. Cette hausse sera lissée sur 3 années en réintégrant les réserves de compensation pour ne l'augmenter que de 6 € – 2 € (en réduction des charges hébergement) comme vu précédemment = une hausse de 4 €. Les prix moyens pratiqués dans le département se situent dans une fourchette de 51 à 55 €/jour, nos tarifs restent accessibles.

2.3.1 Les financements de la dépendance et les besoins en personnel

A ce jour, la structure est soumise à une double tarification journalière : un tarif hébergement et un tarif dépendance. Le retard dans la signature de la convention tripartite concerne 60 % des établissements concernés en France, pose la question du financement de la partie soins⁶⁰. Actuellement, le forfait hébergement intègre les dépenses relatives aux soins. Cette situation devient dangereuse pour la santé financière de la structure. En effet, les aides-soignantes sont financées à hauteur de 30 % par le forfait dépendance (Conseil Général) et 70 % par le forfait soins (Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) via DDASS Etat) dans le cas d'une convention tripartite.

De même, je ne peux embaucher plus de personnel soignant sans générer un surcoût et donc induire un déficit. Ceci cumulé avec un taux de remplissage à 85 % lié au contexte architectural, je pense plus prudent de conserver une bonne qualité d'accueil en instaurant des critères d'admission auxquels nous pouvons répondre. Offrir un service de faible qualité mettrait en danger la personne accueillie, le personnel et décrédibiliserait l'image de la structure.

L'enjeu est de développer la qualité d'accompagnement des personnes accueillies en respectant les contraintes budgétaires.

Néanmoins, la structure propose le prix de journée le plus abordable de la région PACAC à 41,16 €.

2.3.2 Une phase charnière dans les soins apportés

Le conventionnement est basé sur un engagement entre trois partenaires : la DDASS, Conseil Général et l'établissement. Il est relatif à la dotation en personnel qualifié, en investissements, en une prise en charge des besoins en terme de soins et de

⁶⁰ Associations informations n°207- PRIAC 2006-2008 - supplément mai juin 2006 - p13

dépendance. La convention demande une anticipation des évolutions sur 5 années pendant lesquelles les financeurs s'engagent à doter l'enveloppe dépendance (Conseil Général pour les 3 tarifs) et l'enveloppe partielle de soin (CRAM via DDASS). Elles peuvent être révisées annuellement à la hausse ou à la baisse selon le GMP ou en défaveur de l'établissement s'il n'a pas rempli ses engagements⁶¹.

La capacité d'accueil est inférieure à 25 places, l'établissement bénéficie d'une majoration de 60 % de l'enveloppe. Le GMP est supérieur à 300. La dotation soins annuelle sera établie en fonction du Gir moyen pondéré de l'établissement soit 760.

Le calcul est ainsi fait : $(GMP+250) * 5.89 * \text{nombre de personnes accueillies} * 1.6$, ce qui donne une enveloppe annuelle de soins de 190365 €.

Ceci permet de financer du personnel infirmier, aides-soignants, AMP, médecin coordonnateur et psychologue ainsi que le matériel médical.

La circulaire budgétaire à paraître vise l'atteinte d'un taux d'encadrement de 0.65 ETP et de 1 pour 1 pour les GMP dépassant 800⁴⁶. Notre taux d'encadrement se rapprochera de 0.57. Nous sommes donc encore un peu éloignés des objectifs nationaux.

D'autre part, la non réintégration des soins (70 % aide soignante) dans les charges d'hébergement permet à l'établissement de diminuer ses charges annuelles de 30.000 € environ, soit 4 €/journée d'hébergement.

La signature de la convention suppose alors, avant toute décision définitive, une analyse précise des enjeux et repose la question de la gouvernance et de la responsabilité des établissements à travers leur projet⁶².

2.3.3 Les outils de pilotage budgétaire

Depuis le 1/1/2004, notre établissement, conformément au décret 2003.1010 et à l'arrêté du 14/11/2003, utilise le plan comptable M22.

Je vais tirer quelques conclusions du bilan financier des 3 années écoulées en annexe IV, * Le fond de roulement net global (FRNG) est positif et couvre le besoin en fond de roulement (BFR) sur les trois années. Le fond de roulement d'investissement (FRI) est positif et en évolution, le fond de roulement d'exploitation (FRE) est positif mais variable

⁶¹ Arrêté du 26/4/1999 modifié et complété par celui du 13/8/2004 - Décret du 25/2/2005 - Circulaire n°DGAS/SD2/2006/217 du 17/5/2006 -

⁶² Source Union sociale- *La gestion prévisionnelle des emplois : retrouver une motivation, un élan* – n° 209 – 9/2007

suite à l'incorporation des réserves de compensation en atténuation du prix de journée. La trésorerie est positive.

Les grands équilibres sont respectés.

- Concernant le FRI : Le taux de vétusté des immobilisations dépasse légèrement les 50%. L'association n'a jamais eu recours aux emprunts.

- Concernant le FRE : La réserve de trésorerie couvre le BFR, il n'y a pas de provisions pour risques et charges.

La trésorerie couvre le BFR pour une durée de 5 mois et 18 jours.

- Concernant le BFR : dans notre cas, il est difficile d'influer sur les ratios.

La marge de manœuvre principale est :

La capacité d'investissement est de 63.143 € avec possibilité de recours à l'emprunt.

La principale menace est la suivante :

La réserve de trésorerie dépasse largement le BFR moyen des trois dernières années avec un minimum de 14.018 €. La tutelle peut nous demander de réintégrer une partie de cette réserve en investissement ou de l'affecter à de l'exploitation non pérenne⁶³ si le projet phase II ne se réalise pas.

Ainsi, je vais pouvoir piloter en me servant de ces analyses et anticiper une négociation avec les tutelles à chaque phase d'avancement des projets.

2.4 La formalisation du pré-projet

La stratégie à utiliser pour arriver au but visé a évolué dans le temps. Elle ne se limite plus à de la planification basée sur des objectifs prédéfinis mais sur une démarche qui sous-entend la définition d'objectifs élaborés mais modulables en fonction de l'évolution du contexte de l'action à conduire.

Le projet d'établissement, écrit en équipe dans une dimension opérationnelle et de programmes à court et moyen terme, s'inscrit dans la continuité et dans un processus d'adaptation à l'environnement. Il définit « les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins, les modalités de recueil des attentes des résidents et la garantie de la plus grande transparence des règles régissant la vie de l'établissement » Arrêté du 26/4/89⁶⁴.

⁶³ Conformément au Décret n°99-317 du 26 avril 1999.

⁶⁴ BRAMI G. – *Le projet institutionnel des EHPA* - Collection repère-âge - Edition Berger Levrault

Les questionnements seront un objectif : le secteur médico-social court le risque majeur de vivre sur ses acquis. Il doit se donner les moyens de proposer des évolutions. Pour cela, il faut se projeter dans l'avenir, avoir une gestion dynamique, concevoir un projet. L'établissement doit ouvrir des perspectives, affirmer des acteurs. La mise en place du projet reposera sur le personnel et ses compétences.

L'évolution des attentes des personnes accueillies a été telle que le projet demande à être re-questionné. C'est ce questionnement de la « routine », de l'organisation mise en place, qui est indispensable.

Que doit-on planifier pour arriver à une harmonisation des pratiques avec les ressources humaines dont nous disposons, quel mode d'accueil est proposé par l'établissement et quelles en sont les limites ?

Je dois agencer la vision que j'ai de l'accueil dans la maison de retraite Gervasy vers la finalité voulue⁶⁵. C'est la qualité de vie de la personne âgée dont le domicile se trouve désormais dans l'établissement qui sera le fil conducteur de la démarche.

Le système ne trouve pas son sens dans une structure préexistante mais dans un projet qui induit son comportement. Pour cela, le thème fort est l'individu au cœur des préoccupations en sa qualité d'être humain. Notre capacité à nous questionner sans cesse sur le projet en sera la garant.

Une approche complexe du projet global

Dans une approche systémique, il y a une multiplicité d'enjeux internes et externes à la structure. Les modes de pensée traditionnels se révèlent insuffisants pour manager des situations complexes.

Il faut poser les problèmes de manière inédite et mobiliser de nouveaux modes de compréhension⁶⁶.

YATCHINOVSKY A. cité par BATIFOULIER F et NOBLE F. appréhende l'entreprise de manière systémique, comme un système analogue à un être vivant, étudie ses principales caractéristiques, comprend son fonctionnement et agit sur lui.

La définition de complexe : *vient de tisser ensemble, du latin complexus, embrasser, englober.*

⁶⁵ BATIFOULIER F. et NOBLE F.- *La fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale. Op.cit. p2*

⁶⁶ En référence à MORIN E.- *La crise de l'entendement.*

Le complexe est une conjonction d'ordre et de désordre. L'ordre assure la permanence, la reproduction des structures de fonctionnement. Le désordre ouvre la porte à la différence, à la remise en cause selon DONNADIEU G. – KARSKY M. toujours en référence à l'ouvrage de BATIFOULIER F et NOBLE F. L'incertitude est inhérente aux situations complexes. Les acteurs ne doivent pas être réduits à l'impuissance mais doivent s'entraîner à différentes situations possibles.

Pour cela, la différence que je peux constater au sein de l'équipe, peut être traduite de façon constructive dans la pratique et complémentaire. La condition indispensable est d'organiser des temps d'échange et de communication sur ce thème.

Il est donc impératif de baser le projet sur de la souplesse.

La recherche d'adéquation entre une demande et une prestation ou une personne âgée et un salarié relève de la recherche du point d'équilibre.

Le point d'équilibre, dans la vision économiste, est éphémère. Il se produit à un instant t où deux facteurs sont à leur optimum par rapport à une situation. Mais la vie est mouvement, rien n'est stable durablement. Tout évolue en fonction de différents facteurs internes ou externes, influençant directement ou indirectement, de manière ponctuelle ou durable, l'une des deux grandes caractéristiques de la recherche d'équilibre. Il faut l'appréhender comme un objectif visé et non comme un résultat à atteindre à tout prix.

En partant de ces nombreuses réflexions sur la qualité d'accueil et la bienveillance dans les multiples aspects qu'elle revêt, je me suis nourrie de sources diverses. Elles me permettent d'apporter des fondations solides aux deux phases du projet et de clarifier les conditions dans lesquelles je vais les mettre en place.

Ces bases vont pouvoir donner lieu à l'écriture du pré-projet compte tenu des évolutions prévues. Je planifierai alors la communication à mettre en place. Tout acteur va être important pour le bon déroulement du projet et apportera de la richesse par son approche, ses remarques, ses réticences, ses peurs, son adhésion et ses souhaits....Je garderai le cap sur la bienveillance de tous les acteurs afin de donner à l'équipe des repères stables auxquels ils pourront raccrocher leur pratique professionnelle.

Les axes stratégiques que je vais développer tiennent compte de l'équilibre professionnalisation/coût/qualité dans l'organisation la plus adaptée possible. Je fais en sorte que l'équipe travaille dans de bonnes conditions, soit valorisée et active dans la construction du projet. La professionnalisation se déroule dans un contexte respectueux. La personne âgée en est l'heureuse bénéficiaire par une amélioration de sa qualité de vie au quotidien.

3 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET GLOBAL D'ACCUEIL

3.1 De l'empirisme à la théorie dans la mise en oeuvre

Avant de dérouler mon plan d'action qui répondra aux besoins de la population de personnes âgées du secteur, je vous propose un récapitulatif des activités que j'ai développées ces dernières années.

En effet, un certain nombre d'activités ont vu le jour suite à des demandes ponctuelles ou durables. La maison de retraite était peu conviviale et accueillante. J'ai donc saisi toute opportunité qui se présentait afin la remettre au cœur de la vie de ce village.

Ce fut un parcours en apparence désordonné, qui visait cependant à satisfaire de nombreuses attentes, concrètes, d'où le succès de la réalisation de ces micro-projets.

Les actions que j'ai menées au sein de la maison de retraite ont pris plus de teneur avec l'intégration des textes relatifs au secteur.

3.1.1 Rappel des opportunités saisies

Afin de répondre à cette dépendance hétérogène, **plusieurs types d'accueil** sont développés au sein de la structure. Ils vont de pair avec un projet de vie personnalisé :

L'accueil en maison de retraite : il constitue l'essentiel de notre mode d'hébergement.

L'accueil en appartements : « Gîtes éclatés » permet à deux personnes valides de résider dans un logement indépendant tout en bénéficiant des prestations et de l'encadrement que peut apporter l'établissement (repas, blanchisserie, ménage, soins, animation..).

Aider une personne à reconstruire des relations sociales en positionnant l'établissement comme un partenaire de ce réseau relationnel conduirait à la couper de toute autonomisation⁶⁷.

L'accueil temporaire : le recours à ce mode d'accueil séquentiel est saisonnièrement utilisé⁶⁸. Il s'adresse aussi aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement.

C'est aussi un moyen de transition : un premier essai de la vie en collectivité. Il permet aussi les séjours de convalescence.

⁶⁷ LLORCA M.C. - *Faiblesse de l'intervenant et la puissance de l'utilisateur* - Le Sociographe 12-2003

⁶⁸ – F CHARLEUX et D GUAQUERE - *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale* - Collection actions sociales - Editions ANDESI - 2003

Création d'un foyer club restaurant : il s'adresse aux personnes isolées, partiellement dénutries mais totalement valides. Les services sociaux organisent avec l'établissement les prises de repas et le suivi médicamenteux à la maison de retraite. Il a été instauré suite à une demande des services sociaux. Le Conseil Général prend en charge 2/3 du prix du repas (à 6 €), le reste est à la charge de la personne. Elle réside toujours chez elle.

L'accueil de jour : l'agrément est en cours mais l'unique personne qui aurait pu bénéficier de cette prise en charge est décédée récemment. Cette démarche est toujours d'actualité et devra être opérationnelle dès la prochaine demande.

La réponse à des besoins locaux liés à l'enclavement : l'ouverture sur l'extérieur de différents services : laverie, reprographie, mise à disposition d'un local pour les intervenants libéraux (pédicure, coiffeuse) positionne l'établissement au cœur de la vie du village.

La venue d'un fournisseur de fruits et légumes et d'un boucher a permis la création d'un marché hebdomadaire. Ceci n'avait plus eu lieu depuis plusieurs décennies. Le boulanger a installé un dépôt de pain sur le village.

3.1.2 La mise en avant du lien social

Dans ma fonction de direction, j'ai toujours été très à l'écoute des besoins des personnes à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de la maison de retraite et en alerte permanente par rapport à des besoins potentiels.

Pour redonner de l'attractivité et une vie à cette maison de retraite, j'ai naturellement accentué le lien social. Il existe traditionnellement en zone rurale.

- Les animations proposées à l'occasion des fêtes sous forme de repas à thèmes ...sont ouvertes à toute personne. Des fêtes de fin d'année sont proposées avec la participation de Fondation de France, le Conseil Général des Alpes de Haute Provence et les donateurs privés : théâtre, feu d'artifice, repas de fête offert pour toute personne de plus de 60 ans isolée, préparation des 13 desserts. Ils viennent ponctuer les saisons. D'autres animations permettent de maintenir le lien intergénérationnel (grillades, soirée choucroute, recherche d'œufs de pâques avec les enfants...)

- Des expositions sont ouvertes au public chaque mois. La salle de vie qui était un peu terne s'égayait à chaque nouvelle exposition (photo, peintures, vitraux, chapeaux, maquettes,...). La communication est faite sur des journaux locaux tels que Haute Provence Info ou Notre Amitié qui retracent l'ensemble des manifestations départementales.

- D'autre part, j'ai fait installer en 2002 une ligne point phone, qui permet à chaque résident de se faire appeler selon sa convenance sans l'obliger à prendre un abonnement téléphonique.

- La maison de retraite est au cœur du village. Les résidents gardent un lien avec les habitants.

Le lien social persiste entre la personne âgée en établissement et sa descendance. Les visites sont hebdomadaires pour la plupart d'entre eux⁶⁹.

Pour d'autres, nous pouvons constater des situations d'abandon. Celles-ci peuvent se produire quelque soit la situation géographique. Une vigilance accrue est donc indispensable pour pallier ces situations. Elles concernent essentiellement les personnes souffrant de démences de type Alzheimer. Elles s'expliquent par la douleur causée aux proches lorsque leur parent ne les reconnaît plus. J'ai rapidement mis en place un lien avec l'association 04 Alzheimer qui explique aux familles le processus de cette maladie. La régularité de leurs visites (sur un plan affectif) jouera un rôle essentiel dans le maintien de l'état général du résident. En effet, la maladie d'Alzheimer est porteuse d'énormément d'angoisses pour la personne.

Plus rares sont les personnes âgées qui ont préféré couper les liens avec leur famille pour des raisons qui leur sont propres. L'établissement intervient en sollicitant les proches afin qu'une carte ou un colis soit envoyé régulièrement et les invite à chacune des manifestations de la maison de retraite. En effet, ce type de malaise familial provoque souvent une somatisation impossible à résoudre autrement. Il ne lui permettra pas de partir dans les meilleures conditions, le moment venu.

3.2 L'organisation des réponses aux besoins des résidents

Comme je l'ai développé dans les parties précédentes, le cœur de cette démarche sera la qualité de vie des personnes orientée vers la bienveillance. Elle passera par la structuration des projets puis par la structuration des lieux de vie. Je vais donc pouvoir mobiliser le personnel autour de ces axes.

Chronologiquement, je repère plusieurs étapes décrites ci-après.

⁶⁹ Pascal Pochet - *Les personnes âgées* —p82 – *op.cit.* p5

3.2.1 Une réorganisation avant l'action

Les décisions urgentes impliquant directement la maison de retraite sont prises hors conseil d'administration dans une relation présidente/directrice. Cette organisation est très efficace. Cependant, dans ce contexte de changement important, il est indispensable de conforter la gouvernance associative. Je vais rechercher une implication plus soutenue du bureau comme détaillé ci-après.

La création d'un comité de pilotage par l'instauration de réunions.

La première action mise en place est la réunion mensuelle avec le bureau dans les locaux de la maison de retraite. Je signale les événements importants, définis les urgences. La participation du conseil de vie sociale sera demandée si nécessaire.

D'autres parties concernées pourront aussi être invitées : tutelles, maire de la commune...selon l'ordre du jour.

Je conduis mensuellement cette réunion.

Une communication orale sera effectuée pour les résidents avec affichage au panneau d'information et par courrier pour les autres intervenants. Son objet sera de faire un inventaire détaillé de ce qui est à améliorer dans l'accueil des résidents.

Un thème nouveau sera développé chaque mois.

Des comptes rendus seront établis après chaque réunion puis diffusés à l'ensemble des interlocuteurs mais aussi au conseil d'administration avec possibilité de remarques en retour.

La réunion reprendra les remarques de la réunion précédente. Les décisions prises viendront abonder le projet d'établissement.

L'évaluation des risques de maltraitance me permet déjà de déterminer les **thèmes prioritaires** suivants. Ils seront établis en fonction de l'urgence des actions à mettre en place et des risques encourus par les résidents et le personnel. Par exemple : la qualité des soins apportés, la sécurité des biens des résidents, la sécurité des personnes, puis le respect de l'intimité, l'exercice du droit au choix et du droit au risque....

Quelques améliorations demandent à être effectuées en urgence concernant :

Le risque lié au manque de sécurité de l'infrastructure :

L'absence de surveillance des accès par manque de personnel et de dispositifs spéciaux a favorisé la fugue de personnes désorientées. Des équipements minimaux ont été mis en place immédiatement : sécurisation de l'accès du jardin vers l'extérieur par une clôture ornementale, installation de signalisations sonores aux fenêtres les plus fréquemment enjambées, ouverture des portes d'accès sur le jardin afin de limiter le stress lié à l'enfermement. Le développement d'autres moyens sera abordé en comité de pilotage en

urgence. L'installation d'un portail à digicode est indispensable afin de permettre à toute personne non désorientée de vaquer selon ses souhaits.

Le risque de chute : l'appel malade est inexistant dans les toilettes.

Les autres risques seront abordés dans les parties suivantes puisqu'ils relèvent plus des salariés, du propriétaire des locaux ou des familles.

Une réunion mensuelle du personnel est réinstaurée. Durant ces dernières années, j'ai peu rencontré l'équipe complète par manque de temps. Seule les grandes directives que je donnais et leur pratique professionnelle ont permis de garder le cap. Ces réunions sont indispensables pour structurer les projets que nous avons amorcés. Dès la fin de la formation CAFDES, la situation sera rétablie et je disposerai de plus de temps pour les encadrer.

Les rencontres relatives au **projet d'établissement** auront lieu mensuellement. Par répercussion, le projet de vie et les projets de vie personnalisés seront modifiés. L'équipe sera composée du salarié référent désigné lors de la première réunion du personnel, des résidents concernés et de leur famille. Je conduirai également ces rencontres. Elles seront planifiées en fonction des disponibilités des intervenants.

Une nécessaire mise en avant de la gouvernance associative

Il est indispensable que le projet associatif soit revisité à cette étape charnière de développement de la Maison de retraite. Une cohérence avec le projet d'établissement et le projet de vie proposé aux résidents est indispensable. Je pense qu'une harmonisation sur les valeurs et par rapport à leur visée stratégique et politique assurera des fondements solides aux projets que nous allons mettre en œuvre.

Pour cela, le conseil d'administration doit se re-questionner sur ce qu'il attend afin que les grandes orientations soient définies dans la durée.

J'ai donc fait appel à un intervenant extérieur qui se propose de venir sur site afin de retravailler les fondements du projet associatif avec le conseil d'administration.

Le coût de cette formation est pris en charge par le Conseil Régional.

Cette réflexion permettra aussi de rappeler les droits, obligations et responsabilités des administrateurs et de restructurer l'organisation des prises de décision, des délégations qui me seront accordées.

J'établis actuellement un inventaire, à la demande de la Présidente, portant sur les différents axes de mon intervention, et leurs limites verbales actuelles.

Le lieu de réunion pour le conseil d'administration est la salle du conseil municipal à la mairie. Les assemblées générales ont lieu dans une salle polyvalente, plus grande. Le lieu de réunion, maintient l'amalgame parfois effectué par les administrateurs entre leur statut de conseiller municipal et leur statut d'administrateur.

Les plans du projet phase 2 prévoient une salle de réunion. En effet, à ce jour, les réunions en petit comité avaient lieu dans mon bureau mais la capacité maximale d'accueil est de 5 personnes. Le personnel est très en demande de réunions mensuelles. Dans un premier temps, la recherche d'une salle de réunion adéquate permettra d'accueillir régulièrement les rencontres.

L'organisation des soins

En ce qui concerne les sujets âgés souffrant de troubles psychiques :

Elle nécessite une articulation des savoirs faire et des compétences compte tenu de l'impact des troubles somatiques et psychiatriques dans la gradation des soins. La coordination est indispensable entre les différents acteurs de la prise en charge. Elle sera effectuée par un médecin coordonnateur qui aura suivi une formation en gériatrie. Il diagnostiquera plus aisément les troubles somatiques.

Un médecin psychiatre, extérieur, devra lui aussi intervenir dans le processus de prise en charge médicale. Il concerne essentiellement les pathologies neuro-dégénératives de type Alzheimer. Cet accompagnement intègre généralement la fin de vie. Cette articulation devra intégrer le projet de vie personnalisé ainsi que le projet de soins de la personne âgée dans une relation égalitaire⁷⁰.

Le salarié référent, l'infirmière, le médecin coordonnateur, éventuellement le médecin psychiatre et l'infirmière psychiatrique constitueront l'équipe pluridisciplinaire par référence. Elle permettra au salarié référent d'adapter le projet de vie personnalisé.

Concernant le médecin coordonnateur, les infirmières, AS et AMP, et la psychologue, je m'interroge sur les points suivants :

Quelles seront leurs missions, quels moyens de coordination et de transmission d'informations seront le plus efficaces avec l'ensemble de l'équipe, quels supports seront utilisés ?

L'utilisation actuelle de cahiers de liaisons est relativement performante. Cependant, les informations diverses se perdent dans la masse. Des casiers par salariés leur permettent d'échanger des informations utiles.

⁷⁰ **JAEGER M.** – *L'articulation du sanitaire et du social* – Editions Dunod – 2^{ème} édition 2000 – p 82

Compte tenu du nombre plus important d'intervenants dans les mois à venir, je souhaite acquérir un logiciel de suivi des résidents (en terme de soins, par rapport au projet personnalisé, et centralisant les informations en provenance de tous les personnels). Les dossiers de soins papier resteront cependant en vigueur en cas de panne informatique.

Les autres informations relatives au fonctionnement continueront à être transmises par les cahiers de liaison.

D'autre part, concernant les intervenants libéraux (kinésithérapeute, pédicure...), un planning à fiches permettra la liaison interne de l'équipe soignante quant aux soins à donner (nature, heure,...) pour chaque résident. Une visite au centre de rééducation fonctionnelle de Turriers que nous incité à adopter cet outil.

Quelques situations détaillées permettent de mieux comprendre l'organisation dans un contexte rural.

La continuité des soins demandera de la vigilance. En effet, le bus scolaire transporte des médicaments mais les délais de livraison sont encore trop longs. Il sera donc important de disposer d'un stock d'urgence que je négocierai lors de la signature de la convention tripartite.

Le laboratoire d'analyse de Sisteron refuse de venir collecter sur site les prélèvements médicaux. Ces collectes sont soumises à des règles sanitaires spécifiques (containers, température...). Je vais démarcher les laboratoires alentours afin d'organiser une collecte et la cumuler avec un transport pharmaceutique. Dans l'autre cas, nous embaucherons par anticipation un ouvrier d'entretien qui sera chargé des transports de médicaments et des prélèvements. Cela demandera l'acquisition d'un véhicule équipé.

Les soins sont tout autant importants que les actions développées en faveur du lien social pour la personne âgée. C'est pourquoi, j'ai mis à disposition des résidents du matériel informatique amorti pour favoriser la communication avec leur famille. Pour ce faire, et suite à l'installation récente de l'Adsl sur le canton, j'ai fait installer une web-cam⁷¹.

Dans un second temps, j'ai souhaité que ce matériel permette au personnel, au travers de l'aide qu'ils apportent aux résidents dans l'utilisation de la web-cam, de se familiariser avec l'outil informatique.

L'aide soignante, l'AMP et les agents de nuit sont déjà opérationnels. Cela incite les autres salariés à connaître le fonctionnement.

⁷¹ www.a-brest.net/art2815 Apport du multimédia pour favoriser la bientraitance des personnes âgées, personnes âgées vulnérables et leur entourage.

Il s'agira cependant de poursuivre l'élaboration du **projet de vie personnalisé**. Il aura pour base la grille AGGIR. Les souhaits de la personne concernant ses projets d'avenir, la recherche de nouveaux potentiels, ses liens sociaux et son implication dans la vie de la structure y seront annexés. Tous les projets devront être établis avant la fin de l'année.

J'envisage, après la répartition des salariés référents par résident, de mettre en place une fréquence de révision du projet de vie personnalisé. Il sera lié à une modification de l'état de santé du résident, de son intégration au groupe, de ses nouveaux projets. La fréquence maximale de révision s'effectuera tous les trois mois.

La révision du projet sera datée. Je détaille par ailleurs l'organisation mise en place visant à apporter des correctifs.

D'autre part, une communication sera engagée avec chaque usager. Dans ce contexte d'évolution, il sera informé de l'organisation mise en place, et nous recueillerons ses remarques et préférences. Une communication de groupe serait inefficace compte tenu des spécificités physiques et psychologiques de chaque résident.

Une modernisation architecturale est indispensable. Elle concerne prioritairement l'humanisation des locaux par l'élaboration d'un cahier des charges.

L'avancement du projet devra non seulement être suivi en comité de pilotage mais être retravaillé en conseil d'administration afin de s'assurer de l'avancée du projet et des nécessités architecturales que nous souhaitons inclure dans les plans.

Il sera également important de préciser le contenu des travaux à charge de la commune puis ceux à charge de la maison de retraite (évaluation des agencements, petit mobilier et leur coût).

Dans le projet final, j'insiste sur la création d'espaces collectifs et personnels suffisants. L'architecture devra offrir la possibilité d'accueillir le mobilier appartenant à la personne âgée. Elle devra s'approprier ce lieu en y apportant les objets qui ont marqué sa vie et s'y sentir comme chez elle.

J'interviendrai, en ce qui concerne le cahier des charges complémentaire relatif aux plans définitifs, sur les parties moins techniques et notamment pour ce qui relève de :

- La sécurité des biens et des personnes. A ce jour, l'établissement dispose d'un coffre unique permettant le dépôt des espèces, chèques, bijoux des personnes qui le souhaitent. Cependant, ce coffre est trop exigü et ne permet pas de stocker en grande quantité. L'accès au coffre demande mon intervention, ce qui est contraignant pour le résident. L'installation de coffres individuels sera prévue dans chaque chambre.

A ce jour, les placards des chambres ne ferment pas à clef car les portes sont en mauvais état. Des serrures existent mais sont inefficaces.

La constitution d'un organigramme de clefs permettant un accès sélectif et sécurisé pour l'ensemble des personnes répartis en 3 catégories : encadrement – personnel - résidents est à prévoir. Ces passes éviteraient la recherche des clefs sur les multiples trousseaux et permettraient une évacuation rapide en cas d'incendie.

Un ascenseur adapté et des portes d'accès suffisamment larges permettront le passage d'un lit médicalisé (110 cm).

Un agencement sécurisé des abords du bâtiment (jardin, terrasse) est prévu.

L'unité de vie Alzheimer sera annexée au bâtiment actuel et ouverte sur un jardin d'agrément sécurisé pour les promenades et les activités.

Les parties collectives : Une cuisine thérapeutique ainsi qu'un lieu de vie, une salle de bains et un espace médical composeront la nouvelle structure.

L'hébergement privatif : Il sera modulable de plus ou moins 3 chambres selon les besoins, par des portes amovibles (mais sécurisées) en accès direct avec les chambres de la maison de retraite.

Une attention particulière est apportée à la luminosité, à l'architecture et aux circuits de déambulation. La priorité sera donnée à tout facteur limitant le stress des personnes atteintes de ces pathologies.

Il devra permettre une adaptation thérapeutique et une organisation des soins.

Sur le bâtiment actuel : Le lieu de vie principal (salle à manger, salon) ne sera pas modifié. Une véranda sera annexée et permettra d'effectuer simultanément deux activités peu compatibles. Les chambres simples remplaceront les chambres doubles. Une salle de réunion est prévue ainsi qu'un lieu de culte spécifique.

La séparation des lieux de vie des différentes populations améliorera considérablement la qualité. Elle permettra de respecter leurs rythmes de vie respectifs.

Les résidents, le conseil de vie sociale et le personnel continueront à être sollicités pour faire part de leurs remarques et besoins éventuels au fur et à mesure de la présentation des plans par l'architecte. Le cahier des charges et l'avant-projet ont déjà été élaborés.

La pratique de l'architecte pourra nous éclairer sur d'autres points que nous n'avons pas abordés lors de nos précédentes rencontres en relation avec l'association 04 Alzheimer.

Il sera nécessaire de la rencontrer dans les deux mois afin de travailler sur les plans définitifs, et ainsi ne pas retarder les appels d'offre et le lancement des travaux.

3.2.2 L'incidence des projets sur les ressources humaines

Une réorganisation de l'organigramme par la création de postes et par le choix d'un mode de recrutement aura une incidence sur les ETP et les coûts.

Il est à prévoir l'embauche d'une secrétaire à temps partiel à raison de 0.23 ETP c'est-à-dire pour 8 heures hebdomadaires dans le budget 2008 dans un premier temps. L'incidence serait une hausse du prix de journée hébergement de 0.80 €.

La nouveauté sera l'embauche d'un médecin coordonnateur, d'infirmières et d'une psychologue. Le médecin coordonnateur aura pour mission de préparer les équipes de soins à répondre à cette problématique de qualité et de continuité de prise en charge.

Je serai précise sur la définition des missions du médecin coordonnateur. Il devra communiquer à l'équipe cet esprit de renouvellement et de progression. Ma ligne de conduite sera celle-ci : aller dans le sens d'un accompagnement personnalisé, qui travaille sur les causes de glissement de la personne, la compensation de la perte d'autonomie et qui respecte ses choix.

Les besoins en ETP, pour la phase 1 : la médicalisation et phase 2 : les bâtiments se trouvent dans l'annexe V, les organigrammes sont situés en annexe VI et VII. Il vont alors être modifiés puisque je souhaite prendre du recul par rapport à la coordination des soins. Je ne serai plus le supérieur hiérarchique direct d'une partie de l'équipe (AS, AMP). Je communiquerai sur le nouvel organigramme, les liens entre les différents salariés (niveau de relation, de communication, lien de subordination) afin d'éviter les décisions croisées anarchiques.

Dès lors, j'établirai de nouvelles fiches de postes et de délégations avec les salariés concernés. Je redistribuerai les relations hiérarchiques après la signature de la convention tripartite.

Le principal danger sera le fonctionnement basé sur l'habitude ou la modification isolée de l'organisation des tâches par décision d'un salarié. La répartition des tâches et le rappel des missions et responsabilités liées à chaque poste permet une meilleure coordination dans les équipes transversales et limite les conflits. Concernant les nouvelles tâches, lorsqu'elles seront trop lourdes, répétitives ou non adaptées dans leur réalisation, l'équipe se réunira et nous procéderons à la modification de l'aide mémoire.

Dans un second temps (à deux ans), la réorganisation des équipes sur les 2 structures d'accueil est prévue.

Le temps de secrétariat sera augmenté de 0.27 ETP pour atteindre à 0.5 ETP, répondre à la hausse d'activité et augmenter ma disponibilité.

L'embauche d'un ouvrier d'entretien à temps partiel : 0.5 ETP sera à envisager lors de la réalisation des travaux.

Une infirmière supplémentaire viendra compléter l'équipe soignante de 1.5 ETP.

Leur répartition se fera à raison de 2/3 sur la structure hébergement (20 résidents sur 30) et 1/3 sur l'unité fermée (capacité de 10 lits sur 30).

Le tableau synthétique des besoins en ETP phase 1 et 2 se trouve en Annexe V.

Il faudra recruter à minima :

En phase 1: dès la convention conclue,

Une secrétaire, 2 aides soignantes, 2 infirmières, 1 médecin coordonnateur et 1 psychologue.

En phase 2: lancement avant la fin des travaux

1 infirmière, 3 aides soignantes, 2 AMP, 3 agents de service, 1 maîtresse de maison, 1 animatrice, 1 agent d'entretien.

Selon les formations effectuées en 2008/2009 et leur réussite, je pourrai établir le tableau des redéploiements en fonction des souhaits des salariés. Certains ont déjà des préférences pour l'accompagnement en unité de vie Alzheimer. J'aurai recours à des candidatures extérieures.

Le recrutement du personnel se fera de la façon suivante :

Affichage au panneau d'information du personnel et communication en interne au personnel qui souhaiterait postuler

Communication par la presse : revue ASH (Actualités Sociales Hebdomadaires, par internet : ANPE (Agence nationale pour l'emploi)- APEC (Agence Pour l'Emploi des Cadres), par voie d'affichage à l'IFSI (institut de formation en soins d'infirmiers), demandes de CV aux autres établissements : Centre « Eau Vive » à Turriers avec lequel nous communiquons et échangeons du personnel.

Dans un 2^{ème} temps : les personnes affectées aux remplacements (de type CAE) sur formations longues seront embauchées prioritairement sur des contrats à durée indéterminée. Elles viendront ensuite renforcer l'effectif de la phase 2. La continuité dans les pratiques professionnelles sera respectée.

Je vais continuer le processus de **formation des salariés** de la structure et limiter les roulements de personnel externes afin de maintenir une homogénéité de l'équipe. Les évolutions porteront sur les formations et sur les évolutions des pratiques professionnelles dans l'établissement. Ces actions vont être développées en faveur de la continuité des soins des résidents en interne et en externe.

Je recherche des effectifs stables dans l'établissement. Des protocoles de non contamination sont déjà établis et protègent tout le personnel et les résidents. Cependant, l'accueil d'un nouveau salarié le rend opérationnel au bout d'un mois minimum seulement. D'autres protocoles concernent les risques infectieux : les staphylocoques d'oreus, les affections respiratoires chroniques, les pandémies grippales, et la canicule.

J'ai donc opté récemment pour des embauches, en contrat de travail à durée indéterminée à temps partiel. J'ai également recours à des avenants aux contrats de travail des salariés à temps partiel afin de pallier à des absences non prévisibles (maladie, évènement familial).

La subsidiarité définie par le Dictionnaire Le Petit Larousse comme *un principe de délégation vertical des pouvoirs* va devenir indispensable dans ce contexte de changement. Elle va donner à l'équipe la possibilité d'agir, en impliquant les acteurs concernés.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences prend alors tout son sens. La politique de gestion des ressources humaines que j'ai mise en place est essentiellement basée sur la formation de salariés de la structure comme je l'ai expliqué dans les parties précédentes. Le développement des compétences est indispensable dans notre situation. Elle va toujours vers une dynamique d'adaptation et d'innovation des réponses au public accueilli. Elle permet l'adaptation au changement.⁷²

Compte tenu du petit nombre de salariés, je conduis l'entretien annuel conjointement à un entretien annuel professionnel (EAP) en juin. Il permet d'établir le plan annuel de formation.

Quelques possibilités d'évolution de carrière s'offrent aux salariés dans cette phase de développement de la maison de retraite. J'ai les ai donc informés individuellement des opportunités qu'ils pouvaient saisir.

La formation et l'accompagnement sont la suite logique de ces entretiens. Elles vont consister à remettre à niveau des savoirs de base : cette formation sera organisée pour les personnels de cuisine qui ne sont pas diplômés. Ils entrent dans le cadre d'une action spécifique d'uniformation et porte sur le français et les mathématiques. Elle aura lieu en octobre - durée de 4 jours.

⁷² UNION SOCIALE – *La gestion prévisionnelle des emplois : retrouver une motivation, un élan* – N° 209 - 09/2007

Dans un second temps, un bilan de compétences est proposé aux salariés pour les aider à arrêter leur choix sur une formation.

Une première initiation à l'informatique sera effectuée courant octobre afin que chacun puisse accéder à cet outil. Une formation informatique sera organisée lors du choix du logiciel commun à toute la structure. Le coût s'élève à 1600 € et sera inclus dans le budget 2008. L'installation est prévue fin du 1^{er} trimestre 2008.

Je vais organiser par ailleurs une formation spécifique en gérontologie pour le personnel qui a un contact direct avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Financement prévu : Fondation de France.

Le droit individuel à la formation (DIF) est peu utilisé à ce jour. Je le conserve pour les salariés qui doivent suivre les modules qui leur manquent dans le cadre de la VAE d'aide soignante.

Toutefois, les professionnels offriront une bonne qualité dans leur travail uniquement s'ils se trouvent en nombre suffisant et si la structure est organisée par rapport aux plages horaires à forte activité. Ces dernières sont source de stress. En effet, les levers, service des petits déjeuners, toilettes et habillage occupent une grande partie de la matinée. Ils s'enchaînent avec l'aide au repas du premier service et l'accompagnement au coucher pour la sieste. Le premier service du soir et l'accompagnement au coucher mobilisent pleinement le personnel. J'ai planifié la réorganisation de l'encadrement dans ces plages horaires. Le temps de travail des salariés à temps partiel augmentera systématiquement en cas d'accroissement ponctuel de la dépendance. Une phase d'activité trop forte génère des phases d'absentéisme. C'est pour cela que j'ai mis en place cette politique de management des remplacements avec du personnel formé en interne.

L'absence ou l'insuffisance de coordination des équipes est source de conflits. Elle sera palliée par la mise en place des réunions mensuelles du personnel. Une augmentation du temps de travail pour réunion et travail en groupe sera effectuée. J'en profiterai pour recueillir les difficultés qui se présentent dans leur pratique quotidienne afin d'apporter des correctifs. D'autre part, cela me permettra de vérifier l'adéquation avec le projet et son état d'avancement.

J'informerai également le personnel sur les compétences nécessaires et les responsabilités liées à chaque poste. Le faisant fonction doit avoir une limite dans la pratique professionnelle quotidienne s'il n'est pas accompagné d'un professionnel qualifié.

Les délégations et les fiches de postes seront établies et les aides mémoires seront actualisés.

Le choix d'une convention collective sera nécessaire pour la reconnaissance du travail en EHPAD. Les réserves d'exploitation seront rapidement affectées aux surcoûts de loyer liés aux travaux phase 2 et à l'augmentation du temps de travail des personnels à temps partiel en cas de surcroît d'activité. Ils pourront aussi permettre l'adhésion à la convention collective. La CCN51 du 31/10/1951 retient toute notre attention et nous tendons à avoir une politique salariale qui évolue dans ce sens chaque année.

La médicalisation va augmenter le nombre d'ETP de la structure. Ils vont dépasser le seuil de 10 salariés. Je vais organiser l'élection de délégués du personnel dans les délais prévus.

Ces projets vont avoir des incidences en terme de ressources humaines mais aussi financières.

3.2.3 L'incidence financière

Il serait souhaitable de doter la réserve de compensation qui a été soldée par le déficit 2005 à hauteur maximale de 66.000 € correspondant à 2 € par journée d'activité sur trois ans. La réserve de trésorerie sera alors de 38.000 € et couvrira toujours le BFR avec une possibilité de marge d'augmentation de ce dernier de 26.000 €.

Il est nécessaire d'avoir une réserve de trésorerie permettant d'absorber le surcoût lié à l'embauche du personnel dans le cadre de la convention tripartite. Le BFR va rester stable en cas d'un règlement postérieur aux périodes prévues.

Les budgets prévisionnels, le plan pluri annuel de financement ainsi que le prévisionnel d'investissement déposés avec le dossier de convention tripartite ont validé la pertinence du projet et permis de mesurer les risques.

Avant l'extension de la structure, il sera nécessaire de recalculer le nouveau BFR. Il sera couvert par la réserve de trésorerie prévue à cet effet.

Les investissements phase 1 s'élèveront à 6000 € répartis sur trois ans. Les investissements phase 2 seront à définir plus précisément afin de permettre les affectations d'excédents éventuels en réserves d'investissement.

3.2.4 Les partenaires et la communication externe

Je dois promouvoir la diversité et la qualité des prestations de la Maison de retraite Gervasy, son image et utiliser pleinement le réseau. Cependant, il faut faire vivre le réseau pour qu'il fonctionne. Les conventions mises en place n'auront de valeur que par les rencontres et les échanges. Il sera primordial que je puisse me rendre disponible pour ce travail relationnel. Le projet doit être animé dans son environnement. Pour cela, il va être indispensable de développer le réseau et les partenaires tout en partageant une recherche commune.

Le réseau est défini comme « un ensemble de personnes qui sont en liaison, qui travaillent ensemble ». Le réseau vise une complémentarité des compétences et des ressources permettant à chacun de réaliser son projet. Constituer un réseau est la capacité à mettre en place un système de personnes ressources, de faire appel à une liste de personnes. Il n'est pas formalisé.

La loi 2002-2 renforce ces méthodes de travail dans une optique de continuité de la prise en charge de l'utilisateur. En effet, un changement d'interlocuteurs peut venir perturber une organisation qui fonctionne. Elle invite à la formalisation de ces relations par la signature de conventions et leur insertion dans les schémas.

Le CHICAS (Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud) regroupe les centres hospitaliers de Gap et de Sisteron. Nous avons déjà signé une convention de priorité d'accueil des résidents qui proviennent de notre structure. Une convention est en cours concernant les chambres mortuaires puisque nous n'en avons pas à ce jour.

Une convention d'accueil de personnes vieillissantes est en cours avec les hôpitaux psychiatriques. A leur demande et suite au succès sur l'amélioration de l'état psychique des personnes âgées de moins de 60 ans, notre établissement est fréquemment sollicité. Nous sommes en lien avec le Centre Médico Psychologique qui intervient chaque mois pour le suivi personnalisé des personnes placées par cet hôpital.

Le travail en réseau est porteur d'une amélioration exponentielle de la qualité de vie de l'utilisateur dès qu'il est organisé.

Des partenariats sont en cours d'élaboration. Je m'associe à ce groupe pour réaliser un projet formalisé.

Le CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination) est mis en place afin de coordonner l'offre de soins et les demandes. Dans notre secteur géographique, il a une grande importance compte tenu de la distance que doivent parcourir les personnes pour obtenir des renseignements. Une convention est conclue avec eux concernant les

échanges d'informations depuis plusieurs années. Il me permettra de re-développer le travail en réseau en côtoyant les différents acteurs du CLIC.

A ce jour, notre principal partenaire est Fondation de France qui nous permet d'aller au-delà des contraintes budgétaires et du plan de formation. En impliquant les intervenants dans « les appels à projets de formations », il conduit à plus de cohérence dans l'accompagnement. La connaissance reste toujours le fondement de la réussite d'un processus.

- Une rencontre est à prévoir avec l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural), l'association 04 Alzheimer.

- Concernant le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) en cours de création sur le canton de la Motte du Caire, je participe au comité de création et souhaite mettre en place une convention permettant d'assurer cette continuité des soins.

- je débiterai la recherche de subventions lorsque j'aurai plus de précisions de la part du propriétaire. Je contacterai alors la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), La Fondation EISAI, IRSEA PREMALLIANCE et la Fondation Médéric Alzheimer. Ils me permettront d'améliorer l'agencement et l'ameublement de la structure accueillant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- Notre projet d'extension est prévu dans le schéma départemental. En avril 2007, les avis ont été confrontés lors d'une réunion DDASS, DSD, Maire de Bayons, Présidente de l'association et moi-même. Les besoins sont avérés, il faut développer notre projet et le mener à terme assez rapidement. Les rencontres vont devenir plus fréquentes pendant le dernier trimestre compte tenu de l'objectif de conventionnement que nous avons tous, conjoint à la réalisation des travaux.

La mutualisation des formations avec d'autres établissements est en cours. Un projet est en cours sur notre territoire. Il concerne le rapprochement des services liés aux soins dans les zones rurales et est basé sur un concept nouveau.

Le pays Sisteronnais/Buech amène une nouvelle ligne de développement qui portera entre autres sur la télémédecine⁷³. Les impacts attendus de ce programme territorial toucheront l'emploi et la formation.

En projet, le développement de la télé santé adapté aux structures dans les zones rurales. Le calendrier prévu doit permettre la mise en œuvre des services de télé santé, télé échographies à partir de début 2008 en lien avec le centre hospitalier de GAP/SISTERON. Ceci contribuerait à améliorer l'accès aux soins dans les zones où

⁷³ <http://partenariats-reseaux.aphp.fr>

nous constatons un « désert médical ». Il permettra les échanges d'avis entre professionnels de santé, les consultations et l'expertise à distance. Le déplacement en consultation des personnes âgées est en effet pénible sur les routes de montagne.

La communication avec tous les acteurs permettra :

D'évoluer vers une meilleure coordination avec les familles des résidents et les bénévoles, de permettre leur participation mais aussi de stimuler les fréquences de réunion du conseil de vie sociale. Une lettre mensuelle d'information est envoyée aux familles des résidents depuis 2001. Elle les informe, entre autres, des manifestations qui vont se dérouler. Les projets retenus en réunion sont diffusés dans cette lettre.

Pour aller plus loin, quelques familles sont les acteurs de la vie de l'établissement au quotidien. Elles sont impliquées dans la vie de la structure quelques soit les actions qu'elles souhaitent mener.

Le conseil de vie sociale joue un rôle important dans la communication qui peut s'établir entre les différents interlocuteurs⁷⁴. Le résident est un acteur actif. Il doit participer aux décisions relatives à son état de santé et à son confort de vie. La charte des droits et libertés de la personne accueillie interviennent comme support au projet de vie personnalisé. Cependant, si ces droits sont limités par les moyens d'expression de la personne, la famille risque de se substituer naturellement à son parent, même si cela est fait en toute sincérité. C'est cette recherche d'expression de la personne qu'il faut retrouver dans l'écriture du projet de vie et dans la pratique professionnelle.

Des formations de groupe sont proposées aux familles afin de leur permettre de mieux aborder la situation avec leur parent et sont à poursuivre.

Je proposerai au conseil de vie sociale, auquel je participe à titre consultatif, d'engager une réflexion sur deux thèmes qui me paraissent fondamentaux et qui doit être engagée dans une recherche de multiplicité d'angles d'approche.

Ces thèmes varient autour de :

- L'atteinte à la liberté et au non respect des habitudes, de la limitation de la vie sociale pour une personne :
- Les pratiques sécuritaires de l'institution et de l'entourage peuvent avoir lieu dans le cas de personnes désorientées.

⁷⁴ S. CONNANGLE et R. VERCAUTEREN - *Mission et management des équipes en établissement* - p87 et 107 *op.cit.* p10

Ceci permettra d'étudier différentes propositions d'accompagnement pour la personne âgée.

3.3 La conduite du projet

Je vérifie que l'adhésion des salariés à la démarche d'amélioration de la qualité de vie est obtenue par l'utilisation d'outils. Il conviendra de prioriser une action collective organisée par équipes et de respecter la planification prévue pour les différents sous projets⁷⁵.

Je vais surveiller la progression du projet décliné dans le chapitre précédent et vérifier la cohérence avec les résultats attendus.

L'organisation de réunions d'évaluation va me permettre d'assurer un suivi efficace (en terme de performances, délais et coût). La résolution rapide de problèmes émergents dans ce contexte de changement évite qu'ils prennent des proportions dangereuses.

Je communiquerai précisément et clairement avec les interlocuteurs internes et externes pendant toute cette phase de mise en place.

Ce projet va évoluer à chaque phase. Il sera influencé par les personnalités des personnes recrutées, l'adhésion des participants, par une conjoncture. Je dois donc le consolider dans ses fondations afin qu'il puisse évoluer, faire face aux événements, et nous permettre de saisir les opportunités en gardant le cap. Ensuite, je conduirais une démarche d'autoévaluation afin de mesurer les écarts avec le projet voulu.

3.3.1 Récapitulatif synthétique des réunions mises en place

L'objectif de ces réunions est de fédérer autour des différents projets mais aussi de coordonner les soins.

Une réunion annuelle permettra de dégager les grands axes pour l'année à venir. Elle aura lieu en avril. Elle présentera la situation de l'établissement entre 2 à 4 mois de pratique d'une organisation médicalisée. Ceci me permettra d'apporter des correctifs avant la période des congés d'été.

Deux journées de réunion du conseil d'administration sur le projet associatif auront lieu avant la fin de l'année.

Une réunion avec le conseil d'administration se déroulera en septembre avec l'intervention d'un médecin gériatologue.

⁷⁵ www.journaldunet.com/management - *La conduite du changement* par JDN Management Conseils.

Une réunion mensuelle avec le bureau permet de dégager les priorités de la maison de retraite et d'aborder le suivi des projets en cours, d'assurer la continuité des décisions prises en conseil d'administration.

Une réunion mensuelle du personnel. Durée 2 heures. Cette réunion permettra de communiquer sur le pré-projet d'établissement, l'évolution des pratiques, l'avancée dans le projet de vie, les difficultés rencontrées, les correctifs à apporter sur les pratiques professionnelles.

Une réunion de suivi du projet de vie personnalisé : tous les trois mois au plus. Durée 1h30. Y participeront le salarié référent, le résident, sa famille.

Plusieurs réunions architecturales avec le comité de pilotage, l'architecte, le maire et si possible un représentant d'une association « Alzheimer ».

Réunion de travail sur le pré-projet d'établissement et son évaluation : tous les mois afin de le faire évoluer dans son contenu et de vérifier que les objectifs et le mode de fonctionnement répondent aux attentes du public accueilli.

Réunion de liaison quotidienne avec l'équipe.

Je préparerai des supports écrits avant chaque réunion pour favoriser l'initiative et l'implication dans un contexte d'accompagnement du changement. La flexibilité dans le changement est un facteur d'évolution du projet. Des retards peuvent survenir dans le déroulement des projets. Un nouveau plan d'action sera alors mis en place. L'essentiel sera d'assurer la cohérence avec les valeurs du projet.

Le respect des échéances et des calendriers programmés est indispensable à l'élaboration d'une organisation la plus adaptée possible.

Des indicateurs de suivi seront un bon outil pour vérifier l'état d'avancement des projets.

3.3.2 Les facteurs intervenant dans le projet global

Dans ce processus de changement, je prend en compte les facteurs positifs et négatifs repérables afin de pouvoir rapidement m'adapter s'ils se réalisent.

La notion de risque correspond à un écart jugé inacceptable par rapport à une norme utilisée dans le contrôle, que cet écart résulte d'une incertitude ou d'un aléa.

Les facteurs de risque doivent être évalués de la manière la plus exhaustive possible. Je les hiérarchiserai en fonction de leur capacité à compromettre l'exécution du projet.

Les risques peuvent être d'ordre :

- Techniques (solution trop complexe)
- Financiers : lié au montage financier indépendant de la structure ex : la commune n'obtient pas de subventions ou a mal évalué les coûts. La répercussion sur le loyer sera chargée de conséquences bien qu'elle ne remette pas en question le projet.
- Humains : Il y a un risque de ne pas trouver dans les délais du personnel qualifié.

Il n'y a pas de conflit social prévisible. Les contrats de travail à temps partiel demandent de la vigilance lorsqu'ils sont étendus. L'intégration des salariés devra être suivie pour ne pas déstabiliser le reste de l'équipe.

- Organisationnel ou managérial : une partie des membres du conseil d'administration risque de ne pas retravailler le projet associatif pour des raisons de temps.

Les facteurs de réussite seront :

- La motivation du personnel par les évolutions professionnelles qui s'offrent à eux. La qualité de la pratique mise en place leur permettra de devenir beaucoup plus exigeant. Les familles et les résidents sont impatients de voir les nouvelles évolutions, les tutelles nous poussent dans ce sens.

- La trésorerie est solide. En matière budgétaire, nous avons de nombreuses marges de manœuvre (tarif, réserves, trésorerie ..).

- Un accompagnement continu du changement et une communication ininterrompue tout au long du processus de changement sont les meilleurs facteurs de réussite. De plus, je pense qu'il ne faut pas être économe en explications, en recherche d'adhésion et en pédagogie.

- Afin de maîtriser la qualité des projets et donc des risques, il convient de suivre l'évaluation des activités et la qualité des prestations délivrées.

3.3.3 L'évaluation de la bientraitance de tous les acteurs

L'évaluation interne ou autoévaluation est un des facteurs essentiels à la réussite.

L'évaluation externe permet d'aller au-delà des bonnes pratiques professionnelles.

Je vais utiliser les différents outils d'autoévaluation interne dans ce processus global et cohérent de conduite du changement, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité du service rendu⁷⁶.

Je me servirai du référentiel d'autoévaluation ANGELIQUE pour vérifier l'adéquation de nos actions vers une optique d'amélioration de la qualité d'accueil. Sa trame permet une meilleure lisibilité de la maison de retraite, une meilleure cohérence de l'action de l'établissement avec la mission d'utilité sociale, les conditions d'une relation de qualité à l'usager, l'amélioration continue des activités et la qualité des prestations. Il est composé de trois rapports d'autoévaluation synthétisés en annexe VIII.

⁷⁶ *L'évaluation interne – Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux –* Ministère de la Santé et des Solidarités - Paris - 9/2006 - 36 pages

Depuis le passage en commission CROSS-MS, j'ai mis en place des actions permettant de répondre au plus grand nombre de critères qualité du référentiel.

Les critères principaux d'évaluation de la grille ANGELIQUE se trouvent en Annexe VIII.

Je me sers de cet outil pour créer un levier motivationnel et faire évoluer les pratiques et les compétences dans le contexte de l'art L.312-8 du CASF.

La mesure des résultats permet de donner des repères, de tirer un bilan des actions pour valoriser ce qui a été réussi et de stimuler là où il reste des progrès à faire. L'importance va être d'analyser des techniques utilisées, de confronter les idées et les disciplines.

Des outils permettront de mesurer l'adhésion du personnel aux projets

Ils sont mis en place à Gervasy dans le cadre du projet global d'accueil et concerneront :

L'auto évaluation des salariés afin que chacun prenne conscience de la valeur qu'il apporte, en conservant une bonne image de lui.

Le retour est indispensable dans la recherche d'amélioration de la qualité. Il faut insister auprès de l'équipe sur l'importance du correctif plus que de l'incident. Cela relève d'une démarche constructive. La correction des déviations apparues au cours du processus de changement dans la « Roue de Deming » s'arrête lorsque tout va bien. C'est l'incident qui redémarrera la roue.

L'adéquation des formations au projet - le suivi des actions de formation des projets initiaux du salarié afin de vérifier la mobilisation - le nombre de volontaires sur des formations ponctuelles - les demandes individuelles de formation spécifiques liées à leur poste de travail - l'utilisation du Droit individuel à la formation (DIF) pour valider les modules de VAE.

Le climat social et la qualité de vie au travail, la satisfaction des salariés à leur poste de travail. Les taux d'absentéisme et de maladie (fréquence, durée), l'usure des salariés (fréquence des doléances), les cas de burn-out. Ces derniers outils se retrouvent dans la grille d'auto évaluation ANGELIQUE.

Concernant la personne âgée accueillie : l'objectif de la structure est de lui apporter du bien être, de préserver son unicité dans une collectivité et de l'aider à trouver sa place, d'avoir des projets. La personne doit être en mesure de pouvoir exprimer son degré de satisfaction.

Une enquête annuelle de satisfaction à destination des résidents et des familles est mise en place. Sa programmation devra être régulière tout comme le traitement des retours.

Cependant, c'est au travers du conseil de vie sociale, d'écoute de la personne et de ses proches que l'évaluation peut être affinée. Il nous incombe alors de mettre en place rapidement des mesures correctives en cas de mal être du résident.

Ces mesures correctives sont tracées sur la base d'un registre de « suggestions » afin de s'y référer plus tard. Ces correctifs seront retravaillés avec le résident au travers du projet de vie personnalisé. Leur périodicité de traitement sera fonction du degré d'importance ou de gravité pour la personne.

Elles seront reliées au projet de vie personnalisé. L'évaluation reste quantitative et chiffrée afin de permettre une approche plus visuelle mais plus rigoureuse, ne permettant pas l'a priori individuel.

Quelques indicateurs d'évaluation complémentaires me permettront de valider ou d'apporter les modifications utiles en ce qui concerne la qualité du service rendu aux usagers

Enquêtes de satisfaction et fréquence des réunions et retours du CVS

Taux d'occupation et liste d'attente

Evolution des projets de vie personnalisés, l'amélioration de l'état de santé général des résidents par le nombre de jours d'hospitalisation dans l'année, de leur bien être, vérification du respect des valeurs fondamentales des droits de l'Homme.

Les avancées sur le référentiel ANGELIQUE.

Il s'agit là d'une liste répondant à la situation actuelle. Cette liste sera évolutive dans le temps en fonction des nécessités du projet et des évolutions des besoins et attentes des personnes âgées de demain.

Une réorganisation des modes de communication et du personnel sera effectuée à chacune des phases de médicalisation et d'extension/rénovation. Elle contribuera à faire évoluer la professionnalisation de l'ensemble des salariés.

Le pré-projet, basé sur la bientraitance des acteurs en interne s'accompagnera d'un développement du travail en réseau et des partenariats.

Dès lors que l'on augmente la qualité, les attentes seront en augmentation elles aussi. La démarche qualité se développera dans la même mesure au niveau de l'établissement. Les critères d'évaluation seront fonction des buts associatifs. L'évaluation est une démarche formative orientée vers l'acquisition de nouveaux savoirs et savoir-faire. Cette démarche collective et continue se déroule en deux phases : modalités de mise en œuvre et résultats obtenus. L'évolution se fera par le passage de l'un vers l'autre, par l'apport de correctifs, des connaissances et de plus value humaine.

Tout projet, quel qu'il soit a le mérite de faire évoluer les mentalités. C'est l'essence du projet et l'état d'esprit dans lequel il grandit qui va permettre à chacun d'apporter une pierre à son édification, qui rendra l'innovation possible.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il me paraît urgent de refonder et mettre en œuvre le projet global d'accueil renforcé par la connaissance des évolutions du public d'ici cinq à dix ans. Le contexte politique actuel me donne la certitude qu'une petite unité de vie en milieu rural peut exister au travers de l'humanité qu'elle apporte aux personnes âgées.

Cela passera par une gouvernance associative ayant une visée politique et une stratégie forte. Les administrateurs, accompagnés dans cette démarche dynamique, seront rassurés sur le devenir de la structure. Ils pourront affirmer la gouvernance associative sans être freinés par le manque de connaissance de cette population et du public accueilli à la maison de retraite.

J'ai montré l'importance de la qualité de vie des différents protagonistes de la Maison de Retraite Gervasy. Les salariés, épanouis dans leur travail, l'effectueront dans de bonnes conditions. Leur prise en compte dans l'organisation les amènera à fournir non pas des valeurs mais une « plus value » dans le sens du plus apporté à l'autre, à l'usager, à l'organisation⁷⁷. Il en est de même concernant les administrateurs et l'entourage des personnes âgées. La pénurie de personnel à la maison de retraite sera réduite si je conduis une bonne politique managériale. La formation, la rémunération, l'adhésion au projet et de bonnes conditions de travail seront des facteurs de fidélisation des salariés. Dans un premier temps, le turn-over, l'absentéisme seront considérablement réduits. C'est alors qu'ils pourront contribuer activement à l'évolution de la démarche d'amélioration de l'accueil des personnes âgées, respectueuse de l'être humain.

In fine, le principal bénéficiaire qu'est la personne âgée pourra retrouver sa place dans l'environnement. Elle aura la possibilité de ne plus se comporter comme un spectateur face à son déclin mais comme l'acteur de son vieillissement dans les meilleures conditions possibles.

L'approche de cette dernière séquence de vie dans un lieu collectif, généralement subi, devra prendre toute l'envergure philosophique permettant un passage constructif. Je conçois la maison de retraite comme un lieu où il fait bon vivre, un espace protégé qui n'est pas étouffant, un domicile respectueux de l'ultime tranche de vie.

⁷⁷ www.danielgacoin.blogs.com/blogs 6 juillet 2007

Il est de ma responsabilité de communiquer autour d'un accueil de qualité, d'en vérifier la réalité. Cependant, la qualité de vie dans l'établissement devra être en adéquation avec les attentes des résidents. Il m'incombe de tout mettre en œuvre pour médicaliser la structure et d'améliorer les locaux par un accompagnement de qualité en respectant les droits fondamentaux des personnes accueillies. Que ces évolutions portent sur des chantiers de grande envergure ou sur des attentes précises, j'amène les intervenants à enrichir cette démarche et à l'appliquer au quotidien.

Ce travail aborde des dimensions diverses et permet d'illustrer ce que j'entends par GLOBAL dans le titre de ce travail.

Ces valeurs ne s'inscrivent pas seulement dans un ensemble d'axes stratégiques ni dans un plan d'action permettant leur réalisation.

Je souhaite que le processus d'intégration dans les pratiques soit évolutif. Les questionnements permanents viendront le compléter tout en respectant les valeurs que je considère comme indispensables à son accomplissement.

A chaque étape d'accompagnement du domicile vers l'établissement, une nouvelle organisation est mise en place. La personne âgée doit s'adapter, malgré la difficulté de cette épreuve, quelque soit la qualité de la transmission entre les équipes des différentes structures. La création de passerelles au travers d'un travail en réseau entre les intervenants (aides à domicile, SSIAD, Services sociaux, établissements) est nécessaire. Je peux espérer que cette démarche mettra plus en avant la continuité dans l'accompagnement d'une personne âgée dépendante tout au long de son processus de vieillissement.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AGAESSE M. - *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées* - Editions Dunod - 11/2004 – 695 pages

BATIFOULIER F. et NOBLE F. – *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* – Editions Dunod – Paris – 9/2005 – 248 pages

BOURDIEU P. - *Les structures sociales de l'économie* – Editions Seuil – Paris - p22

BRAMI G. – *Le projet institutionnel des EHPA : Théorie et pratique* - Collection Repère-âge - Edition Berger Levrault – Paris – 11/2000 – 218 pages

BREDA-JEHL C. - *Autonomie des personnes âgées* – Presse universitaire de Nancy – 1/1989 - 131 pages - p25 à 29

BRUNNER N. – COSTE P. – FOURCADE J.C. - GUYOMARC'H M. - SARRE M.C. - *Grand âge et dépendance* – Editions ENSP – 10/1992 – 280 P - p128 à 130.

CHARLEUX F. et GUAQUERE D. - *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale* - Ed ESF – Issy les Moulineaux - 9/2003 – 246 pages.

CLAUZEWITZ - *L'économie sociale et solidaire et les services à domicile aux personnes âgées* – Collection Maison des sciences de l'homme - Février 2007.

CLEMENT C. - *Ce siècle qui nous a changé la tête* - Psychologies magazine - Editions club – Pantin - 1999. 127 pages

CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R.- *Mission et management des équipes en établissement* - Editions ERES – Ramonville Saint-Agne - 1/2004 – 150 pages

CUISINIER B.- www.a.mama.monsite.wanadoo.fr - Article à propos de son livre *accroître le soin relationnel avec les personnes désignées démentes séniles type Alzheimer : le travail du vieillir* – Ed Chronique sociale – Lyon – 1/2002 – 359 pages.

DESCHAVANNE E. et TAVOILLOT P.H. - *Psychologie des âges de la vie* - Editions Grasset – 2007-540 pages

FERREY G. – LE GOUES G. - *Psychopathologie du sujet âgé* – 2^e édition Masson – Paris – 11/1992 - 189 pages.

GUAQUERE D. et CORNIÈRE H. - *Etre directeur en action sociale aujourd'hui : quels enjeux ?* – Editions ESF – Paris - 8/2005 – 196 pages

GODET M. - *Manuel de prospective stratégique* – 2^{ème} édition Dunod 2004.

HAERINGER J. et TRAVERSAZ F. – *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale* – Ed Dunod – 03/2002 – 244 pages

HUGONOT R. - *Violences invisibles* - Editions Dunod - 2007.

- JAEGER M.** – *L’articulation du sanitaire et du social* – Editons Dunod – 2^{ème} édition – 2000 – p 82
- LAO TSEU** – *Tao te king* – Editions Flammarion – 04/1998 – 81 pages
- LEFEVRE P.**- *Guide de la fonction de directeur d’établissement social et médico social* – Editions Dunod – 06/2003
- LLORCA M.C.** - *Faiblesse de l’intervenant et la puissance de l’usager* - Le sociographe 12-2003.
- MIRAMON - J.M.** - *Manager le changement dans l’action sociale* - Editions ENSP – 2001.
- OBADIA M.** - *Sortir de la préhistoire économique* - Editions Economica – Lassey les Châteaux - 1997- 232 pages - p 165.166
- PELISSIER J.** – Co-initiateur- <http://partenariats-reseaux.aphp.frwww.psychomédia.gc.ca-25.5.2007> - *L’Humanitude* - Editions Armand colin.
- PIQUERAS A.** – *Risques et responsabilités en action sociale* – Ed ESF 2^{ème} – 2006 -171 pages
- POCHET P.**- *Les personnes âgées* – Editions repères – 2005.
- SUN TZU** – *L’art de la guerre* – Editions Flammarion – Manchecourt - 9/1999 - 255 pages
- VERCAUTEREN R.** – *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie* – Ed ERES - 2005
- VILLEZ A.** - *Adapter les établissements pour les personnes âgées, besoins, réglementation, tarification* – Ed DUNOD – Paris – 2005 – 392 pages.

TEXTES LEGAUX

Articles L.311-8, L.312-4, L.312-7 et L.313-8-1 du CASF relatifs aux partenariats et aux réseaux

La loi 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant la loi de 1975 article 2 section 1- article 7 section 2.

Décret n°2003-1135 du 26/11/2003 relatif aux modalités d’autorisation de création, de transformation ou d’extension d’établissements.

Le Décret 2007-221 du 19 février 2007 vient en application du II de l’article L312-1 du Code de l’Action Sociale et des Familles relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d’un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.

Le Décret du 12/3/2007 élargit l’action du comité national de vigilance qui aura entre autres pour mission la création d’un guide de traitement des signalements de maltraitance en établissement et à domicile.

Arrêté du 26/4/1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l’article 5-1 de la loi n°75-535 du 30/6/75 relative aux institutions

sociales et médico sociales, modifié et complété par celui du 13/8/2004 - Décret du 25/2/2005-

Circulaire n°DGAS/SD2/2006/217 du 17/5/2006 – relatifs aux modalités de calcul de la dotation soins et des obligations relevant de la convention tripartite.

La Circulaire n° 2002-280 du 3.5.2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et notamment les personnes âgées.

www.sante.gouv.fr Circulaire Géronto psychiatrie. 27 avril 2007.doc

PLANS

Plan *Solidarité Grand-âge 2006-2008* - Mise en œuvre - www.premier-ministre.gouv.fr/acteurs/gouvernement/conseils_ministres_35

PRIAC 2006-2008 - Associations informations n°207- Supplément mai juin 2006

RAPPORTS - GUIDES

ADEHPA– Enquête Fondation Médéric Alzheimer – 2007

CNESMS - *L'évaluation interne – Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* – Ministère de la Santé et des Solidarités - Paris - 9/2006 - 36 pages

Fondation Mederic Alzheimer - *Annuaire national des établissements d'hébergement accueillant à l'entrée des personnes atteintes de la maladie d'alzheimer ou maladies apparentées* – Poitiers 7/06 – 470 pages

GUINCHARD KUNSLER P. - Rapport vieillir en France - *Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie* – www.personnesagees.loieuropeennepart25.htm RAPPORT 2002

URIOPSS Pays de la Loire - Etude 10% FPC - *La spécificité du management dans le secteur associatif sanitaire, social et médico-social et ses répercussions sur la politique de formation* - Juin 2003

COURS – FORMATIONS

BROTTO P. - *Le marketing social*. Cours CAFDES 2007

ROUVIER Shanti – Sophrologue Formatrice – *Accompagnement des salariés et bénévoles autour de la Maladie d'Alzheimer* - Association « Passages » (13).

ARTICLES

www.a-brest.net/art2815 *Apport du multimédia pour favoriser la bientraitance des personnes âgées, personnes âgées vulnérables et leur entourage.*

ADEHPA – *L'hébergement des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer – Le corps âgé, des expériences plurielles* – 2007

Annuaire 2007 de Géroscopie Magazine – APA – *Charte des droits de la Personne Accueillie*

ASH N°2458 du 2/6/2006 : *l'accueil temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées.*

Associations informations n°207- *PRIAC 2006-2008* - supplément mai juin 2006 - p13

Les cahiers de l'actif – *Evaluation en travail social* – n° spécial 288/28 et 290/29 – Mai – Août 2000.

Le collectif - *Combattre la solitude* - 27/9/06.

www.danielgacoin.blogs.com *Affirmer des « valeurs » dans les projets des organisations sociales et médico-sociales*

Directions - GUITTON C. *Gouvernance et mise en œuvre stratégique.*- n°41 – mai 2007
www.ITGovernanceInstitute

www.journaldunet.com/management *La conduite du changement* par JDN Management Conseils.

www.journaldunet.com/solutions/tribune *La résistance au changement et la démarche qualité* par DOUCET C. du cabinet DOUCET Conseils.

La lettre des collectivités - JARRY C. - *Témoignages* — Hors série Médico-Social – Mai 2007 – p3

Lien Social – *Evaluation : contrôle ou recherche de sens ?* – n°477 – 11 mars 1999.

Le Monde Diplomatique - CASSEU Bernard, journaliste - *Le piège de la gouvernance* - Juin 2001.

www.psychomédia.qc.ca-25.5.2007- PELISSIER J. – Co-initiateur - *L'Humanité* - Editions Armand colin.

Santé mentale n°95 - *La plainte de la personne âgée*
www.serpsy.org/sante_mentale/cadres_SM.html

Le sociographe – WEBER E. – *Multiréférentialité et travail social* - 12/2003

UNION SOCIALE – *La gestion prévisionnelle des emplois : retrouver une motivation, un élan* – N° 209 - 09/2007

URIOPSS – *Résumé des lois de 1999 à 2005.* Supplément – 2005

STATISTIQUES

www.amf.asso.fr/documents/document.asp – *Les personnes âgées : rappels démographiques, situation, revenus* - Etude publiée 28/10/05

DRASS Memento Statis paca 2004

DREES direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel* - Ministère de la Santé – N° 379 – février 2005.

www.eurostat (étude, conseils et expertise sectorielle) – *La population en Europe en 2005* - Etude publiée en novembre 2005, mise à jour en Janvier 2007

www.insee.fr Institut national des statistiques et études économiques – *Bilan démographique 2006* - n°1118

INSERM institut national de la santé et de la recherche médicale

DICTIONNAIRE

Dictionnaire des Personne Agées, de la retraite et du vieillissement – Editions 1984.

Le Petit Larousse Illustré – Editons 2006.

www.wikipedia - Encyclopédie libre.

MEMOIRES

COHEN BACRI D. – *Impulser une dynamique de changement dans un EHPAD : mobiliser les personnels autour de la qualité des projets* – Mémoire CAFDES - 2004 – p25 à 35

BUCHNER Max – *Inscrire la qualité de vie comme dynamique de mouvement dès la création d'un foyer de vie* - Mémoire CAFDES - 2005

LISTE DES ANNEXES

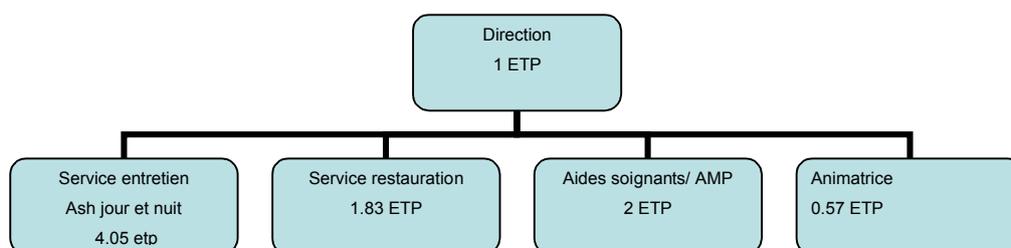
- ANNEXE I :** Organigramme du personnel à ce jour.
- ANNEXE II :** Extrait de *L'Art de la Guerre* – SUN TZU et
Extrait de *Tao te king* – LAO TSEU p57
- ANNEXE III :** Guide de gestion des risques de maltraitance en institution
adapté à la maison de retraite Gervasy.
- ANNEXE IV :** Bilan financier 2004 - 2005 - 2006.
- ANNEXE V :** Tableau synthétique des besoins en ETP médicalisation et
reconstruction
- ANNEXE VI :** Organigramme de la structure en phase 1
- ANNEXE VII :** Organigramme en phase de reconstruction :
Le personnel mis en commun pour les deux structures.
- ANNEXE VIII :** Les critères d'auto-évaluation ANGELIQUE

ANNEXE I : Organigramme du personnel à ce jour.

Maison de retraite « Gervasy »

Total : 9.45 ETP

Ratio d'encadrement : 0.47



ANNEXE II : Extrait de *L'Art de la Guerre* – SUN TZU –

Editions Flammarion - 1999- p92-93

« Par influence morale j'entends ce qui fait que le peuple est en harmonie avec ses dirigeants, de sorte qu'il les suivra à la vie à la mort sans craindre de mettre ses jours en péril ».

Chang Yu : « pour peu qu'on traite les gens avec bonté, justice et équité, et qu'on leur fasse confiance, l'armée aura l'esprit d'équipe et tous seront heureux de servir leurs chefs.

Ts'ao Ts'ao dit que pour guider le peuple dans la voie droite, il faut l'instruire.

Extrait de *Tao te king* – LAO TSEU p57

TAO est traduit par "influence morale". Il est généralement rendu par l'expression « la voie droite ».

L'état se gouverne par des lois strictes

La guerre se gagne par la ruse

Mais l'univers se gagne par le non agir

Je sais cela de l'observation

Plus il y a d'interdits, plus le peuple est pauvre

Plus il y a d'armes, plus le pays est troublé.

Le peuple a-t-il recours à l'habileté

Et d'étranges nouveautés apparaissent.

Plus croissent les lois et les règlements

Et plus augmentera le nombre de voleurs et de brigands.

Ainsi le sage dit :

Je ne fais rien et le peuple se transforme de lui-même

Je reste calme et le peuple se rectifie de lui-même

Je n'intrigue pas et le peuple prospère de lui-même.

ANNEXE III : Guide de gestion des risques de maltraitance
adapté à la maison de retraite Gervasy.

Il comporte un tableau de bord de l'évaluation des risques déclinés en facteurs de risques, gravité croissante de 1 à 4, fréquence, action à mettre en place dans le temps, a priori, à posteriori ainsi que des exemples.

Je ne retiendrai ici que la gestion des risques à priori.

Risque lié à l'inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie :

- non respect des dispositions de l'autorisation : 0
- équipement insuffisant ou inexistant : 3 – fréquence isolée – action : rénover à moyen terme (ascenseur, accès extérieurs au bâtiment)
- équipement inadapté : 3 – fréquence isolée – action : accès des salles de bains à rénover à moyen terme

Risque de chute :

Matériel inadapté : 2 – fréquence isolée - action : lié au suivi médical- appel malade accessible en un seul point de la chambre mais pas dans les toilettes.

Risque lié au manque de sécurité des équipements :

Absence de surveillance des accès par manque de personnel ou de dispositifs spéciaux : 4 – fréquence répétée – équipements minimaux mis en place immédiatement (sécuriser l'accès du jardin vers l'extérieur par une clôture ornementale, installation de signalisateurs sonores aux fenêtres les plus fréquemment enjambées, laisser les portes ouvertes permettant l'accès au jardin afin de limiter le stress lié à l'enfermement).

L'installation d'un portail à digicode est indispensable afin de permettre à toute personne non désorientée de vaquer selon ses souhaits) dans les 3 mois.

Risque infectieux : 2

Quelques rares cas de personnes revenant d'un séjour en hôpital sont porteuses de staphylocoques d'oreus. Des protocoles de non contamination sont alors immédiatement mis en place avec isolement du linge et des repas.

Risques liés au pilotage de l'établissement : 1

Pas de projet d'établissement ou contenu non conforme à la réglementation et aux recommandations : 0

Pas de règlement intérieur : 0

Pas de protocole, pas de conduite à tenir, fonctionnement basé sur l'habitude : 1 fréquence isolée – actions mises en places : sanctions lors du non respect des consignes de sécurité

Directeur non formé ou inexpérimenté : 0

Turn-over important au poste de direction : 0

Vacance du poste de direction : 2 pendant les semaines de formation cafdes – liaison téléphoniques urgentes seulement – pas de cadre pendant ces périodes.

Pas de délégation claire, pas de contrôle de gestion : 2 - délégation en cours d'élaboration par conseil d'administration

Circuit de décision opaque ou non connu : 2 – beaucoup de décisions impliquant directement la maison de retraite sont prises hors conseil d'administration. Ces évènements sont répétés- action mises en place : à court terme : réunions de bureau qui regroupe les deux parties du conseil d'administration, avec l'implication du conseil de vie sociale si besoin.

Pas de médecin coordonnateur ou absence de formation à la gériatrie : 4
action : signature de la convention tripartite.

Risque lié à l'accompagnement individuel des personnels dans l'accomplissement de leur mission :

Pas ou pas assez d'accompagnement aux prises de fonction : 2 fréquence isolée – concerne les remplaçants à pied levé sur un poste. Action immédiate: aide mémoire du poste et attestation de remise de ce document. Le personnel en poste doit être très présent les premiers jours – l'aide mémoire au poste n'est pas toujours lu.

Pas de repérage des situations à risques : 2 fréquence isolée – imposer le premier jour de travail un temps permettant de prendre connaissance du document unique risques professionnels pour le poste concerné.

Phases d'absentéisme qui suivent une phase l'activité trop forte par rapport au personnel en poste.

Risque lié à l'animation et la coordination des équipes :

Absence ou insuffisance de coordination des équipes : 3 fréquence répétée.
Action mettre en place des réunions mensuelles du personnel

Absence ou insuffisance d'animation des équipes : 3 fréquence répétée
action : à 3 mois dès la fin de la formation cafdes avec plus de temps pour encadrer les équipes.

Pas de politique de mobilité et de promotion : 0

Pas de formation continue : 0

Risques liés à l'organisation du travail :

Gestion du temps de travail : 2 fréquence isolée, action : immédiate : embaucher du personnel en cas d'accroissement ponctuel de la dépendance.

A moyen terme : attente de la signature de la convention tripartite pour réorganiser l'encadrement dans la journée.

Défaillance des circuits d'information : 2 fréquence répétée – actions à mettre en place immédiatement : concerne les infirmières libérales qui n'accomplissent pas tous les actes prescrits. Mobiliser l'équipe afin que chacun puisse les suivre et leur rappeler les impératifs quelle que soit l'heure à laquelle elles passent. Liaison inter équipe par le cahier de liaison. Effectué tous les jours.

Risque d'atteinte à la liberté et non respect des habitudes :

Procédure d'accueil inadaptée, insuffisante : 1 isolée – lors d'admissions en urgence pour un placement non prévu – action mise en place : accompagnement plus soutenu les premiers temps et mise en place du projet de vie personnalisé postérieurement à l'accueil.

Défaut d'équipements ou mauvais usage des équipements (locaux non sécurisés, barrières aux lits, contention sans protocoles, digicodes...) : 1 isolé – action : régulation et correction sur l'aide mémoire.

Non prise en compte des attentes et des choix : horaires, croyances, dernières volonté : 1 - rare – actions : lié à la capacité d'expression de la personne et à sa famille.

Pratiques sécuritaires de l'institution et de l'entourage : 3 fréquence répétée – action : communiquer avec les familles de personnes désorientées afin de les laisser aller librement, d'accepter ce droit au risque et proposer un

accompagnement pour leur parent qui permette de limiter le stress de tous, tout en laissant libre de faire et d'aller la personne âgée.

Risque d'atteinte à la dignité et à l'intimité :

Excès de familiarité : infantilisation 1 – isolé – action immédiate : reprise par l'équipe et convocation dans mon bureau.

Pas ou pas assez de personnalisation de la prise en charge : 1 – isolé – se produit lors de l'admission, correctif immédiat.

Non respect de l'intimité : 1 – isolé – installation de boîtes aux lettres individuelles pour les plus autonomes mentalement et installation de coffres individuels – à moyen terme

Risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins :

Absence ou insuffisance des aides à la vie quotidienne ou excès d'assistance : 0 prévu dans le projet personnalisé.

Défaut de plan de soins individualisés : 4 fréquence répétée – action : à moyen terme embaucher une infirmière sur site.

Défaut de coordination des équipes : 4- répété- action : embaucher une infirmière sur site. Le personnel soignant doit pallier aux carences des infirmières libérales.

Risque de limitation de la vie sociale pour une personne :

Absence de projet d'animation ou d'activité au sein de l'établissement : 0 – isolé – événement ponctuel lié à un surcroît de travail – ne dépasse pas une demi journée.

Isolement de l'institution – 0- isolé- mettre en place les moyens de transport pour se rendre dans d'autres structures ou en sortie touristique – cf cvs.

Pratiques et motifs sécuritaires de l'institution et de l'entourage : 1 – ponctuel-
action dans les jours qui suivent afin de permettre aux personnes
désorientées de sortir en étant accompagnées.

Déni d'une vie sociale extérieure à l'établissement : 0

Censures des relations personnelles / intrusions dans les relations sociales,
affectives et sexuelles : 0 – encouragements des personnes âgées dans ce
sens.

ANNEXE IV: Bilan financier 2004 - 2005 - 2006.

Actif	2004	2005	2006	Passif	2004	2005	2006
FRI					62518	78159	82393
				Fds assoc./ res. Invest.	44664	57169	63143
Immo. corporelles	33402	31524	33585	Amort.	17854	20990	19250
FRE					143223	70225	101356
				Reserve de trésorerie/ compens.	107483	97637	103897
ran défictaire		-27412	-2541	Ran benef.	35740		
affect ex. ant.				affect ex. Ant.			
FRNG					205741	148384	183749
BFR			14018	E.F.E	19260	2694	
Stock	3799	633	904	Fourniss.	16151	12596	11422
Créances	70297	41190	41324	Autres dettes (+ salaires)	38685	31921	44824
trésorerie	191723	151078	169731				

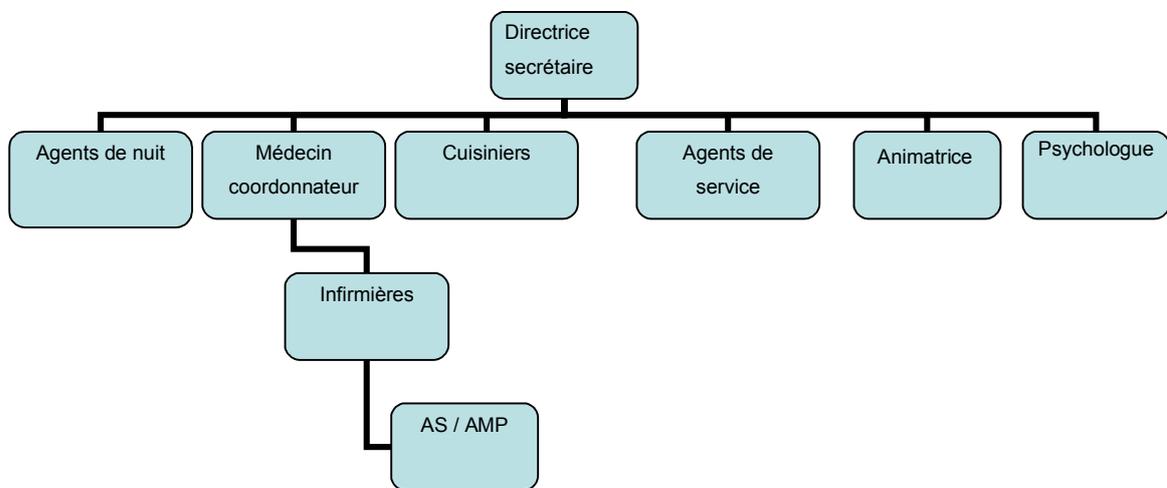
Le plan pluri annuel de financement n'a pas été établi parce qu'il manque des précisions concernant ce qui sera à la charge de l'établissement (mobilier, petits agencements...) mais qui peuvent être pris en charge par le propriétaire des murs.

ANNEXE V : Tableau synthétique des besoins en ETP

EHPAD phase 1 conventionnement et phase 2 projet architectural

Postes	ETP actuel	Nbre	ETP phase 1 : médicalisation	Nbre	ETP phase 2 : médicalisation et travaux	Nbre
Administratif	1	1	1.23	2	1.34	2
Aides soignants	1	1	2.5	3	5.5 (2 en poste de nuit)	6
AMP	1	1	1	1	2	3
Agents de nuit	2.22	3	2.22	3	2.22	3
Cuisiniers	1.83	2	1.83	2	2	2
Agents de service	1.83	2	1.83	2	3.83	5
Maîtresse de maison					1	1
animatrice	0.57	1	0.57	1	1	2
Infirmières	0		1.5	2	2.5	3
Médecin coordonnateur	0		0.1	1	0.15	1
Psychologue	0		0.06	1	0.09	1
Ouvrier d'entretien					0.5	1
	9.45	11	12.84	18	22.13	30

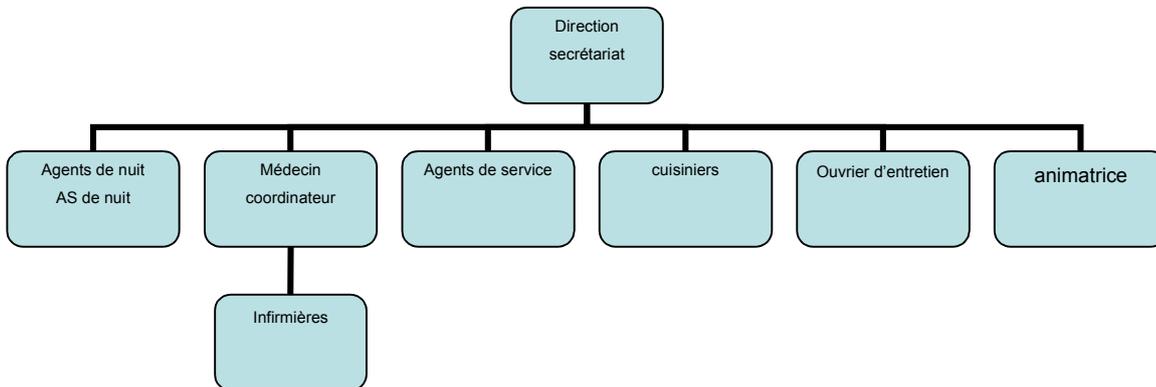
ANNEXE VI : Organigramme de la structure en phase 1
LA MEDICALISATION



Total ETP : 12.84

ANNEXE VII : Organigramme en phase de reconstruction

Le personnel mis en commun pour les deux structures.



Total des ETP communs : 11.13

ANNEXE VIII : Critères du référentiel ANGELIQUE :

Elle se décline ainsi :

Dans une première partie, il détaille le profil de l'établissement :

Signalétique de l'établissement et capacité, descriptif de l'établissement et des prestations, descriptif de la population accueillie, tarifs pratiqués, le personnel, la sous-traitance, la gestion prévisionnelle des emplois

Dans une seconde partie, il renseigne sur :

Les méthodes d'évaluation, les outils, les résultats de l'auto évaluation et de l'évaluation externe si c'est le cas, les actions d'amélioration de la qualité, les points forts – les points faibles.

La troisième partie porte sur les objectifs d'évolution de l'établissement et moyens mis en œuvre pour les réaliser les à 5 ans :

Modalités et suivi de l'évaluation des objectifs au travers d'une évaluation périodique annuelle qui porte sur les points suivants :

Formation du personnel, maintien de l'autonomie, l'organisation des soins, aides et soins spécifiques, hôtellerie, personnel.