



**RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES  
AGEES DANS LEUR PARCOURS DE VIE  
EN CONSTRUISANT LA COOPERATION ENTRE L'EHPAD  
ET LES ACTEURS DU TERRITOIRE**

*Mariline BARROCHE*

2021 - 2023

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier les résidents et leurs proches avec qui je me suis entretenue qui sont les piliers de mon projet professionnel et y apportent du sens.

Je remercie les différents professionnels, les interlocuteurs du Canada qui ont pris du temps pour m'accompagner, répondre à mes questions et les différents intervenants de la formation.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté des conseils et pris du temps pour relire mes productions au cours de la formation CAFDES (Certificat d'Aptitudes aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'Intervention Sociale).

En dernier, je remercie vivement mes proches (mon mari et mes enfants) pour m'avoir permis d'accomplir ce projet professionnel de devenir directrice d'EHPAD.

---

# Préambule

---

J'ai toujours effectué mes choix professionnels en fonction de mes convictions et de mes valeurs. C'est pourquoi, j'ai choisi une profession où les relations humaines sont présentes au quotidien.

J'ai obtenu mon diplôme d'état d'infirmière en 1994, puis j'ai exercé dans différents domaines : sanitaire, à domicile, en entreprise. Au cours de ces différentes expériences professionnelles, j'ai pu développer diverses compétences et notamment relationnelles. J'ai ensuite, repris mes études pour devenir cadre de santé formatrice, fonction exercée pendant sept ans puis effectué un master en ingénierie conseil en formation. Une proposition professionnelle m'a amenée à un poste de cadre de santé à mi-temps, auprès des personnes âgées, en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) pendant un an puis à temps plein depuis le 1<sup>er</sup> février 2020.

La pandémie COVID a fait son apparition et m'a permis de questionner ma pratique, les prises de décision en équipe afin de prévenir l'arrivée de cette crise sanitaire dans l'établissement. Cette période m'a aussi motivée dans mon projet professionnel. J'ai débuté la formation CAFDES (Certificat d'Aptitudes aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'Intervention Sociale) en juin 2021 dans l'objectif de devenir directrice en EHPAD.

Dans ce mémoire, je me positionnerai en tant que directrice depuis six mois, à l'EHPAD Saint-Laurent de Gorrion.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Vivre à l'EHPAD Saint-Laurent : un accompagnement bienveillant malgré une insuffisance de participation et de pouvoir d'agir des personnes âgées.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 L'EHPAD Saint-Laurent : une transition pour accompagner et satisfaire les besoins des personnes âgées.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 L'EHPAD Saint-Laurent : de sa gouvernance à l'accomplissement de ses missions.....	3
1.1.2 Le cadre réglementaire instaurant le pouvoir d'agir des personnes âgées comme un axe fédérateur .....	7
1.1.3 L'accueil de différents publics à l'EHPAD Saint-Laurent.....	7
1.1.4 Une équipe pluriprofessionnelle accompagnant les résidents au quotidien ....	12
<b>1.2 L'inscription de l'EHPAD Saint-Laurent dans une dynamique de territoire : le Bocage mayennais .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Le territoire du Bocage mayennais et la mobilisation de ses acteurs investis pour accompagner les personnes âgées.....	15
1.2.2 Les acteurs du territoire du Bocage mayennais.....	16
1.2.3 Les partenariats actifs sur ce territoire.....	18
<b>1.3 Les freins à la participation des résidents .....</b>	<b>19</b>
1.3.1 Des représentations négatives de la société sur la personne âgée et l'EHPAD entravant le pouvoir d'agir des résidents .....	19
1.3.2 L'absence de sollicitations des personnes âgées pour accompagner leur parcours de vie du domicile vers l'EHPAD .....	21
1.3.3 Des professionnels dans l'impossibilité de laisser « la place » aux résidents pour exprimer leur choix, pour participer à la vie de l'EHPAD.....	24
<b>2 La participation des résidents dans leur parcours de vie : un enjeu majeur pour l'EHPAD Saint-Laurent .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Le parcours de vie et le pouvoir d'agir : enjeux de l'accompagnement des résidents .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Le sens du parcours de vie de la personne âgée .....	27
2.1.2 Le concept de pouvoir agir et ses bénéfices pour la personne âgée .....	28

2.1.3	La volonté des politiques publiques de laisser une place aux personnes âgées en œuvrant pour leur participation .....	32
<b>2.2</b>	<b>Des représentations négatives à la place accordée à la personne âgée : un défi à relever pour l’EHPAD Saint-Laurent.....</b>	<b>35</b>
2.2.1	Un regard négatif porté sur le vieillissement de la population.....	35
2.2.2	Le vieillissement de la population : une réalité mondiale .....	37
2.2.3	Le vieillissement de la population en France.....	37
2.2.4	Une population aux besoins qui changent.....	38
<b>2.3</b>	<b>La coopération en faveur de la participation réelle des personnes âgées</b>	<b>39</b>
2.3.1	La définition de la coopération .....	39
2.3.2	La coopération en Europe et en France pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et maintenir leur autonomie .....	41
2.3.3	L’expérimentation d’une coopération réussie au profit des résidents .....	42
<b>2.4</b>	<b>Une démarche managériale au profit de la participation des personnes âgées en associant tous les acteurs du territoire .....</b>	<b>44</b>
2.4.1	L’acculturation des professionnels à la participation des résidents par le développement de nouvelles compétences .....	44
2.4.2	La démarche qualité : un levier pour faciliter l’évolution des pratiques professionnelles.....	47
2.4.3	La prise en compte de la place des résidents et de leur participation dans la démarche qualité .....	48
2.4.4	L’adhésion de la gouvernance et des partenaires prêts à coconstruire la coopération.....	49
<b>2.5</b>	<b>Des axes d’amélioration riches de sens pour les résidents et les professionnels .....</b>	<b>51</b>
2.5.1	La validation et l’adhésion au projet par les parties prenantes .....	51
2.5.2	Ma conception de la conduite du changement en tant que directrice .....	52
<b>3</b>	<b>Renforcer le pouvoir d’agir des personnes âgées et améliorer leur qualité de vie : le temps de la mise en œuvre opérationnelle.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1</b>	<b>La présentation générale du plan d’actions.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2</b>	<b>La mise en œuvre opérationnelle des actions .....</b>	<b>57</b>
3.2.1	Une organisation améliorée à l’EHPAD Saint-Laurent pour renforcer le pouvoir d’agir des personnes âgées.....	57
3.2.2	Développer la coopération avec les acteurs du territoire et plus particulièrement avec le domicile .....	65

3.2.3 L'accompagnement des professionnels pour promouvoir la participation des résidents en respectant leur choix.....	71
<b>3.3 L'élaboration d'un plan de communication.....</b>	<b>75</b>
<b>3.4 La démarche d'évaluation des actions .....</b>	<b>77</b>
3.4.1 Les indicateurs relatifs aux personnes âgées accompagnées .....	77
3.4.2 Les indicateurs relatifs aux professionnels .....	78
<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AES : Accompagnant Éducatif et Social

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

AMP : Aide Médico Psychologique

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APEI : Association de Parents d'Enfants Inadaptés

APP : Analyse de Pratiques Professionnelles

ARS : Agence Régionale Santé

AS : Aide-Soignante

ASH : Agent de Service Hospitalier

ASG : Assistant de Soins Gérontologie

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

CA : Conseil d'Administration

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'Intervention Sociale

CHNM : Centre Hospitalier du Nord-Mayenne

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico Psychologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODIR : Comité de Direction

COPIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSE : Comité Social et Economique

CVS : Conseil de Vie Sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

DRAD : Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DREETS : Directions Régionales de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ERRD : État Réalisé des Recettes et des Dépenses  
ESAT : Établissement ou Service d'Aide par le Travail  
ETP : Équivalent Temps Plein  
GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social  
GIR : Groupes Iso-Ressources  
GMP : GIR Moyen Pondéré  
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées  
MDA : Maison Départementale de l'Autonomie  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PACQ : Programme d'Amélioration Continue de la Qualité  
PASA : Pôle d'Activités de Soins Adaptés  
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
PMP : Pathos Moyen Pondéré  
PRS : Projet Régional Santé  
QVT : Qualité de Vie au Travail  
RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles  
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données  
SIMAD : Syndicat Intercommunal pour le Maintien à Domicile  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
TPMR : Transport des Personnes à Mobilité Réduite  
TMS : Troubles Musculo Squelettiques  
UPHV : Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes





## Introduction

Face au vieillissement de la population, depuis quelques années, les politiques publiques se manifestent en faveur des droits des usagers, leur pouvoir d'agir et plus particulièrement leur participation. Diverses évolutions ont permis d'inclure les personnes dans les réflexions en mobilisant les outils définis par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Tel que précisé dans les Décrets n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS (Conseil de la Vie Sociale) et aux autres formes de participation et n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, cette instance consultative permet d'entendre la voix des personnes accompagnées et de leurs proches et de les faire participer.

Malgré les obligations de mettre en œuvre ces différents outils pour permettre la participation des personnes âgées, cela est insuffisant pour respecter leur pouvoir d'agir. Il est nécessaire d'ajuster, de trouver un équilibre entre l'implication, l'engagement des usagers et l'organisation de l'EHPAD. Alors que l'institution doit s'adapter à son public, ce sont parfois les résidents qui s'adaptent au fonctionnement de l'EHPAD. Or, différentes lois énoncent la notion de participation et de citoyenneté des personnes accompagnées. Le résident doit se situer au centre de nos préoccupations mais en réalité, il est loin de contribuer aux décisions, de participer à son projet de vie. La standardisation de l'organisation identifiée à l'EHPAD laisse, finalement, peu de place à la parole du résident et à la mise en œuvre de son projet de vie et encore moins à l'individualisation et à la reconnaissance de la personne en tant que citoyen. Ceci pourrait même laisser à penser que le résident n'a plus de capacité de réflexion, d'envie quand il est admis à l'EHPAD. Les pratiques professionnelles actuelles, du fait de la charge de travail, du manque de temps, du manque de qualification du personnel, ne permettent pas l'expression des résidents, l'individualisation et la satisfaction de leur besoin. J'identifie un écart entre les demandes des politiques publiques à savoir l'individualisation des accompagnements des personnes âgées et l'organisation interne qui ne permet pas la participation des résidents.

Il est également important de repositionner l'EHPAD en tant que lieu de vie. Celui-ci signifie être chez soi et pouvoir disposer de ses appartements comme chacun le souhaite. Il fait référence à un espace où la personne réalise des activités de la vie quotidienne. La population accueillie au sein des EHPAD évolue ainsi que les offres de service. De ce fait, les prestations doivent être modifiées en fonction des besoins des personnes accompagnées. La dimension du « care » prend sens pour préserver les droits des personnes accompagnées et maintenir une des missions principales de l'EHPAD d'être un

lieu de vie. Pour ce faire, l'identification des capacités des personnes accueillies semble être un élément indispensable pour préserver son estime de soi. Or, dans le quotidien, les résidents subissent l'organisation au sein de l'EHPAD. Ils ne décident pas de l'horaire du petit déjeuner, de l'heure de ménage de leur chambre ni même de l'éventualité de réaliser leur ménage eux-mêmes. Nous accompagnons les résidents dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne sans questionner leurs souhaits, alors que certains soulèvent clairement cette lacune.

La place accordée aux personnes âgées a pour bénéfice de permettre à celles-ci d'être considérées comme des êtres humains à part entière et d'impacter positivement leur santé mentale. Elle permet d'obtenir une qualité de vie et un bien-être en accord avec leurs possibilités et leurs choix. Le pouvoir d'agir touche également les professionnels en apportant du sens au travail notamment en questionnant les pratiques, leur posture pour laisser la place aux résidents. Comment accompagner la transformation au sein de la structure afin d'améliorer la place accordée aux personnes âgées, leur pouvoir d'agir et leur qualité de vie, tout en améliorant également la vie au travail des professionnels ?

En première partie, je présenterai l'EHPAD Saint-Laurent, la gouvernance, les prestations proposées, les publics accueillis, les professionnels mobilisés pour accompagner les résidents et le territoire du Bocage Mayennais. Dans une seconde partie, j'aborderai les politiques publiques en lien avec les personnes âgées, je définirai les différents concepts utilisés à savoir : le parcours de vie, le pouvoir d'agir, la coopération. J'exposerai l'expérience vécue en termes de coopération avec les acteurs du territoire. En troisième partie, je proposerai ma vision en tant que directrice d'EHPAD, des évolutions possibles, des projets à mener pour permettre le renforcement du pouvoir d'agir des résidents et le maintien de leurs droits fondamentaux.

# **1 Vivre à l'EHPAD Saint-Laurent : un accompagnement bienveillant malgré une insuffisance de participation et de pouvoir d'agir des personnes âgées**

## **1.1 L'EHPAD Saint-Laurent : une transition pour accompagner et satisfaire les besoins des personnes âgées**

L'EHPAD Saint-Laurent est un établissement ayant su évoluer depuis sa construction pour accompagner les personnes âgées. Au fil des années, le nom de l'établissement a changé, en passant de foyer à maison de retraite puis EHPAD. Ces changements de sémantique sont liés aux évolutions des besoins du public accueilli. La structure accueille désormais deux publics différents, public ayant pour la majorité plus de 60 ans. Dans cette première partie, je vous présenterai l'EHPAD Saint-Laurent notamment sa gouvernance, ses missions, les publics accueillis et les professionnels présents pour accompagner les résidents. Il s'inscrit dans un territoire qu'il est important de définir afin de distinguer les différents acteurs présents pour accompagner les résidents. J'aborderai également les freins rencontrés pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées principalement en ce qui concerne les sollicitations des personnes accueillies et l'absence de coopération sur le territoire.

### **1.1.1 L'EHPAD Saint-Laurent : de sa gouvernance à l'accomplissement de ses missions**

L'EHPAD Saint-Laurent est un établissement médico-social, restructuré en 2014, accueillant des personnes âgées dépendantes de soixante ans ou plus. Il s'agit d'un EHPAD public autonome de la Fonction Publique Hospitalière ayant obtenu une autorisation préfectorale datant du 24 avril 1984. La capacité d'accueil autorisée est de cent trois résidents dont cent deux hébergements permanents et un hébergement d'accueil temporaire. La structure est aussi habilitée par le conseil départemental à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Les autorités de tarification sont l'ARS (Agence Régionale Santé) des Pays de la Loire et le conseil départemental de la Mayenne. L'établissement est financé selon trois sources de financement : le budget soins, le budget dépendance et le budget hébergement.

Il compte cinq unités de vie (Annexe 1) pour personnes âgées dépendantes allant de douze à vingt-deux résidents, réparties sur trois étages, une unité UPHV (Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes) et un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) pour une capacité d'accueil de douze résidents présentant des troubles du comportement modérés. Chaque unité de vie est composée de chambres individuelles et de lieux collectifs. Elles comptent un nombre plus ou moins important de résidents, allant de douze à vingt-deux. L'EHPAD s'est aussi positionné sur le projet de création d'une unité UPHV. La proximité géographique avec l'ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) et le foyer de vie de Gorrion ont permis la coopération autour de ce projet. En juin 2021, un nouveau public a été admis dans ce service, douze personnes en situation de handicap vieillissantes.

L'EHPAD Saint-Laurent est dirigé par une directrice (Annexe 2). Le CODIR (Comité de Direction) n'est pas clairement identifié ni formalisé. Il existait antérieurement mais la direction précédente a fait le choix de le déconstruire à cause de dysfonctionnement. Cependant, au quotidien, je constate qu'il est présent de manière informelle. Il est composé des collaborateurs suivants : le qualicien, le cadre de santé, l'équipe administrative (adjoint administratif et attaché d'administration) et l'agent d'entretien. Aucune réunion n'est instaurée de manière formelle et les échanges se font majoritairement au moment des pauses café. Certaines décisions sont actées au cours de ce temps mais sans aucune traçabilité écrite et sans relais vers les équipes de l'établissement. Un axe d'amélioration est à apporter sur le fonctionnement actuel de ce CODIR notamment en revisitant l'organigramme et les fiches de poste de chaque acteur. Les échanges permettront d'identifier son rôle, ses missions et les objectifs à atteindre. Un plan de communication sera ensuite à construire pour une meilleure circulation de l'information au sein de la structure.

L'ARS et le conseil départemental sont les autorités de tarification qui attribuent les dotations permettant le fonctionnement de l'EHPAD. En tant que directrice, je pilote la gestion budgétaire avec l'attaché d'administration, par le biais de l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses), de l'ERRD (Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses) et en lien avec le trésorier public. L'ARS Pays de la Loire accompagne les établissements dans la mise en œuvre et le respect des politiques publiques et tout spécialement la politique régionale en matière de santé. Elle veille à la sécurité sanitaire en participant à la promotion de la santé, à la prévention et à l'évaluation des actions particulièrement par les évaluations qualité. Le conseil départemental de la Mayenne délivre les autorisations capacitaires des établissements. Il intervient en ce qui concerne les aides versées pour l'autonomie des personnes âgées dont l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). La MDA (Maison Départementale de l'Autonomie) de la Mayenne est un guichet unique dont

les missions sont d'accueillir, d'informer et d'orienter les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en fonction de leurs besoins.

En tant que directrice de l'établissement, je collabore avec le président du CA (Conseil d'Administration), maire de la commune de Gorrion depuis vingt-cinq ans. Le président anime en coordination avec la directrice la réunion du CA. A l'EHPAD, ce conseil est composé de différents membres de droit, au nombre de neuf : le président, le vice-président, deux représentants du conseil départemental, la présidente du CVS, une conseillère municipale, le médecin coordonnateur, un représentant des résidents et un représentant du personnel. Il définit la politique générale de l'EHPAD et prend part aux décisions. Il vote différentes délibérations avec les membres du conseil d'administration dont les thématiques sont les suivantes : le projet d'établissement, le rapport d'activités, les budgets, les investissements, les emprunts, le règlement de fonctionnement, le tableau des emplois etc. Ce CA se réunit trois fois par an. Le président du conseil d'administration connaît le fonctionnement de l'EHPAD, les budgets, les problématiques rencontrées. Les résidents et les professionnels le reconnaissent en tant que maire de la commune de Gorrion. Ayant une bonne connaissance du territoire, il souhaite lier les acteurs les uns aux autres en développant la coopération sur la commune.

L'instance CVS a pour but de laisser place à l'expression des résidents. Elle a une voix consultative, donne son avis et fait des propositions sur le fonctionnement de l'établissement, l'organisation interne, les animations, les travaux, l'entretien des locaux. Elle se réunit trois fois par an. Siègent à cette instance deux représentants des résidents élus, trois représentants des familles, trois représentants du personnel et deux représentants du conseil d'administration. La présidente de cette instance est une représentante des familles. A ce jour, j'anime la réunion et réalise les comptes rendus des réunions CVS en accord avec la présidente qui ne souhaite pas endosser ce rôle. Pour autant, elle participe activement et est très réactive lorsqu'elle est sollicitée par mail ou par téléphone. En ce qui concerne les résidents, parfois très peu sont présents le jour de la réunion car l'information ne leur a pas été transmise en amont ou parce qu'ils sont fatigués. J'observe qu'aucune convocation ne leur est adressée pour les informer des réunions CVS. Ce point est un axe à améliorer. L'instance CVS est méconnue par les résidents et les familles, selon des propos identifiés lors des enquêtes de satisfaction. Or, le rôle de cette instance est de représenter les personnes accompagnées, de les faire participer, de recenser leurs demandes pour en discuter. Cependant, je remarque qu'aucune communication n'est réalisée à l'EHPAD lors de l'accueil des résidents quant à cette instance. A ce jour, très peu d'avis émanent des résidents. Ceux-ci s'expriment souvent sur

des ressentis individuels, en lien avec l'alimentation. Par exemple, Mme J. indique à chaque réunion : « *Ce serait bien d'avoir du chaud* » ; « *Une sardine le soir, c'est pas beaucoup* ». L'absence de temps de préparation de la réunion en amont ne permet pas aux résidents de recenser les besoins de leurs pairs. L'animatrice, présente au CVS, propose différentes activités mais aucun temps d'expression n'est organisé pour recueillir les doléances ou les souhaits des résidents. Afin de donner du sens à cette instance, cela nécessite de la préparer et de questionner les personnes concernées par la vie au sein de l'établissement.

Le projet d'établissement 2016 – 2021 a été élaboré avec la participation de l'équipe pluridisciplinaire par la mise en place de groupes de travail mais sans la participation des résidents. La réécriture du projet d'établissement tarde pour diverses raisons : l'arrivée, en 2020, de la crise sanitaire COVID et l'attente de la négociation CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens). L'objectif étant de lier le projet d'établissement et le CPOM. Celui-ci est à réécrire en sollicitant les résidents et en les impliquant dans les réflexions. L'HAS (Haute Autorité de Santé) définit l'EHPAD ainsi : « *Un EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, quelles que soient ses difficultés* » (ANESM, 2010). L'EHPAD a pour but premier d'accompagner la personne âgée pour lui conférer un bien-être et une qualité de vie. Les deux missions définies dans le projet d'établissement sont la notion d'hébergement, de soin et la vie sociale des personnes âgées.

L'EHPAD impose diverses prestations : hôtelière, restauration, blanchissage, ménage, auxquelles les résidents ne peuvent plus participer non pas parce qu'ils n'en sont plus capables mais parce qu'ils ne sont pas sollicités pour le faire. Or, à la suite des entretiens menés auprès des résidents, ces actes simples de la vie quotidienne restent importants pour eux car ils laissent une part de responsabilité, un rôle en tant que personne et un sentiment d'utilité. Michel Billé, sociologue, explique que ces activités s'inscrivent dans le projet de vie du résident et qu'il redonne du sens, une image positive de lui-même, un processus d'identité positif sans lequel une personne ne peut pas vivre (Billé, 2014). Pour répondre à ses missions, différentes prestations internes sont proposées aux résidents telles que des soins bien-être (balnéothérapie, massages...) réalisés par des professionnels de l'EHPAD formés tandis que la zoothérapie, l'art-thérapie, le théâtre, la gym douce sont des propositions adressées aux résidents par des prestataires extérieurs avec lesquels des conventions ont été actées et signées par le CA. Cependant, je constate que la majorité des prestations offertes se font en interne et très peu à l'extérieur de l'EHPAD. Lors de l'admission, aucun questionnement n'apparaît quant aux activités antérieures effectuées par la personne accueillie, ses hobbies, ses activités sportives, ses loisirs.

### **1.1.2 Le cadre réglementaire instaurant le pouvoir d’agir des personnes âgées comme un axe fédérateur**

La notion de participation et de pouvoir d’agir a vu le jour dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, en instaurant de nouveaux droits pour les usagers. Puis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale a réactivé et renforcé les droits des personnes accompagnées. Elle réaffirme la place des résidents dans les prises de décision, leur libre choix en ce qui concerne leur parcours de vie et leur accompagnement. Cette loi tend à promouvoir la citoyenneté et l’autonomie des personnes accompagnées. Elle instaure l’obligation de créer divers outils pour acter la participation des résidents dans le fonctionnement des établissements. Elle rend obligatoire la démarche qualité au sein des établissements médico-sociaux.

D’autres lois apparaissent par la suite. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) et créant une nouvelle organisation dans le champ sanitaire et médico-social. Elle fait référence à la coopération et à l’identification des différents territoires. La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement vient renforcer le pouvoir d’agir des personnes en étant actrices de leur parcours de vie et en choisissant leur mode d’habitation. Cette loi vise à prévenir la perte d’autonomie des personnes accompagnées et souhaite impacter le regard porté par la société sur le vieillissement de la population.

### **1.1.3 L’accueil de différents publics à l’EHPAD Saint-Laurent**

L’EPCI (Établissement Public de Coopération Intercommunale) du Bocage Mayennais compte 36 % de personnes de plus de 60 ans contre 26 % en France. La population sur ce territoire est rurale et composée de 8 % d’agriculteurs contre 2 % au niveau de la région. Les personnes âgées accueillies à l’EHPAD sont issues du milieu agricole pour une grande majorité, sont de plus en plus dépendantes, isolées et présentent des difficultés de mobilisation ou des troubles cognitifs. Un des objectifs énoncés sur le territoire est de maintenir le lien social, la qualité de l’accompagnement des aînés en EHPAD en améliorant la coopération entre les acteurs du territoire.

Au 31 décembre 2022, le taux d’occupation à l’EHPAD est de 98 %, taux très satisfaisant par rapport au taux de certains EHPAD du territoire qui est parfois inférieur à 95 %, à la suite de la pandémie COVID ou par manque d’attractivité. L’EHPAD Saint-Laurent est

reconnu sur le territoire et sa notoriété positive permet de rester attractif. En effet, malgré le non-choix des résidents d'habiter l'EHPAD, ils décident de venir à Gorron. L'accueil ainsi que les sourires des agents sont des éléments rapportés lors des enquêtes de satisfaction menées en interne auprès des résidents et des familles. En effet, certains résidents s'expriment en disant : « *Elle est gentille E., elle a toujours le sourire.* », « *Tout le monde est aux petits soins ici.* ». L'agent d'accueil, la cadre de santé et le médecin coordonnateur se concertent pour les admissions. Aucune commission, ni procédure n'ont été créées pour gérer les admissions. L'utilisation du logiciel Via Trajectoire permet à chacun, en fonction de son rôle, de consulter la liste d'attente. Certaines personnes s'inscrivent par anticipation sur le logiciel. Le délai d'admission est très variable. Lors d'une réflexion menée sur l'accompagnement de la fin de vie, la décision a été actée de laisser jusqu'au lendemain de la sépulture pour venir déménager la chambre du défunt. Une nouvelle admission est, en général, programmée dans les huit jours suivant le départ de la personne. Ce délai varie en fonction de la nécessité d'entreprendre ou non des travaux de rénovation.

L'établissement compte 63 % de femmes et 37 % d'hommes en 2022. Les résidents accueillis viennent de leur domicile pour 16 %, d'établissements hospitaliers pour 57 % et d'autres provenances pour 27 % dont le foyer de vie de Gorron (Annexe 3). Les personnes admises à l'EHPAD sont majoritairement issues de la commune de Gorron pour 48,57 %, 24.76 % du territoire du Bocage mayennais, 12.38 % viennent d'autres territoires du département de la Mayenne et 14.28 % hors département. Il est d'autant plus important de maintenir les liens avec leur vie sociale antérieure, les liens sociaux avec les amis et la famille par les activités exercées sur la commune. L'âge d'admission moyen à l'EHPAD est de 87 ans et 7 mois en 2022, contre 89 ans et 9 mois en 2021, il était de 86 ans et 3 mois en 2019 au niveau national. L'EHPAD de Gorron présente un taux supérieur au taux national. Ceci s'explique par le fait que les personnes âgées souhaitent entrer plus tardivement en établissement. Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), les GMP (Groupe Moyen Pondéré) ne cessent d'augmenter au niveau national, il est passé de 689 en 2011 à 710 en 2015. À l'EHPAD Saint-Laurent, le GMP, à l'inverse, a diminué du fait de l'ouverture de l'unité UPHV. Il est passé de 712 en 2015 à 679 en 2021. Effectivement, la population accueillie au sein de l'unité UPHV est plus autonome, avec des cotations GIR (Groupe Iso Ressource) variant de 4 à 6, ce qui explique le calcul d'un GMP plus bas. En revanche, le PMP (Pathos Moyen Pondéré) est resté à l'identique, à savoir 161.

La diversification de l'offre permet à l'établissement d'accueillir différents publics : les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap vieillissantes.

### **1.1.3.1 Les personnes âgées dépendantes : une population en rupture de parcours de vie lors de l'admission en EHPAD**

Le vieillissement est un phénomène naturel de la vie. Il impacte la dépendance en fonction de l'atteinte des capacités fonctionnelles et cognitives de la personne. Le terme dépendance est celui utilisé pour définir la personne qui ne peut « *du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* » (Sournia, 1984). Elle nécessite l'intervention et la mise en place d'un accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne mais cela ne signifie pas que la personne ne soit plus capable de décider. La dépendance est évaluée à partir des grilles AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) en identifiant non pas les ressources de la personne mais les incapacités. Elles sont réalisées par l'équipe pluriprofessionnelle dans les quinze jours suivant l'admission d'un nouveau résident puis une fois par an, en janvier, ou lorsque l'état de santé du résident évolue. Les personnes cotées en GIR 1 et 2 sont les plus représentées à l'EHPAD et 34 % des personnes âgées présentent des troubles neurodégénératifs en 2022. Au niveau national, 32 % des personnes dans les EHPAD ont des troubles cognitifs. La forte dépendance des résidents explique l'augmentation de leurs besoins en soins. Pour autant, les personnes âgées ont des demandes différentes en fonction de leur identité, de leur environnement social, de leur parcours de vie. À ce jour, le recueil des habitudes de vie des résidents est réalisé succinctement lors de l'admission en questionnant la personne principalement sur ses habitudes alimentaires. Celles-ci ne sont pas toujours respectées et les souhaits des résidents sont fondus dans l'organisation de l'EHPAD du fait de la vie en collectivité.

Pour la majorité des personnes âgées, l'admission à l'EHPAD ne correspond pas à leur choix, ce parcours s'impose à eux. En effet, 80 % de la population française ne souhaite pas venir habiter à l'EHPAD. Leur admission est souvent liée à l'apparition de problèmes de santé, à la perte d'autonomie, les mettant en insécurité chez eux, ou bien du fait de l'apparition de troubles cognitifs. Le vieillissement du corps humain entraîne des problèmes de santé affectant les fonctions vitales. Pour plus des trois quarts des résidents de l'EHPAD de Gorron, l'apparition de problèmes cardiaques, respiratoires, rénaux, neurologiques ou de maladies neurodégénératives occasionne un affaiblissement de la personne et nécessite de l'aide au quotidien.

La moitié des résidents de plus de 75 ans en établissement consomme des antidépresseurs, contre un quart à domicile. A l'EHPAD, 33 % sont sous antidépresseurs après une admission qui ne correspond pas à leur choix. Ils vivent de nombreuses ruptures

lors de cette transition de parcours de vie et n'ont pas de temps d'accompagnement pour accepter la situation. L'admission est très souvent vécue comme une contrainte par les résidents, ce qui peut engendrer un sentiment de résignation. Ils énoncent souvent des formules telles que : « *Je n'ai pas le choix, c'était dangereux pour moi.* » « *Je n'ai pas mes enfants pour venir s'occuper de moi.* », « *C'est comme ça.* ».

Au cours de mon stage de direction en EHPAD de même que sur mon lieu professionnel, j'ai mené des entretiens avec les résidents pour déterminer leurs besoins. Les besoins qui émergent de ces échanges sont de différentes natures : des besoins relationnels, des temps d'écoute, de vie sociale, des besoins pour maintenir leurs capacités physiques et intellectuelles, des besoins d'utilité et de reconnaissance. En réalité, certains résidents sont en demande de rencontrer leurs amis ou leur famille. Leur vie sociale antérieure génère un manque dans leur quotidien et impacte leur qualité de vie. M. A. m'expliquait ce besoin d'être un citoyen : « *Je faisais mes courses au Super U, ça me permettait de voir du monde. J'allais avec ma voiture. C'est plus possible.* ». Pour d'autres, le besoin de marcher en plein air ressort, le manque de vivre en extérieur est soulevé et est fréquemment en lien avec leur activité professionnelle antérieure. M. G. l'annonce ouvertement : « *Je marchais, je faisais le tour du plan d'eau tous les matins, j'habitais à côté.* ». Certains énoncent le besoin de se sentir utiles car ils ne font plus les mêmes activités qu'à leur domicile, ils n'ont plus rien à faire et ils s'ennuient. Mme P. explique ce sentiment d'inutilité : « *C'est les enfants qui font maintenant, on se sent inutile, c'est comme ça* ». D'autres résidents ont besoin de maintenir leur questionnement et de réfléchir sur des thématiques particulières ou de se maintenir en éveil intellectuellement. Mme C. souhaite faire de la philosophie : « *Je voudrais faire de la philosophie. J'en faisais avant en allant à des conférences. J'ai personne avec qui parler de ça ici. Ils vont pas comprendre, si je parle de ça. Mon fils quand il vient, on en parle un peu.* »

Jean René Loubat, psychosociologue, explique que les façons de participer peuvent être multiples : sociales, relationnelles, culturelles, et qu'elles s'adaptent aux possibilités des personnes (Loubat, 2003). Les personnes âgées ont la capacité d'énoncer ce dont elles ont besoin et de manière générale, ce sont des demandes simples à satisfaire. La vie à l'EHPAD génère un changement radical et bouleverse les critères essentiels au maintien de la santé mentale des résidents. Or, je constate que les résidents sont demandeurs. Par exemple, M. P., 99 ans, me signale au cours de l'échange, sa vision de la vie : « *Il faut faire des projets dans la vie. Moi je veux donner mon corps à la science* ».

En écoutant les résidents, j'ai pris conscience de l'importance des liens à nouer avec les divers acteurs du territoire pour questionner nos pratiques ensemble afin de maintenir le

parcours de vie des résidents et leur autonomie dans le but de limiter les ruptures. Je mesure la nécessité de se questionner sur les différentes dimensions de l'accompagnement mais surtout sur la continuité du projet de vie de tout être humain auprès de qui nous intervenons afin d'améliorer sa qualité de vie.

### **1.1.3.2 Les personnes en situation de handicap vieillissantes : la libre expression de cette population**

L'unité UPHV accueille douze résidents, dont la moyenne d'âge est de 63 ans. Il s'agit d'un public plus jeune que le public accueilli habituellement. Les personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies lors de la mise en œuvre du projet UPHV sont des personnes qui sont à la retraite depuis moins deux ans. Ces personnes travaillaient à l'ESAT et étaient hébergées au foyer de vie de Gorrion où elles ont toujours vécu. Elles présentent un handicap pour la plupart depuis leur naissance et commencent à sentir les effets du vieillissement. À ce jour, elles ont besoin d'être accompagnées par l'équipe éducative dans les actes de la vie quotidienne tels que la toilette et les tâches ménagères. Ce public est très actif dans l'établissement mais aussi au sein de la commune. Ces femmes et ces hommes vont et viennent comme ils le souhaitent, ils vont faire leurs achats librement à la boutique de l'EHPAD ou à l'extérieur dans les commerces de la commune. Il est intéressant de noter la facilité d'expression des résidents de l'UPHV. Ils n'hésitent pas à s'exprimer librement et solliciter l'équipe pour obtenir des informations ou formuler des demandes quant aux sorties qu'ils souhaiteraient effectuer. Ils participent au quotidien aux tâches ménagères dans leur unité. Ils sont force de propositions en ce qui concerne les activités et savent se positionner s'ils ne souhaitent pas y participer. Le travail de coopération mis en place avec le foyer de vie a permis d'avoir une connaissance approfondie des personnes accueillies en amont de leur admission notamment par la transmission des projets personnalisés. Cette transmission a permis d'accompagner les personnes progressivement vers leur admission à l'EHPAD et d'accepter cette transition dans leur parcours de vie. Au début du projet, les résidents étaient réfractaires et ne désiraient pas intégrer l'EHPAD, mais le fait d'être intégrés aux réunions de travail et de générer des liens entre l'EHPAD et le foyer de vie a permis de faire connaissance, de tisser des liens, a favorisé les rencontres et la prise de connaissance des projets personnalisés. Par la suite, ils ont pu se rapprocher progressivement de l'EHPAD jusqu'à réaliser des activités au sein de l'EHPAD ou au foyer de vie, en présence de professionnels de la future unité UPHV. Le travail de coopération et l'accompagnement a été bénéfique et a conduit les résidents à accepter le projet. Les enquêtes menées auprès des résidents font apparaître leur satisfaction quant à ce changement de lieu de vie. Cette dynamique et cette joie de vivre amènent un souffle nouveau à l'EHPAD.

Les différents publics accueillis font surgir de nouveaux questionnements au sujet de la participation des résidents. De ma fonction de directrice de cet EHPAD, j'identifie les besoins des résidents en termes de reconnaissance en tant que citoyens et citoyennes, en particulier par l'accomplissement d'activités simples de la vie quotidienne qui leur permettent de préserver ce sentiment d'« utilité sociale » et une identité sociale avec un sentiment d'Être, d'appartenance à un groupe social. Ces missions impactent positivement la qualité de vie des résidents mais aussi celle des professionnels. En effet, les RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles) élaborées par l'HAS signalent l'importance de la vie quotidienne des résidents en structure tout en montrant le bénéfice de cette approche (ANESM, 2011).

#### **1.1.4 Une équipe pluriprofessionnelle accompagnant les résidents au quotidien**

L'établissement compte 66 ETP (Equivalent Temps Plein) qui sont répartis dans trois sections : les soins, la dépendance et l'hébergement. Les professionnels exerçant à l'EHPAD habitent majoritairement la commune de Gorrion (29 %) et le territoire du Bocage mayennais (35 %).

Les professionnels sont investis au quotidien pour accompagner les résidents et sont force de propositions. Pourtant, ils sont confrontés à des difficultés qui alourdissent leur travail et nécessitent de rester vigilants en permanence. Le taux d'absentéisme augmente de façon notoire chez les remplaçants. Par ailleurs, les recrutements sont complexes du fait du manque d'attractivité du métier et de l'absence de professionnels qualifiés. Les collègues ayant choisi de quitter l'EHPAD à la suite de l'obligation vaccinale ne souhaitent pas reprendre leur poste. Les valeurs véhiculées par l'équipe pluriprofessionnelle sont centrées sur le respect de la personne, l'écoute, l'humanité ; toutes ces valeurs ayant vocation à assurer une qualité de vie et le bien-être des résidents. Les valeurs communes de l'équipe sont un point d'accroche essentiel pour se centrer sur les besoins des résidents. Le taux d'encadrement de 0,64 s'avère supérieur au taux d'encadrement global moyen au niveau national qui, lui, est de 0,62.

L'équipe pluridisciplinaire (Annexe 4) est composée de l'équipe de soins : AS (Aide-Soignante), ASH (Agent de Service Hospitalier), AMP (Aide Médico-Psychologique), IDE (Infirmière), monitrice éducatrice, ergothérapeute, psychologue, de l'équipe de la vie sociale : l'animatrice, de l'équipe administrative, des services logistiques (équipe ménage, hôtellerie, entretien, cuisine) pour accompagner les résidents au quotidien.

Les professionnels du soin exercent dans les divers services, en nombre variable selon les unités de vie et selon le nombre de résidents accueillis. Ils représentent environ 60 % des effectifs et exercent dans les différentes unités, une mobilité interne étant effectuée tous les ans. Pour faire suite à une réflexion des équipes, je les ai sollicités afin de constituer un groupe de travail sur la mobilité interne. Ce groupe a élaboré un protocole avec les diverses modalités de la mobilité. Celui-ci a été présenté au CSE (Comité Social et Economique) pour validation. La mobilité interne s'opère et amène satisfaction aux professionnels. En effet certains disent que « *le fait de changer d'unité permet de se remotiver, de rencontrer d'autres résidents et de travailler avec d'autres collègues qu'on ne connaît pas* ».

La moyenne d'âge des agents est de 41 ans pour les femmes et 42 ans et 4 mois pour les hommes. L'âge des professionnels montre un vieillissement des actifs avec un pic des 48 – 51 ans, et une ancienneté élevée spécialement pour les AS. Des fiches de poste sont élaborées par le cadre de santé en collaboration avec la responsable des ressources humaines puis portées à la connaissance des agents afin de les informer sur les missions attendues. Les aides-soignantes et les ASH ont des missions centrées sur les soins apportés aux résidents : les soins d'hygiène, l'accompagnement au repas, les changes... L'objectif est de répondre aux besoins fondamentaux des personnes et de maintenir leur autonomie. Quelques AS ont réalisé une formation qualifiante d'ASG (Assistant Soins Gérontologie) pour intervenir au PASA. Quant aux AMP, leurs missions divergent de celles des AS et ASH du fait de leur formation initiale spécifique et plus centrées sur l'accompagnement éducatif des usagers. Au sein de l'EHPAD, elles interviennent essentiellement à l'UPHV. Leur rôle consiste à accompagner les résidents de l'UPHV dans les actes de la vie quotidienne.

En collaboration avec le responsable des ressources humaines et le cadre de santé, j'ai mis en place une politique formation permettant aux professionnels de développer de nouvelles compétences, de questionner et d'accompagner les projets professionnels. La formation est très investie par les agents, lesquels sont en demande d'adaptation de leurs connaissances et compétences. Les formations réalisées actuellement concernent l'accompagnement de la fin de vie, les troubles du comportement, la relation et l'écoute, sans oublier les formations obligatoires. J'énonce cet axe comme une réelle force au sein de l'EHPAD, qui nécessite de réfléchir à un plan de développement des compétences. Une commission formation a été mise en place afin de pouvoir dresser le bilan des formations des années antérieures et la projection pour les années à venir. Le plan de développement des compétences est élaboré par l'adjoint des cadres ayant en charge les ressources humaines en prenant en compte les demandes de formation des agents. Le recensement des besoins de formation se fait au cours de l'entretien professionnel et par les demandes

formalisées individuellement par l'agent. Ce plan est constitué également des formations obligatoires et des demandes de formation émanant de la direction.

Pour informer les équipes sur les projets au sein de la structure, la formation et la démarche qualité, des réunions institutionnelles ont lieu le dernier mardi du mois. Des réunions avec les équipes de soins se tiennent à chaque fin de mois avec l'équipe pluriprofessionnelle tandis que des réunions plus spécifiques se déroulent le dernier mercredi de chaque mois au sein du PASA et de l'UPHV. Quelques réunions supplémentaires sont fixées en cas de prises en soins complexes, sur des temps hors transmissions, le mardi ou le jeudi, mais cela reste à la marge. Les équipes mobiles du CHNM (Centre Hospitalier du Nord Mayenne) sont sollicitées lors des accompagnements complexes. Le temps consacré aux réunions, aux rencontres entre professionnels est de dix-neuf heures minimums par mois. Cependant, je note l'absence de temps de réflexion sur les pratiques professionnelles.

L'EHPAD s'est inscrit dans une démarche commune du numérique avec le GCSMS (Groupement de Coopération Social et Médico-Social) sur le département. Celui-ci a été créé en 2020 et ses offres concernent essentiellement la mutualisation matérielle. Ce projet permet l'utilisation d'un outil de transmission commun sur tout le territoire : NETSoins. Les médecins libéraux, les EHPAD, les SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) ont tous le même logiciel de soins. Ce développement facilite la communication. Le DMP (Dossier Médical Partagé) est en cours de déploiement.

## **1.2 L'inscription de l'EHPAD Saint-Laurent dans une dynamique de territoire : le Bocage mayennais**

L'EHPAD Saint-Laurent est situé à Gorron, commune de 2623 habitants, en région Pays de la Loire, et plus particulièrement dans le département de la Mayenne. Cette institution est localisée au carrefour des régions Bretagne et Normandie et aux confins de plusieurs départements : Orne, Manche et Ille-et-Vilaine et s'inscrit sur le territoire du Bocage mayennais (Annexe 5).

Le diagnostic territorial élaboré en juin 2022 dans le cadre du CLS (Contrat Local de Santé) énonce l'augmentation de la dépendance des personnes âgées sur le territoire et des personnes isolées socialement résidant dans des logements insalubres. Il identifie quelques points à travailler notamment une offre de service peu visible sur le territoire, une difficulté d'accès aux soins et en particulier aux consultations médicales. Ce rapport souligne également les besoins d'hébergement d'urgence, d'hébergement temporaire, le

manque de places de SSIAD et en UPHV. Il met en exergue le manque de coordination de parcours et de coopération entre les EHPAD et les services à domicile. Il révèle également les besoins en formation des auxiliaires de vie afin de prévenir certains problèmes de santé comme la dénutrition ou la fragilité des personnes accompagnées. J'y vois une réelle opportunité à saisir et j'envisage de la mobiliser dans la rédaction du projet d'établissement à venir. En effet, les propos notifiés dans le CLS confortent ma conviction quant au déploiement de la coopération et à la co-construction d'outils avec les services d'accompagnement à domicile.

Ma visée stratégique va dans ce sens car il me paraît indispensable d'évoluer, d'œuvrer ensemble pour le bien des personnes âgées à accompagner. Je suis convaincue du bénéfice de cette coopération, que ce soit pour les personnes accompagnées ou pour les professionnels.

### **1.2.1 Le territoire du Bocage mayennais et la mobilisation de ses acteurs investis pour accompagner les personnes âgées**

Le département de la Mayenne est composé de dix EPCI dont celui du Bocage mayennais constitué de 27 communes. Le Bocage mayennais est un territoire dynamique, riche d'un patrimoine naturel, défini comme un pays d'eau avec la présence de rivières dont La Colmont qui borde l'EHPAD.

De multiples prestations sont offertes à la population. La culture tient une place importante sur la commune de Gorron, ce qui lie l'ensemble de la population, des plus jeunes aux plus anciens. Les prestations réalisées reposent sur des spectacles de théâtre, de danse, des festivals, des expositions artistiques (peinture, sculpture, dessin, photo). La médiathèque, la bibliothèque, le cinéma très actif, l'école de musique proposent des activités accessibles gratuitement à la population. En ce qui concerne la vie sportive, diverses propositions sont effectuées par les associations : le football, la pétanque, le cyclisme. Les personnes peuvent également pratiquer du sport par le biais des randonnées pédestres sur des chemins balisés. A ce jour, il n'existe pas de lien entre l'EHPAD et les associations sportives. Le médecin coordonnateur est très engagé dans le sport. Il envisage d'organiser des rencontres et d'adapter les prestations en fonction des possibilités des personnes accompagnées.

En ce qui concerne la vie économique, diverses entreprises (industries, artisanat) se sont installées sur ce territoire, allant de trente à trois cents salariés. Des producteurs locaux participent au marché le mercredi matin : maraicher, producteur de fromage, de volailles, de boissons de type bière, cidre, poiré, jus de pomme.

Quelques commerces se situent en centre-ville de Gorrion, à proximité de l'EHPAD : coiffeur, boulangerie, presse, banques. Ils sont accessibles facilement mais la voirie est inadaptée pour les personnes à mobilité réduite. Pour autant, les personnes âgées accueillies à l'EHPAD ne vont plus au salon de coiffure de la commune mais au salon présent au sein de l'EHPAD. Plusieurs résidents de l'UPHV se rendent seuls chez le coiffeur de la commune. Deux possibilités leur sont par conséquent offertes, ce qui leur laisse la liberté de choisir entre ces deux alternatives.

### **1.2.2 Les acteurs du territoire du Bocage mayennais**

Les acteurs du territoire du Bocage mayennais sont nombreux et permettent de développer des partenariats qui ont l'avantage de maintenir la participation des résidents.

Les premiers acteurs sont les autorités de tarification (ARS et conseil départemental) qui proposent divers appels à projets permettant les financements d'offres de services telles que des activités de maintien de l'activité physique. Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'y répondre car seules les associations y étaient autorisées. La méconnaissance des différentes associations, le manque de lien entre les acteurs et le temps de réponse restreint ne sont pas en faveur de cette coopération. Néanmoins, je pense qu'il est important de se rencontrer, de faire connaissance afin d'amorcer des réflexions communes et d'être plus réactif lors des prochains appels à projet.

Au regard de la multitude d'appels à projet, j'ai fait le choix de m'appuyer sur les compétences du qualitatif et du cadre de santé pour en prendre connaissance et de discerner avec eux la pertinence d'y répondre ou non. J'ai remarqué que l'équipe répondait favorablement à ces demandes concernant les petits investissements du quotidien. Depuis un an, les réponses apportées aux appels à projet augmentent afin de trouver de nouveaux financements. Pour certains, il est préférable d'y répondre à plusieurs, c'est pourquoi, nous apportons une réponse commune avec les collègues directeurs d'EHPAD sur le territoire du Bocage mayennais. Ce mode de fonctionnement est très récent sur le territoire et contribue au fait que nous ayons plus de poids face à la concurrence.

Le dynamisme du territoire est renforcé par le jeu de plusieurs associations qui œuvrent pour maintenir la vie sociale ainsi que la solidarité au sein de la population. Elles proposent, en outre, une diversité d'activités. Tous les acteurs intervenant sur le champ de la culture sont très présents et prêts à participer, à contribuer à la vie sociale et à l'intégration des personnes âgées.

Les bénévoles sont aussi actifs sur le territoire mais en baisse depuis la crise sanitaire. Ils participent énergiquement à l'accompagnement des personnes âgées à leurs rendez-vous médicaux grâce au RESO'AP, prestation de service proposée pour les personnes ne pouvant plus se mobiliser seules et vivant à domicile. Auparavant, une association nommée « Loisir » intervenait à l'EHPAD, mais la diminution du nombre d'adhérents empêche dorénavant cette collaboration.

Le club Générations Mouvement (club des séniors) propose des temps de rencontre, de partage et de convivialité visant à vaincre l'isolement social. Cette association étant à la recherche d'un local, j'avais rencontré quelques membres pour leur proposer un local mais l'invitation a été déclinée en précisant que l'EHPAD « *C'est pour les vieux* ».

La halte-garderie est localisée dans le gîte qui est situé à côté de l'EHPAD, ce qui optimise les échanges intergénérationnels. L'animatrice a réfléchi à ce projet avec la responsable de la halte-garderie afin que les enfants viennent rencontrer les personnes âgées tous les quinze jours à l'EHPAD. Les personnes âgées n'ont pas été interrogées afin que leur avis soit recueilli ; néanmoins, les sourires observés lors des rencontres révèlent clairement leur satisfaction. Au niveau scolaire, les écoles sont également représentées ; l'école maternelle est située juste en face de l'EHPAD, l'école primaire et le collège sont un peu plus éloignés de l'EHPAD.

En ce qui concerne la thématique santé, le Bocage mayennais comporte cinq maisons de santé regroupant différentes professions. Au regard des déserts médicaux présents sur le département de la Mayenne, la commune de Gorrion est bien dotée en professionnels de santé. La maison de santé accueille quatre médecins généralistes à temps complet, sept infirmières, un kinésithérapeute, un podologue, un dentiste et un pharmacien.

Neuf Ehpads sont présents sur le Bocage mayennais dont un EHPAD associatif à but non lucratif. Une seule résidence autonomie a été créée sur ce territoire. Deux services à domicile interviennent auprès des personnes âgées : le SIMAD (Syndicat Intercommunal pour le Maintien à Domicile) dont les missions consistent à assurer des soins d'hygiène et des soins infirmiers sur prescription médicale et l'association ADMR (Aide à Domicile en

Milieu Rural) qui propose divers services : l'entretien de la maison, l'accompagnement individuel de personnes en situation de handicap, des aides aux aidants par le biais du baluchonnage et la téléassistance. Après avoir mené un entretien avec deux coordinatrices de l'ADMR, elles m'ont fait part de leur difficulté en termes de ressources humaines. Les professionnels fuient leur service car les rémunérations sont moins élevées que dans les établissements. Les salariés recherchent aussi le soutien d'une équipe car ils se sentent seuls dans leur travail. Aujourd'hui, l'EHPAD et les services du domicile n'ont aucun lien. Or, ces coordinatrices énoncent le besoin de coopération, de travailler ensemble, de coconstruire des outils. Le CLS et les services à domicile indiquent les mêmes besoins en termes de coopération. C'est, il me semble, une opportunité à saisir en tant que directrice d'EHPAD. Ce mouvement est identifié mais il est nécessaire d'impulser la démarche de changement.

D'autres acteurs contribuent au maintien à domicile des personnes âgées en proposant le portage des repas à domicile. L'ESAT prépare les repas et l'association Familles Rurales fait intervenir des bénévoles pour la distribution. L'ESAT et le foyer d'hébergement sont des acteurs du territoire avec qui l'EHPAD a coopéré lors du projet UPHV. La proximité a nettement facilité les échanges, les rencontres pour réfléchir le projet mais aussi pour accompagner les résidents. Par exemple, il est arrivé que des résidents viennent participer à des activités avec l'équipe AMP et partager un moment de convivialité, tel un goûter.

### **1.2.3 Les partenariats actifs sur ce territoire**

Au sein de l'établissement, différents partenariats sont développés avec les acteurs du territoire. Jean Yves BARREYRE, sociologue, définit le partenariat comme : *« une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation. »*. (Barreyre et al., 1995). L'EHPAD construit certains partenariats et les acte par la signature de convention. Selon Anne et Patrick Beauvillard (Beauvillard, 2019), la coopération correspond au fait d'œuvrer, d'agir pour un objectif commun.

En premier lieu, un rapprochement est effectif avec le CHNM, établissement de santé de référence. En effet, diverses interventions sont proposées en contactant l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs), l'HAD (Hospitalisation à Domicile), le CMP (Centre Médico-Psychologique). Les médecins libéraux et le pharmacien apparaissent aussi comme des

partenaires très sollicités par l'EHPAD. Ces partenariats complémentaires sont centrés sur la prise en soin médicale des résidents.

L'établissement est actif et cherche à s'ouvrir vers l'extérieur notamment en s'inscrivant dans un partenariat avec les EHPAD du territoire du Bocage mayennais. Effectivement, ce rapprochement permet de répondre de manière collective à des appels à projet initiés par la conférence des financeurs du département. Ces projets nécessitent du temps et de la réflexion pour leur mise en œuvre. Les réunions de travail sont organisées par les directions avec la présence des cadres de santé de chaque structure et du qualicien de l'EHPAD de Gorrion. Ce dernier dépose le dossier sur la plateforme, puis les cadres communiquent le projet aux équipes. Je regrette que les délais très courts pour répondre aux appels à projet ne laissent pas le temps d'intégrer les équipes dans les réflexions à mener avec les résidents. Cependant, dans la réalisation du projet, je constate qu'il n'existe pas de réelle coopération puisque chaque EHPAD réalise seul les actions à piloter. Je déplore une réponse d'ordre bureaucratique pour obtenir un financement. Je constate la non-reconduction des financements, ceux-ci étant souvent attribués pour un an. Ce facteur questionne la continuité des partenariats et des projets à investir.

D'autres conventions sont signées avec des partenaires locaux de la commune de Gorrion ou des environs pour maintenir le lien social des résidents : le cinéma, la médiathèque, l'intervention de l'art-thérapeute, l'association Siel Bleu sur la prévention des chutes. Les résidents de l'unité UPHV bénéficient d'autres partenariats en plus de ceux cités précédemment, avec le centre équestre, l'école de musique, le jardin des Renaudies etc. Toutefois, je m'aperçois, en ma qualité de directrice, qu'il n'existe aucun lien, aucune coanimation ni coopération avec les services à domicile. Il en est de même avec les associations sportives de la ville qui pourraient concourir au maintien de l'autonomie et du lien social ainsi qu'à une plus forte participation des résidents.

### **1.3 Les freins à la participation des résidents**

#### **1.3.1 Des représentations négatives de la société sur la personne âgée et l'EHPAD entravant le pouvoir d'agir des résidents**

La stigmatisation de la société et les représentations concernant le vieillissement et les personnes âgées sont néfastes et modifient le regard porté sur cette population et ses possibilités. Quant à l'image renvoyée des EHPAD, elle se centre souvent sur la

déchéance, la mort ou la maltraitance. La population associe l'EHPAD au dernier lieu de vie et, de ce fait, à la mort ; elle va même jusqu'à le nommer de « mouiroir ». Ces points de vue sont malheureusement délétères pour les personnes accompagnées. Par conséquent, le négatif prend une place tellement large qu'il entrave les possibilités d'investissement des résidents. Claude Abric définit les représentations ainsi : « *Nous appelons représentation l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.* » (Abric, 2019 : 9). Cette idée reçue ternit la réalité de ce qui se produit dans les EHPAD, de la vie apportée aux résidents. L'image véhiculée par les médias faussent la réalité en modifiant les faits objectifs. Certes, il est complexe de vivre en EHPAD, en collectivité et de faire face à une organisation standardisée au détriment d'une personnalisation. Ces éléments gênent la participation des résidents à cause de leur propre représentation. Les personnes âgées arrivent à l'EHPAD avec de multiples représentations. Elles intègrent les informations entendues ou observées dans leur système cognitif. Fisher, psychosociologue, ajoute à la définition de la représentation, la notion de construction sociale d'une représentation, une construction collective au sein d'un groupe social donnant lieu à une vision commune (Fischer, 2020). Les représentations sociales se construisent à travers les échanges et les liens sociaux de l'individu. Elles vont guider les comportements, les réactions, les conduites et l'interprétation de la réalité par les résidents et par-dessus tout la réalité en ce qui concerne l'EHPAD. Leurs représentations génèrent de la peur chez les futurs résidents, peur d'intégrer l'EHPAD, ce lieu identifié la plupart du temps comme « un mouiroir » ou un lieu « maltraitant ». En effet, les représentations de l'EHPAD sont négatives, ce qui n'incite pas les résidents à venir y vivre. Ceci suppose d'amener, d'accompagner la population à changer de regard, à modifier ses représentations de l'EHPAD.

Il me semble fondamental de montrer une image valorisante de la personne âgée, à savoir une personne capable de décider, de s'investir dans ses choix personnels, ayant des projets. Pour ce faire, l'implication des personnes est indispensable et nécessite que le projet d'établissement soit mûri en ce sens. Le poids des représentations est considérable ; il influe l'envie et la motivation des résidents à pouvoir participer au sein de la structure mais aussi d'intégrer les normes du groupe.

### **1.3.2 L'absence de sollicitations des personnes âgées pour accompagner leur parcours de vie du domicile vers l'EHPAD**

Les personnes âgées bâtissent leur vie dans la commune de Gorrion ou les environs depuis trente, quarante ans, dans leur logement, leur environnement amical, familial. L'avancée en âge nécessite de mettre en place des aides à domicile pour maintenir la personne dans un environnement familial où elle se sente bien.

Les offres proposées sur le territoire sont adaptées aux besoins des usagers : les soins à domicile, le portage des repas. Malgré cela, il n'existe aucune coopération entre l'EHPAD et les services à domicile lors de l'admission d'un résident et en conséquence, aucune continuité d'accompagnement ni de prise de connaissance du projet personnalisé de la personne. Lors de son arrivée, c'est comme si rien n'avait existé auparavant : absence de vie antérieure, abstraction presque totale de sa vie à domicile. La majorité des résidents arrive directement de son domicile ou de l'hôpital à la suite d'un séjour. Avant même l'hospitalisation, une coopération serait bénéfique pour les futurs résidents et permettrait d'anticiper, de préparer l'admission de la personne. Une réelle rupture du parcours du résident se produit, ne permettant pas l'expression et la participation ni même l'engagement des résidents mais plutôt un risque majeur de perte d'élan vital pour la personne âgée. Cette absence d'accompagnement met le résident en position d'infériorité et ne facilite pas sa prise de parole pour exprimer ses attentes. Or, il est impératif d'accompagner les changements de projet de vie des résidents et de répondre à leurs besoins mais également de continuer à bien vivre surtout lorsqu'une admission à l'EHPAD est envisagée.

L'admission d'un résident est vécue comme une rupture, un deuil de la vie antérieure et une projection dans la vie future. La personne est accueillie et accompagnée dans sa chambre mais à aucun moment, le résident n'est sollicité pour recenser ses propres besoins ni même prendre connaissance des documents à renseigner. Les professionnels questionnent brièvement les habitudes de vie du résident mais en fonction de l'organisation interne, celles-ci ne seront pas forcément respectées. Le résident n'est pas associé à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement. Malgré la présence des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale à l'EHPAD Saint-Laurent et le sens donné à ces outils en ce qui concerne la participation individuelle, le libre choix du résident n'apparaît pas. Les résidents ne visitent pas l'EHPAD, Il n'y a pas de premier contact avec l'établissement ni avec les professionnels. Ils n'ont pas connaissance du dossier d'admission à lire, à renseigner et à signer (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, prestations etc.) même si la personne possède toutes ses capacités cognitives. Le relais est donné à la

famille quasi systématiquement. La notion de personne de confiance n'est pas interrogée, seule la personne référente est nommée. Le fait de ne pas associer le résident à son admission, le positionne en tant qu'observateur et non acteur de son projet et lui confère un sentiment de non-reconnaissance et d'inutilité sociale. Lors de l'évaluation externe, l'absence de procédure de préadmission et d'admission est un point qui a été soulevé ainsi que l'absence de référent soignant. Le résident ne connaît pas l'EHPAD ni le fonctionnement ni le dossier administratif. A propos de l'avenant au contrat de séjour, à réaliser théoriquement dans les six mois suivant l'admission, il en va de même. Les résidents ne sont pas sollicités pour adapter la prestation à leurs besoins. Aucun ajustement ne va dans ce sens. Selon Verspieren, enseignant en bioéthique, accompagner correspond au fait de guider le résident vers une meilleure acceptation de l'admission mais aussi lui expliquer l'ensemble des documents à renseigner et signer (Verspieren, 1984). La personne âgée est une personne dite « vulnérable, fragile, vieillissante » pour qui il est nécessaire de prendre du temps pour réfléchir à son projet. Agatha Zielinski, philosophe, affirme le fait que le libre choix est, de la part du résident, un choix délibéré qui lui permet une projection (Zielinski, 2009). J'en déduis que la participation des résidents peut être impactée par le manque de temps de réflexion accordée aux personnes âgées.

Les projets personnalisés ne sont pas effectifs à l'EHPAD, seulement 31 % sont effectués et formalisés. Ils ne sont pas réévalués malgré la procédure écrite réalisée. La pandémie COVID et l'absence de professionnels ont stoppé la dynamique mise en place pour réaliser les projets personnalisés. Pourtant, la mise en œuvre de ce levier est incontournable si on veut donner du sens au projet des résidents, répondre aux demandes individuelles. Cependant, je constate que les professionnels n'ont pas tous été formés sur cette thématique et qu'il leur est difficile d'aborder la fin de vie et les directives anticipées avec la personne accompagnée. Pourtant, les personnes sont prêtes à évoquer ce sujet. Les projets personnalisés existent aussi au sein des services à domicile mais l'absence de communication inter-établissements, interservices freine la continuité du parcours du résident et singulièrement l'accompagnement du résident.

Dès l'admission, un rythme est imposé aux résidents par la transmission de nombreuses informations d'ordre organisationnel comme les horaires des repas, de soins, du planning d'animation mais aucun questionnement quant aux habitudes de la personne. Pourtant certains résidents expliquent que leurs habitudes étaient autres à leur domicile. En effet, certaines personnes se couchaient plus tard à domicile mais une fois admise à L'EHPAD, l'horaire est imposé par l'organisation interne. C'est ce que M. J. exprime : « *Je regardais la télé jusqu'à 23h, après le film, je dormais chez moi. Le matin je me réveillais vers 9h. Là, j'ai le petit déjeuner à 7h45, c'est comme ça.* ». Je mesure l'impact de l'absence de

participation du résident sur sa qualité de vie. Le résident se plie à l'organisation de l'EHPAD même si cela ne correspond pas à ses habitudes de vie. Mon rôle en tant que directrice est d'agir et de créer les conditions favorables à la participation des résidents.

La vie sociale des résidents permet les relations interpersonnelles au sein du groupe d'appartenance des personnes âgées. C'est un besoin énoncé par les résidents lors des entretiens. La vie sociale se manifeste à l'EHPAD moyennant des propositions d'activités, en interne ou en externe, faites par l'animatrice. Elle élabore seule un programme au mois en fonction de la manière dont elle pense satisfaire les résidents. Il n'existe pas de commission pour recenser les attentes des résidents concernant les activités susceptibles d'être réalisées. Cependant, des questionnements en lien avec l'hygiène, la sécurité peuvent empêcher la faisabilité des activités de la vie quotidienne et la qualité de vie des résidents.

Certaines activités sont ritualisées en fonction des jours de la semaine ou sur le mois. Pourtant, en fonction des personnes, les besoins sont hétérogènes. En effet, certains résidents ont des besoins d'ordre intellectuel. Ils dénoncent le fait de ne pas pouvoir échanger avec des personnes ayant des connaissances ou des capacités de réflexion identique aux leurs. C'est le cas de Mme H. qui explique « *Je ne peux pas échanger de tout avec tout le monde, sur tout. J'avais l'habitude d'assister à des colloques et des conférences sur la philosophie. Vous pensez bien que certaines personnes ne vont rien comprendre à ce que je vais raconter. Ça me manque ce genre de discussion quand même.* ». Le besoin identifié pour cette personne est très personnalisé mais la non-réponse à sa demande peut provoquer un manque et impacter sa qualité de vie. Pour d'autres résidents, c'est le besoin de se sentir utiles qui prédomine, parfois par le biais d'activités simples de la vie quotidienne comme plier du linge, servir la table. D'autres expriment qu'ils seraient aptes à effectuer ces tâches.

En ce qui concerne le CVS, les points énoncés par les représentants des résidents au cours de ces réunions restent liés au ressenti des personnes présentes. Le fonctionnement de ce CVS est complexe, faute de candidatures pour y siéger, mais aussi parce qu'elle est méconnue des résidents et des familles. Ce constat a été identifié lors de la dernière enquête de satisfaction de 2022, 85 % affirmant méconnaître cette instance. Or, elle a été instaurée pour libérer l'expression des personnes âgées accompagnées. A l'EHPAD, la communication, les informations sur les rôles et les missions de l'instance, des membres du CVS et son fonctionnement sont absentes. J'observe un dysfonctionnement prégnant à prendre en compte en vue d'améliorer et de favoriser la participation des résidents. Cette instance suppose d'interroger les personnes âgées et nécessite le recueil des informations

auprès du public accueilli, en amont des réunions. Afin d'améliorer la participation des résidents, une communication est à développer à propos de cette instance afin de favoriser l'expression des résidents et des familles.

### **1.3.3 Des professionnels dans l'impossibilité de laisser « la place » aux résidents pour exprimer leur choix, pour participer à la vie de l'EHPAD**

#### **1.3.3.1 Une culture professionnelle ancrée du « cure » et non du « care »**

De multiples raisons sont à l'origine de cette incapacité à laisser la place aux résidents. Les missions de l'EHPAD professionnels dans l'impossibilité de laisser « la place » aux résidents pour exprimer leur choix, pour participer à la vie de l'EHPAD sont d'être un lieu d'hébergement et de soin de la personne ainsi qu'un lieu de vie sociale. Cependant, l'aspect médical et les soins tiennent une place conséquente dans le quotidien des soignants laissant peu de marge pour accompagner les résidents vers la participation sociale.

Lors de l'admission des résidents, le relais est pris tout de suite par les professionnels sans forcément interroger les capacités de la personne, ce qui renvoie un sentiment d'inutilité aux résidents. La culture professionnelle est liée à l'ancienneté des professionnels et à leur formation initiale. Conformément aux obligations et en vue d'obtenir des dotations, les personnes accueillies dans les EHPAD sont catégorisées en fonction de leur GIR. Or, la dépendance est synonyme de soins médicaux auxquels répondent les professionnels du soin. La vie sociale est absente de ces cotations malgré les besoins énoncés par les résidents. Les projets personnalisés rendus obligatoires par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, sont perçus par les professionnels comme une charge de travail supplémentaire. Pour eux, cette action ne correspond pas à leur mission centrée sur le soin, au sens où ils l'entendent. Ils ont le sentiment de négliger les soins pour de l'administratif. Ces temps de rencontre, hors soins techniques, nécessitent un accompagnement des professionnels, lesquels ayant bénéficié auparavant d'une formation.

#### **1.3.3.2 Des conditions de travail en mode dégradé impactant l'accompagnement des personnes et leur participation**

Au fil des années, les conditions de travail se dégradent. Maintes causes sont à l'origine de ces évolutions. D'une part, l'accueil d'un public de personnes âgées admises plus tardivement au sein de l'EHPAD avec une évaluation de la dépendance plus élevée, est

une de ces causes. D'autre part, le contexte faisant suite à la crise sanitaire COVID impacte l'attractivité des métiers du soin. Par ailleurs, les recrutements s'avèrent de plus en plus difficiles probablement à cause de l'absence de candidatures recevables ou de professionnels qualifiés. Le manque d'attractivité du métier questionne quant à l'avenir au sein des établissements.

Les professionnels ayant de l'ancienneté pointent des modifications des conditions de travail, par exemple la réduction du temps pour réaliser les soins et écouter les résidents. Ils expliquent que, étant donné la grande dépendance des personnes âgées, la charge de travail ne cesse d'augmenter. Ils ont le sentiment de ne pas offrir des soins de qualité, d'exécuter un travail « à la chaîne » au détriment des soins relationnels auprès des personnes accompagnées. Des points tels que le manque de temps apparaissent régulièrement dans les entretiens annuels. Ils énoncent un rythme de travail chronométré. Les imprévus se gèrent difficilement, entraînant des heures supplémentaires et donc de la fatigue physique et psychologique. Cela dessert la participation des résidents ; ce qui s'explique par le préjudice que représentent la non-écoute et la diminution de la disponibilité des professionnels. Une professionnelle m'a fait part de son échange avec un résident : *« Celui-ci s'impatientait car je réalisais un soin à une autre personne. Etant seule, je ne pouvais pas répondre de suite à sa demande. Je me suis sentie frustrée de ne pas pouvoir avoir plus de temps pour ce monsieur. »*. Les professionnels expliquent qu'ils ont peu de marge de manœuvre dans les soins et les accompagnements, que les situations deviennent de plus en plus complexes. Ils subissent des violences physiques et psychologiques. De plus, la pandémie COVID est venue déstabiliser les fonctionnements des EHPAD et a généré du stress tant du côté des résidents que des professionnels. L'organisation du travail est de plus en plus en tension et entraîne des problèmes de recrutement en lien avec les conditions de travail, l'obligation vaccinale COVID et de fidélisation des professionnels. La fatigue occasionnée par le surcroît de travail, la perte de sens au travail, le fait d'avoir le sentiment de ne pas être écouté par les politiques amènent les équipes à douter de leur métier et le sens de leurs missions. En outre, la non-reconnaissance de leurs efforts ainsi que le dénigrement de leur profession deviennent inacceptables alors qu'ils donnent le maximum au quotidien pour apporter aux résidents une bonne qualité de vie. Tous ces points vont à l'encontre de la participation des résidents et de la qualité de vie au travail des professionnels.

Le projet de vie des résidents est une valeur primordiale à respecter et permet l'individualisation des accompagnements et la reconnaissance en tant que citoyen/citoyenne, mais dans le contexte actuel, les professionnels s'essouffent. Ils accompagnent les nouveaux professionnels, souvent sans expérience et sans qualification.

L'EHPAD compte une augmentation des agents souffrant de TMS (Troubles Musculo Squelettiques) et de maladies professionnelles touchant les articulations, alors que la qualité de vie au travail est une priorité.

### **Une problématique multidimensionnelle centrée sur les résidents**

Les résidents ont des besoins à satisfaire pour se sentir reconnus et utiles au sein de la société. Les politiques publiques énoncent noir sur blanc le pouvoir d'agir et la participation des personnes accueillies comme un pilier de l'accompagnement des résidents. Cependant sur le terrain, je me rends compte que la participation est absente, que ce soit en amont de l'admission pour recueillir leur consentement ou lors de l'admission pour contractualiser leur engagement. L'absence d'individualisation de l'accompagnement des résidents et de reconnaissance de leurs aptitudes occasionnent une rupture de parcours de vie, des conséquences sur leur état de santé, leur qualité de vie et sur leur projet de vie. Il est très délicat pour la personne de s'investir si celle-ci ne se sent pas reconnue en tant que personne. De plus, le manque d'informations concernant les instances bloque toute capacité à s'investir. L'environnement des résidents influe également sur leur participation. L'absence de coopération avec les services à domicile et l'absence de culture du « care » ne sont pas favorables à l'implication des résidents. La conjoncture actuelle a beau être compliquée, les missions de l'EHPAD doivent rester centrées sur les résidents en les accompagnant avec dignité et en respectant leur intimité et leurs choix. Une remise en question s'impose au-delà de l'EHPAD afin de satisfaire les besoins des résidents en amont pour une bonne continuité du parcours. Le virage domiciliaire est un élément à considérer et à saisir afin de coopérer entre acteurs du territoire. Repenser la place des résidents et leur participation jour après jour au bénéfice d'une qualité de vie et d'un accompagnement vers la fin de vie n'est pas optionnel. Le point crucial consiste à redonner la place centrale aux résidents et à conduire les équipes à retrouver du sens au travail.

## **2 La participation des résidents dans leur parcours de vie : un enjeu majeur pour l'EHPAD Saint-Laurent**

Comme énoncé précédemment, le pouvoir d'agir limité des résidents dans leur parcours de vie ne leur permet ni de décider ni de participer pleinement. Dans cette partie, je présenterai les concepts de pouvoir d'agir. Il paraît important de revisiter les évolutions des politiques publiques sur la participation des résidents. Au regard des freins identifiés dans la première partie, je définirai le concept de coopération en faisant un retour d'expérience sur le projet UPHV. Je ferai également part de ma démarche managériale et de la conduite du changement pour accompagner les équipes dans l'instauration de la participation des résidents.

### **2.1 Le parcours de vie et le pouvoir d'agir : enjeux de l'accompagnement des résidents**

A travers ces deux missions, l'objectif principal de l'EHPAD est de répondre aux besoins fondamentaux des personnes âgées en maintenant leur autonomie le plus longtemps possible. La considération de la personne en tant que citoyen et citoyenne va favoriser sa participation et l'associer à la vie de l'établissement en étant force de propositions.

#### **2.1.1 Le sens du parcours de vie de la personne âgée**

Le terme de parcours vient de la racine latine dont le préfixe « *per* » signifie « *de bout à bout* » et « *cursum* » signifiant « *courir* ». La notion de chemin, de continuité apparaît dans cette étymologie. Il correspond à la résultante d'un ensemble de données : le parcours scolaire, professionnel, familial et relationnel. Selon Pierrine Robin, maître de conférences en Sciences de l'Education, le parcours correspond au « *chemin pour aller d'un point à un autre.* » (Robin, 2016 : 33). La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes annonce le parcours de vie comme une notion indispensable, La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement évoque les réponses adaptées aux parcours individuels de chaque personne en situation de handicap. Cependant, dans la réalité, la notion de choix n'est pas si évidente car les personnes n'ont pas toujours ce pouvoir de décision. La mise en danger de la personne peut amener à des prises de décision allant à l'encontre de ce qu'elle souhaite réellement. Le parcours se construit au fil de la vie de la

personne, au moyen de liens qui se sont créés entre les différentes situations rencontrées, à partir d'un enchaînement d'expériences qui ne sont pas linéaires et peuvent être prévues ou non.

Le parcours nécessite d'accompagner et de prendre en compte toutes les dimensions de la vie de la personne. Il est lié au processus identitaire et biographique de la personne et permet en outre d'éviter les ruptures. Or, à l'EHPAD, le fait de se centrer sur la dépendance empêche d'identifier le parcours de vie de la personne. La prise en compte des ressources personnelles familiales et sociales favorise l'individualisation du parcours de chaque être aux interstices de la vie c'est-à-dire dans les moments charnières. Le passage du domicile à l'EHPAD est un moment propice à la rupture de parcours du fait du non-choix. La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) complète ce point de vue en insistant sur la nécessité de promouvoir la continuité du parcours de vie de la personne en mettant en œuvre une coopération entre les acteurs et notamment les partenaires locaux (CNSA, 2012).

### **2.1.2 Le concept de pouvoir agir et ses bénéfices pour la personne âgée**

Le pouvoir d'agir désigne la possibilité pour les citoyens/citoyennes d'être acteurs au sein de la société c'est-à-dire comprendre le fonctionnement de la démocratie, les possibilités d'action et d'influer sur les décisions à prendre. Le psycho-sociologue Yann Le Bossé définit ce concept ainsi : *« processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles, leurs proches ou la communauté à laquelle ils s'identifient. »* (Le Bossé, 2012 : 232). Cette approche centrée sur la personne fait référence à son libre choix. Le résident garde la maîtrise de la situation en fonction de ce qui a de l'importance pour lui mais aussi pour son environnement.

Le pouvoir d'agir correspond au fait de reprendre sa vie en main et d'être acteur pour « soi ». Il est lié à l'identité de la personne, à son vécu, à son histoire de vie, à son parcours de vie. Denis Piveteau, dans son dernier rapport nommé « Vers un service public territorial de l'autonomie », explique que le pouvoir d'agir est centré sur le parcours de la personne et qu'il permet d'éviter les ruptures de parcours des résidents (Piveteau, 2019). Il crée du lien avec le rôle des professionnels en définissant les actions à mener en termes d'observation et d'anticipation. D'après lui, la connaissance de l'environnement de la personne est primordiale pour repérer les signaux d'alerte et de travailler en coopération avec les autres acteurs. En ce qui concerne les personnes âgées, les fragilités sont à

répertorier rapidement afin de prévenir les risques et les hospitalisations en urgence qui aboutissent majoritairement à une admission en EHPAD sans anticipation. Claire Jouffray, explique le rôle des professionnels auprès des résidents et notamment la valorisation de leurs ressources en gardant comme cap de les aider à devenir acteurs de leur projet de vie (Jouffray, 2014). Elle ajoute également que le pouvoir d’agir apporte du sens au travail pour les professionnels.

Le concept de pouvoir d’agir fait référence à la participation des résidents à la vie sociale, à leur émancipation dans la mesure où cela signifie qu’ils soient invités à donner leur avis, à s’exprimer librement mais aussi où ils sont considérés comme des acteurs à part entière en prenant en compte leur expérience, leurs ressources, leurs capacités. Ce facteur est essentiel pour maintenir l’état de santé mentale des résidents. Il permet de se focaliser sur les droits fondamentaux des résidents en tant que personnes et de créer du lien avec leurs propres besoins. Le maintien des rôles sociaux et les réponses à apporter aux résidents en respectant leur choix et leur décision est à encourager.

La participation est un terme difficile à définir du fait d’une absence de consensus. Elle est définie par Jacques Godbout comme un : « *processus d’échange volontaire entre une organisation qui accorde un certain degré de pouvoir aux personnes touchées par elle et ces personnes qui acceptent en retour un certain degré de mobilisation en faveur de l’organisation. Pour constituer un phénomène stable, la participation suppose un équilibre entre pouvoir et mobilisation.* » (Godbout, 2016 : 28). Il est nécessaire de trouver un équilibre entre l’implication, l’engagement de la personne et l’organisation de la structure. Le conseil de la santé et du bien-être du Québec exprime que la participation sociale découle « *de la rencontre d’une part, de la volonté et de la capacité d’un individu de faire partie d’une collectivité et, d’autre part, d’une offre concrète de ce collectif pour faire une place à ce dernier, et elle est fortement déterminée par le niveau de sécurité socioéconomique, par le niveau de cohésion sociale et par les occasions d’empowerment que la société offre aux individus.* » (Conseil de la santé et du bien-être, 1992 : 27). J’en déduis que la participation naît en premier lieu de la motivation de chacun et chacune, de son engagement dans la démarche mais aussi de la place accordée par le collectif pour le faire. Pour le sociologue Albert Meister, la participation correspond au fait de prendre part, dans les échanges, dans les prises de décision (Meister, 1969). Ceci suppose que la personne ait la capacité de s’exprimer librement, d’effectuer des choix et surtout d’avoir conscience de ses capacités. La participation sociale est la résultante de l’accès aux droits, de l’exercice de ces droits et la possibilité effective de prendre part et de réaliser les actes de la vie courante au sein d’un groupe d’appartenance.

Le pouvoir d'agir se manifeste par la participation des résidents qui peut être d'ordre individuel ou collectif. La participation individuelle est en lien avec la motivation et l'engagement du résident mais aussi centrée sur ses valeurs, ses besoins, son identité et ses capacités. Elle influe sur la dignité de la personne en la reconnaissant comme légitime pour décider pour et par elle-même, faire ses choix et prendre des initiatives. Elle favorise le bien-être et la qualité de vie des résidents, impacte leur santé physique, psychologique et ralentit le déclin cognitif. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit cette notion par la suggestion du projet personnalisé, centré sur la personne ainsi que sur ses souhaits. L'implication des résidents facilite les relations interpersonnelles, génère une meilleure adaptation à l'EHPAD et favorise la participation collective. Celle-ci se manifeste par un investissement au sein de l'établissement par la mise en place de groupes d'expression, du CVS mais aussi par les enquêtes de satisfaction menées auprès des résidents. Son objectif étant de débattre, de confronter des opinions afin de co-construire des projets. Cependant, si le résident ne se sent pas écouté, reconnu en tant qu'individu au sein de l'EHPAD, cela agit comme un frein qui l'empêche de s'engager collectivement. Il a besoin de se sentir intégré au groupe d'appartenance par les relations sociales et citoyennes, source d'une meilleure qualité de vie. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la qualité de vie correspond à une perception qui dépend de chacun, de la place occupée dans la société, de ses valeurs, de son identité (OMS, 1993). Néanmoins, il arrive qu'elle soit impactée par différents facteurs tels que son état physique et/ou psychologique ou bien ses relations sociales. Ce point sous-entend la possibilité d'accéder à ce collectif et l'obligation d'octroyer une place au résident dans les décisions collectives.

La participation apporte divers bénéfices aux personnes âgées. Tout d'abord, elle est riche de sens car elle valorise le résident et maintient ses capacités cognitives. Elle lui permet d'être reconnu en tant que citoyen ou citoyenne et évite la dépersonnalisation en décidant pour lui et par lui-même. Cet investissement évite le repli sur soi et la dépression pour certaines personnes du fait de rester actives et surtout grâce à la possibilité maintenue de faire des choix en se sentant respectées. La consommation de certaines thérapeutiques peut causer la sensation de se voir diminué. Le fait d'être considéré comme un être humain à part entière, avec un rôle social, le conforte dans l'idée de se sentir utile au sein de la société. La personne est reconnue en tant qu'être singulier mais aussi au sein d'un collectif notamment à l'EHPAD. Cela permet de révéler des potentiels au sein d'un collectif et de rompre l'isolement de la personne. Le fait d'avoir la capacité de participer individuellement suscite l'envie de continuer à s'investir et peut aboutir à une participation collective. Il est nécessaire que la personne y trouve du sens et fasse le lien avec son projet personnalisé.

Pour aboutir à la participation, il faut réfléchir à la politique d'accompagnement à mener au sein de l'établissement et investir les parties prenantes essentielles à l'évolution des offres à déployer, à savoir les résidents, premiers concernés. Il faut également questionner leur place en leur donnant la parole, en les valorisant et en les intégrant dans les projets. La participation conduit à une qualité de vie et à un bien-être du résident car elle respecte ses valeurs et ses choix compte tenu de la personne qu'il est devenu avec sa propre identité. Elle contribue à diminuer l'angoisse des personnes et à se sentir en confiance dans ce collectif. La programmation des animations est l'affaire des résidents et crée du lien avec leurs projets personnalisés. Certes cela apporte un divertissement, mais qui va plus loin pour le résident ; le sens qu'il y donne va faire croître ou non sa participation. Les activités proposées sont fondamentales : les ateliers de gymnastique pour le maintien de la motricité, les diverses activités individuelles telles que la musicothérapie, les soins bien-être, la participation à la vie communale etc. Le développement de nouveaux moyens de se divertir seul ou de rentrer en communication avec sa famille via les réseaux sociaux, ainsi que d'autres atouts que le numérique offre sont à prendre en compte à l'égard des résidents qui arriveront dans le futur.

Yann Le Bossé définit la notion de développement du pouvoir d'agir comme « *une démarche de changement dont la nature et la finalité sont en grande partie déterminées par les acteurs concernés et à l'occasion de laquelle se développe un pouvoir d'agir spécifique.* » (Le Bossé, 2008 : 146). Les personnes âgées ont construit des savoirs tout au long de leur vie ; c'est pourquoi, j'évoquerai le renforcement du pouvoir d'agir et non le développement. Il s'agit de faire émerger ses savoirs d'expérience. Les personnes âgées ont acquis des multitudes de connaissances théoriques et pratiques au cours de leur vie, de même que certaines ressources qu'elles peuvent mobiliser pour répondre à leur choix. Ces propos sont énoncés par Denis Piveteau qui explique qu'il faut accompagner les résidents à mobiliser leurs ressources (Piveteau, 2022). Il explique que le pouvoir d'agir est présent dans les espaces où nous avons la possibilité de participer. Pourtant, les espaces de participation offerts ne permettent pas de renforcer le pouvoir d'agir, principalement parce que ce ne sont pas les personnes qui participent elles-mêmes aux prises de décisions et aux débats mais que ce sont souvent d'autres acteurs tels que les aidants, la famille, voire les professionnels. Cette notion est essentielle car j'ai constaté que les résidents sont très peu consultés pour décider de ce qui est le mieux pour eux. Le rôle des professionnels est de créer les conditions pour parvenir à cette participation et ne pas faire à la place des résidents, mais plutôt renforcer, maintenir l'autonomie des personnes âgées. Pour lui, œuvrer pour le pouvoir d'agir des personnes accompagnées impose certaines exigences, en particulier de ne pas décider à la place de la personne âgée. Cela exige que les professionnels apprennent à respecter les choix du résident, à valoriser ses capacités de

réaliser lui-même et de se réjouir de ses succès. Dans ce contexte, le rapport à l'autre et la relation d'accompagnement sont modifiées et intensifient le sens donné aux actions. Le pouvoir d'agir nécessite des changements de pratiques professionnelles, notamment la mise en œuvre d'une relation symétrique entre les professionnels et les résidents. Yann Le Bossé insiste sur l'accompagnement des professionnels pour contribuer à l'émergence des conditions nécessaires au pouvoir d'agir des personnes âgées. Cette posture augmente leur potentiel, les aide à maintenir leur dignité et à valoriser leurs propres actions. Les professionnels doivent adapter leur mode d'intervention au rythme des personnes. Du point de vue managérial, cela implique d'optimiser les moyens humains et de revoir l'organisation du travail. Le CPOM n'étant pas négocié, c'est une opportunité à saisir afin d'échanger avec l'ARS et le conseil départemental en démontrant l'efficacité de ce type d'accompagnement pour les résidents.

### **2.1.3 La volonté des politiques publiques de laisser une place aux personnes âgées en œuvrant pour leur participation**

Le premier critère essentiel concerne le respect de la personne humaine : les droits fondamentaux de l'Homme. En effet, la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1789 indique le droit au respect de la personne, à sa dignité, à sa liberté et à son intégrité. La charte des droits fondamentaux de l'UE (Union européenne) énonce : « *L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle.* » (Kershen, 2014 : 125).

En France, les politiques publiques œuvrent en faveur de la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Différentes lois ont été votées en ce sens et renforcent les droits des usagers et leur libre choix en ce qui concerne leur projet de vie ainsi que la mise en œuvre de la participation individuelle et collective des personnes âgées.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 apporte des modifications à cette première loi et renforce les principes fondamentaux de promotion des droits des usagers ainsi que leur participation. Dans ce texte, l'utilisateur est acteur de ses choix, il est placé au centre des décisions. Elle impose le recours à des outils dont l'objectif est de favoriser la participation des résidents. Ils ont été créés et mis en œuvre à l'EHPAD : le livret d'accueil transmis aux résidents à l'admission, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne âgée, le projet d'établissement, les réunions CVS, les projets personnalisés. Cependant, en tant que directrice d'établissement, je

constate que tous ces outils sont insuffisants pour instaurer la participation des résidents au quotidien. Il me paraît nécessaire d'investir la démarche qualité afin de questionner le sens de l'accueil, de l'admission et des outils au bénéfice des résidents. Il en découlera l'évidence de revenir aux prémices de l'élaboration de ces documents, à savoir le lien avec la participation des personnes accompagnées.

Deux autres lois : la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement viennent renforcer les droits des usagers. La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement vise le bien vieillir des personnes âgées en prévoyant le renforcement et l'accompagnement à domicile ainsi que la prévention de la perte d'autonomie. Son objectif est aussi d'anticiper les conséquences du vieillissement et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes de la personne en matière de vie sociale, de citoyenneté, de logement et de transport. Deux autres investigations ont eu lieu par le rapport Libault de 2019 et le rapport Broussy de 2021 qui viennent accentuer les axes énoncés dans cette loi essentiellement en proposant de mettre fin aux accompagnements en silo dans le parcours de la personne âgée et de la repositionner en tant que sujet. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de l'action sociale et médico-sociale a pour but de décloisonner le secteur médico-social et sanitaire. Elle renforce la prévention, la notion de parcours de santé, l'innovation et la démocratie sanitaire.

Le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) 2022, annexe 10, évoque la possibilité de créer un centre de ressources territorial principalement en décloisonnant le travail du domicile et de l'EHPAD. Cette possibilité d'évolution aura pour fin de valoriser les compétences des professionnels et notamment leur expertise gérontologique en venant en appui aux professionnels exerçant à domicile. Cette ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur est une véritable opportunité. C'est aussi un moyen d'accompagner les personnes âgées vers l'acceptation d'une éventuelle admission, de valoriser le vieillissement des personnes et de modifier le regard porté sur la population âgée.

Les politiques publiques se construisent en faveur du virage domiciliaire. Ceci ne signifie pas que les personnes vont rester dans le lieu d'habitation dans lequel elles ont vécu toute leur vie. Effectivement, le changement de lieu de vie n'est pas si simple pour les personnes âgées car elles quittent une maison riche de souvenirs et perdent leurs repères. Cette phase de transition entraîne des deuils pour la personne âgée. Il est énoncé que 80 % de la population souhaitent vieillir à domicile. Il est intéressant de se questionner sur cette notion de domicile afin de se projeter vers l'EHPAD de demain.

La définition initiale de l'EHPAD est d'être un lieu de vie. Les résidents habitent, de fait, dans l'établissement. Or dans la réalité, ils louent une chambre au sein d'un collectif qui biaise cette notion de domicile du fait de la mise en œuvre d'une organisation permettant une meilleure coordination interne. Les personnes ne se sentent pas chez elles du fait d'un environnement qui ne correspond pas à ce qu'elles ont vécu, à leurs attentes, à leur rythme. Ce constat implique de modifier l'approche des professionnels et les pratiques professionnelles.

En amont de l'admission en EHPAD, pour maintenir la continuité du parcours des résidents, il serait intéressant de se questionner sur une éventuelle ouverture entre le domicile et l'EHPAD. Aujourd'hui, il n'existe aucune coopération entre ces services. De ma place de directrice, je suis convaincue de la nécessité d'évoluer, de tenir compte des opportunités qui se présentent sur le territoire pour répondre aux besoins des personnes âgées en transformant l'offre de service, mais surtout en travaillant ensemble en ayant un but commun. L'EHPAD de demain devra s'inscrire dans une nouvelle dynamique et s'ouvrir vers l'extérieur en venant en appui aux services d'accompagnement à domicile et réciproquement. Ces évolutions sont à réfléchir avec le public concerné et les différents acteurs du territoire. Cela suppose de prendre un virage en s'adaptant réellement aux besoins et aspirations de la population, que ce soit pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées ou celle des professionnels. La démarche domiciliaire ne marque pas la fin des EHPAD, mais nécessite des évolutions, des changements en termes d'offres de service, de posture professionnelle et d'accompagnement. La personne doit être actrice de son projet de vie. La réalisation des projets personnalisés est un outil à mobiliser pour accompagner les résidents dans la perte d'autonomie et ce, jusqu'à la fin de la vie.

Actuellement, le CPOM n'est pas encore négocié, ce qui est également une opportunité. En effet, comme directrice, je suggérerai que la formalisation du CPOM et du projet d'établissement promeuvent les besoins des résidents. De plus, je veillerai à identifier et à négocier les moyens à développer pour favoriser leur participation et, de ce fait, améliorer leur qualité de vie et le bien vivre en EHPAD.

Le PRS (Programme Régional de Santé) Pays de la Loire 2018 - 2022 définit six orientations stratégiques. La seconde est orientée vers l'utilisateur, acteur de son projet personnalisé. Il référence le projet personnalisé comme le pilier de l'amélioration du parcours de vie du résident en prenant en compte sa parole et ses attentes. Enfin, le conseil départemental de la Mayenne souhaite renforcer la coopération entre les acteurs du territoire en faveur de l'accompagnement des personnes âgées. Le schéma départemental 2016 - 2021 mettait en avant le fait d'accompagner le parcours de vie et la diversification

de l'offre de la personne accompagnée. Les orientations du schéma départemental 2022 - 2026 sont centrées sur le maintien à domicile de la population âgée. Actuellement, ce virage domiciliaire est complexe à développer à cause du manque d'attractivité du soin à domicile et du manque de professionnels. C'est une opportunité à saisir pour l'EHPAD afin de venir en appui aux services à domicile et de coopérer pour répondre au mieux aux besoins des résidents. Les politiques publiques se positionnent en faveur du virage domiciliaire mais ces choix questionnent l'avenir des EHPAD, d'où la nécessité d'évoluer, de diversifier les offres et les prestations proposées aux résidents.

Dans la Région Pays de la Loire et en Mayenne, les taux d'équipement qui sont respectivement de 131/1000 et de 133/1000 sont nettement supérieurs au taux national qui est de 101/1000. Le conseil départemental annonce un nombre de places trop important en EHPAD, surtout dans l'EPCI du Bocage mayennais. Il souhaite le diminuer d'ici 2027 et augmenter le nombre de places de SSIAD. Il en résulte que les établissements sont mis en concurrence sur le territoire, d'où l'importance de rester en vigilance et de réfléchir à de nouvelles offres. Mesurer l'impact de ces décisions sur l'EHPAD, diversifier l'offre en coopérant avec le domicile afin de maintenir la qualité de l'accompagnement et favoriser la participation des résidents revêtent une importance majeure.

## **2.2 Des représentations négatives à la place accordée à la personne âgée : un défi à relever pour l'EHPAD Saint-Laurent**

### **2.2.1 Un regard négatif porté sur le vieillissement de la population**

Le vieillissement est une étape naturelle de la vie qui se manifeste par une diminution des fonctions physiques, psychologiques, une diminution du rôle social et un changement physique. La société porte un regard péjoratif sur le vieillissement. Dans notre société occidentale, les personnes sont considérées comme âgées quand leur âge atteint 60 ans ; pour autant, la personne ne se considère pas comme « vieille ». La personne âgée est souvent perçue comme une personne « polyhandicapée », alors que ce sont les conséquences du vieillissement qui engendrent ces handicaps et la rendent dépendante. A ce jour, elle est perçue sous l'angle de la dépendance. La dépendance est une situation nécessitant pour la personne de l'aide dans les actes de la vie quotidienne, donc l'aide d'une tierce personne. A contrario, il faut prévenir la perte de l'autonomie qui correspond à la possibilité pour la personne d'effectuer seule ses principales activités de la vie courante, sociales, économiques ou de s'adapter à son environnement. Le grand âge correspond à

une période de la vie humaine pendant laquelle la dégradation peut engendrer une perte d'autonomie nécessitant un accompagnement dans la réalisation des actes de la vie quotidienne : se laver, se coucher, se lever, préparer ses repas etc. Cette étape oblige à un accompagnement adapté. L'aide apportée peut se faire par les services d'accompagnement à domicile ou par les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes.

Définir la vieillesse n'est pas chose facile car chacun la définit différemment selon ses convictions. Pour certains, il s'agit d'une fatalité ; pour d'autres, les signes sont un changement physique, une diminution des fonctions cognitives et l'apparition de la dépendance. Elle s'accompagne même parfois du sentiment de ne plus se sentir utile. Toutes ces conséquences fragilisent les personnes, leur estime de soi et leur dignité. Dans certains pays, la vieillesse représente l'expérience, la sagesse et la volonté de vouloir transmettre une histoire à travers ses joies mais aussi ses peines. Par exemple, en Afrique, le vieillissement se pense en termes d'acquisition et de progrès, très loin de certaines images associées à la déchéance ou à la perte d'utilité sociale. En Belgique, une image positive est portée sur ce cycle de la vie en maintenant la participation sociale, le bien-être des personnes plus âgées. La personne âgée est active et garde son engagement. Au Canada, des études sont menées afin d'identifier les besoins de la population âgée et ainsi percevoir ce qui contribue à son bonheur. Ces quelques approches sont éloignées de l'image renvoyée par la société sur le vieillissement en France.

La perception du vieillissement a évolué négativement en France. Malgré des conditions de vie plutôt favorables, la vieillesse fait peur à la population. Bien vieillir est devenu un enjeu de santé publique dont l'objectif est d'éviter les maladies, la perte d'autonomie. Il faut rester cognitivement et physiquement apte afin de continuer à être socialement engagé et actif, sinon les personnes sont étiquetées dans des catégories qui les enferment.

L'évolution de la sémantique est intéressante, la notion de bien vieillir est apparue afin de faire évoluer le regard porté sur le vieillissement. De nombreuses études ont démontré que l'on vit plus longtemps, en meilleure santé, en étant plus actif, notamment en participant à des activités intellectuelles, physiques mais aussi en ayant une vie sociale épanouie. Certaines étapes de la vie fragilisent les personnes âgées et entraînent des ruptures dans leur parcours de vie. Alexandra de Saivre, fondatrice de l'association « *Tous en Tandem* », l'explique : « *Vieillir n'est pas facile car il faut faire le deuil d'une vitalité perdue, mais il me semble que la seule façon de l'accepter c'est de ne pas renoncer, de garder un rôle au sein de la société, de « sa » société. Ce lien social est une façon de rester utile, d'avoir un rôle pour autrui, sentiment qui fait vivre !* » (De Saivre, 2019). C'est pourquoi, il

est nécessaire de prévenir, d'anticiper ces moments de vulnérabilité et les accompagner au mieux.

## **2.2.2 Le vieillissement de la population : une réalité mondiale**

La population mondiale et européenne vieillit puisque l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Celle-ci est passée de 64,2 ans en 1990 à 72,6 ans en 2019. Il existe des disparités entre les pays qui sont liées, en partie, à la persistance d'un taux de mortalité infantile. D'ici 2050, une personne sur six dans le monde aura plus de 65 ans, contre une sur onze en 2019. Au 1er janvier 2018, la part des 65 ans ou plus représentait 19,7 % de la population de l'UE contre 16,2 % quinze ans plus tôt. En 2018, ce taux est plus élevé en Italie (22,6 %) et plus faible en Irlande (13,8 %). À l'inverse, l'Irlande et la France ont la proportion de jeunes de moins de 15 ans la plus élevée de l'UE du fait d'une augmentation de la fécondité depuis une quinzaine d'années. Selon une projection établie par Eurostat, en 2019, la part de la population de l'UE âgée de 80 ans ou plus serait ainsi plus que doublée entre 2018 et 2070 pour atteindre 12,6 % en 2070. Dans le même temps, la part de la population âgée de 20 à 64 ans diminuerait régulièrement jusqu'en 2050 et se stabiliserait ensuite. Elle serait de 51,6 % en 2070. Les pays de l'Est (Bulgarie, Croatie, Slovaquie, Roumanie) et l'Irlande ont des taux plus faibles oscillant de 13,2 % à 16 %. A contrario, le Portugal, l'Italie et l'Allemagne ont des taux plus élevés allant de 20,7 % à 22 %. Les prévisions pour 2050 montrent une augmentation importante pour les pays ayant les taux les plus élevés.

## **2.2.3 Le vieillissement de la population en France**

En France, le taux est de 19,7 %. La France n'échappe pas au vieillissement de la population. Au 1er janvier 2022, la France comptait 67,8 millions d'habitants dont 6,5 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus dont 71 % sont considérées comme autonomes, 20 % modérément dépendantes et 9 % sévèrement dépendantes. Le nombre de personnes de plus de 85 ans et plus va augmenter considérablement d'ici 2050 en passant de deux millions aujourd'hui à 4,8 millions. Le taux de personnes sévèrement dépendantes passera de 9 % en 2022 à 29 % en 2050.

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), dans la région Pays de la Loire, l'évolution du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus (38 %) en Pays de la Loire est plus fort que le taux national (34 %). Il en est de même pour le

département de la Mayenne (35 %). La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023.

Le département de la Mayenne présente une population plus âgée et plus vieillissante que la moyenne : la part des plus de 75 ans dans la population est de 11 %, soit une part supérieure au niveau régional (9,5 %) et national (9,2 %). En 2040, 16,5% de la population aura plus de 75 ans dans le département. Le département de la Mayenne souhaite développer deux axes principaux : le bien-être et l'accompagnement des aînés, et vieillir dans de bonnes conditions sur le territoire de son choix.

#### **2.2.4 Une population aux besoins qui changent**

Les personnes âgées accueillies à l'EHPAD changent. En effet, dans les années 1980, les personnes intégraient l'EHPAD par choix et souvent l'âge d'admission tournait autour de 60/65 ans. Or, aujourd'hui, l'âge d'admission moyen au niveau national est de 86 ans et 1 mois (EHPA, 2019). A l'EHPAD de Gorrion, l'âge d'admission est de 85 ans et 6 mois en 2022, en dessous de la moyenne nationale du fait de l'accueil d'un public plus jeune à l'UPHV. Les besoins des résidents ont aussi évolué. Ils souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Les personnes arrivent plus « dépendantes », c'est-à-dire qu'elles présentent des problèmes de santé dus au vieillissement physiologique et/ou psychologique.

Les personnes accompagnées actuellement sont des personnes ayant connu l'après-guerre et n'ayant que peu de demandes à satisfaire. Elles ne sont pas très exigeantes quant à leurs désirs. Cette population va évoluer avec l'arrivée des personnes issues de la génération des papy-boomers. Ils avaient vingt ans dans les années 1968 et ont connu l'évolution de la société, l'ascension sociale, l'évolution culturelle et les loisirs. Leur approche de la vie est différente avec une liberté d'expression, une forte indépendance et autonomie. Leur mode de vie et leurs conditions de vie ont aussi évolué. Certaines personnes occupent aujourd'hui la place de l'aidant à domicile et ne souhaitent pas que leurs enfants prennent cette place auprès d'eux. Ils souhaitent maîtriser leur destin, être indépendants. De ce fait, ce nouveau public aura des exigences différentes qu'il revendiquera. Naîtront des demandes plus précises qu'il sera nécessaire, si possible, de satisfaire. La capacité de formuler ouvertement leurs besoins sera remarquée. En 2030, la majorité des papy-boomeurs seront en retraite. Chaque enquête souligne le fait qu'ils souhaitent rester à domicile, « vieillir chez soi », et qu'ils ont besoin de liberté et de citoyenneté.

Cette génération a connu les évolutions technologiques et en particulier l'arrivée du numérique dont ils sont consommateurs. Ces outils leur permettent de rester en contact avec leur famille et amis ou d'effectuer des activités variées via internet. Ces nouvelles manières de consommer répondent aux besoins de ce public. Ils ont, la plupart du temps, été libres de leurs choix et ceux-là déterminent leur comportement. Le numérique amène également un changement quant à l'accueil des personnes âgées. Notons que les équipes accueillent de plus en plus de personnes âgées munies de tablette ou d'ordinateur, ce qui demande un accès au wifi. Sur les dix dernières admissions réalisées à l'EHPAD, quatre ont demandé le code wifi de l'établissement, ce qui n'était pas le cas auparavant.

L'accompagnement sera impacté par cette évolution du public et le travail des professionnels devra évoluer également pour satisfaire les besoins de cette nouvelle population. Les jeunes professionnels semblent familiarisés avec l'utilisation des outils numériques ; d'autres agents, proches de la retraite ou ayant des difficultés d'expression ou d'utilisation de ces outils devront être accompagnés pour lever leurs craintes. Cette évolution majeure dans l'accompagnement des personnes âgées nécessite d'ouvrir l'EHPAD et de travailler dans une dynamique de coopération avec les acteurs du territoire.

## **2.3 La coopération en faveur de la participation réelle des personnes âgées**

### **2.3.1 La définition de la coopération**

Le terme de coopération vient du latin « *cooperato* » : prendre part à une œuvre commune « *cooperare* » est composé de « *cum* » : avec et « *operate* » : opérer. Ce terme de coopération se définit ainsi : ensemble avec un but commun. Ce terme renvoie à diverses notions : partenariat, mutualisation, adhésion, complémentarité. La notion de coopération et de partenariat a des connotations très proches. La coopération a des enjeux inclusifs et citoyens afin de répondre aux besoins de la population accompagnée.

Du point de vue de la sociologie des organisations, la coopération est définie comme « *un processus par lequel les individus interagissent en vue d'atteindre un objectif général commun. La coopération renvoie à tous les ajustements par lesquels les acteurs, partiellement autonomes, parviennent à coordonner leurs actions pour atteindre des objectifs qui ne sont pas nécessairement convergents avec leurs enjeux.* » (Beauvillard, 2019). La coopération n'est donc pas acquise, elle se construit avec les différents

partenaires. Ceci signifie que le projet de coopération aboutira à un changement culturel qui impactera l'organisation, les pratiques et les comportements de chacun. L'implication de la direction et de l'encadrement est essentielle pour accompagner ce changement en affichant clairement les stratégies, les valeurs et en communiquant ouvertement sur le projet et le sens de celui-ci.

Sylvain Connac (chercheur en sciences de l'éducation), explique que la coopération correspond à l'aide, à l'entraide et au travail de groupe (Connac, 2021). Ce dernier permet la confrontation des représentations de chacun et d'instaurer la première phase du changement : le dégel pour l'amorcer (Annexe 6). Pour une coopération efficace, Il insiste sur la mise en œuvre d'une communication authentique, une écoute active au sein du groupe pour coconstruire. Il évoque un autre point important : la temporalité. En effet, il est important de prendre le temps avant d'agir et il n'est pas superflu d'avancer doucement. Ce chercheur fait référence à quatre caractéristiques de la coopération : la générosité, la solidarité, le partage de situation et l'apprentissage. Ces notions suscitent l'intérêt de travailler ensemble, mais surtout la capacité de s'écouter les uns les autres pour aller vers ce but commun avec humilité. Selon lui, la coopération n'est pas centrée sur soi mais plutôt sur l'autre pour lui apporter une satisfaction, un bien-être et en particulier pour les plus vulnérables.

Selon Anne et Patrick Beauvillard (Beauvillard, 2018), la coopération correspond à un état d'esprit, une démarche collective tenant compte de chaque acteur sans notion de pouvoir dans leurs échanges et sans concurrence les uns envers les autres. Il s'agit d'analyser, de collaborer ensemble pour arriver à des fins communes. Elle devient une force en mutualisant les ressources, les moyens et les compétences des différents acteurs. Ils expliquent que le groupe humain fortement coopérateur est positif parce que les acteurs se sentent reconnus. Pour eux, ce modèle ne présente que des bénéfices, c'est un modèle gagnant-gagnant pour tous. Leur définition de la coopération est la suivante : « *agir ensemble dans un but commun* » (Beauvillard, 2019). Pour eux, coopérer est devenir co-auteur d'une œuvre commune, la notion de co-construction est présente. Il ne s'agit pas seulement de se concerter, d'échanger mais bien de coconstruire ensemble afin d'apporter du sens. Comme Sylvain Connac, ils expliquent que la relation d'égal à égal est un point essentiel pour réussir la coopération. Il n'y a plus d'expert, chacun se situe au même niveau et se nourrit de l'expérience de l'autre et de ses réflexions et se remet en question. Cela induit un état de disponibilité et une envie de lever les boucliers pour travailler ensemble et réaliser une introspection. Ils définissent le concept de maturité coopérative comme « *la capacité individuelle, collective et territoriale, à développer des aptitudes coopératives durables et inconditionnelles.* » (Beauvillard, 2018). La coopération est un levier des

transformations, du changement par la mise en opposition de différents points de vue qui amènent la réflexivité et invitent à cheminer. Ainsi se construisent des coopérations pérennes.

La coopération se bâtit, elle n'est pas innée. Elle correspond à un processus au service des personnes accompagnées. Pour Anne et Patrick Beauvillard, la coopération est un levier de développement et de résilience qui permet de se renforcer. La communication et la qualité de la relation développée lors de ces temps de réflexivité collective sont favorables aux échanges. Selon eux, ce processus permet un travail approfondi sur les représentations de chacun. Cependant, une coopération ne s'impose pas, il est nécessaire que les acteurs aient le désir de coopérer. La coopération devient « contagieuse », s'étend du fait de l'épanouissement individuel et collectif qu'elle procure. Le fait de coopérer augmente le besoin de coopérer.

### **2.3.2 La coopération en Europe et en France pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et maintenir leur autonomie**

Aux Pays-Bas, la politique développée est différente de celle pratiquée en France. La sémantique utilisée concernant la population est intéressante à prendre en compte. En effet, ils nomment personnes âgées les personnes qui avancent en âge, et le résident est appelé : habitant. Depuis 2015, l'Etat néerlandais a positionné une priorité : la qualité de vie des personnes. Il a développé cinq axes autour de ce thème : une place importante accordée aux activités, l'utilité sociale par le biais de l'intergénérationnel, l'habitation des personnes, la prévention en développant des activités physiques et le bien-être des personnes et le recrutement du personnel. Il n'existe plus d'EHPAD aux Pays-Bas sauf pour l'accompagnement des personnes en fin de vie. Ce pays accentue l'investissement sur la prévention de l'autonomie et sur le maintien à domicile. Ce projet a permis d'enrayer les coûts liés aux EHPAD et permis le respect des choix des personnes accompagnées de rester à leur domicile. Au niveau des ressources humaines, les soins coordonnés ont permis aux personnels des EHPAD de travailler avec les services à domicile. Le budget attribué par l'Etat néerlandais est deux fois supérieur à celui de la France. Il prend en charge 100 % des soins à domicile plus les activités permettant le maintien de la vie sociale. La politique néerlandaise souhaite développer le bien vivre ensemble sans distinction d'âge.

En France, le développement de l'EHPAD hors les murs a permis de proposer aux personnes âgées vivant à domicile, des prestations supplémentaires réalisées par les professionnels de l'EHPAD. Cela autorise la personne à rester à domicile le plus longtemps

possible dans un environnement connu et familier tout en répondant à ses besoins. Ce nouveau dispositif transitoire a pour but d'accompagner la personne soit vers un accompagnement à la fin de vie à domicile soit vers une admission à l'EHPAD. Diverses propositions peuvent être faites en termes de prévention et de vie sociale. Plusieurs expérimentations ont été menées en ce sens notamment celle faisant référence à l'Article 51, dispositif pour expérimenter les organisations innovantes. Aujourd'hui, il se nomme le DRAD (Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile). Il repose sur trois axes majeurs : la coordination des acteurs du territoire, l'utilisation de l'expertise gériatrique des EHPAD vers le domicile et la sécurisation de la personne âgée à son domicile. L'expertise de l'EHPAD se trouve transférée au domicile par le biais des centres de ressources territoriaux. Ayant eu connaissance de ce projet, j'ai pris contact avec l'infirmière coordinatrice menant cette expérimentation. Ce DRAD est mis en place sur la région Bretagne depuis plus de deux ans pour une durée totale de trois ans. Elle m'a informée du déroulé du projet, particulièrement du travail en coopération avec les services d'accompagnement à domicile. Le projet, développé depuis plus de deux ans, porte ses fruits et des points positifs sont relevés. En effet, le développement des visites à domicile permet d'apporter des explications à la population âgée. Les temps de convivialité proposés offrent la possibilité de rencontrer d'autres personnes et d'éviter l'isolement des aînés. Les professionnels ayant mis en place ce type de dispositif énoncent que l'admission se passe dans de meilleures conditions et évite une rupture de parcours. Les retours positifs de ce projet me confortent dans la nécessité de développer une coopération sur le territoire entre l'EHPAD et les services du domicile. Je pense m'appuyer sur cette expérience pour accompagner les équipes, spécialement en organisant une visite au cours de laquelle les professionnels pourront échanger avec les agents ayant construit cette expérimentation afin de s'en inspirer mais aussi pour identifier les bénéfices de cette évolution pour les personnes âgées et mesurer leur participation.

### **2.3.3 L'expérimentation d'une coopération réussie au profit des résidents**

En 2019, à l'issue d'une discussion entre les directions du foyer de vie « La Passerelle » et de l'EHPAD Saint-Laurent est née la réflexion sur le projet d'ouvrir une unité UPHV. Les autorités de tutelle ont été informées dès le début du projet et étaient en parfait accord avec celui-ci qui répondait aux orientations définies. La proximité entre ces deux établissements a facilité les échanges.

Certains résidents étant déjà en retraite, il était urgent de réfléchir à la création de cette unité spécifique. Différents temps de travail ont été programmés avec les résidents, les

équipes, la présidente de l'association APEI (Association de Parents d'Enfants Inadaptés) et la présidente du CVS pour construire ce projet. Ces temps avaient lieu en alternance au foyer de vie et à l'EHPAD. Ainsi, les personnes en situation de handicap participaient activement aux réflexions et rencontraient les résidents et les professionnels de l'EHPAD. La participation des résidents a permis de questionner et d'entendre leurs besoins. Leurs retours étaient les suivants : « *Nous avons besoin d'aide* », « *Nous voulons que nos choix et nos préférences soient respectés* », « *Nous voulons pouvoir rester chez nous, faire des activités* », « *Nous voulons rester proches de nos familles et amis* », « *Nous voulons vivre où nous voulons* ». Pour mieux appréhender ce public, une AMP de l'EHPAD a été détachée pendant un an au foyer de vie. Les liens générés par cette professionnelle ont permis à l'équipe de l'EHPAD d'acquérir une connaissance des résidents en amont de leur admission. Le groupe de travail a déterminé les missions à mener au sein de l'UPHV notamment l'accompagnement dans le respect des droits des personnes prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'élaboration du projet de service a permis de noter toutes les missions définies : élaborer le projet de vie personnalisé, maintenir et développer les acquis de la personne dans le respect de son vécu, de son projet et de son rythme de vie, accompagner la personne dans les actes de la vie quotidienne, favoriser son insertion dans le tissu social local, préserver les liens avec son entourage familial et amical, favoriser les échanges avec les résidents de l'EHPAD par les animations. Les résidents sont venus visiter l'établissement, partager des temps de convivialité. Ils ont choisi l'unité dans laquelle ils souhaitaient habiter et vivre pendant leur retraite. Ces temps ont facilité l'admission à l'EHPAD.

Le groupe a réfléchi à une procédure d'admission et d'accompagnement de la sortie de l'UPHV avec des critères bien déterminés. Lorsqu'une admission est envisagée, la prise de contact se fait par les éducateurs afin d'obtenir des renseignements sur le fonctionnement de l'unité. Des visites sont organisées par les équipes pour accueillir la personne concernée et sa famille. Ce temps dédié aux visites permet à la personne de discerner si l'établissement correspond à ses attentes, et aide l'équipe de l'EHPAD à évaluer les besoins de la personne. Si la personne souhaite intégrer l'unité, une période de mise en stage d'un mois est proposée, phase test appréciée des résidents. Suite à cette période de stage, les professionnels remplissent une fiche d'évaluation avec le résident en collaboration avec la psychologue pour recueillir son ressenti. Chaque résident a un référent dans l'équipe pour faciliter les échanges et aussi pour donner des repères aux usagers. Ce sont ces référents qui réalisent les entretiens en vue d'effectuer les projets personnalisés.

Le planning des activités est réfléchi avec les personnes accueillies. Tous les lundis matin, un point est fait avec les résidents afin de recenser leurs souhaits collectifs et/ou individuels. Divers projets de partenariat sont en cours : avec l'école de musique, le centre équestre, le jardin des Renaudies. La coopération développée autour de ce projet a été une réussite pour les personnes accueillies comme pour les professionnels. Cette expérience m'a renforcée dans l'idée que cette dynamique et cette méthode sont efficaces et performantes. A ce titre, je vais transposer certaines actions de cette démarche dans le projet à mener.

## **2.4 Une démarche managériale au profit de la participation des personnes âgées en associant tous les acteurs du territoire**

### **2.4.1 L'acculturation des professionnels à la participation des résidents par le développement de nouvelles compétences**

Le « *faire à la place de* » peut se traduire par le « *cure* », à savoir ce qui relève du curatif, de l'approche médicale alors que le « *faire avec* » correspond au « *care* » qui se rapporte à l'attention, au prendre soin de la personne. Ce terme désigne l'ensemble des soins qui visent le bien-être physique, mental et social de la personne âgée. Walter Hesbeen, infirmier, différencie le « *cure* » du « *care* » (Hesbeen, 2004). Il introduit le prendre soin à l'hôpital et le traduit comme l'intention de porter une attention particulière à une personne afin de contribuer à son bien-être, sa santé et sa qualité de vie. Ceci correspond à une rencontre humaine entre le soignant et la personne accompagnée dans sa trajectoire de vie. Le professionnel questionne sa pratique et crée des liens entre les différentes informations transmises par la personne accompagnée. Marie-Françoise Collière, infirmière, met en avant le fait que cette vision du « *care* » n'est pas reconnue mais que ce travail est essentiel et contribue directement au maintien ou à la préservation de la vie de l'autre (Collière, 1996). En dépit de cela, dans le concret, il est plus facile d'accompagner la personne sur le plan technique, médical que vers une autonomie sociale. Cet élan humaniste met en avant le respect de la dignité humaine, l'empathie et le prendre soin en tant qu'individu. Cette façon de penser modifie la posture des professionnels quant à l'accompagnement des résidents. Dans le « *cure* », la relation est asymétrique avec une posture de supériorité lors de la réalisation du soin. Selon Yvon Pesqueux, professeur du CNAM, le fait d'évoquer la dépendance place les professionnels en position de supériorité face à des personnes vulnérables, fragiles telles que les personnes âgées (Pesqueux, 2012). Cette relation asymétrique ne permet pas le prendre soin. De plus, lorsque le

professionnel se positionne en domination, le résident n'a pas la possibilité de décider car il se sent en position d'infériorité, il subit sans s'autoriser à verbaliser ses souhaits. La posture du professionnel peut devenir un frein à l'expression des usagers et à leur participation. Or dans le « care », il s'agit d'ajuster la relation et la nécessité d'une réciprocité dans la relation entre les deux personnes. Développer une culture du « care » a pour conséquence à terme d'éviter le « faire pour » au profit du « faire avec », être avec. Le fait de se mettre en retrait permet de laisser la place à l'autre et de s'adapter aux capacités de chacun. Ce changement de culture est un point à ne pas négliger afin de mettre en place les formations adéquates pour accompagner les équipes vers le changement et répondre aux besoins des résidents. Selon Patricia Paperman, sociologue, le « care » n'est pas qu'un aspect individuel mais un travail collectif. Il est nécessaire de développer une culture du « care » au sein d'une équipe (Paperman, 2008).

Pour permettre la participation des résidents, une évolution des pratiques professionnelles est nécessaire en questionnant l'organisation. Cela suppose un changement de culture professionnelle en passant du « cure » vers le « care ». David Autissier et Jean Michel Moutot, maîtres de conférences en management, définissent le changement comme une rupture entre l'existant et l'évolution vers de nouvelles pratiques (Autissier, Moutot, 2016). Pour accompagner ce changement, j'opterai pour un management bienveillant à l'égard des professionnels, à savoir un management qui apporte du sens, de la reconnaissance au travail et une relation au travail de qualité. Pour ce faire, nous devons laisser la place aux professionnels dans les réflexions à mener. Me positionnant comme directrice portant des valeurs humanistes, je me dois de connaître les professionnels, leur capacité et leur champ de compétence en travaillant en lien avec les encadrants. Je pense que cet accompagnement doit être mené en toute humilité et en apportant la confiance aux résidents, aux familles et aux équipes. Le style de management participatif est déjà instauré à l'EHPAD car je ne peux demander aux professionnels d'écouter et de les amener à la participation des résidents que si eux-mêmes sont placés dans cette dynamique. Il paraît essentiel de considérer les équipes et tenir compte de leurs émotions ainsi que de faire en sorte que chacun trouve sa place au sein du collectif.

Le changement nécessite l'adhésion des professionnels. Cependant, tout changement fait passer aussi par des phases de deuil dont il faut tenir compte pour accompagner les agents et notamment dans la temporalité. Néanmoins, comme tout changement, je peux être confrontée à des peurs, des résistances de la part des professionnels qu'il sera nécessaire d'accueillir et d'accompagner en rassurant les équipes et en les écoutant. Kurt Lewin (chercheur en psychologie sociale) identifie trois phases du changement en utilisant la métaphore d'un bloc de glace : le dégel, la transition et la recristallisation qu'il est important

de respecter en termes de temporalité. Il peut également être bénéfique pour les professionnels et apporter du sens au travail dans un contexte actuel de perte de sens au travail. Le rôle de l'encadrement sera d'accompagner les équipes, de leur apporter les réponses aux questions et de lever leurs craintes. L'association des professionnels est impérative afin d'aboutir à leur adhésion. Afin d'apporter du sens à leur pratique, l'accompagnement du changement passera par la communication, les échanges, les réajustements. Cette communication garantira le maintien de la motivation et de l'investissement des professionnels ainsi que la reconnaissance de leur travail.

En termes de management, la présence d'un cadre de santé permet une communication entre la direction, les équipes et les résidents. Le management que je développe est principalement participatif et les équipes sont en grande partie autonomes. Afin d'échanger, diverses réunions sont réalisées : institutionnelles (une fois par mois), équipe de soins et représentation des différentes instances. Des comptes rendus de réunion sont rédigés après chaque réunion, affichés ou envoyés individuellement aux professionnels par mail. Un COPIL (Comité de Pilotage) qualité et un groupe qualité de vie au travail se réunissent respectivement une fois par mois et une fois tous les trois mois.

Malgré cet effort, je note que le management participatif laisse place à des prises de pouvoir délétères au bon climat social dans l'institution. Comme énoncé précédemment, l'organigramme est flou dans la distribution des rôles et missions de chacun. Certains acteurs s'emparaient du pouvoir au sein de l'établissement en prenant des décisions qui ne leur appartenaient pas. Auparavant, ils faisaient partie du comité de direction qui a été dissout lors d'un changement de direction. Pour autant, dans la réalité, certains agents essaient de revenir à ce fonctionnement. D'où la nécessité de formaliser un organigramme clair et d'actualiser les fiches de poste afin de clarifier la place de chacun dans l'établissement.

La mise en œuvre de la participation impacte les pratiques professionnelles et permet une évolution positive pour tous. Il me paraît essentiel d'accompagner les équipes vers un changement de culture professionnelle. La conduite du changement questionnera la politique des ressources humaines, en particulier sur la question de la formation et des profils de poste. Cependant, je pense qu'il est nécessaire pour le bien des usagers et pour les professionnels de modifier les pratiques professionnelles en proposant des formations afin d'accompagner le changement de posture du professionnel envers le résident. Le développement d'une culture du prendre soin amènera les professionnels à modifier leur regard et leur pratique avec les résidents. Cette évolution permettra de diminuer cette sensation de fatigue permanente, de perte d'énergie et l'épuisement professionnel car les

agents laisseront la place aux résidents et seront dans une posture d'accompagnement et non de « faire à la place de ». Le rythme sera différent en se centrant sur le résident et le résultat se mesurera sur du long terme. Une meilleure qualité de vie au travail des professionnels éprouvant une satisfaction quant à l'accompagnement des résidents et une satisfaction des résidents favoriseront une sérénité générale. Cela nécessitera de mener une réflexion sur l'organisation du temps de travail en concertation avec les encadrants, les équipes et les membres du CSE avant validation par le Conseil d'Administration.

#### **2.4.2 La démarche qualité : un levier pour faciliter l'évolution des pratiques professionnelles**

La notion de qualité est née, du taylorisme qui prônait la meilleure manière de produire afin de répondre aux différents besoins des clients et de les satisfaire. Selon l'OMS la démarche qualité consiste à « *mieux concevoir, imaginer ou adapter les moyens thérapeutiques et plus globalement, la pratique professionnelle dans l'intérêt direct ou indirect du patient.* » (Scheffknecht, 2012).

Ce concept de qualité a migré dans le secteur médico-social avec la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et notamment les évaluations interne et externe. Les objectifs de la démarche qualité sont d'améliorer la bientraitance, la qualité de vie des résidents mais aussi celle des professionnels. Elle permet l'amélioration continue des pratiques et des prestations proposées aux résidents pour répondre à leurs besoins et est devenue une priorité à prendre en compte. La démarche d'amélioration continue de la qualité est une méthode à suivre pour permettre d'identifier les dysfonctionnements et de créer des plans d'actions d'amélioration. Elle impacte l'accompagnement des résidents qui tiennent la place centrale dans ce dispositif et sont acteurs. Pour être efficace, elle se doit d'être appuyée par la direction afin de la maintenir dans le temps et dans le quotidien. Cette démarche s'apprend, elle se construit et nécessite un management centré sur la pédagogie et la communication pour permettre d'acquérir cette culture. Pour ce faire, cela nécessite d'acquérir des compétences spécifiques. C'est pourquoi, le directeur précédent a recruté un qualicien à temps plein, en 2014, afin de développer la démarche qualité à l'EHPAD. Cela permet d'impulser une véritable culture qualité au sein de l'établissement en déterminant des orientations, des objectifs clairs et de la faire vivre. Malgré l'importance accordée à la démarche qualité, il reste un travail de grande envergure à mener sur l'utilisation des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale comme les projets personnalisés, l'absence de certaines procédures telles que la préadmission, l'admission mais surtout sur l'absence de

participation et de sollicitation des résidents dans les réflexions et les prises de décision. Pour faire vivre cette culture qualité, je dois développer et améliorer la communication tant en interne auprès des équipes et des instances notamment la gouvernance mais aussi en externe auprès des autorités de tarification, des partenaires. Je dois y porter une attention particulière car il fera partie intégrante du plan d'action que je vais aborder en troisième partie.

### **2.4.3 La prise en compte de la place des résidents et de leur participation dans la démarche qualité**

Un COPIL qualité a été constitué afin de faire vivre la démarche qualité à l'EHPAD. Celui-ci est composé de soignants (AS, IDE, ASH), du cadre de santé et du qualicien. La démarche qualité se doit de représenter les acteurs principaux, à savoir les résidents. Or, à ce jour, aucun résident n'est invité ni même sollicité pour y participer. De plus, il s'agit d'une démarche institutionnelle mais telle qu'elle est composée, tous les professionnels ne sont pas représentés, spécialement les agents des fonctions support alors qu'il me semble important de croiser les différentes approches et d'être complémentaires pour répondre aux besoins des personnes. Je constate que ce COPIL est centré sur l'approche du « cure » au détriment de la participation des résidents. Il faut se saisir de cette chance d'avoir un qualicien sur site pour investir les résidents dans les réflexions à mener avec eux.

Le COPIL se réunit une journée par mois afin d'élaborer, de revisiter les outils utilisés : procédures et protocoles, évaluation interne, analyse des chutes des résidents. Les fiches d'événements indésirables ne sont pas traitées en réunion qualité. Le PACQ (Programme d'Amélioration Continue de la Qualité) n'est pas formalisé, c'est un point identifié lors du contrôle sur pièce de l'ARS effectué en juin 2023. Pour faire suite aux réunions du Copil qualité, des comptes rendus sont formalisés et diffusés aux professionnels via la messagerie interne. Depuis peu, un point mensuel est fait lors de la réunion institutionnelle pour notifier l'importance de la démarche qualité dans l'établissement au profit des résidents.

Des enquêtes de satisfaction sont menées auprès des résidents à partir d'un questionnaire à remplir. Le taux de réponse est de 20 %, taux peu représentatif. Cela questionne l'outil utilisé car beaucoup de résidents ont des problèmes visuels ou ont besoin d'un accompagnement pour écrire. Le support est à questionner ainsi que l'accompagnement à mettre en place pour y répondre. Des enquêtes sont également menées auprès des familles et des professionnels. De manière générale, les retours sont satisfaisants.

Le nouveau référentiel d'évaluation national de la qualité du 8 mars 2022 est commun à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux. C'est un élément à ne pas négliger car tous les établissements médico-sociaux vont travailler à partir du même référentiel. Celui-ci évoque la personne accompagnée comme actrice de son parcours et notifie clairement l'importance de l'expression et de la participation de la personne accompagnée.

A ce jour, les résidents ne participent pas à la démarche qualité car ils ne sont pas conviés aux réflexions à mener. Pourtant, le fait de les faire participer permettrait d'apporter une réponse adaptée à leurs besoins. La démarche qualité déjà existante à l'EHPAD est une force à mobiliser pour accompagner les équipes dans ce changement. Les résidents peuvent participer de manière directe et indirecte par la mise en place d'enquêtes de satisfaction ou des groupes d'expression. Le président du CA et ses membres accordent de l'importance à la démarche qualité car ils mesurent l'impact positif des prestations proposées aux résidents et de leur participation. Le président se manifeste en faveur des résidents et souhaite recueillir leur avis lors des instances. Cependant, la communication concernant la qualité peut être améliorée en présentant au CVS, au CA, au CSE le rapport d'activité et le plan action de la démarche qualité.

#### **2.4.4 L'adhésion de la gouvernance et des partenaires prêts à coconstruire la coopération**

La démarche qualité est un levier essentiel à mobiliser au sein de l'établissement afin de satisfaire les besoins des résidents et des professionnels. Celle-ci permet le maintien d'une continuité de parcours en développant une coopération avec les partenaires. L'adhésion de la gouvernance pour mener le projet de coopération sur le territoire est indispensable. Le président du conseil d'administration prône la coopération sur le territoire et est convaincu des bénéfices apportés pour les personnes âgées ainsi que pour les professionnels dans ces évolutions. Il faut se saisir de cette opportunité afin de créer ce projet de coopération. De plus, en tant qu'élu de la commune, il a une connaissance de la population locale, des besoins des personnes âgées et des acteurs présents sur le territoire.

Les autorités de tarification sont en attente de propositions innovantes pour satisfaire les besoins des résidents. La coopération est présente dans les politiques publiques et présente une force quant à la qualité d'accompagnement des personnes concernées. A ce jour, le projet d'établissement est à réécrire et le CPOM n'est pas négocié. Il est nécessaire d'afficher la visée stratégique de l'établissement et les moyens à déployer afin d'obtenir des

financements supplémentaires qui contribueront à apporter une qualité de vie aux résidents et du sens dans leur travail aux professionnels. En effet la démarche qualité et la coopération sont deux leviers à activer pour favoriser la participation des résidents.

Il est essentiel de solliciter le CVS quant à la coopération à opérer pour améliorer l'accompagnement des résidents. Il est un devoir de les informer sur les bénéfices apportés. Cependant, il est méconnu des résidents et des familles. L'absence d'information et de communication en interne concernant cette instance est un élément faisant barrière à la participation individuelle et collective. L'accompagnement des résidents étant la priorité, il est nécessaire de développer un plan de communication en interne afin d'afficher la visée stratégique de l'établissement et les informations nécessaires pour leur permettre de comprendre le fonctionnement de l'établissement. Il est à noter que ce public a besoin de temps pour intégrer les informations, c'est donc à l'établissement de s'adapter aux résidents et de développer des moyens de communication compréhensibles afin que cela prenne sens pour eux. La communication s'opère en interne et la priorité est donnée à la communication verbale, à la relation en direct qui permet d'instaurer la confiance. Des affichages sont réalisés entre autres pour la lettre info et le compte rendu du CVS. Cela permet aux résidents et aux familles d'être informés. De nouveaux canaux de communication seront à utiliser avec les résidents, les familles et les professionnels : les outils numériques. A l'avenir, les personnes âgées auront accès à certaines données consultables en ligne. C'est pourquoi il faudra accompagner certains professionnels sur l'apprentissage de l'utilisation de ces outils tout en veillant à la RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Il paraît essentiel de réunir les acteurs sur des temps propices à l'échange. Par exemple, ma prise de contact avec l'association ADMR s'est faite après l'assemblée générale autour d'un temps de convivialité. Ce temps permet de se présenter, de se reconnaître en tant qu'acteur et d'amorcer des temps de partage. Il en est de même avec le SIMAD. Ces temps m'ont permis d'identifier des acteurs ayant les mêmes problématiques au quotidien que les miennes au niveau des ressources humaines et des recrutements de professionnels non qualifiés. Ils ont surtout évoqué l'envie d'évoluer et de créer un projet de coopération au profit des personnes accompagnées. Cet intérêt commun va soutenir la co-construction d'outils, par exemple ceux concernant la continuité des projets personnalisés ou le sens à donner aux autres outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ouvrir vers d'autres projets. Cette réflexion pourra également aboutir à la proposition de formations adaptées aux nouveaux arrivants au sein des services à domicile ou des accompagnements à domicile pour venir en appui aux équipes intervenant au domicile des personnes.

## **2.5 Des axes d'amélioration riches de sens pour les résidents et les professionnels**

L'objectif général de ce projet est de renforcer le pouvoir d'agir des résidents, du domicile à l'EHPAD, pour prévenir les ruptures de parcours et permettre de bien vivre à l'EHPAD. Les enjeux sont centrés sur le respect des droits fondamentaux des personnes âgées, de leur participation mais aussi des enjeux de coopération avec les autres acteurs du domicile et managériaux pour accompagner les équipes. La validation du projet par les parties prenantes et la conduite de changement sont indispensables pour mener un tel projet.

### **2.5.1 La validation et l'adhésion au projet par les parties prenantes**

Au regard des politiques publiques, de l'évolution des besoins du public accueilli, je pense qu'il est nécessaire de modifier les offres de service et d'évoluer dans nos pratiques professionnelles. Ce projet sera mené avec l'aval du président du Conseil d'Administration. Je vais rédiger une note de cadrage relatant le contexte, l'analyse de la situation et mes préconisations. Auparavant, il me semble important de programmer un temps d'échange pouvoir échanger avec le président du CA. Il sera nécessaire d'informer les autres membres du CA lors d'une réunion et faire acter le projet par cette instance. Je proposerai d'organiser une visite au sein d'un établissement qui propose ce type de prestations afin qu'il puisse se projeter et prendre conscience des bénéfices du projet. Après validation du CA, les autorités de tarification seront informées du projet, conviées aux réunions de travail et informées des avancées du projet régulièrement. Il me semble indispensable d'informer le CVS et d'échanger sur celui-ci notamment l'évolution de la place des résidents. Le CSE devra aussi être informé et consulté sur ce projet.

Il va s'inscrire dans une temporalité de longue durée, car il faudra passer par différentes phases du projet avec les équipes, les résidents, les familles, les instances. Afin de pouvoir évaluer correctement ce projet, je pense qu'une visée à cinq ans sera nécessaire. Les temps de réflexion prendront du temps du fait de la sollicitation des résidents et de la coopération avec les acteurs du territoire. Il sera important de mettre en place des indicateurs de suivi et d'évaluation.

## **2.5.2 Ma conception de la conduite du changement en tant que directrice**

Ce projet va bousculer les habitudes de travail des professionnels du fait d'une nouvelle approche de l'accompagnement et d'une ouverture de l'EHPAD pour laisser la place au résident. En premier lieu, ce changement nécessite de travailler en collaboration avec le CODIR pour expliquer et garder le sens du projet car ils accompagneront le projet sur le plan opérationnel. Chaque cadre tient une place et joue un rôle important au sein de ce CODIR. Le cadre de santé et le cadre administratif sont mes alliés au quotidien dans la conduite du changement. Les missions du cadre de santé (Annexe 7) concernent l'organisation des soins, le management des ressources humaines et des compétences notamment en termes d'animation des équipes en lien avec le projet d'établissement et le projet de soins. Les plannings sont délégués à l'adjoint des cadres gérant les ressources humaines. Les formations sont aussi un point sur lequel le cadre de santé veille afin de maintenir les compétences des professionnels. Le cadre administratif, nouvellement nommé à ce poste, est en cours de la formation d'attaché d'administration dont un des modules concerne le management. Jusqu'à ce jour, il a des missions (Annexe 7) majoritairement centrées sur la gestion financière et en cas d'absence de ses collègues, des missions de gestion des ressources humaines ou concernant la gestion des résidents lui sont attribuées. Il n'a aucune mission de management, ce que je souhaite faire évoluer en le nommant responsable logistique.

Un levier majeur qui me semble indispensable de développer concerne la communication. En effet, par le biais de la pédagogie, je vais expliquer aux équipes, les raisons du changement et comment atteindre les objectifs. Pour ce faire, je souhaite leur raconter une histoire en évoquant le passé, le présent et le futur. Ainsi, cela leur permettra de mieux comprendre le sens de ce projet et de les rassurer. Les temps d'écoute, d'échanges seront importants pour permettre aux équipes d'exprimer leurs questionnements, leurs préoccupations et lever les résistances au changement. Pour ma part, la communication doit être positive, mettre en avant les bénéfices de ce changement. Le fait d'amener les professionnels à adhérer au projet facilitera son acceptation. Il me paraît indispensable de co-construire le projet avec les équipes en les faisant participer. L'intelligence collective apportera la créativité dans les actions proposées et la performance. Elle se fera par la mise en oeuvre de groupes de travail, la mise en oeuvre d'expérimentations et les visites organisées sur d'autres établissements ayant mis en place ce type de projet. Mon soutien sera important pour les équipes et les encadrants ainsi que la reconnaissance et la valorisation du travail accompli par les professionnels que je manifesterai.

Au regard de mes constats, mes analyses, deux axes principaux se profilent afin de favoriser la participation des résidents et améliorer leur qualité de vie. En tant que directrice, je compte mobiliser les différentes parties prenantes afin de repenser l'organisation de l'EHPAD Saint-Laurent pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées et devenir centre ressources sur le territoire pour les acteurs du domicile.

### **3 Renforcer le pouvoir d’agir des personnes âgées et améliorer leur qualité de vie : le temps de la mise en œuvre opérationnelle**

Le projet présenté dans cette troisième partie découle d’un constat de départ et d’une analyse approfondie abordée dans les parties précédentes. Il est en lien avec les droits fondamentaux des personnes accueillies à l’EHPAD et avec les évolutions des politiques publiques. La finalité de ce projet concerne le développement d’une coopération permettant le renforcement du pouvoir d’agir des résidents dans leur parcours de vie. En tant que directrice de cet EHPAD, je souhaite apporter des changements au fonctionnement de l’établissement afin de satisfaire les besoins et la qualité de vie des résidents mais aussi pour redonner aux professionnels du sens à leur travail. Pour ce faire différentes actions (Annexe 8) me semblent nécessaires à mettre en œuvre au sein de la structure et hors établissement. Dans cette troisième partie, je présenterai le plan d’actions et sa mise en œuvre opérationnelle avant de définir le plan de communication et la démarche d’évaluation de ce projet.

#### **3.1 La présentation générale du plan d’actions**

Ce projet a pour objectif de proposer et mettre en œuvre différentes actions pour favoriser le renforcement du pouvoir d’agir des personnes âgées accompagnées. Elles seront développées en interne principalement notamment sur ce qui concerne l’organisation mais également en externe en développant une coopération sur le territoire du Bocage mayennais et en proximité avec les acteurs de la commune de Gorron.

Ce projet me permettra de répondre aux politiques publiques essentiellement au sujet des droits des personnes âgées et de leur octroyer une place dans les prises de décision les concernant. En tant que directrice de l’EHPAD Saint-Laurent, j’identifie ce projet comme un défi à relever pour l’établissement de s’ouvrir et de travailler en coopération avec d’autres acteurs œuvrant pour la population âgée. En effet, à ce jour, il n’y a aucun lien entre les associations sportives et les acteurs du domicile pour proposer des offres de service communes pour les personnes âgées et favoriser leur qualité de vie et leur bien-être. Cette évolution, ce changement nécessiteront un temps d’expérimentation avant d’en mesurer les bénéfices sur du long terme que ce soit pour les personnes âgées ou les professionnels.

Je ne peux conduire ces différentes actions sans communiquer autour de ce projet. Les principaux acteurs de ce projet étant les personnes âgées pour qui j’œuvre, il est plus que

nécessaire de les solliciter et de les informer. La communication est à instaurer avec les instances notamment pour obtenir l'aval du conseil d'administration en vue de mener ces actions. La gouvernance y étant favorable, cela simplifiera la démarche. Il en est de même pour le CVS et le CSE, je souhaite les informer régulièrement en toute transparence afin qu'ils deviennent des alliés dans la mise en œuvre des actions. Il me paraît indispensable d'informer les autorités de tarification, ARS et le conseil départemental, des actions menées afin d'amorcer les échanges pour le CPOM. Il est évident que je ne peux conduire ce projet sans les professionnels présents dans l'établissement à savoir « mes bras droits », les cadres mais aussi les leaders au sein des équipes qu'ils soient positifs ou négatifs. Ils me permettront de remettre en question les décisions actées et de réajuster au besoin. La communication se fera en corrélation avec les acteurs du territoire et plus particulièrement, les acteurs du domicile avec qui le projet est conjoint. Il serait riche de sens de communiquer (ensemble) avec les instances et les autorités de tarification.

Comme directrice de l'EHPAD, je serai vigilante à la posture à adopter lors du développement de la coopération. En effet, elle nécessite une remise en question mais aussi l'opportunité de laisser la place à chaque acteur pour qu'il puisse s'exprimer. C'est un point important pour la réussite de ce projet. La coopération se construit avec les partenaires ; d'où la nécessité de laisser la place à chacun. Ce point sera sans doute à mettre en avant lors de l'élaboration de la charte de fonctionnement, tous les acteurs étant au même niveau et ayant la même liberté d'expression.

Pour mener un tel projet, je ne peux œuvrer, diriger seule. C'est pourquoi, la mise en place du CODIR est un point fondamental pour travailler en concertation avec les cadres. Je souhaite intégrer les résidents et les professionnels dans cette instance de décision. En ce qui concerne les résidents, les groupes d'expression qui seront mis en place avec l'animatrice permettront, indirectement, de recueillir leurs idées. Pour les professionnels, mon souhait est d'investir deux élus du CSE au sein de ce CODIR du fait qu'ils ont les connaissances sur le fonctionnement de l'établissement, les budgets et les dysfonctionnements sur le terrain. En termes d'organisation, je souhaite qu'ils se concertent entre eux en amont des réunions afin d'identifier les deux agents qui seront présents au CODIR. Cependant, il sera important de planifier des réunions hebdomadaires pour faire un point d'avancée du projet mais aussi pour permettre aux encadrants de pouvoir échanger librement sur les difficultés rencontrées, les craintes, les désaccords...

Certains paramètres sont à prendre en compte dans ce projet, en particulier le contexte financier dans lequel se situe l'EHPAD. En effet, l'établissement rencontre des difficultés financières et présente un déficit conséquent avec une trésorerie négative du fait des

travaux de restructuration, de l'inflation des énergies, des revalorisations salariales. De ce fait, je ne peux pas envisager d'entreprendre un projet nécessitant des dépenses conséquentes. C'est pourquoi, je fais le choix de mener ce projet à moyen constant. Pour autant, le CPOM n'étant pas encore négocié avec les autorités de tarification, il sera nécessaire d'argumenter et de prouver les bénéfices du projet pour les personnes âgées et les professionnels afin d'obtenir des moyens.

En ce qui concerne les ressources humaines, aucun recrutement ne sera prévu dans l'immédiat du fait des charges salariales qui ne cessent d'augmenter sans pour autant être compensées financièrement. C'est pourquoi, au démarrage, les actions seront menées avec les professionnels présents dans l'établissement, à moyen constant. Je pense mobiliser les ressources, les compétences internes pour mener ces différentes actions. Les professionnels, ayant une ancienneté dans le champ de la gérontologie, ont acquis des savoirs d'expérience. Ils sont devenus experts dans leur domaine. C'est pourquoi, je souhaite les investir dans ce projet sans recruter de nouveaux agents dans l'immédiat. La formation engagée, obligatoire pour tous les professionnels, sur le thème de l'écoute sera mobiliser dans ce projet. Pour autant, il me semble important, à plus long terme, de questionner la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) pour identifier les profils nécessaires pour ce changement. Afin de limiter les coûts, j'envisage, de remplacer les départs de personnel par les profils correspondant le mieux à ce type d'accompagnement. Je me projette également dans la mise en œuvre de la coopération avec les services à domicile et la création d'un organisme de formation permettant, à plus long terme, d'envisager la mobilité des professionnels entre le domicile et l'EHPAD. Au cours des différentes réflexions à mener au sein de l'établissement, j'ai conscience que cela occasionnera une surcharge horaire pour les agents mais je ne peux pas, dans un tel projet, ne pas responsabiliser les professionnels, ce collectif.

Les différentes actions à mener nécessitent d'avoir des locaux appropriés, en état et avec un plan d'entretien régulier. Nous avons la chance d'avoir bénéficié d'une restructuration datant de 2014. Les locaux sont adaptés à l'accueil des personnes âgées. La structure a été pensée avec la possibilité, dans chaque unité, de réunir les résidents dans un salon collectif. Différentes salles ont été créées : salle d'animation et salle de réunion qui fait office également de salle de formation. Toutes les salles sont équipées de matériels en état de fonctionnement tels que : tableau blanc, vidéoprojecteur, paperboard... Au regard de la situation, je n'ai pas d'investissement à faire au niveau logistique que ce soit pour les locaux ou pour l'acquisition de matériel. Ceci me permettra de pouvoir accueillir les acteurs du territoire lorsque nous débiterons les réunions de travail.

Un point notoire concerne les déplacements. L'EHPAD possède un parc voitures composé de quatre véhicules dont un adapté TPMR (Transport pour Personne à Mobilité Réduite). Ceux-ci facilitent de facilité la mobilité sur le territoire tout en respectant les normes de sécurité.

## **3.2 La mise en œuvre opérationnelle des actions**

Afin de répondre aux objectifs de ce projet, différentes actions seront entreprises en interne de l'établissement puis en ouvrant l'EHPAD vers l'extérieur pour favoriser le pouvoir d'agir des résidents. Dans un premier temps, un travail sur l'organisation est nécessaire pour redonner la place centrale aux personnes âgées et du sens au travail pour les professionnels.

### **3.2.1 Une organisation améliorée à l'EHPAD Saint-Laurent pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées**

Afin de renforcer le pouvoir d'agir des résidents, je pense mettre en place diverses actions concernant la dirigeance de l'établissement. Les actions seront priorisées (Annexe 9) dans une temporalité à cinq ans afin d'avoir le temps nécessaire pour l'expérimentation et l'évaluation du projet.

#### **3.2.1.1 Définir et mettre en œuvre le CODIR**

Comme expliqué dans les parties précédentes, il n'existe pas de CODIR formellement identifié. En tant que directrice de cet EHPAD, je ne peux fonctionner seule. J'ai besoin de mettre en place cette dirigeance rapidement, dans le mois à venir (Annexe 8). Pour un fonctionnement optimum, il me paraît nécessaire de nommer les membres de ce CODIR en réfléchissant aux éventuelles conséquences que cela peut produire et d'être prête à accueillir certaines remarques de la part des cadres. Je souhaite rétablir la place et les fonctions des acteurs à leur juste valeur. Dans cet élan, je décide de mettre en place un CODIR composé des membres suivants : le médecin coordonnateur, le cadre de santé, l'attaché d'administration, deux membres du CSE et moi-même. Le fait de solliciter mes collaborateurs, cadres, me permettra de partager et de piloter avec eux ma visée stratégique, de questionner et de réfléchir ensemble sur différentes thématiques. En effet, ils ont des connaissances et des compétences qui m'aideront à réfléchir mes prises de décision. Ces échanges seront bénéfiques car chacun apportera son point de vue de

manière libre. Cela me permettra de décider en ayant mesuré les bénéfices/risques des actions à mener mais aussi d'accompagner la mise en œuvre opérationnelle. Dans ce CODIR, je souhaite intégrer deux élus au CSE qu'ils nommeront eux-mêmes. Ils possèdent la connaissance du fonctionnement de l'établissement et celle du terrain et sauront nous dire si nos actions sont réalistes ou non et ainsi éviter un décalage entre les décisions prises par la direction et la réalité de terrain. Mettre en place ce type de CODIR permet un engagement de chacun dans les prises de décision et de travailler en toute transparence. Pour ce faire, il est impératif d'identifier les rôles et missions de chaque acteur du CODIR en l'actant dans les fiches de poste. Pour ma part, j'attends de ce CODIR d'œuvrer vers les orientations stratégiques définies au sein de l'établissement et d'être les garants de la réalisation opérationnelle de celles-ci.

Afin d'asseoir ce CODIR, il me semble important de retravailler l'organigramme de manière à faire apparaître les liens fonctionnels et hiérarchiques. Il sera communiqué au président du CA, à l'ensemble des professionnels lors d'une réunion institutionnelle, aux instances et sera transmis lors de la négociation CPOM. Une note d'information sera effectuée pour informer les professionnels de l'établissement de sa composition afin qu'ils en aient connaissance. Il sera également inséré dans le projet d'établissement. En parallèle de l'élaboration de l'organigramme, les fiches de poste seront à actualiser.

Pour le fonctionnement du CODIR, comme toute réunion, il me semble important de générer un ordre du jour clair afin d'avoir un objectif à suivre. La fréquence des réunions sera hebdomadaire mais en réalisant une réunion « flash » de 30 minutes maximum les semaines paires et une réunion d'1h30 les semaines impaires. Cette réunion se tiendra le lundi à 11h. L'élaboration de tableaux de bord sera nécessaire afin de piloter cette instance, ils seront réalisés par les cadres. Ainsi, chacun présentera ses données nécessaires au pilotage de l'établissement. Je désire obtenir des informations sur le taux de projets personnalisés réalisés, le taux d'occupation, les animations mais aussi sur les données ressources humaines comme le taux d'absentéisme, les entretiens professionnels menés, le taux de formation et la situation financière de la structure afin d'effectuer des choix pertinents et efficaces. Il sera essentiel également de faire le point sur le PACQ. Ces outils seront également des outils de dialogue à mobiliser lors des échanges avec les autorités de tarification lors de la négociation CPOM. En tant que directrice, j'animerai le CODIR avec bienveillance et en laissant la place à chaque collaborateur afin de s'exprimer librement au cours de cette réunion. Il sera nécessaire de réfléchir à une charte de fonctionnement afin d'éviter toute ambiguïté lors des réunions. Après chaque réunion, un compte rendu sera rédigé afin de garder une traçabilité.

Le CODIR va amorcer le travail sur le projet d'établissement en élaborant une cartographie des thèmes à aborder en lien avec les orientations stratégiques proposées. En effet, il tiendra également un rôle important dans la planification des actions et sa relecture avant diffusion. Il me semble important de faire apparaître ce point dans l'ordre du jour d'une réunion CODIR.

### **3.2.1.2 Renforcer le management de la démarche qualité en associant les parties prenantes**

Comme énoncé dans la partie précédente, le COPIL qualité existe et est actif à l'EHPAD Saint-Laurent mais celui-ci est composé des mêmes membres depuis sa création et seuls les professionnels du soin y sont engagés. Par conséquent, je compte revoir la composition de ce COPIL qualité (Annexe 8) afin d'y intégrer d'autres parties prenantes. Ainsi, je vais communiquer, dans un premier temps avec le qualitatif puis auprès des professionnels au cours d'une réunion institutionnelle. Ensuite, je lancerai un appel à candidature, en octobre 2023, par mail, pour solliciter tous les agents de tous les corps de métier afin de redynamiser ce COPIL. A ce jour, ils sont animés seuls, par le qualitatif, ce qui entre dans son champ de missions mais je souhaite désormais y participer. En fonction des retours, le nouveau COPIL sera constitué et communiqué au sein de l'établissement par le biais d'une note de service envoyée aux professionnels via NETSoins. Ce changement sera également le moyen de solliciter les résidents qui sont les principaux concernés par cette démarche qualité et de les intégrer dans ce COPIL qualité. Ainsi, il sera donc composé avec : les membres du CODIR, les personnes désignées par la direction, les personnes âgées, le qualitatif et moi-même. Sur du plus long terme, je pense mobiliser les acteurs du territoire et plus particulièrement les acteurs du domicile pour asseoir la coopération. Actuellement, il se réunit une journée par mois. Je souhaite maintenir cette fréquence au vu du travail à effectuer dans les mois et années à venir. En effet, il a différents rôles et missions dont celui de répondre aux exigences de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 notamment en ce qui concerne la gestion documentaire mais aussi la réécriture du projet d'établissement. Tout le travail déjà accompli en qualité est à valoriser en continuant à améliorer nos pratiques en lien avec les résidents. Les rôles et les missions du COPIL seront les suivants : élaborer le projet d'établissement, analyser les fiches d'évènements indésirables, élaborer le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels), mettre en place un plan d'actions d'amélioration continue, mener les évaluations de l'établissement, les enquêtes de satisfaction. Je désire que ce COPIL qualité reparte, dans un premier temps, sur des thèmes, à mon sens, prioritaires : les droits et libertés des résidents, leur participation, l'admission et l'accueil, l'organisation de la vie sociale sans oublier

l'accompagnement vers la fin de vie. Comme je l'avais évoqué précédemment, il me paraît nécessaire de requestionner les outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 pour leur donner du sens et afin qu'ils ne correspondent pas qu'à une formalité administrative.

Le qualicien a été recruté avant ma prise de poste sans avoir les compétences requises pour ce poste. Il n'a pas eu de formation sur la qualité. Je souhaite le faire monter en compétence afin d'optimiser la démarche qualité et ses performances. Cela lui permettra à l'avenir d'évoluer vers une fonction de cadre. Je vais, avec l'aide du cadre administratif, rechercher une formation adaptée à nos besoins, centrée sur du concret. Celle-ci sera inscrite sur le plan de développement des compétences de 2024 afin qu'il reçoive cette formation au plus vite.

Le thème des droits et des libertés des résidents est un point essentiel à aborder car il positionne le résident à sa place d'être humain avec ses capacités de jugement. Le recueil du consentement de la personne âgée lors de l'accueil et tout au long de son séjour est nécessaire. Sur du plus long terme, lorsque les acteurs du domicile intégreront le COPIL, ce sera le moyen de réfléchir avec eux à la procédure de préadmission et d'admission. De mon point de vue, le contrat de séjour pourra être abordé et expliqué au domicile de la personne, même sans demande d'admission à l'EHPAD. Ainsi cela permet une préparation de la personne, une anticipation d'une admission future à l'EHPAD.

En ce qui concerne la participation des résidents, lors de mon analyse, j'ai pu observer, constater qu'elle n'est pas optimum, cela au détriment de la qualité de vie et du bien-être des personnes âgées. Il n'existe pas de possibilités pour les résidents d'exprimer librement leurs besoins. C'est pourquoi, il me paraît indispensable de mettre en place des groupes d'expression afin d'écouter et de recueillir les souhaits et les insatisfactions des personnes âgées. Une rencontre une fois par trimestre, le mardi après-midi vers 15h00, autour d'un goûter, serait plus appropriée. La mise en place d'un comité de résidents, composé de manière libre, permettrait la participation des personnes accompagnées et ainsi préparer le CVS. L'agent désigné pour mener à bien ces temps d'expression est l'animatrice car elle connaît et travaille en proximité avec les résidents. Elle pourra répertorier tous les éléments énoncés par les résidents et les accompagner au cours du CVS afin de transmettre leurs remarques et doléances. En ce qui concerne les animations, il en est de même, la mise en place d'une commission animation sera un moyen de recenser les activités attendues par les résidents. Elle pourrait avoir lieu une fois par semestre en présence de l'animatrice, et du cadre de santé, là aussi autour d'un moment de convivialité.

Au niveau de la démarche qualité, des enquêtes de satisfaction sont réalisées dans l'établissement mais le taux de retour est assez faible (20 %). Afin d'avoir un taux de participation plus important, je demande que ces enquêtes soient accompagnées c'est -à-dire que les résidents puissent y répondre à l'aide de support adapté ou avec des aides humaines. Cela suscite que des outils propices à la participation des résidents soient réfléchis. A l'ère du numérique, certaines possibilités s'ouvrent. Le COPIL qualité aura un travail à effectuer concernant les supports à utiliser.

Le registre des plaintes et des réclamations n'est pas visible à ce jour, pourtant, je pense que cet outil devrait être rendu accessible afin que les résidents le renseignent si besoin. Cela nous permettrait de l'exploiter et de l'utiliser comme un outil d'amélioration continue de la qualité.

Lors de l'admission et l'accueil des résidents, le relais est pris directement par la famille mais certaines personnes âgées ont la capacité de renseigner et signer les documents administratifs elles-mêmes. La construction d'outils adaptés aux personnes âgées semble nécessaire pour permettre de renforcer le pouvoir d'agir des résidents. Ces différents outils existent dans la structure mais restent à améliorer. En effet, le livret d'accueil est édité en format A5, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement concernant les résidents existent ; ceux-ci doivent en avoir connaissance, les lire, les signer pour acter leur décision et mieux connaître l'EHPAD. Certains outils sont à construire : les procédures de préadmission et d'admission. Je souhaite dans un premier temps, qu'un travail en interne sur les outils soit réalisé en attendant la mise en œuvre de la coopération avec le domicile. En effet, mon objectif consiste à proposer des visites à domicile pour communiquer autour des démarches administratives. Le COPIL qualité aura à revoir le sens à apporter à ces outils avec les personnes âgées et les adapter pour les rendre exploitables.

Au cours du premier semestre 2025 aura lieu l'évaluation qualité. Dans le nouveau référentiel qualité de 2022, l'obligation d'effectuer une évaluation interne n'existe plus. Cependant, je pense maintenir la mise en place de cette évaluation afin de l'inscrire dans une continuité au quotidien. Une formation avec le prestataire nous livrant le logiciel Ageval, est programmée le 6 octobre 2023 pour les cadres, le qualicien et moi-même afin de comprendre le sens de ce nouveau référentiel qualité et de pouvoir questionner sa mise en œuvre et ainsi préparer l'évaluation. Je solliciterai le qualicien, dans un premier temps, pour qu'il dresse un bilan du plan d'actions émanant de la dernière évaluation externe afin d'évaluer celles réalisées. Elle est une priorité dans les actions à mener car il faut sensibiliser les professionnels à ce nouveau référentiel qualité afin qu'ils en comprennent le sens et les attendus sans mettre de pression sur cette notion d'évaluation. De cette façon,

le fait de travailler de manière continue sur la qualité sera un moyen de lever les craintes des professionnels. Le qualicien et le COPIL qualité auront à actualiser les documents qualité et sensibiliser les professionnels.

A plus long terme, la coopération permettra la co-construction de certains de ces outils avec les acteurs du domicile et avec la participation des résidents dans un objectif de continuité du parcours des personnes accompagnées. L'élaboration d'une procédure de préadmission aiderait à préparer l'admission ; la lecture des documents avec elles et chez elles serait un plus et leur permettrait de devenir actrices de leur parcours de vie. La réalisation des projets personnalisés se ferait en continuité avec les acteurs du territoire en planifiant des temps de réunion en commun. Pour y aboutir, les référents projet personnalisé seront sollicités pour participer à sa co-construction avec le référent du domicile. Une planification de réunions de travail pluridisciplinaire est à organiser afin de fixer les objectifs et les actions. Je pense solliciter le qualicien pour qu'il puisse questionner la procédure projet personnalisé existante en vue d'obtenir une meilleure efficacité. Je préfère avoir des projets personnalisés réalisés avec une procédure plus simple que des projets personnalisés absents. Il sera nécessaire d'effectuer un retour aux résidents ainsi qu'aux familles et de formaliser ces projets par écrit sur le logiciel de soins afin de les partager en équipe.

La vie sociale est un point fort dans l'établissement. Néanmoins, quelques axes d'amélioration sont à apporter, notamment pour recueillir les souhaits des résidents. A ce jour, la planification est réalisée par l'animatrice. Or, suite aux entretiens menés avec les résidents, les activités attendues correspondent à des actes de la vie quotidienne telles que l'épluchage de légumes, le pliage du linge, la vaisselle. Certes, il ne faut pas mettre en danger les résidents, il ne faut pas prendre de risques quant aux normes d'hygiène, mais je pense qu'il est tout de même possible d'envisager ce type d'activités en les organisant. Pour y parvenir, il est nécessaire de répertorier les personnes intéressées et de mettre en place une commission animation. Les résidents sont en demande de réaliser des activités de la vie quotidienne. Celles-ci sont souvent évitées pour respecter les normes d'hygiène et les risques pour les personnes âgées : chute, intoxication alimentaire. Malgré tout, je reste convaincue que le maintien de ces activités peut renforcer l'impression de se sentir utile. La distribution du courrier dans l'établissement permet de maintenir un lien social, de mémoriser le nom des personnes âgées, de poursuivre une activité physique. Il en est de même pour les activités comme servir ou desservir la table, plier du linge, celles-ci préservent la motricité, la dextérité des personnes âgées. Ces distributions de tâches sont à réfléchir car elles ont aussi un objectif précis pour les personnes accompagnées. Il est vital de valoriser leur participation en diffusant des informations sur le site internet et les

réseaux sociaux ou bien en mettant en place un système de défilement de photographies des activités tout en étant vigilants quant au droit à l'image.

L'accompagnement des personnes âgées accueillies à l'EHPAD va jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie ; ce qui explique pourquoi le questionnement sur les directives anticipées en lien avec le projet personnalisé, avec l'aide de la psychologue, est une priorité.

Différentes actions sont à mener par ce COPIL qualité, d'où la nécessité d'effectuer un PACQ, inexistant pour le moment. Celui-ci permettra un suivi des actions mises en œuvre et une valorisation du travail accompli par ce COPIL. Pour autant, il y a urgence à accentuer la traçabilité et la communication sur la démarche qualité auprès des instances, en présentant les indicateurs de pilotage PACQ et en les faisant apparaître dans le rapport d'activité.

Un point qualité est réalisé systématiquement avec les professionnels, lors des réunions institutionnelles. Cependant, je pense améliorer la communication pour insister sur l'importance de cette démarche auprès des instances. Le fait de participer aux COPIL qualité aura un enjeu en matière de communication car ceci sera le moyen de faire le point en CODIR, d'avoir des feedbacks des équipes par l'intermédiaire des cadres et de faire vivre la démarche qualité au sein de l'établissement. L'enjeu est de taille aussi en termes de performance ; toute cette démarche apparaîtra dans le diagnostic partagé du CPOM et apportera une valeur de marque à l'EHPAD.

### **3.2.1.3 Un projet d'établissement porteur de sens pour les personnes âgées et les professionnels**

L'actualisation du projet d'établissement est une priorité pour les personnes âgées mais aussi pour les équipes afin de donner le cap sur les actions à mener à cinq ans. Dans les RBPP intitulées : élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, il est expliqué que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.* » (ANESM, 2010 : 11). Cet outil de management me permettra de maintenir un regard sur

l'établissement principalement sur l'avancée des fiches action par le biais d'un plan d'actions. Il va permettre de s'adapter aux besoins des résidents, de dynamiser les équipes mais surtout de retrouver du sens au travail en ayant un objectif commun. Il s'agit d'un outil visible en interne et en externe. Il énonce les orientations stratégiques et apporte du sens. Il est important de consulter le CVS en l'inscrivant à l'ordre du jour d'une réunion lors de son élaboration puis de le communiquer au CSE, et enfin de le faire connaître auprès des résidents, des familles, des professionnels et des partenaires. Il sera rendu public sur le site internet de l'EHPAD. Cet outil de communication doit être adapté selon les besoins des résidents. Il est une référence pour les professionnels également car il fixe les objectifs à atteindre dans l'établissement.

L'élaboration et la réécriture du projet d'établissement s'articulent avec la démarche qualité. Il s'avère nécessaire de dresser le bilan du précédent projet d'établissement, datant de 2016, pour évaluer les axes restant à travailler et ainsi proposer de nouvelles actions à mener. Pour élaborer et réécrire le projet d'établissement, il est indispensable d'investir les différentes parties prenantes et surtout les personnes âgées, premières concernées par celui-ci. En effet, je ne peux mener ce travail sans la participation des résidents et celle des professionnels de l'établissement. Il sera aussi prioritaire d'investir les familles, les partenaires et les mandataires dans cette réflexion. Le CODIR aura réfléchi aux orientations stratégiques et aura réalisé la cartographie des thématiques à réfléchir dans le prochain projet d'établissement. L'HAS décrit différentes thématiques à faire apparaître dans le projet d'établissement : l'histoire de la structure, les valeurs, le public accueilli et son évolution, les missions, les prestations proposées, les ressources humaines, les objectifs (ANESM, 2009).

Le COPIL qualité, nouvellement constitué, sera validé en CODIR et une de ses missions concernera la démarche d'élaboration du projet d'établissement. Le calendrier sera diffusé afin de le respecter. Les différents groupes de travail, selon les thématiques à travailler, seront mis en place après avoir répertorié les professionnels intéressés par cette réflexion. Le qualicien programmera les réunions de travail hebdomadaires en fonction de la thématique abordée. Chaque réunion fera l'objet d'un compte rendu de la réunion (Annexe 10) et les actions seront inscrites dans le PACQ. Ce nouveau projet va s'inscrire dans la continuité du précédent afin de ne pas perdre le sens des actions menées en amont. Chaque groupe veillera à relire le projet d'établissement avant l'envoi au CODIR. Celui-ci fera la relecture finale avant de le présenter aux instances notamment au CA pour validation. Ce nouveau projet sera ensuite diffusé aux résidents, aux familles, aux équipes et aux autorités de tarification.

Le CPOM n'étant pas encore négocié, le travail effectué lors de l'élaboration du projet d'établissement me permettra de mobiliser ces réflexions et de les transposer dans la préparation du CPOM. Pour ce faire, il sera important à chaque action, de déterminer les objectifs et les moyens nécessaires à sa réalisation. Cinq objectifs sont nommés dans le guide méthodologique du CPOM dont ceux sur la qualité du service rendu aux résidents, la maîtrise des risques, la contribution aux parcours et la réponse aux besoins territoriaux. Afin de suivre les actions qui seront inscrites dans le plan d'actions, un comité de suivi sera mis en place. Quand le CPOM sera négocié et signé, un dialogue de gestion s'ensuivra pour dresser un bilan à mi-parcours. Ce CPOM fait référence à différents points : le projet d'établissement, l'organigramme de l'EHPAD, le PACQ, le suivi des projets personnalisés, l'instance CVS, les conventions signées avec les partenaires...

### **3.2.2 Développer la coopération avec les acteurs du territoire et plus particulièrement avec le domicile**

#### **3.2.2.1 Le maintien des partenariats existants à l'EHPAD**

Les différents partenariats existants (annexe 12) proposent des activités à l'EHPAD qui donnent satisfaction aux résidents et aux professionnels. Je souhaite alors les maintenir et, pour certains, les améliorer. Je mentionne spécialement le partenariat avec l'école de musique qui a été créé avec l'UPHV. Après avoir identifié les besoins auprès des résidents et avoir vérifié auprès d'eux l'intérêt qu'ils portent à cette activité, je la leur proposerai. Elle apporte, semble-t-il, un bénéfice aux résidents notamment en termes de gestion des émotions, leur permettant de se libérer et de s'exprimer différemment, ce qui pourrait impacter une consommation amoindrie d'antidépresseurs. Cependant, afin d'identifier l'ensemble des acteurs, je pense demander au qualicien d'effectuer une cartographie de ceux-ci pour avoir un regard rapide sur les différentes conventions signées. De manière générale, les intervenants extérieurs font un bilan de leurs interventions à la fin de l'année. Tous les partenariats opérés avec l'établissement de santé et avec les libéraux seront également maintenus. Cependant, je pense qu'il serait intéressant de rencontrer tous les acteurs, en début d'année, pour dresser un bilan de l'année parcourue en présence des résidents et de questionner le maintien des prestations en fonction des retours des résidents.

### **3.2.2.2 La naissance de nouvelles coopérations avec les associations**

Sur le territoire, il existe de nombreuses associations avec lesquelles, il serait intéressant de coopérer (Annexe 8). J'ai été sollicitée par une association caritative afin de participer à la marche rose, dans le cadre de la prévention du cancer du sein, qui se produit au mois d'octobre. De ce fait, j'ai répondu favorablement à cette sollicitation qui se déroule sur la commune de Gorrion. J'ai fait appel au volontariat et deux professionnels se sont proposés pour conduire ce projet. Le cadre de santé se charge de planifier des réunions afin d'organiser cette marche. Des dossards vont être achetés par l'association et feront apparaître le logo de l'EHPAD. La participation des résidents permettra de porter un nouveau regard sur les personnes âgées et de valoriser leur rôle social.

Comme énoncé précédemment, le médecin coordonnateur est médecin du sport de la commune de Gorrion et intervient au sein des associations sportives. Un projet est en cours de réflexion, dans un premier temps, sur une activité qui se produira le 9 septembre 2023. Dans le cadre du maintien des activités physiques pour les résidents, l'amorce de cette activité commune, sera le moyen de faire connaissance, avec les membres de l'association et d'amorcer une réflexion. J'ai participé à la réunion d'information du 19 juin 2023 où de nombreux acteurs étaient présents dont l'ARS. Ce projet est en cours de réflexion et est mené par l'animatrice afin de recenser les résidents intéressés. Je prends conscience de la nécessité de réaliser les projets personnalisés afin d'identifier assez rapidement les personnes motivées par ces activités. Par ce projet, je pense mener une réflexion avec les membres de l'association pour instaurer une coopération en dehors de l'EHPAD afin que les personnes âgées maintiennent leur vie sociale selon leurs souhaits. Le ministère des sports préconise le maintien d'une activité sportive chez les personnes âgées car celles-ci apportent de nombreux bénéfices. En effet, elles permettent d'améliorer l'autonomie, de réduire le risque de chute et d'augmenter la qualité de vie active. Pour organiser ces temps, des réunions seront fixées. Il sera aussi important d'être en veille sur les appels à projet à venir sur cette thématique.

### **3.2.2.3 Le développement d'une coopération avec les acteurs du domicile**

Au regard de mon analyse et pour renforcer le pouvoir d'agir des résidents, je suis convaincue qu'il est impératif de travailler en coopération avec les acteurs du domicile. Ceci permettra une continuité du parcours de la personne âgée mais aussi de travailler sur l'anticipation d'une éventuelle admission à l'EHPAD, en cas de nécessité urgente.

Afin de faire connaissance avec les acteurs du domicile sur le territoire, je suis allée m'entretenir avec eux. Tout d'abord avec la responsable du SIMAD, ainsi j'ai pu prendre connaissance de leur fonctionnement, des difficultés qu'elle rencontre au quotidien et des évolutions nécessaires pour accompagner les personnes âgées. Lors de cet entretien, nous avons également évoqué la possibilité d'une coopération à partir du référentiel national commun. J'ai également rencontré la responsable de l'ADMR de la Mayenne et celle du Bocage mayennais. Celles-ci m'ont fait part de leurs difficultés et de leur souhait d'évoluer et de proposer des animations communes sur le territoire. Afin d'avoir une meilleure connaissance de leur association, j'ai participé à leur assemblée générale au mois de juin 2023. Ainsi, j'ai pris connaissance des difficultés de recrutement rencontrées du fait de conditions de travail difficiles et du manque de professionnels. Nous avons tous ce besoin d'évoluer et de coopérer afin de satisfaire les besoins de la population accompagnée. Nous sommes tous en attente de pouvoir coopérer.

Pour élaborer ce projet, je souhaite planifier des réunions une fois par trimestre afin d'identifier notre objectif commun de coopération. Les réunions auront lieu entre les directeurs afin de réfléchir aux orientations stratégiques de celui-ci avant d'instituer un groupe de travail et de planifier des réunions de travail, d'une durée de 2h. En effet, comme le disent Anne et Patrick Beauvillard : coopérer correspond à l'art d'être coauteurs d'une œuvre commune. L'art de coopérer permet d'être tous au même niveau, de laisser le pouvoir de côté afin d'avancer dans le même sens. Au cours de la première réunion, nous rédigerons une charte de fonctionnement afin qu'il soit clair et limpide pour tous, c'est la base de la coopération. Nous aurons à définir ensemble, les participants qui seront présents lors de ces réunions de travail en y incluant systématiquement les personnes âgées vivant à domicile et à l'EHPAD et des professionnels par le biais d'un appel à candidature.

L'objectif commun nous amènera à coconstruire des outils. Nous avons un point d'accroche : le nouveau référentiel qualité national. Cela nous permettra de se baser sur celui-ci pour la co-construction et la mise en œuvre des outils. La démarche qualité sera développée en axant sur une continuité de l'accompagnement dans le parcours des personnes âgées. En ce qui concerne les outils, je pense notamment qu'il faudra travailler la procédure de préadmission ainsi que les projets personnalisés qui permettront vraiment la continuité de l'accompagnement. Les outils seront réfléchis par les professionnels dans les groupes de travail. L'animation serait un bon moyen de décroïsonner le domicile et l'EHPAD. En effet, proposer des activités communes en dehors ou dans l'EHPAD permettrait de mieux se connaître, de tisser des liens mais surtout de préparer les personnes âgées et de les rassurer sur ce qui se passe à l'EHPAD.

Lorsque les appréhensions, les craintes des professionnels seront levées, il sera plus facile de continuer la coopération en proposant des visites à domicile pour aborder des thématiques telles que les droits des usagers et aussi prendre connaissance des formalités administratives à effectuer, des documents à renseigner et à signer lors de l'admission. Ces visites pourraient porter aussi sur l'aménagement des locaux en mutualisant les compétences de l'ergothérapeute ou bien proposer un soutien psychologique à domicile. Toutes ces actions seront réfléchies lors des réunions, et validées ; elles seront expérimentées sur une durée de six mois avant d'être évaluées. Avant tout, il faudra identifier les personnes âgées dans le besoin chez elles et acceptant que les professionnels de l'EHPAD viennent à leur domicile, en œuvrant avec les acteurs du domicile. Les professionnels expérimentant cette coopération viendront exposer leur ressenti, leur retour d'expérience auprès de leurs collègues afin de pouvoir envisager un autre type d'intervention en instaurant des binômes, soignant de l'EHPAD et intervenant à domicile. Il serait positif qu'ils viennent dresser un bilan de leur expérience aux instances. Avant toute mise en œuvre, d'actions de coopération, il sera indispensable de communiquer avec le président du CA de ce projet. Etant favorable à la coopération sur la commune, je pense qu'il sera ouvert et positif envers ce projet. Les membres du CA auront à valider ce projet et le CVS et le CSE en seront informés.

<b>Objectif</b> : Développer la coopération avec les acteurs du territoire et plus particulièrement avec le domicile			
<b>Actions</b>	<b>Délai</b>	<b>Pilote</b>	<b>Indicateurs d'évaluation</b>
<b>Le développement d'une coopération avec les acteurs du domicile</b>			
Faire connaissance avec les acteurs du domicile :	Septembre 2023 à décembre 2027		
- La rencontre de la responsable de l'ADMR, du coordinateur du territoire et du responsable du SIMAD	Mai 2023	Directrice Cadre de santé	Recensement des besoins
- La participation à une réunion Assemblée Générale de l'ADMR pour comprendre leurs problématiques et échanger sur le besoin de coopérer	Juin 2023		
- Prévoir des réunions de travail une fois par trimestre pour identifier les orientations communes et une démarche qualité co-construite pour une continuité de l'accompagnement dans le parcours des personnes âgées	A partir de mars 2024	Directrice Médecin coordonnateur Responsable du domicile	
- Proposition et validation du président du CA et information des instances CVS et CSE et des parties prenantes	Octobre 2024	Directrice	Validation par le président du CA
- Planifier les réunions de travail avec les professionnels du domicile et de l'EHPAD, des personnes âgées par un appel à candidature	A partir de janvier 2025	Médecin coordonnateur Cadre de santé	Nombre de réunions réalisées
- Elaborer une charte de fonctionnement lors de la première rencontre			Compte rendu des réunions

Actions	Délai	Pilote	Indicateurs d'évaluation
<p>Le décloisonnement entre le domicile et l'EHPAD par la rencontre des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmer des animations en commun domicile/EHPAD en dehors de l'EHPAD et à l'EHPAD</li> <li>- Proposer des visites à domicile en mobilisant les compétences et expertise de l'EHPAD (ergothérapeute, psychologue, administratif...)</li> <li>- Identifier les personnes âgées ayant besoin lors des réunions coopération</li> <li>- Présentation aux instances</li> </ul>	<p>Mai 2025</p> <p>Janvier 2026</p>	<p>Professionnels domicile/EHPAD Personnes âgées domicile/EHPAD</p> <p>Médecin coordonnateur Cadre de santé EHPAD/domicile</p>	<p>Nombre et types d'animations réalisés en commun</p> <p>Taux de résidents admis à l'EHPAD avec accompagnement et résultats</p> <p>Le lieu de l'animation Enquête de satisfaction des résidents</p> <p>Types de visites proposés</p>

Le CLS et les acteurs du domicile exposent leur problématique concernant l'attractivité du métier et le besoin de former les auxiliaires de vie. C'est pourquoi je souhaite créer un organisme de formation au sein de l'EHPAD. Le fait de devenir un centre ressource me permettra de valoriser l'expertise de l'EHPAD pour accompagner les professionnels des services à domicile notamment en coconstruisant des outils de travail mais aussi en proposant des formations adaptées à la réalité de terrain permettant une continuité du parcours de la personne âgée qui ne souhaite pas toujours intégrer l'EHPAD. Cette progression ira en faveur d'une meilleure acceptation de l'admission.

Ce projet sera à présenter aux instances, mais aura été réfléchi en amont avec les acteurs du domicile. Lors du CA, il sera intéressant de présenter ce projet en coanimation avec les acteurs du domicile afin de valoriser la coopération et d'argumenter le projet. Etant détentrice d'un master en ingénierie, conseil en formation et ayant créé et dirigé un organisme de formation, je souhaite mettre à profit mes compétences dans ce projet innovant. Au cours de cette expérience, j'ai élaboré des programmes de formation, contribué à la formation, géré les budgets. Actuellement, avec le qualicien, nous avons pris contact avec la DREETS (Directions Régionales de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités) afin d'obtenir les informations sur les obligations réglementaires pour créer un organisme de formation et connaître les formalités administratives ainsi que la démarche qualité à opérer. Lors des réunions de travail avec les acteurs du domicile, nous coconstruirons un programme de formation commun aux auxiliaires de vie et aux ASH novices et débutants. Patricia Benner, infirmière, détermine cinq stades d'apprentissage : novice, débutant, compétent, performant et expert (Benner, 2003). Selon elle, le novice n'a aucune connaissance, ni expérience. En revanche, l'expert réalise des actes en s'appuyant sur les connaissances acquises du fait de ses expériences et de ses intuitions. A ce jour, tout organisme de formation doit s'inscrire dans une démarche qualité en respectant l'ensemble des documents à renseigner : le programme de formation, les feuilles

d'émargement et les évaluations. Tous ces documents seront à créer avec l'aide du qualitatif. C'est un projet qui s'inscrit sur du long terme car il nécessite du temps mais surtout d'instaurer la coopération et de préparer les agents à ces évolutions. Un tel projet impose de les questionner lors des entretiens professionnels afin de connaître ceux souhaitant évoluer vers une fonction de formateur occasionnel. La pédagogie s'apprend et il faudra anticiper l'expérimentation en formant quelques formateurs occasionnels en le planifiant dans le plan de développement des compétences. Ainsi, les agents seront formés aux différentes approches pédagogiques.

Mon objectif sur du plus long terme, est de mettre en place une procédure de mobilité des professionnels entre le domicile et l'EHPAD pour une meilleure connaissance des personnes âgées et vice versa. Ceci permettra aussi de diversifier le travail et de maintenir du sens au travail.

<b>Objectif : Développer la coopération avec les acteurs du territoire et plus particulièrement avec le domicile</b>			
<b>Actions</b>	<b>Délai</b>	<b>Pilote</b>	<b>Indicateurs d'évaluation</b>
<b>La création d'un organisme de formation à l'EHPAD</b>	Septembre 2023 à décembre 2027	Directrice Qualiticien	
La présentation de ce projet aux instances en collaboration avec les acteurs du domicile et validation par le CA	En octobre 2025	Directrices	Validation du projet par le CA
La construction de ce projet en respectant les obligations réglementaires ; Contacter la DREETS pour connaître les formalités administratives	En cours	Directrice Qualiticien	Les modalités à respecter et acceptation du projet par la DREETS
Co-construction d'un programme de formation commun aux auxiliaires de vie et ASH novices et débutants au cours des réunions de travail, l'identification des thématiques et des attentes de la formation	Novembre 2026 à juin 2027	Directrices Cadres de santé EHPAD/domicile	Nombre de réunions et de comptes rendus réalisés
L'identification des professionnels experts prêts à prendre une posture de formateur lors des entretiens professionnels et les former aux différentes approches pédagogiques	Octobre à décembre 2026	Cadre de santé	Nombre de personnes à former Croiser les noms des agents avec les entretiens professionnels
En fonction des retours, rencontrer des organismes de formation proposant la formation de "formateur" et planifier la formation dans le plan de développement des compétences puis conventionner	Janvier à juillet 2027	Adjoint des cadres RH	Choix de l'organisme
Débuter les formations et création des outils de traçabilité (expérimentation du projet) . Expérimentation sur 1 an	Juin 2027 à mai 2028	Formateurs occasionnels	Nombre de formations réalisées A un an, deux ans, évaluer les bénéfices Enquête de satisfaction des professionnels et des résidents Retour d'expérience
Mettre en place une procédure de mobilité des professionnels entre le domicile et l'EHPAD pour une meilleure connaissance des personnes âgées et vice versa	Juin à novembre 2027	Cadres de santé EHPAD/Domicile	Nombre de professionnels mobiles Remarques des personnes âgées
Echanger et nommer ce projet dans le CPOM pour obtenir des financements	A définir avec les autorités de tarification	Directrice CODIR	Obtention de moyens

Ce projet sera développé à moyen constant mais il me permettra d'obtenir des recettes financières en proposant les formations aux acteurs du domicile sur le territoire.

Le coût d'une journée de formation oscille entre 350€ et 1200 € par jour, selon si celle-ci est organisée en intra ou en inter établissement. Au vu de la coopération, les formations seront réalisées dans les locaux de l'EHPAD et les formateurs pourront être des professionnels de l'EHPAD ou des EHPAD du territoire ou des professionnels du domicile selon les thématiques abordées. Dans un premier temps, certains thèmes généralistes tels que les notions d'hygiène, la sécurité des résidents, la manutention et l'utilisation du matériel pourront être développés. A plus long terme, d'autres formations pourront être développées afin de répondre aux besoins. Le coût de la formation sera fixé en concertation avec le président du CA, le CODIR et l'agent gérant les ressources humaines en prenant en compte les ressources mobilisées en interne, la location de la salle, le matériel nécessaire pour animer la formation. Ce projet sera écrit dans le CPOM en mettant les avantages en avant et en montrant qu'il s'agit de la mise en œuvre d'une expérimentation répondant au CLS.

### **3.2.3 L'accompagnement des professionnels pour promouvoir la participation des résidents en respectant leur choix**

L'évolution en ce qui concerne la place occupée par les personnes âgées à l'EHPAD va impacter le travail des agents. L'ampleur de ce projet demande du temps et implique l'accompagnement des professionnels vers un changement de culture professionnelle.

Dans un premier temps, il est important de communiquer sur le projet lors des réunions institutionnelles afin que les professionnels en comprennent le sens. Les explications et les informations transmises en toute transparence permettront de cheminer et de les accompagner au cours de ce changement de culture. La mise en place d'une communication bienveillante, positive et rassurante auprès des professionnels est impérative et permet d'écouter, de répondre aux interrogations et de faire preuve de compréhension envers leurs inquiétudes. Je pense qu'il sera indispensable de planifier des réunions de synthèse du projet permettant la libre expression des professionnels.

Avant de lancer le projet, il me paraît nécessaire d'amener les professionnels à une prise de conscience quant aux besoins d'évoluer dans les pratiques. Des temps d'APP (Analyse de Pratiques Professionnelles) permettront une prise de recul pour les professionnels en ce qui concerne leur rôle par rapport aux résidents sur l'accompagnement et ainsi amorcer

le questionnement. En effet, une nouvelle forme de relation entre les professionnels et les résidents est à construire. Le fait de reconnaître la nécessité du changement et l'intérêt pour l'individu, l'équipe et le besoin de coopération est un point indispensable pour avancer. Ceci suscite une nouvelle organisation professionnelle et un changement des habitudes. Ces analyses de pratiques seront bénéfiques pour préparer les acteurs au changement. Le temps est un allié et il est nécessaire de tenir compte de ce besoin pour les professionnels. Ces temps vont permettre une réflexion et une prise de conscience des professionnels du besoin d'évoluer dans leurs pratiques. Ils savent souvent dire qu'ils n'ont pas le temps de laisser faire la personne âgée. Les APP vont favoriser le changement de culture, l'adhésion au projet en se remettant en question mais surtout en apportant du sens au travail. La réflexion et l'élaboration d'un cahier des charges est une priorité pour travailler sur la notion de coopération. Je pense proposer des ateliers à la fréquence d'une journée tous les deux mois avec une présence obligatoire des professionnels de tous les corps de métier. Chaque atelier aura une durée d'1h30 soit quatre groupes tous les deux mois et le groupe sera constitué de 10 agents. Au vu du nombre de professionnels devant bénéficier de ces ateliers, ils participeront à trois ateliers sur une année. L'organisation des ateliers suppose d'anticiper les plannings des agents mais aussi de prévoir des auto-remplacements dans les unités pour libérer les agents. J'envisage de proposer aux directeurs des EHPAD du territoire de croiser les compétences des psychologues exerçant dans nos structures pour mener ces ateliers. Ainsi, les temps d'APP seront animés par un psychologue d'un autre EHPAD et vice versa ainsi ces croisements de compétences seront vecteur de coopération entre établissements et permettront d'effectuer ces ateliers à moindre coût. Cependant, afin d'anticiper un éventuel refus de coopération des directeurs des autres EHPAD, je souhaite intégrer ces ateliers d'APP dans le plan de développement des compétences 2024 et prendre contact avec des organismes de formation proposant ce type de prestation.

Il paraît important de démontrer l'importance de l'évolution et de mettre en œuvre la participation des résidents et la coopération. Une information générale sera présentée en racontant une histoire pour que les agents en comprennent l'intérêt du changement en montrant la nécessité de l'évolution en évoquant le passé, le présent et le futur. Ainsi les professionnels vont comprendre les objectifs de celui-ci et les différentes explications provoqueront l'adhésion des professionnels du besoin de changer. L'information est impérative pour rassurer les professionnels, répondre à leurs questions et les impliquer dans des groupes de travail. Comme tout changement, les professionnels peuvent passer par les phases de deuil. C'est pourquoi, il est important d'échanger, de les rassurer notamment en apportant de la méthode de travail. Mon rôle est de soutenir les professionnels et de valoriser tout le travail accompli.

Afin de permettre une meilleure adhésion au projet, il va de soi qu'ils doivent identifier par eux-mêmes la plus-value de celui-ci. En interne, le projet UPHV a été une réussite en termes de coopération avec le foyer de vie. Je pense demander aux résidents ayant vécu ce projet de témoigner lors de transmissions générales de leur vécu de cet accompagnement, de leur ressenti et à ce jour, de leur retour sur ce projet en termes de satisfaction. Les professionnels feront également un retour d'expérience sur ce projet et sur sa mise en œuvre. Cela fait deux ans qu'il a été mis en place, il est temps de mettre en place des enquêtes de satisfaction des résidents. Après échange avec eux, ils expriment une admission faite tranquillement et sans stress et se disent satisfaits des activités proposées, de l'accueil dans cette unité et des rapports avec les autres résidents.

Ayant des échanges avec l'infirmière coordinatrice du projet DRAD de Bretagne, je souhaite de nouveau la solliciter pour une intervention à l'EHPAD afin qu'elle explique son projet de la genèse aux résultats de l'expérimentation. L'objectif de cette conférence serait d'inviter toutes les parties prenantes de ce projet et ainsi montrer sa plus-value pour les résidents et les équipes. Au cas où, elle refuserait de participer à une conférence, je lui proposerai d'intervenir lors des transmissions générales en plus petit groupe. Je pense, si possible, programmer une ou plusieurs visites au DRAD afin de pouvoir échanger avec les équipes, pilote du projet DRAD et identifier les bénéfices de ce changement ainsi que les axes à améliorer de son point de vue. Pour la visite, je compte proposer la visite aux résidents, au président du conseil d'administration et du CVS, au médecin coordonnateur, aux professionnels de l'EHPAD mais aussi aux acteurs du domicile et à un membre du CSE. Afin d'être en accord avec l'infirmière coordinatrice, je lui demanderai s'il est possible d'envisager cette visite et le nombre de personnes acceptées par visite.

En plus de ces temps d'échanges, le changement de culture doit être facilité par la mise en place de formations pour permettre l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour les agents. Des formations ont été débutées en 2023 sur la relation d'écoute selon Carl Rogers. Ce psychologue développe une culture humaniste centrée sur le « cure » en insistant sur l'importance de l'authenticité dans la relation et de la position au même niveau des protagonistes. Celles-ci vont se poursuivre jusqu'en 2025. L'objectif de cette formation est de se centrer sur l'autre et notamment sur la compréhension des collègues et des résidents. Ces formations rendues obligatoires pour l'ensemble des professionnels de l'établissement est une amorce au projet de coopération dans le sens où il correspond à l'écoute que je souhaite développer dans la structure. En CODIR, il sera nécessaire d'évaluer cette formation afin d'identifier si elle sera suffisante pour accompagner les professionnels dans le changement. Auquel cas, il faudra rencontrer des

organismes de formation pour élaborer un programme de formation correspondant à nos attentes et l'inscrire sur le plan de développement des compétences pluriannuel.

En termes d'organisation, la planification de réunions de synthèse est importante afin de faire des points étape et de recueillir le maximum d'informations me permettant d'identifier les freins au projet ou les questionnements quant à celui-ci. Celles-ci permettront d'avoir des temps d'information, d'explicitation du projet et de définir les étapes à franchir.

<b>Objectif : Promouvoir la participation des résidents en respectant leurs choix</b>			
<b>Actions</b>	<b>Délai</b>	<b>Pilote</b>	<b>Indicateurs d'évaluation</b>
<b>La préparation des professionnels au changement de culture en passant du "Cure" au "Care"</b>			
	Juillet 2023 à 2028	Directrice CODIR	
Information des professionnels sur les projets	En janvier 2024	Directrice	
Rencontre avec les directeurs des EHPAD du territoire pour l'échange de compétences du psychologue	Décembre 2023 à avril 2024	Directrice Cadre de santé	Questionnements des professionnels Nombre de rencontres Décision prise
Entretien avec la psychologue pour l'informer de ce projet	De février à avril 2025	Directrice	
La programmation de temps d'APP pour permettre une réflexion et une prise de conscience des professionnels du besoin d'évoluer dans les pratiques	A partir de septembre 2024	Cadre de santé Psychologue	Bilan des APP par l'intervenant
Fréquence des ateliers : 4 groupes tous les deux mois	A partir de 2024	Adjoint des cadres RH	Observation de l'évolution des professionnels
Planifier les ateliers afin d'anticiper la réalisation des plannings des agents et prévoir les auto-remplacements		Cadre de santé	
Mettre en avant le projet UPHV en faisant intervenir les résidents et les professionnels de l'unité pour identifier la plus-value de ce changement au cours d'une réunion institutionnelle	Décembre 2023 à mars 2024	Moniteur éducateur Résidents	Ressenti des professionnels
Faire intervenir l'infirmière coordinatrice du projet DRAD à l'EHPAD afin qu'elle explique le projet, sa genèse, les avantages et difficultés rencontrées	De février à juillet 2024	Directrice Cadre de santé	Questionnements et ressenti des professionnels sur le projet
Programmer une ou plusieurs visites au DRAD afin de pouvoir échanger et identifier les bénéficiaires du changement (résidents, familles, président CA, médecin coordonnateur, professionnels, acteurs du domicile, membre du CSE..)	De février à juillet 2024	Médecin coordonnateur Cadre de santé	Questionnements et ressenti des professionnels
Planifier des réunions de synthèse du projet permettant la libre expression des professionnels	Tous les mois	Directrice Cadre de santé et administratif	Compte rendus des réunions
Formation débutée sur l'écoute selon l'approche Carl Rogers selon le plan de développement des compétences pluriannuel	Janvier 2023 à décembre 2025	Directrice Adjoint des cadres RH	Nombre de formations réalisées Retour des formateurs

Avec le CODIR, nous réfléchissons à la GPEC, sur du plus long terme, et notamment sur le plan de la formation. Nous questionnerons le plan de développement des compétences pluriannuel des professionnels présents dans l'établissement. La GPEC fera partie du volet social du projet d'établissement. Il me semble important d'évaluer la formation déjà réalisée. Je pense inscrire des membres du CVS, après concertation avec eux, à cette formation ou au minimum les informer. Afin d'amorcer la dynamique de coopération et l'obtention d'une vision commune, je pense mutualiser cette formation avec les acteurs du domicile.

Sur du plus long terme, il me paraît important de questionner les futurs recrutements, à moyen constant pour le moment. Ceci suscite d'analyser les besoins sur le plan des compétences en CODIR et élaborer une cartographie des compétences. Lors des entretiens professionnels individuels, ce point portant sur l'évolution professionnelle est abordé. Celui-ci nous permettra d'identifier le personnel souhaitant évoluer vers une autre profession notamment vers le métier d'AES (Accompagnant Educatif et Social) par exemple. Avec le CODIR et le responsable des ressources humaines, nous réaliserons des cartographies des métiers, des compétences en fonction des besoins. Le plan de développement des compétences nous permettra de planifier des formations sur plusieurs années selon les financements envisageables. Actuellement, le budget formation est de 56 000 €. Il faudra commencer par positionner les formations obligatoires puis élaborer le plan de formation selon nos besoins.

Comme tout projet, il sera nécessaire de mettre en place un plan de communication auprès des résidents et des professionnels.

### **3.3 L'élaboration d'un plan de communication**

Tout au long de la réalisation de ce projet, la communication tiendra une place essentielle mais il sera important d'être vigilant quant à la RGPD dans toutes les actions menées. La communication sera à réfléchir en interne de l'établissement mais également en externe.

En ce qui concerne la communication interne, elle va pouvoir dynamiser les équipes et leur apporter un sentiment d'appartenance au sein de l'EHPAD. Divers moyens ont déjà été mis en œuvre afin de faciliter la circulation de l'information. Le fait de revoir l'organigramme permet une amélioration dans l'identification des liens fonctionnels et hiérarchiques au sein de l'établissement et ainsi de positionner chaque acteur en fonction de son rôle et de sa place dans la structure. Les entretiens professionnels avec les agents sont aussi des moyens de communication en ayant un moment privilégié avec eux.

La lettre info est un moyen de communication interne permettant d'informer les résidents sur ce qui se passe à l'EHPAD. A ce jour, les résidents ne contribuent pas à l'élaboration de cette lettre. Lors des groupes d'expression, il serait intéressant de les investir dans cet écrit. Des plaquettes d'information sur les prestations proposées sont réalisées par les professionnels de l'EHPAD. Cependant, une actualisation sera envisagée pour acter les évolutions des offres de service. La communication passe également par la planification de l'ensemble des réunions au sein de l'établissement : les instances, les réunions CODIR, institutionnelles, les COPIL qualité, la QVT (Qualité de Vie au Travail)... Celles-ci sont à anticiper et à planifier sur les plannings des agents.

La communication ne s'arrête pas à l'EHPAD, il est important également de communiquer en externe. Elle doit se faire en respectant les résidents et leurs souhaits notamment le droit à l'image. En effet, la diffusion d'images et de photographies va obliger à leur demander leur avis avant de les mettre sur les réseaux sociaux ou le site internet

La valorisation des actions de coopération pourra se faire par le biais d'articles de presse locale ou par sollicitation du maire de la commune afin de publier des articles dans le bulletin municipal.

La digitalisation de la communication va se développer en mettant à disposition de nouveaux outils tels que les tablettes afin que les résidents puissent communiquer avec leurs familles parfois éloignées géographiquement. Des tablettes offertes lors de la pandémie COVID ne sont pas encore utilisées. Le site internet existe à l'EHPAD Saint-Laurent et est mis à jour en interne. Celui-ci mériterait d'être amélioré afin de le rendre plus attractif lors des consultations par les familles. La page Facebook est un outil de communication stratégique à l'EHPAD. De multiples informations transitent par cette page. Les familles consultent régulièrement cette page.

L'organisation de portes ouvertes serait un moyen d'ouvrir l'EHPAD pour changer l'image véhiculée au sein de la société. La communication passe aussi par l'évènementiel. Deux fois par an, des repas en présence des résidents et des familles sont réalisés. En effet, en juin se déroule un repas champêtre et en décembre, celui de Noël. Ces moments sont propices aux échanges et au bien vivre en EHPAD.

Il sera capital de faire des évaluations de toutes les actions menées afin de réajuster si besoin mais aussi afin de capitaliser le travail effectué avec les parties prenantes.

### **3.4 La démarche d'évaluation des actions**

Ce projet nécessite la mise en œuvre de différentes actions qu'il est important d'évaluer d'un point de vue des bénéficiaires mais aussi des professionnels. Pour ce faire, il est impératif d'instaurer des critères tels que la pertinence, l'efficacité et l'efficience du projet associés à des indicateurs d'évaluation.

#### **3.4.1 Les indicateurs relatifs aux personnes âgées accompagnées**

Le projet concerne le renforcement du pouvoir d'agir et la participation des personnes âgées. En tout premier, l'adhésion des résidents est à mesurer par le biais du nombre de participants présents lors des groupes d'expression, l'investissement dans la commission animation mais aussi en évaluant le nombre de personnes âgées qui participent aux animations. Un paramètre important à évaluer concerne le taux de réalisation et d'accomplissement des actions des projets personnalisés des résidents.

L'élaboration d'un questionnaire de satisfaction, réalisé par le COPIL qualité et adapté aux résidents pour qu'ils puissent répondre au questionnaire, va me permettre de suivre l'évolution quant aux connaissances acquises par les résidents sur différentes données. En effet, cela me permettra de quantifier si le nombre de résidents ayant les connaissances sur les documents de référence à l'admission, sur les rôles et les missions du CVS augmente. Afin d'obtenir un taux de réponse acceptable, il sera utile d'accompagner les résidents pour répondre à ce questionnaire. Dans celui-ci, il me paraît important de poser des questions fermées et ouvertes pour permettre la libre expression et recueillir des données factuelles, et des éléments concrets afin de pouvoir ajuster nos pratiques et les faire évoluer. L'évaluation qualitative pourra se faire en mobilisant le CVS et les groupes d'expression.

Lorsque la coopération sera opérationnelle, les personnes âgées du domicile pourront également avoir des retours intéressants à nous transmettre par le biais de questionnaire également. Ceux-ci pourront être coconstruits avec le COPIL qualité, un outil commun à exploiter ensemble. Nous pourrions évaluer le type de prestations proposées à domicile et le nombre de personnes accompagnées et admis à l'EHPAD suite à la mise en œuvre de ce dispositif d'accompagnement. De manière qualitative, je pense évaluer la participation des résidents au quotidien.

### 3.4.2 Les indicateurs relatifs aux professionnels

Lors des travaux de groupe notamment pour l'élaboration du projet d'établissement, il sera assez aisé de visualiser et d'identifier la motivation et l'investissement des professionnels. Le fait qu'un appel à candidature ait été réalisé, me permet de repérer les personnes volontaires pour ce projet. En effet, leur inscription, leur présence sont déjà un point important à noter. Leur participation et la place laissée pour s'exprimer est également un facteur de motivation.

Un indicateur qui me paraît important concerne la relation entretenue avec les collègues du domicile lors de la co-construction des outils. Il me semble essentiel d'observer l'évolution de ces relations de travail au cours du projet. Je pense positionner un indicateur concernant l'adhésion au projet et la compréhension de celui-ci. Les taux de réalisation des réunions et les comptes rendus rédigés seront des éléments de traçabilité à classer de même que le taux de réalisation des formations et les bilans qualitatifs réalisés pour les formations et pour les ateliers APP.

La consultation des professionnels servira à recueillir leur avis sur le projet, de manière individuelle. Une grille sera à élaborer avec le CODIR ainsi qu'une grille sur les axes d'amélioration à apporter et sur les points positifs de ce projet. Il faudra garder trace de ces documents de retour d'expérience. Des enquêtes de satisfaction seront effectuées auprès des professionnels afin de suivre les évolutions en satisfaction des conditions de travail et du sens au travail. Sur du plus long terme, je pense mesurer l'évolution du taux d'absentéisme et le turn over des professionnels.

Les différents partenaires tiennent un rôle important au sein de l'établissement et auprès des résidents. Leur évaluation qualitative et quantitative est importante à recueillir. Je prévois qu'à l'avenir, il sera nécessaire d'évaluer la coopération et la satisfaction des partenaires.

## Conclusion

L'EHPAD Saint-Laurent est un EHPAD restructuré, accueillant des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap vieillissantes. Deux populations dont les besoins ne sont pas si éloignés, à savoir le besoin de lien social, le sentiment d'être utile, la réalisation d'activités de la vie quotidienne. L'EHPAD est doté de professionnels motivés et investis pour accompagner les résidents. Il est situé sur un territoire dynamique offrant de nombreuses possibilités de prestations. La ville de Gorron est dynamique et proposent de nombreuses activités par le biais des associations. Plusieurs partenariats ont été actés par des conventions avec des acteurs du territoire : l'établissement de santé, l'école de musique, le centre équestre, les professionnels libéraux mais aucun n'existe avec les services du domicile.

Les politiques publiques sont centrées sur les droits des usagers, elles énoncent le pouvoir d'agir, la participation des résidents comme un point central dans les établissements sociaux et médicosociaux mais des écarts apparaissent entre les attendus et la réalité de terrain. Nous devons tendre vers la participation des résidents même si elle est rendue difficile, étant donné le contexte actuel quant au vieillissement de la population, l'augmentation de la prise en soins, le manque et l'usure des professionnels. Les effets du vieillissement sur les personnes rendent parfois complexe la possibilité de participer. Pour autant, les personnes âgées restent des citoyens avec des droits à honorer.

J'ai identifié différents axes de travail à mener pour améliorer le respect des droits des résidents. Tout d'abord il apparaît fondamental de questionner la gouvernance au sein de l'établissement en passant par la formalisation du projet d'établissement et du CPOM afin de reconnaître la personne âgée comme un être social à part entière en lui laissant son identité, son autonomie et ses capacités de décision. La démarche qualité en place est également un levier majeur pour améliorer la qualité de vie des résidents notamment afin de réfléchir à la procédure de préadmission et d'admission en incluant des résidents dans ces réflexions, en les faisant participer activement et en redonnant du sens aux outils utilisés ainsi qu'à la communication à développer auprès d'eux. La formation des professionnels est aussi un autre levier à développer pour accompagner les équipes vers un changement de culture professionnelle, l'objectif étant de satisfaire le résident et de l'accompagner dans son quotidien tout en satisfaisant son projet de vie et sa qualité de vie. Néanmoins, il me paraît aussi indispensable de questionner la coopération à développer avec les services d'aide à domicile dans le but de préparer les résidents à leur admission de manière progressive et de mener des actions communes, afin de satisfaire les besoins

des personnes âgées et avoir une continuité du parcours de vie. L'aboutissement de ce projet est d'apporter une qualité de vie et de bien être aux résidents pour bien vivre jusqu'à la fin de leur vie.

Cette analyse permet d'identifier les enjeux qui s'en dégagent tels que le respect de l'être humain mais aussi un enjeu sociétal en amenant la société à changer de regard sur le vieillissement et la personne âgée. La participation a également un enjeu social et de valorisation des rôles sociaux pour la personne accompagnée. En ce qui concerne les professionnels, l'enjeu de la mobilisation des professionnels est essentiel car il est temps d'amener les équipes à changer de culture et d'aller vers le prendre soin et non pas le curatif, le médical qui renvoie à l'hôpital au sein du lieu de vie. Cet équilibre impactera l'attractivité des métiers du médicosocial. Un autre enjeu majeur concerne la coopération avec le domicile qui est inexistante à ce jour et délétère pour les résidents et leur bien-être.

Les différentes politiques publiques ainsi que les évolutions à venir suffiront-elles à transformer positivement le regard porté sur les personnes âgées et à améliorer la place de celles-ci au sein de la société ?

---

# Bibliographie

---

## Les ouvrages

- ✓ Abric, J.-C. (2019). *Psychologie de la communication - Théories et méthodes : Théories et méthodes*. Dunod.
- ✓ Autissier, D., Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement - 5e éd. : Diagnostic, Accompagnement, Performance*. Dunod.
- ✓ Benner, P., Ovion, L. (1995). *De novice à expert: excellence en soins infirmiers*. Masson.
- ✓ Billé, M. (2014). *Lien conjugal et vieillissement : Travail en réseau et pratiques d'accompagnement*. Érès.
- ✓ BOUQUET, B., DRAPERI, J.-F., JAEGER, M. (2009). *Penser la participation en économie sociale et en action sociale*. Dunod.
- ✓ Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. Fayard.
- ✓ Collière, M.-F. (1996). *Promouvoir la vie*. Editions Masson.
- ✓ Fischer, G.-N. (2020). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Dunod.
- ✓ Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet Conseil.
- ✓ Geret, O., Chassat-Philippe, S., et Rapaport, G. (2019). *Donner du sens aux projets personnalisés dans le secteur social et médico-social*. ESF.
- ✓ Godbout, Jacques (1983). *La participation contre la démocratie*. Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- ✓ Hervy, B., Schaff, J. L., Vercauteren, R. (2013). *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. Eres.
- ✓ Janvier, R., et Matho, Y. (2011). *Comprendre la participation des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. Dunod.
- ✓ Jouffray, C. (2018). *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs*. Presses de l'EHESP.
- ✓ Meister, A. (1969). *Participation, animation et développement*. Paris, Anthropos.
- ✓ Robin, P. (2016). Le parcours de vie, un concept polysémique ? *Les Cahiers Dynamiques*, 67.
- ✓ Sournia, J. C. (1984). *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*. Nathan.

- ✓ Vercauteren, R., Hervy, B., et Schaff, J.-L. (2010). *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. Érès.
- ✓ Verspieren, P. (1984). *Face à celui qui meurt*, Ed. *Temps et Contretemps* Desclée de Brouwer. Paris.

### **Les recommandations de bonnes pratiques**

- ✓ ANESM, (2008). *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*. 39 pages.
- ✓ ANESM, (2010). *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. 76 Pages.
- ✓ ANESM, (2011). *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*. 74 pages.
- ✓ ANESM, (2011). *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. 64 pages
- ✓ ANESM, (2012). *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad*. 70 Pages.
- ✓ ANESM, (2012). *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*. 114 pages.
- ✓ ANESM, (2014). *La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs*. 108 pages.
- ✓ Haute Autorité de Santé. (s. d.). *Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie*. 8 pages.
- ✓ Haute Autorité de Santé. *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 25 pages.

### **Les articles**

- ✓ Barreyre, J. Y. (dir.) et al. *Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris : Bayard, 1995. (1996). *Agora débats/jeunesses*, 4, pages 124.
- ✓ Beetlestone, E. (2016). *La participation des usagers : Qu'est-ce que ça change pour le psychiatre ?* *Pratiques en santé mentale*, 62e année, pages 19 à 22.
- ✓ Charruault, Amélie. « Le paradigme du parcours de vie », *Informations sociales*, vol. 201, no. 1, 2020, pages 10 à 13.

- ✓ Daval, R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centrée sur la Personne*, (2), pages 5 à 20.
- ✓ DREES • *Études et Résultats* • juillet 2022 • n° 1237 • *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.*
- ✓ Étienne, C. (2017). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif dans le management d'équipes. *Vie sociale*, 19, pages 165 à 179.
- ✓ Etudes et Résultats, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, juillet 2017, numéro 1015.
- ✓ Gourmala, N. (2003). V. Caradec. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement : Paris : Nathan, 2001. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 32/4, pages 733 à 734.
- ✓ Hesbeen, W., DEVELOPPEMENT, U. D. R. & LAUSANNE, E. L. S. (2004). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective Soignante*, n° 4, 3048.
- ✓ Kerschen, N. (2014). Les personnes âgées dépendantes, des citoyens européens comme les autres. *Retraite et société*, 68 (2), pages 125 à 140.
- ✓ Lacour, C. (2009). La personne âgée vulnérable : Entre autonomie et protection. *Gérontologie et société*, 32 / n° 131(4), page 187.
- ✓ Laroque, G. (2009). Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire. *Gérontologie et société*, 32(131), pages 45 à 51.
- ✓ Le Bouler, S. . (2006). Personnes âgées dépendantes : Bâtir le scénario du libre choix. *Horizons stratégiques*, n° 1(1), pages 82 à 96.
- ✓ Loubat, J. R. (2003). Pour la participation sociale des personnes handicapées. *Lien social*, n° 675.
- ✓ Paperman, P. (2008). Pour un monde sans pitié. *Revue du MAUSS*, 32, pages 267 à 283.
- ✓ Pesqueux, Y. (2012). La philosophie du sujet dans l'organisation : Les apports du care. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13 (1), pages 277 à 288.
- ✓ Prévot, J., et Weber, A. (2009). Participation et choix des personnes âgées vivant en institution. *Retraite et société*, 59(3), pages 181 à 193.
- ✓ Robin, P. (2016). Le parcours de vie, un concept polysémique ?. *Les cahiers dynamiques* 67, pages 33 à 41.
- ✓ Simard, C. (2006). Identité, vieillesse et société. *Santé mentale au Québec*, 5(2), pages 22 à 32.
- ✓ Thorez, D., Noël, J.-L., de Montgolfier, S., Le Dastumer, B. (2009). Le libre choix du patient dément en institution. *Gérontologie et société*, 32 / n° 131, page 131.

- ✓ Zielinski, A. (2009). Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gérontologie et société*, 32 / n° 131, pages 11 à 24.

### Autres documentations

- ✓ Broussy, L. (2021). *Nous vieillirons ensemble*. 176 pages.
- ✓ Charte de l'animation en gérontologie par le groupe de travail Groupement des animateurs en gérontologie-Institut du projet de vie Institut de gérontologie de l'Ouest, 2007
- ✓ Code de la Sécurité Sociale [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006073189/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073189/) consulté le 2 juillet 2023
- ✓ Conseil de la santé et du bien-être. *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*. Mai 2001.
- ✓ *Espace éthique/Ile-de-France*. Consulté 26 janvier 2023, à l'adresse <https://www.espace-ethique.org/d/1200/848>.
- ✓ Libault, D. (2019). *Concertation Grand âge et autonomie*. 228 pages.
- ✓ Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan National "Bien Vieillir" 2007 – 2009. 35 pages.
- ✓ Piveteau, D. (s. d.). *Avec les personnes que l'on accompagne*, Février 2022.
- ✓ « Prise en charge de la perte d'autonomie ou cinquième risque de protection sociale. Des définitions de la dépendance », *Humanisme*, vol. 288, no. 2, 2010, pages de 14 à 17.
- ✓ « Recensions », *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, vol. 15, no. 1, 2012, pages 72 à 78.
- ✓ Vie-eux et alors ? Conservez votre vitalité : restez en mouvement et préservez vos capacités physiques pour un mieux-être au quotidien. 41 pages.

### Législation

- ✓ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JO du 3 janvier 2002. Consulté le 30 novembre 2022. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/jo/texte>.
- ✓ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n°0167 du 22 juillet 2009. Consulté le 30 novembre 2022. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte>

- ✓ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JO n° 0301 du 29 décembre 2015. Consulté le 30 novembre 2022. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2015/12/29>.
- ✓ Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. JO n°0098 du 27 avril 2022. Consulté le 30 novembre 2022. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/25/SSAA2211949D/jo/texte>.

## Vidéotheque/webinaire

- ✓ 202004-Webinaire1.pdf
- ✓ CNSA parcours de vie et aide à l'autonomie ? [https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)
- ✓ <https://www.kelvoa.com/yann-le-bosse-dpa/> (vidéo yann le bossé)
- ✓ PLFSS 2022, annexe 10 [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2022/PLFSS-2022-Annexe\\_2010.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2022/PLFSS-2022-Annexe_2010.pdf)
- ✓ <https://instercoop.fr/portfolio-item/maturite-cooperative-definition/> consulté le 14 juillet 2023 à 13h15 definition de la maturité coopérative
- ✓ Le Bossé, Y., Defert, F., & Demoustier, S. (2021). L'approche DPA-PC. Entretien avec Y. LE BOSSÉ à propos du Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités. *Forum*, 163(2), 822. <https://doi.org/10.3917/forum.163.0008>
- ✓ *Conféchanges « Sur les chemins de la coopération » « Institut des Territoires Coopératifs*. (s. d.). Consulté 9 juillet 2023, à l'adresse <https://instercoop.fr/portfolio-item/une-confechanges-chez-vous/>
- ✓ *Coopération vs collaboration Sylvain Connac Académie de Montpellier Février 2021—YouTube*. (s. d.). Consulté 9 juillet 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=e-tlMaJWaG4>
- ✓ Académie Aix-Marseille (Réalisateur). (2021, mars 29). *JAP 2021—Conférence de Sylvain Connac*.



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : L'organisation de l'EHPAD par étage

Annexe 2 : L'organigramme de l'EHPAD Saint-Laurent

Annexe 3 : La répartition des résidents par origine géographique au 31 décembre 2022

Annexe 4 : Les effectifs par métier en 2022 des agents titulaires

Annexe 5 : La carte des intercommunalités de la Mayenne

Annexe 6 : Les étapes du changement selon Kurt Lewin

Annexe 7 : Les fiches de poste du cadre de santé et de l'attaché d'administration

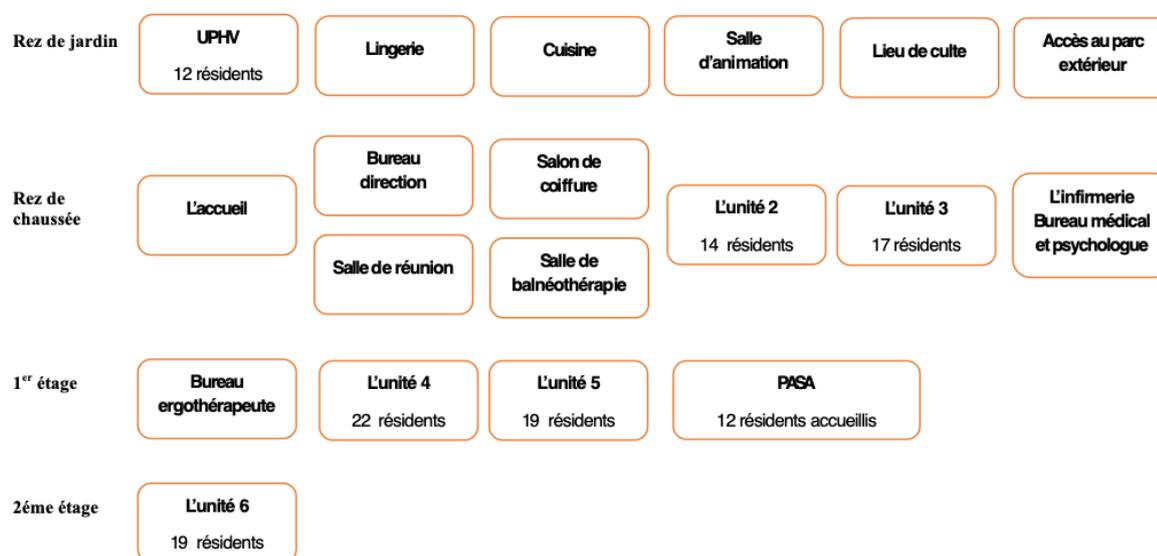
Annexe 8 : Le plan d'actions et la cartographie des actions

Annexe 9 : Le diagramme de Gantt

Annexe 10 : Le compte rendu de réunion type

Annexe 11 : La cartographie des partenariats

## Annexe 1 : L'organisation de l'EHPAD par étage



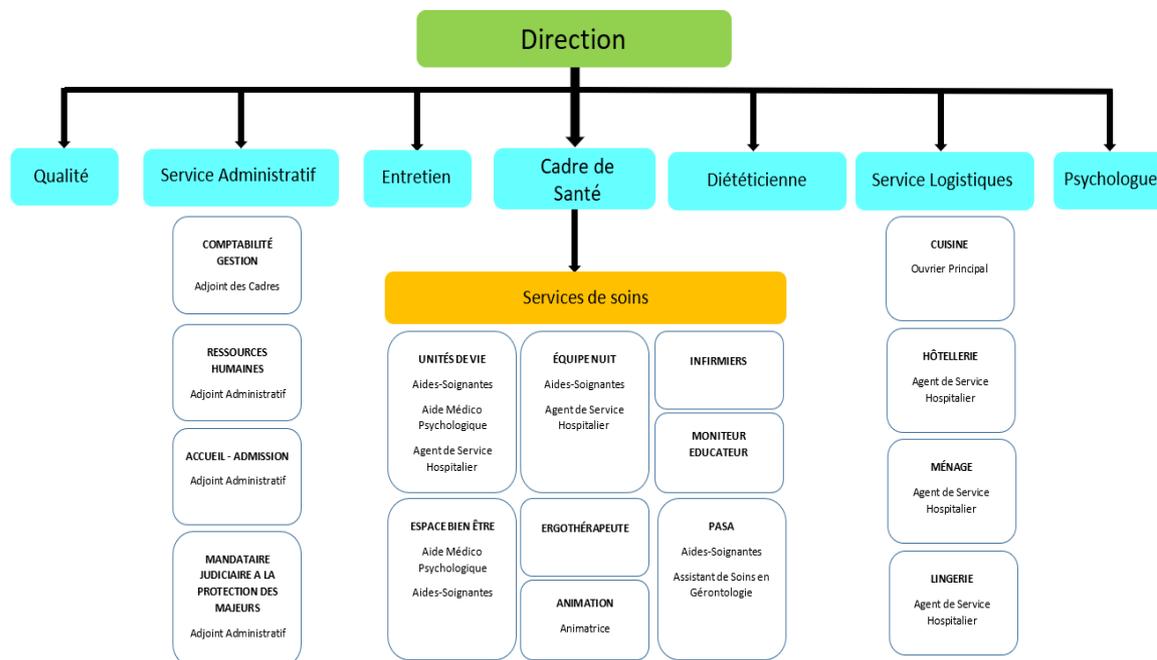
### Commentaire

L'EHPAD est composé de quatre niveaux :

- ✓ Le rez-de-jardin donnant l'accès au parc de l'établissement. Ici se situent l'unité UPHV, lieu choisi par les résidents eux-mêmes, la lingerie, les cuisines ; ces deux dernières prestations sont réalisées en interne. La salle à manger est accolée aux cuisines. La salle d'animation et la place du village (lieu de rencontre) sont également au rez-de-jardin. Salon des familles.
- ✓ Le rez-de-chaussée est le lieu d'accueil du public. Une boutique (vitrine) se situe à ce niveau avec un petit salon offrant la possibilité de prendre un café en famille. A ce niveau se situent tous les bureaux administratifs, l'infirmierie et le bureau médical. Deux unités de vie sont présentes : l'unité 2 et l'unité 3. Le salon de coiffure et la salle de balnéothérapie sont à proximité de l'accueil.
- ✓ Le premier étage est composé de deux unités de vie (4 et 5) et du PASA. Le bureau de l'ergothérapeute a été installé à ce niveau pour une proximité avec les résidents.
- ✓ Le deuxième étage est composé de l'unité 6.

Chaque unité dispose d'une salle d'équipe, d'une salle collective pour les résidents et d'un office.

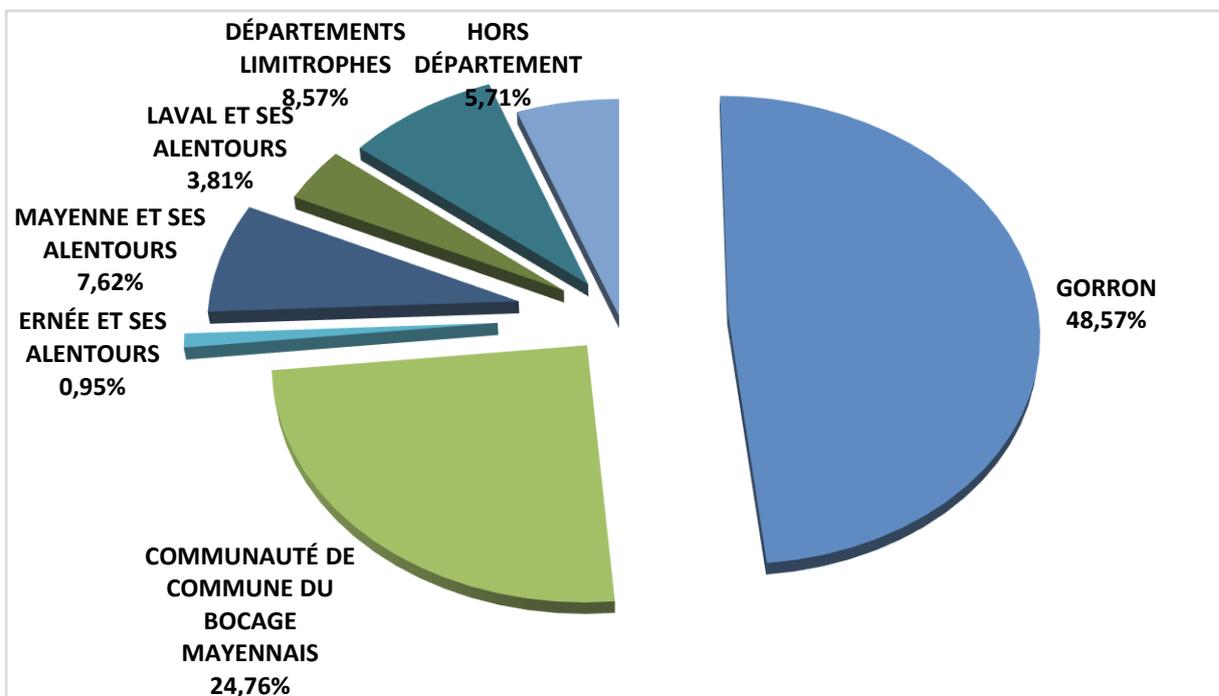
## Annexe 2 : L'organigramme de l'EHPAD Saint-Laurent



### Commentaire

Cet organigramme montre la place occupée par les soins actuellement à l'EHPAD. L'animatrice est actuellement positionnée dans les soins alors que la vie sociale est une des missions principales énoncées dans le projet d'établissement. Une personne n'apparaît pas dans cet organigramme : le résident. Celui-ci devrait en occuper la place centrale pour mettre en avant sa participation au sein de l'établissement.

### Annexe 3 : La répartition des résidents par origine géographique au 31 décembre 2022

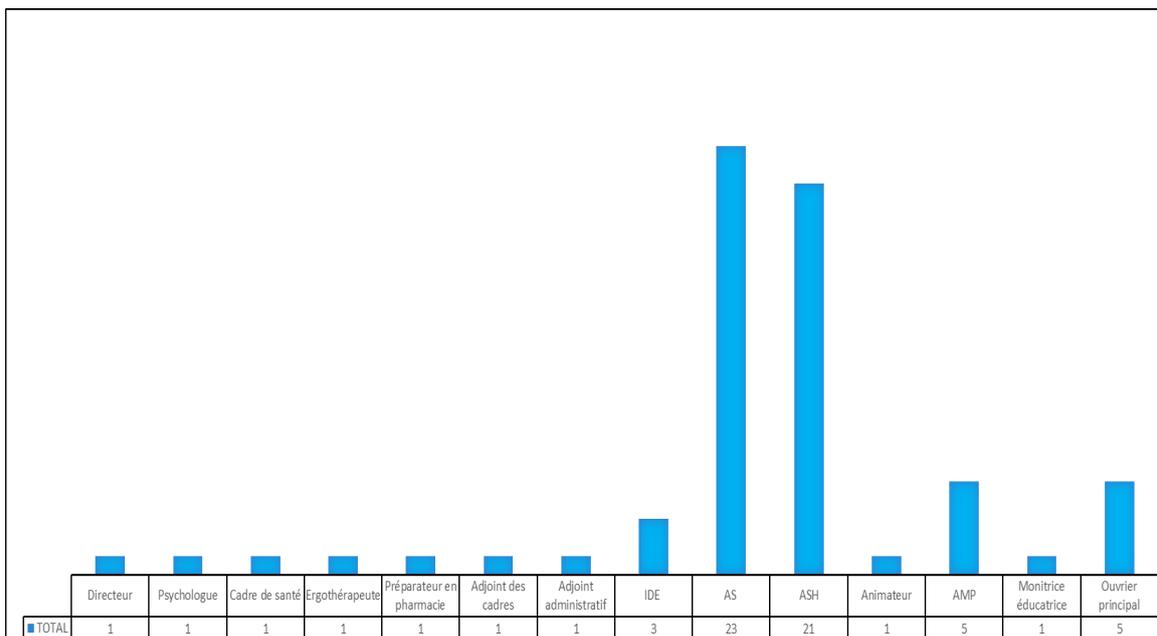


#### Commentaire

Ce graphique me permet d'identifier que la population accueillie à l'EHPAD est locale. Les personnes habitant la commune ou la communauté de communes sont admises en priorité à l'EHPAD. Cela permet de maintenir des liens sociaux et de maintenir des éventuelles activités menées dans la commune.

Les autres origines géographiques restent du département de la Mayenne, peu d'admissions (8%) sont des départements limitrophes. Ce sont souvent des rapprochements familiaux.

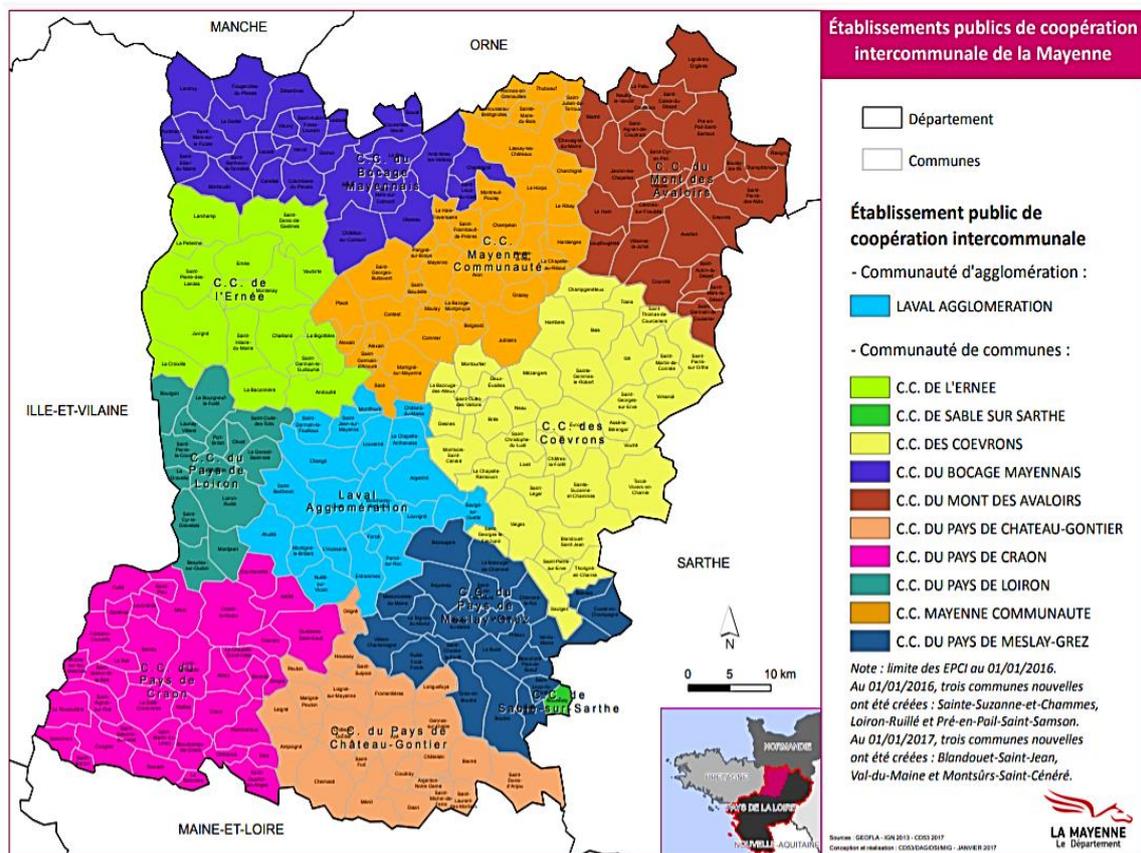
## Annexe 4 : Les effectifs par métier en 2022 des agents titulaires



### Commentaire

L'établissement compte 66 ETP dont 44 professionnels se situent dans les soins. Sur ce graphique, il apparaît nettement que les AS et ASH sont fortement représentés dans l'institution. Comme mis en avant dans l'organigramme présenté précédemment, le soin tient une place centrale dans l'établissement du fait de la dépendance des résidents.

## Annexe 5 : La carte des intercommunalités de la Mayenne



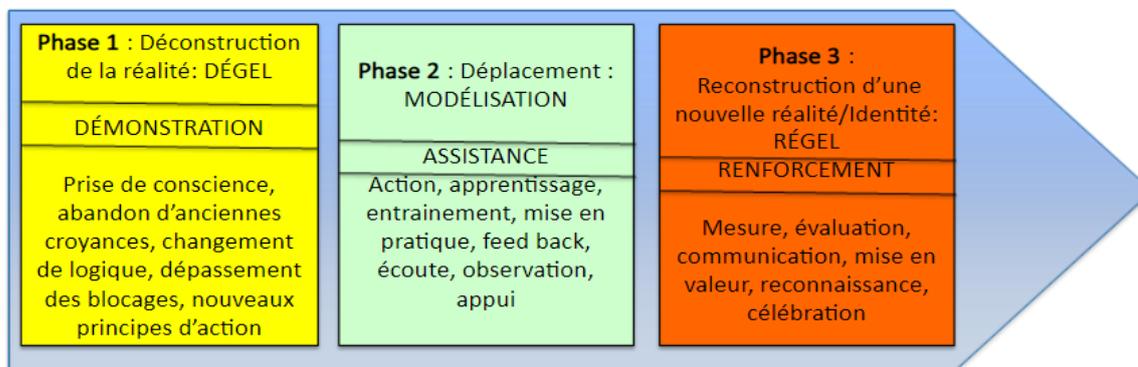
### Commentaire

La communauté de communes du Bocage mayennais se situe à la frontière de trois départements : Orne, Ille-et-Vilaine et Manche. Elle est composée de 27 communes dont la ville de Gorrion où se situe l'EHPAD. Ce territoire compte environ 20 000 habitants. Les différents acteurs de ce territoire pour les personnes âgées sont : le SIMAD (Syndicat Intercommunal pour le maintien à domicile), neuf EHPAD (huit de la fonction publique hospitalière et un associatif à but non lucratif), une MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personnes âgées) et des prestations d'aide à domicile (ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural), le portage des repas à domicile et un service de transport.

Ce territoire compte cinq maisons de santé dont une à Gorrion, composée de quatre médecins généralistes, un kinésithérapeute, un podologue, un dentiste, des infirmières libérales et un ostéopathe. La commune est bien dotée en professionnels de santé.

L'établissement de santé le plus proche se situe à Mayenne, à 20 km de Gorrion avec lequel une convention de partenariat a été signée.

## Annexe 6 : Les étapes du changement selon Kurt Lewin



Extrait de MANAGEMENT DU CHANGEMENT Réussir les changements difficiles Cours G. ZARA1

### Commentaire

Kurt Lewin soutient que le processus évolutif du changement suit un cheminement caractérisé par trois phases intitulées : le dégel ou la décristallisation, la modélisation et le regel ou la recristallisation.

La première phase correspond au dégel à savoir la déconstruction de la réalité. Le sujet remet en question ses perceptions, ses habitudes. Il s'agit de la phase où l'individu prend conscience de la nécessité de changer.

La seconde phase nommée la modélisation correspond à une transition. Elle est marquée par des attitudes instables et contradictoires. La personne s'initie à un nouveau mode de fonctionnement, apprend.

La troisième phase est la phase de regel, de reconstruction d'une nouvelle réalité. L'individu acquiert de nouveaux comportements, attitudes pour faire face aux nouvelles situations rencontrées.

## Annexe 7 : Les fiches de poste du cadre de santé et de l'attaché d'administration

### Cadre de santé

#### 1. INTITULES SYNONYMES OU APPARENTES

- Cadre de Santé infirmier

#### 2. DEFINITION

- Les cadres de santé peuvent exercer dans le secteur privé, ou dans le secteur public où ils sont des fonctionnaires de catégorie A. Ils exercent sous l'autorité du Directeur de l'établissement et collaborent avec le médecin à l'organisation et à l'évaluation des soins infirmiers selon leurs compétences. Ils s'inscrivent dans une démarche continue de la qualité des soins.
- Ils sont le relais de la politique de l'institution au plus près des personnes accueillies, de leur entourage et des équipes.

#### 3. FORMATION - QUALIFICATION

- L'emploi est accessible après une qualification de niveau II obtenue à l'issue d'une formation ouverte aux personnels infirmiers ayant l'ancienneté requise et ayant réussi le concours d'entrée à l'école des cadres.
- Il exerce son métier en référence aux textes suivants : Décret du 14 janvier 1993 modifiant le décret du 9 octobre 1975 relatif au certificat infirmier, Décret du 18 août 1995 portant création du diplôme cadre de santé, Arrêté du 14 août 2002, Décret du 23 décembre 2003 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

#### 4. ACTIVITE PRINCIPALE

##### 4.1. LIEUX D'ACTIVITE

- Le cadre de santé travaille dans la structure où il est rattaché.

##### 4.2. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

- **Organisation des soins :**
  - Définir une organisation à partir des activités déterminées dans le cadre du projet de soins, du projet de l'établissement et en assurer la continuité.
  - Déterminer et adapter les outils d'aide à la décision en collaboration avec les équipes.
  - Animer les transmissions quotidiennes, hebdomadaires (par unité) et générales (1 fois par mois) pour optimiser la qualité des prises en soin et en assurer le contrôle.
  - Tisser les liens entre l'équipe, le résident et l'entourage.
  - Soutenir la réalisation des pratiques professionnelles et la démarche clinique.
  - Développer des relations interdisciplinaires.
  - Etre moteur de la démarche qualité.
  - Gérer les préadmissions et admissions dans le but de maintenir l'activité : prendre contact avec la famille et/ou le résident, travailler en collaboration avec les centres hospitaliers et les différents services de soins extérieurs
  - Participer aux instances : Conseil d'Administration, CVS et CSE
  - Assurer l'accompagnement des familles
  - Gérer les plaintes (fiches d'évènements indésirables)
  - Renseigner le logiciel ARGOSS Grille AGGIR et PATHOS
- **Management des ressources humaines et des compétences :**
  - Participer à l'évaluation des compétences requises/postes de travail.
  - Élaborer des fiches de poste.
  - Participer au recrutement des candidats
  - Gérer le présentéisme / absentéisme de l'équipe de soins
  - Conduire les entretiens annuels individuels de progrès professionnel avec la Direction.
  - Accompagner des projets individuels et/ou collectifs dans le cadre de projets institutionnels.
  - Gérer le temps de travail et le suivre (outil Planiciel®).
  - Développer une politique d'adaptation au poste de travail pour tout nouveau professionnel.
  - Promouvoir, décliner et animer le projet de soins et les divers projets d'établissement
  - Adapter le mode de management aux situations de travail
  - Organiser la communication au sein des différentes unités et avec le médecin coordonnateur et l'équipe de direction.
  - Sélectionner et analyser les informations indispensables au bon fonctionnement du service et les transmettre.
  - Organiser une veille documentaire à l'attention des professionnels
- **Relation / communication / information :**
  - Etablir des relations de travail avec tous les acteurs de la structure et les libéraux.
  - Organiser et animer des réunions relatives aux demandes des soins et à l'organisation du travail
  - Assurer la communication et l'information des unités de soins et met en place les moyens d'information pour leur circulation optimale
  - Entretenir une relation suivie avec les malades et leur famille tout au long du séjour
  - Veiller au respect mutuel entre les acteurs
- **Formation / recherche :**
  - Identifier les besoins collectifs en référence au projet de soins institutionnel : besoins individuels de formation, prioriser les demandes individuelles, participer à l'arbitrage du Plan de Formation en équipe de direction, planifier les formations obligatoires, organiser le réinvestissement des formations individuelles au sein de l'équipe.
  - Evaluer les incidences des formations sur les pratiques professionnelles.
  - Accueillir les stagiaires, organiser leur encadrement et leur évaluation en collaboration avec les équipes.
  - Participer aux actions de formation et de sélection des instituts de formation en soins infirmiers

##### 4.3. MISSIONS TRANSVERSALES

- Il assure une mission de référent qualité

##### 4.4. QUALITES REQUISES

- Avoir le sens de l'équité pour la répartition des tâches et l'établissement des plannings
- Maîtriser l'environnement technique des tâches administratives
- Etablir et faire respecter par son équipe les protocoles thérapeutiques
- Être disponible vis à vis de son équipe et être en capacité d'écouter, de négocier, d'organiser, d'anticiper, de déléguer, de superviser, de donner des signes de reconnaissance et être disponible
- Savoir prendre du recul, gérer son temps et sauvegarder une vie personnelle
- Maîtriser la gestion de projet et la méthode de résolution de problèmes
- Dans les situations d'urgence, savoir prendre des décisions rapidement

## Attaché Administration des Cadres Hospitaliers

### 1. INTITULES SYNONYMES OU APPARENTES

- Attachée Administration des Cadres Hospitaliers.

### 2. DEFINITION

- Dans le secteur public hospitalier, les Attachées Administration des Cadres Hospitaliers sont des cadres administratifs de proximité, ou des responsables administratifs de catégorie A. L'accès au poste est ouvert aux titulaires du baccalauréat par concours externe ou interne. Le personnel admis au concours bénéficie d'une formation d'adaptation à l'emploi de plusieurs mois puis stagiaire pendant au minimum un an avec évaluations trimestrielles avant titularisation.
- Les Attachées Administration des Cadres Hospitaliers assurent des missions d'encadrement et d'instruction administrative ou financière des affaires qui leur sont confiées et préparent lorsqu'il y a lieu les décisions qui en découlent. Ils peuvent se voir confier la responsabilité d'une ou plusieurs unités administratives. Ils doivent avoir une maîtrise de la jurisprudence administrative et du contentieux administratif, des compétences en management, une capacité de synthèse pour l'instruction et la préparation des décisions sur les dossiers confiés. Une bonne connaissance du statut de la fonction publique et de l'outil informatique est nécessaire.

### 3. FORMATION - QUALIFICATION

- L'emploi est accessible sur concours avec une formation de niveau IV (bac ou diplôme équivalent). Ils sont classés en catégorie A de fonctionnaire.

### 4. ACTIVITE PRINCIPALE

#### 4.1. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

- Tri du courrier des résidents (à distribuer, à renvoyer ou à mettre de côté, ouverture du courrier de l'Etablissement en cas d'absence de la Direction)
- Préparation des convocations pour les instances
- Elaboration du Budget général et annexe, élaboration du rapport budgétaire et des délibérations
- Elaboration du Compte administratif et rapport d'activité (statistiques)
- Suivi des comptes budgétaires, contrôle de gestion, suivi des dépenses et ventilation des crédits
- Suivi des amortissements, état de l'actif
- Suivi de dossiers divers (Demande de CNR, règlement de sinistres...)
- Elaboration des compteurs d'heures des agents (en cas d'absence de l'adjoint administratif RH)
- Démarches pour tout nouveaux contrats de maintenance

#### POLYVALENCE / REMPLACEMENTS EN CAS D'ABSENCE DES COLLEGUES

- Remplacement de l'adjoint administratif à l'accueil et RH (Accueil physique, accueil téléphonique...)
- Constituer un dossier d'entrée avec tout ce qui en découle
- Clôturer un dossier pour un résident décédé (Envoi carte de condoléance à la famille, envoi de courriers aux caisses...)
- Elaboration de la paie en totalité, élaboration des contrats et décisions, déclaration préalable à l'embauche...
- Paiements des factures d'exploitation et d'investissement
- Encaissements des différentes recettes (Titres et P503 : Dotation APA, Dotation Soins, Remboursements congés maladies...)
- Prise en charge des congés maladies, maternité et Accidents de travail
- Etablir un dossier retraite
- Gestion du planning en cas d'absence de la Cadre de Santé (Remplacements...)

#### 4.2. MACHINES ET OUTILS UTILISES

- Ordinateur, imprimante, scanner, téléphone, fax, photocopieur
- Rayonnages, escabeau, matériel de bureau

#### 4.3. PRODUITS ET MATERIAUX UTILISES

- Logiciels spécifiques

#### 4.4. PUBLIC ET RELATIONS SOCIALES

Personnel de direction, organisme de tutelle, personnel soignant, famille

#### 4.5. EXIGENCES PARTICULIERES

- Etre polyvalent
- Savoir s'organiser, gérer plusieurs tâches en même temps
- Etre diplomate
- Respecter les procédures administratives
- Se tenir régulièrement au courant de l'évolution de la réglementation

## Annexe 8 : Le plan d'actions et la cartographie des actions

### Le CODIR

<b>Objectif</b> : Améliorer l'organisation de l'EHPAD Saint-Laurent pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées			
<b>Actions</b>	<b>Délai</b>	<b>Pilote</b>	<b>Indicateurs d'évaluation</b>
<b>La mise en place d'un CODIR</b>	A partir d'octobre 2023		
Le choix de la composition du CODIR incluant deux membres du CSE	Octobre à décembre 2023	La directrice Président du CA	Nombre de réunions réalisées par an
Proposition et validation par le président du CA	Octobre à novembre	La directrice Président du CA	
Planifier des réunions CODIR tous les lundis à 11h Semaine paire, réunion "flash" de 30 mn Semaine impaire, réunion d'1h30	A partir de janvier 2024	Directrice	Respect du calendrier Présence effective des membres
Elaboration d'une charte de fonctionnement	A partir de janvier 2024	CODIR	
La formulation des orientations stratégiques en concertation avec les membres du CODIR		La directrice Président du CA	Les comptes rendus de réunion Taux d'occupation, nombre d'admissions et de départ Taux d'absentéisme, de recrutement Suivi du plan de formation
La création d'outils de gestion : des tableaux de bord avec graphique sur une année civile : Tableau de bord RH Tableau de gestion financière Tableau des admissions Tableau de suivi des projets personnalisés, directives anticipées Tableau de bord qualité	De décembre 2023 à janvier 2024	Cadre de santé Cadre administratif	Suivi des recettes et dépenses Nombre de projets personnalisés et directives anticipées réalisés Suivi du PACQ
<b>La préparation de l'élaboration du projet d'établissement :</b>			
La réalisation d'une cartographie des thèmes à réfléchir et diffusion au COPIL qualité Effectuer la synthèse des fiches action du précédent projet d'établissement et des actions menées La planification des actions dans un calendrier La relecture du projet d'établissement par le CODIR	Mars 2024 à septembre 2025	Directrice CODIR	Suivi du calendrier Validation du projet par le CA
Validation du projet d'établissement par le CA Diffusion du projet d'établissement : - Aux instances : CVS, CSE - Aux autorités de tarification par mail - Aux résidents lors des groupes d'expression - Aux professionnels via la réunion institutionnelle et par mail via NETsoins - Aux familles, aux mandataires et aux partenaires lors de la réunion annuelle par mail et site internet	Octobre 2025	Cadre de santé et cadre administratif	Questionnements et remarques des parties prenantes Nombre de personnes connaissant le projet d'établissement

## L'organigramme, la fiche de poste et la communication

<b>Objectif : Améliorer l'organisation de l'EHPAD Saint-Laurent pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées</b>			
<b>Actions</b>	<b>Déla</b>	<b>Pilote</b>	<b>Indicateurs d'évaluation</b>
<p><b>L'élaboration d'un organigramme</b></p> <p>Le choix du type d'organigramme            Les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels            Diffusion de celui-ci dans l'établissement : instances, professionnels, site internet</p>	<p>Octobre 2023 à janvier 2024</p>	<p>Directrice            cadre de santé            Cadre administratif</p>	<p>Connaissance de l'organigramme par les professionnels, les résidents et les familles</p>
<p><b>L'actualisation des fiches de poste</b></p> <p>L'actualisation et création des fiches en respectant les normes de présentation            Diffusion des fiches de poste de chaque professionnel</p>	<p>Novembre 2023 à mai 2024</p>	<p>Cadre de santé            Cadre administratif</p>	<p>Nombre de fiches de poste mises à jour</p>
<p><b>L'instauration d'une communication interne efficace</b></p> <p>Le maintien des outils de communication déjà instaurés à l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les réunions institutionnelles, durée 1h30</li> <li>Les réunions d'équipe, PASA, UPHV, durée 1h chacune</li> </ul> <p>Les instances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CA d'une durée de 3h</li> <li>CVS et CSE, durée de 2h</li> <li>Réunion COPIL qualité, durée de 7h</li> <li>Réunion QVT, durée 3h</li> </ul> <p>Planifier les réunions à l'année et diffusion aux professionnels</p>	<p>De novembre 2023 à mai 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les mois</li> <li>Tous les mois</li> <li>Trois par an</li> <li>Trois par an</li> <li>Tous les mois</li> <li>Tous les trimestres</li> <li>Fin d'année</li> </ul>	<p>Directrice            Cadre de santé</p> <p>Cadre de santé            Médecin coordonnateur</p> <p>Directrice            Membres du CA, CSE et CVS</p> <p>Qualiticien</p> <p>Qualiticien            Cadre de santé            Cadre de santé            Cadre administratif</p>	<p>Nombre de réunions réalisées par an</p> <p>Les participants aux réunions</p> <p>Les comptes rendus de réunion</p> <p>Validation par président du CA, du CVS et les membres du CSE</p> <p>Nombre de COPIL par an            Suivi du PACQ et QV</p> <p>Diffusion du calendrier</p>

## Les partenariats

Objectif : Développer la coopération avec les acteurs du territoire et plus particulièrement avec le domicile			
Actions	Délai	Pilote	Indicateurs d'évaluation
<p><b>Maintenir les partenariats existants à l'EHPAD</b></p> <p>L'élaboration d'une cartographie des acteurs</p> <p>Prévoir une rencontre annuelle avec les partenaires pour dresser un bilan de l'année et reconduire les conventions</p> <p>Identifier les besoins des résidents par les projets personnalisés</p> <p>Elargir les partenariats existants à l'UPHV pour les personnes âgées</p>	<p>Année entière</p> <p>Février 2024</p> <p>Toute l'année</p>	<p>Cadre de santé Cadre administratif</p> <p>Directrice Animatrice</p> <p>Médecin coordonnateur Cadre de santé</p>	<p>Nombre de conventions signées</p> <p>Satisfaction des résidents et des familles</p> <p>Mesurer la satisfaction des partenaires</p> <p>Bilan écrit des partenaires</p> <p>Se positionner sur la poursuite du partenariat</p> <p>Bilan des intervenants extérieurs</p> <p>Compte rendu de réunion</p> <p>Nombre de projets personnalisés réalisés</p>
<p><b>La naissance de nouvelles coopérations avec les associations</b></p>	<p>Juin 2023 à décembre 2023</p>		
<p>Une coopération avec les associations caritatives</p> <p>La participation des résidents à la marche rose pour la prévention du cancer du sein</p>	<p>Juillet 2023 à septembre 2023</p>	<p>Médecin ccordonnateur Animatrice</p>	<p>Nombre de participants à la marche</p> <p>Satisfaction des résidents</p>
<p>Une réflexion pour mener des activités communes avec les associations sportives pour permettre le maintien des activités physiques des personnes âgées :</p> <p>La participation à une réunion d'information sur le projet d'activités sportives le 9 septembre</p> <p>Identifier les besoins en lien avec les projets personnalisés</p> <p>Préparer la journée sportive du 9 septembre et la participation</p>	<p>Juin 2023 à septembre 2023</p> <p>Le 19 juin 2023</p> <p>Juin 2023 à août 2023</p> <p>Juin 2023 à septembre 2023</p>	<p>Médecin coordonnateur Cadre de santé</p> <p>Directrice Animatrice</p> <p>Cadre de santé Equipe Animatrice</p>	<p>Nombre de résidents souhaitant participer</p> <p>Nombre de résidents présents à la marche</p> <p>Satisfaction des résidents</p>

## Le COPIL qualité

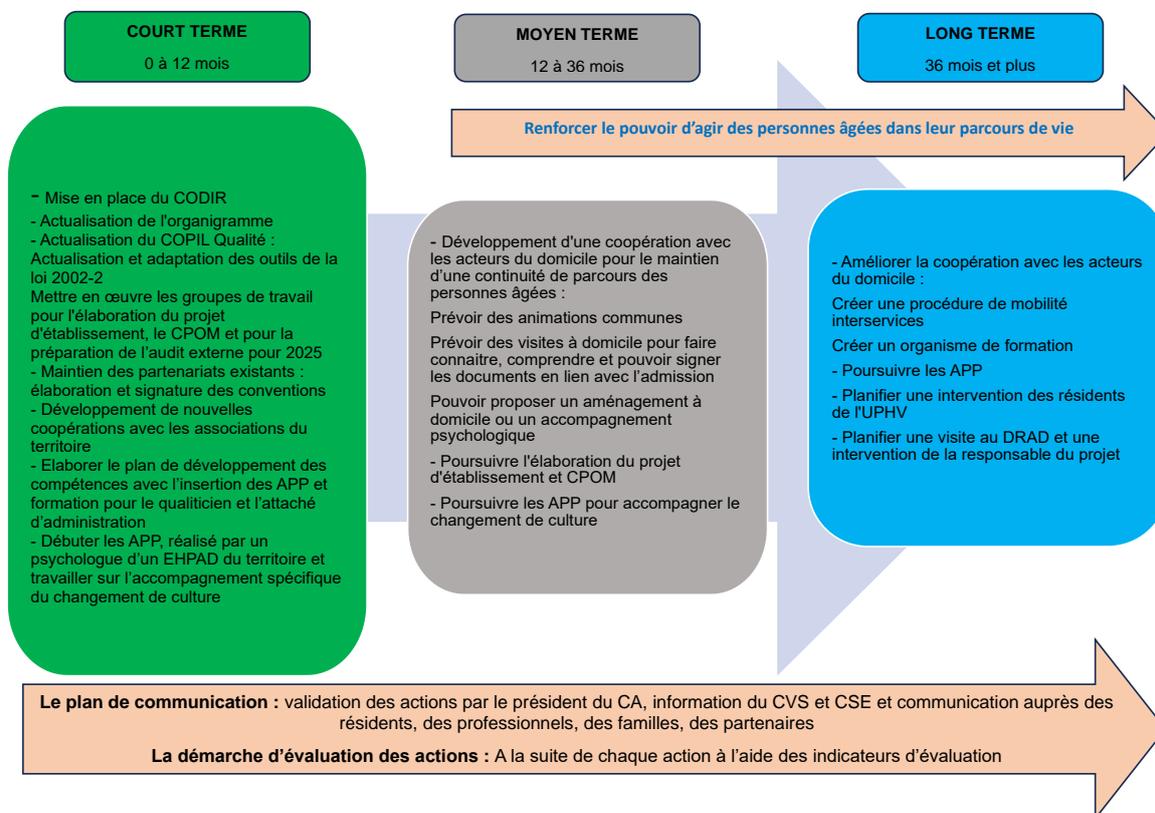
<b>Objectif : renforcer le management de la démarche qualité en associant les parties prenantes</b>			
<b>Actions</b>	<b>Délai</b>	<b>Pilote</b>	<b>Indicateurs d'évaluation</b>
<p><b>L'adaptation du COPIL qualité</b></p> <p>Information au cours d'une réunion institutionnelle des rôles et missions du COPIL qualité</p> <p>Effectuer un appel à candidature motivé pour modifier la composition du COPIL qualité en sollicitant tous les corps de métier et en y intégrant les personnes âgées et les acteurs du domicile pour œuvrer vers la coopération</p> <p>Information des professionnels du nouveau COPIL qualité via NET Soins et par une note de service</p> <p>L'élaboration d'une charte de fonctionnement : les noms des membres du COPIL, la fréquence et la durée des réunions du COPIL, les rôles et les missions, l'élaboration du plan d'action, la gestion documentaire et la traçabilité ; lors de la première réunion de ce nouveau COPIL</p>	<p>A partir de janvier 2023</p> <p>Octobre 2023</p> <p>Novembre 2023</p> <p>Novembre 2023</p> <p>En janvier 2024</p>	<p>Directrice</p> <p>Directrice Qualiticien</p> <p>Directrice Qualiticien</p> <p>Qualiticien COPIL</p>	<p>Nombre de participants à la réunion</p> <p>Nombre et diversité des candidatures reçues</p> <p>Composition du COPIL</p> <p>Nombre de réunions Suivi du plan d'actions</p>

Actions	Délai	Pilote	Indicateurs d'évaluation
Thèmes à aborder dans ce COPIL pour le renforcement du pouvoir d'agir des résidents en lien avec la loi 2002-2 :	De janvier 2024 à juin 2025	Directrice Qualiticien	
<p>Les droits et libertés des résidents : recueil de consentement et de la personne de confiance au moment de l'accueil et pendant leur séjour</p> <p>La prise de connaissance des documents lors de la préadmission et l'admission : contrat de séjour, règlement de fonctionnement... à domicile</p>		<p>Quaticien Cadre administratif</p> <p>Directrice Médecin coordonnateur</p>	<p>Nombre de personnes de confiance désignée et de consentement</p> <p>Nombre d'admissions Connaissances des résidents</p>
<p>La participation des résidents</p> <p>La mise en place de groupes d'expression afin d'écouter et de recueillir les souhaits, insatisfactions des personnes âgées et préparer le CVS</p> <p>La réalisation des enquêtes de satisfaction avec des supports adaptés pour rendre possible la participation des personnes âgées</p> <p>La visibilité du registre des plaintes et des réclamations pour les résidents et gestion des fiches d'évènements indésirables</p>		<p>Qualiticien Animatrice</p> <p>Animatrice</p> <p>Qualiticien COPIL</p>	<p>Nombre de participants Observations et plaintes des résidents Accompagnement proposé Taux de réponses</p> <p>Nombre de plaintes enregistrées</p>

Actions	Délai	Pilote	Indicateurs d'évaluation
<p>L'admission et l'accueil des résidents :</p> <p>La construction d'outils adaptés aux personnes âgées : livret d'accueil, le contrat de séjour, les protocoles de préadmission, d'admission avec les résidents et les acteurs du domicile pour assurer une continuité de leur parcours</p> <p>Planifier des temps de réunions communs EHPAD/domicile et en présence des personnes âgées</p> <p>L'élaboration d'une procédure projet personnalisé simplifiée et commune domicile /EHPAD pour une meilleure efficacité, favoriser la continuité du parcours du résident.</p> <p>Effectuer un retour aux résidents et aux familles et le formaliser sur le logiciel de soins</p>	Tous les trimestres	<p>Qualiticien Groupe de travail</p> <p>Cadre de santé Médecin coordonnateur</p>	<p>Taux de résidents ayant connaissance et signant leur contrat de séjour</p> <p>Connaissance sur le CVS</p> <p>Taux de réalisation des projets personnalisés et comparatif UPHV/EHPAD</p>
<p>L'organisation de la vie sociale et la proposition d'activités adaptées :</p> <p>La mise en action d'une commission animation pour recueillir les souhaits des résidents individuels ou collectifs et avec le domicile, une par semestre</p> <p>L'amélioration de la traçabilité pour valoriser les animations</p> <p>L'organisation et la planification d'activités de la vie quotidienne : mettre la table, desservir, plier du linge...</p>		Cadre de santé Animatrice	<p>Nombre de commission effectuée</p> <p>Traçabilité des animations par les prestataires</p> <p>Taux de participation aux activités</p>
<p>L'accompagnement de la fin de vie :</p> <p>Le questionnaire des résidents sur les directives anticipées (souhaits...) en lien avec le projet personnalisé</p>	Année entière	COFIL qualité	<p>Nombre de directives anticipées rédigées</p> <p>Le questionnaire à un an</p>
<p>La mise en place d'une communication sur les outils de la démarche qualité et les indicateurs avec les instances : indicateurs et plan d'action, le rapport d'activité</p>	Mars 2024 à décembre 2025	Directrice Qualiticien	Elaboration du rapport d'activités

Actions	Délai	Pilote	Indicateurs d'évaluation
<p><b>L'écriture du projet d'établissement en l'articulant avec la démarche qualité</b></p> <p>La communication CODIR et COPIL qualité sur la démarche d'élaboration du projet d'établissement</p> <p>Mise en place de groupe de travail sur les différentes thématiques</p> <p>La planification des réunions de travail pour les différents groupes</p> <p>L'écriture et la relecture du projet d'établissement</p> <p>Validation du projet par les instances</p> <p>La communication du projet d'établissement aux résidents, aux équipes, aux acteurs du territoire, aux familles et aux autorités de tarification (plan de communication)</p>	<p>Mars 2024 à décembre 2025</p> <p>Septembre 2025</p> <p>Octobre 2025</p>	<p>Qualiticien Groupe de travail</p> <p>Directrice Qualiticien</p> <p>Directrice</p> <p>Directrice Cadres</p>	<p>Nombre de participants Questions relevées</p> <p>Le nombre de réunions réalisées</p> <p>Les fiches actions créées</p>
<p><b>Les liens projet d'établissement et CPOM</b></p> <p>Le CODIR fera une synthèse des fiches actions du projet d'établissement</p> <p>La planification de réunion de travail pour faire le diagnostic partagé du CPOM</p> <p>La planification des réunions pour échanger sur le CPOM avec les autorités de tarification CD et ARS en présence du président du CA</p> <p>Le réajustement du CPOM selon les échanges</p> <p>La mise en place d'une communication par mail ou téléphone ou visioconférence</p>	<p>Mars 2024 à décembre 2025</p>	<p>Directrice CODIR Président du CA</p>	<p>Respect du calendrier</p> <p>CR réunion CD et ARS</p> <p>Signature du CPOM</p>
<p><b>Préparation de l'évaluation qualité de 2025, 1<sup>er</sup> semestre 2025</b></p> <p>- Formation des membres du CODIR le 6 octobre 2023 par le prestataire Ageval sur le nouveau référentiel qualité</p> <p>- Dresser un bilan de la dernière évaluation externe</p> <p>- Préparer l'évaluation en partant de la dernière évaluation externe</p> <p>- Sensibiliser les professionnels à la démarche qualité</p> <p>Elaboration et écriture du DUERP, l'ancien est de 2012 pour une mise en conformité. Diffusion de ce document et mise à jour annuelle</p>	<p>Novembre 2023 à juin 2025</p>	<p>Directrice Qualiticien</p> <p>Qualiticien</p> <p>COPIL qualité</p>	<p>Nombre de personnes formées</p> <p>Compréhension du référentiel</p> <p>Mise à disposition du DUERP</p>

## La cartographie des actions



# Annexe 9 : Le diagramme de Gantt

ACTIVITÉS	PILOTE COPILOTE	2023				2024				2025				2026				2027				2028																							
		M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mise en place d'un CODIR	Directrice Président du CA																																												
Composition du CODIR																																													
Proposition et validation par le Président du CA																																													
Planification réunions	Directrice																																												
Elaboration Charte de fonctionnement	CODIR																																												
Création des outils de gestion	Cadre de santé Cadre administratif																																												
Rédaction des comptes rendus de réunion	Directrice																																												
Préparation à l'élaboration du projet d'établissement (cartographie des thèmes, calendrier, lecture finale)	CODIR																																												
Validation du projet d'établissement par CA	Directrice																																												
Information CVs et CSE puis diffusion	Directrice																																												
Mise en place d'un organigramme	Directrice Président du CA																																												
L'actualisation des fiches de poste	Cadre de santé Cadre administratif																																												
Instauration d'une communication interne	Cadre de santé Cadre administratif																																												







## Annexe 10 : Le compte rendu de réunion type

 MUNICIPALITÉ Saint-Laurent	<b>ENR-09-CRH</b>	Version 1	Page 1	Edition : R/V - Fiche Blanche	Date Application : Décembre 2014
	Diffusion : CRH, QUA, COLLECTIF, COPIEUR				
	Modification depuis la version précédente : Création				
<h1>Compte rendu de réunion</h1>					

Thème de la réunion :

Animée par :

Heure de début :

Date :

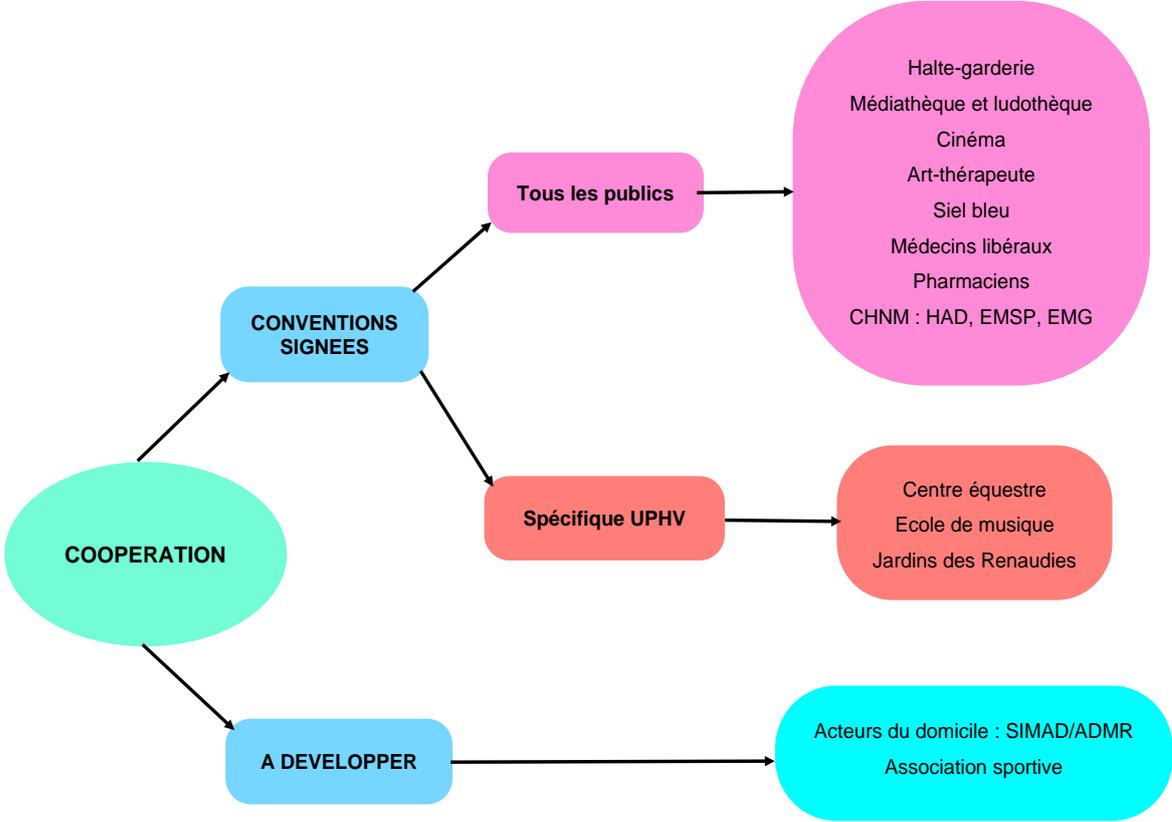
Heure de fin :

Personnes présentes	Personnes excusées	Personnes absentes

Sujet abordé	Résumé de ce qui a été dit	Action(s) à mettre en place	Pilote(s) des actions	Échéance(s)

Date de la prochaine réunion :

**Annexe 11 : La cartographie des partenariats**





**BARROCHE**

**Mariline**

**Septembre 2023**

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

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ASKORIA RENNES**

**Renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées dans leur parcours de vie en  
construisant la coopération entre l'EHPAD et les acteurs du territoire**

***Résumé :***

La participation apporte divers bénéfices aux personnes âgées. Tout d'abord, elle est riche de sens car elle valorise le résident et maintient ses capacités cognitives. Elle lui permet d'être reconnue en tant que citoyen/citoyenne et évite la dépersonnalisation en décidant pour elle et par elle-même. Cet investissement évite le repli sur soi, la dépression pour certaines personnes du fait de rester actives du fait de faire des choix en étant respectées. La consommation de certaines thérapeutiques peut se voir diminuée. Le fait d'être considéré comme un être humain, avec un rôle social, lui permet de se sentir utile au sein de la société. La personne est reconnue en tant qu'être singulier mais aussi au sein d'un collectif notamment à l'EHPAD. Elle permet de révéler des potentiels au sein d'un collectif, de rompre l'isolement de la personne. Le fait d'avoir la capacité de participer individuellement suscite l'envie de continuer à s'investir et peut aboutir à une participation collective. Il est nécessaire que la personne y trouve du sens et fasse le lien avec son projet personnalisé. Pour aboutir à la participation, il faut réfléchir à la politique d'accompagnement à mener au sein de l'établissement et investir les parties prenantes essentielles à l'évolution des offres à déployer, à savoir les résidents. Il faut également questionner leur place en leur donnant la parole, en les valorisant et les intégrant dans les projets. La participation aboutit à une qualité de vie et un bien être du résident car elle respecte ses valeurs, ses choix selon la personne qu'il est devenu, son identité. La coopération et la démarche qualité sont des leviers à actionner pour favoriser le renforcement du pouvoir d'agir des personnes âgées dans leur parcours de vie.

***Mots clés :***

Personnes âgées, EHPAD, droits fondamentaux, pouvoir d'agir, parcours de vie, coopération, démarche qualité, organisme de formation, domicile, partenaires, territoire, Conseil de la vie sociale.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*