

**Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne**

Diplôme de Cadre de Santé



Cadre de santé en EHPAD

Un challenge : fidéliser les équipes !!

Laetitia DIVES

DCS@13-14

Ecole Supérieure Montsouris 42 Bd Jourdan 75014 PARIS

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Monsieur Patrick FARNAULT, Directeur de mémoire, pour son attention, son écoute, sa disponibilité, sa guidance tout au long de l'élaboration de ce mémoire
- Les professionnels d'encadrement et soignants pour l'attention qui m'ont apportée lors de l'enquête
- Mon époux et mes deux enfants pour leur patience et leur soutien tout au long de ma formation

Table des matières

GLOSSAIRE.....	3
INTRODUCTION	4
L'enquête exploratoire comme méthode de recherche	6
CONSTAT DE DEPART	11
1- L'Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes	13
1.1 Lieu de vie et non lieu de soin.....	13
1.1.1 L'EHPAD, un lieu de soin.....	13
1.1.2 La restructuration des maisons de retraite médicalisées	14
1.2 Les missions.....	14
1.3 Le financement.....	15
1.4 Le cadre législatif.....	16
1.5 Le projet d'établissement.....	18
1.6 Le projet de service.....	18
1.7 Les personnes accueillies : les personnes-âgées	18
1.7.1 Le vieillissement.....	18
1.7.2 La démographie de la population française	19
1.7.3 Le profil des résidents	19
1.7.4 Le GIR Moyen Pondéré (GMP)	20
1.8 Le projet de soin	20
1.9 Le projet de vie individualisé.....	20
2- Le rôle du cadre de santé paramédical	23
2.1 Le leadership	23
2.2 L'implication du manager de proximité	23
2.3 La fidélisation et l'attractivité des soignants.....	24
2.3.3 Le Magnet hospitals	25
2.3.4 Le projet ARIQ.....	25
3- Les métiers autour de la personne-âgée	26
3.1 Les professionnels de santé	26
3.1.1 Les infirmières	26

3.1.2 Les aides-soignantes	27
3.1.3 Les Aides Médico-Psychologique (AMP)	27
3.2 Les partenaires associatifs	28
3.2.1 Les bénévoles.....	28
3.3 Le travail des soignants.....	28
3.3.1 Le choix du lieu d'exercice.....	28
3.3.2 L'organisation du travail	29
3.3.3 La motivation des soignants	29
3.3.4 Le turn-over des soignants.....	29
4- L'enquête sur le terrain	29
4.1 La méthodologie.....	29
4.2 L'exploitation de l'enquête	30
4.2.1 Questionnaires destinés aux cadres de proximité.....	31
4.2.2 Questionnaires destinés aux infirmières.....	36
4.2.3 Questionnaire destiné aux AS et AMP	39
4.2.4 Questionnaire destiné aux animateurs	41
5- Les apports et limites de ce travail	42
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	

GLOSSAIRE

EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FFCS	: Faisant Fonction Cadre de Santé
CDS	: Cadre de Santé
AGGIR	: Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources
APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie
IDE	: Infirmière
AS	: Aide-soignant
AMP	: Aide Médico-psychologique
ARHIF	: Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France
ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	: Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	: Agence Régionale de Santé
GIR	: Groupe Iso Ressource
HPST	: Hôpital Patient Santé et Territoire
HAS	: Haute Autorité de Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
GMP	: Gir Moyen Pondéré
FPH	: Fonction Publique Hospitalière
ARIQ	: Attraction Rétention Implication et Qualité des soins
LMD	: Licence Master Doctorat
BAC	: Baccalauréat
IFSI	: Institut de Formation en Soins Infirmiers

INTRODUCTION

A l'occasion de ma formation de Cadre de santé, j'ai réalisé un mémoire intitulé «Cadre de santé, Un challenge : fidéliser les équipes » qui m'a permis d'approfondir un questionnement rencontré au cours de mon exercice professionnel en tant que Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Cette démarche réflexive m'a aidée à explorer et éclaircir mes interrogations en m'amenant à réfléchir aux possibilités autour de la gestion des ressources humaines et des compétences nécessaires ainsi que des positionnements du cadre de santé.

Au cours de mon parcours professionnel, je suis passée de la fonction d'Infirmière coordinatrice en Foyer de vie à celle de Faisant fonction Cadre de Santé dans un EHPAD de 64 lits. Mes nouvelles activités m'ont amenée à m'interroger sur mes attitudes professionnelles.

J'ai pu évoluer dans mes compétences relationnelles et organisationnelles. Malgré la « frénésie du faire » qu'introduisait mon poste de travail, j'ai continué à réfléchir sur ma prise de fonction. J'ai abordé mon année de FFCS en étant à la fois concentrée sur la tâche et sur la distance nécessaire pour mieux appréhender les situations.

Au fur et à mesure, j'ai pu mener un travail efficace au regard des réalités de service comme par exemple autour de l'absentéisme et le turn-over important des soignants.

Je suis partie en formation de cadre de santé en m'interrogeant sur des moyens d'améliorer mes attitudes managériales. Les apports théoriques et pratiques m'ont permis de cheminer en ce sens.

C'est pourquoi, j'ai choisi comme thème de mémoire le problème de turn-over des soignants en gériatrie. La réflexion a cheminé entre le vécu sur les terrains et les recherches bibliographiques qui ont confirmé ou infirmé mes hypothèses¹. Ce mémoire est le fruit de ce cheminement.

Dans la première partie, j'aborderai la description et les missions d'un EHPAD afin de mieux comprendre le changement du fonctionnement des organisations ayant incidence au sein des équipes.

La deuxième partie sera consacrée aux bénéficiaires de la structure et la suivante s'intéressera aux différents métiers autour de la personne âgée.

¹ Manuel de recherche en sciences sociales de Luc VAN CAMPENHOUDT et Raymond QUIVY, Editions DUNOD, page 16, consulté le 25 octobre 2013

La quatrième partie me permettra de vous exposer le rôle et l'implication du cadre de santé dans l'attractivité du travail en EHPAD et la fidélisation des soignants dans l'unité.

Enfin, un temps sera dédié à l'exploration et à l'analyse des questionnaires. Il me semble en effet important de comprendre le sens du travail des professionnels et de connaître leur motivation et implication. Cela me permettra de pouvoir répondre à ma problématique de départ.

Nous concluons sur les apports et limites de ce travail.

L'enquête exploratoire comme méthode de recherche

1- La méthodologie

Avant la rédaction du cadre conceptuel, j'ai choisi de réaliser une enquête exploratoire.

L'objectif de cette enquête était de recueillir des informations sur le thème de mon mémoire, d'identifier des mots clés précis et utiles pour rédiger le cadre théorique et d'émettre des hypothèses. Celle-ci est à la fois centrée sur la littérature professionnelle et orientée vers le terrain.

La méthodologie retenue pour cette enquête était la méthode qualitative. J'ai décidé de réaliser deux entretiens semi-directifs auprès de deux cadres de santé exerçant dans des EHPAD, situés dans le département des Yvelines.

La méthode qualitative se définit comme « *une technique qui consiste à collecter des données, des informations en lien avec le sujet de recherche* ». ²

L'entretien semi-directif est « *une méthode qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien* ». ³

2- L'approche organisationnelle des entretiens exploratoires ⁴

Les managers ont souhaité me rencontrer en soirée pour être plus disponibles. Les entretiens d'une durée de 1h à 1h30 ont été réalisés en face à face dans leurs bureaux.

Au début de chaque rencontre, j'ai expliqué le sujet de mon étude et j'ai rassuré sur l'anonymat. L'entretien était centré sur cinq thèmes composés de questions ouvertes et fermées ayant pour objectif de permettre aux professionnels interviewés de communiquer librement et de recueillir ainsi des données pertinentes en rapport avec mon travail de recherche.

3- L'exploitation et analyse des entretiens ⁵

Dans un premier temps, je vais étudier les questions une par une et par thème. Ensuite, je les analyserai en identifiant les mots clés nécessaires pour la réalisation du cadre théorique et la construction de la question de départ, de la problématique et des hypothèses.

² <http://fr.wikipedia.org/wiki/Méthodesqualitatives>, consulté le 24 novembre 2013

³ http://www.eureval.fr/IMG/File/FT_Entretien.pdf, consulté le 24 novembre 2013

⁴ Manuel de recherche en sciences sociales de Luc VAN CAMPENHOUDT et Raymond QUIVY, Editions DUNOD, page 64 et 65, consulté le 24 novembre 2013

⁵ Annexe : Entretien exploratoire destiné aux cadres de santé

3.1 Les métiers occupés dans les EHPAD

Pouvez-vous me donner les différentes catégories socioprofessionnelles présentes au sein de votre établissement ?

Les deux réponses ont convergé :

« En EHPAD, l'équipe est pluridisciplinaire : elle est composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques, une animatrice et des bénévoles associatifs de la région interviennent au sein de la structure ».

Ces entretiens m'ont fait penser que d'un point de vue managérial et organisationnel, les missions et rôles de chaque intervenant dans la structure et auprès des résidents devraient être connus de tous.

3.2 Le turn-over des soignants

Au sein de votre institution, êtes-vous confrontés au problème de turn-over des professionnels ? Selon vous, quelles seraient les causes de ce turn-over ?

Selon un des cadres de santé, le problème de turn-over est présent au sein de la structure, notamment pour la profession aide-soignante. Les motifs seraient les départs en formation infirmière, les mutations soit en interne soit vers un autre secteur d'activité. Il met en avant le risque de déséquilibrer l'organisation de l'unité, ce problème ayant une influence sur la transmission des compétences et savoirs.

L'autre cadre ne ressent pas de problème de mobilité des soignants.

3.3 La fidélisation

Comment définiriez-vous la fidélisation ?

Là encore, les réponses convergent vers une définition qui serait « le fait de retenir et conserver les professionnels dans l'établissement et au sein de la structure ».

3.4 L'attractivité

Comment définiriez-vous l'attractivité ? Quelle attractivité avez-vous mis en place au sein de votre établissement ?

L'attractivité est définie comme la capacité à retenir ou attirer les professionnels désirant exercer dans l'institution. Au sein des deux établissements, l'attractivité est visible dans le type de management et l'attitude du manager de proximité (aménagement des horaires et des plannings en fonction de l'adaptabilité des professionnels).

3.5 Le projet de service

Comment définiriez-vous le projet de service ? Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction du personnel soignant ?

Le projet de service est un document de référence pour les équipes et permet de positionner le service dans son environnement institutionnel. Selon les cadres, il existe d'autres moyens pour impliquer et motiver les soignants (la proximité du lieu domicile / travail, les horaires aménagés, le développement des compétences et des pratiques professionnelles et la reconnaissance au travail).

3.6 La synthèse de l'analyse exploratoire

L'enquête exploratoire m'a permis d'obtenir des informations pour mon travail de recherche, d'identifier des notions clés utiles pour le cadre théorique tels que Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes, Personnes Accueillies, Métiers gravitant autour de la personne âgée, Rôles du cadre de santé, Fidélisation.

De plus, cette enquête exploratoire m'a permis de recentrer ma recherche autour de la fidélisation.

4- La littérature professionnelle

Afin de consolider mon enquête exploratoire, je vais m'appuyer sur les différents écrits en rapport avec mon thème de recherche. L'objectif de cette démarche est de recueillir des connaissances sur mon questionnement de départ et ainsi orienter mon choix de lecture.

4.1 Ce que dit la littérature

L'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) a élaboré en juin 2008, un référentiel sur « *L'élaboration et l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels* »⁶

Ce référentiel comporte des données sur les facteurs, actions, moyens d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a rédigé divers écrits concernant les structures médico-sociales.⁷

L'ANAP a établi en mai 2013 un rapport sur « *la valorisation des métiers du grand âge* »⁸ plus précisément pour les professions aides-soignantes et aides médico-psychologiques.

La Direction Générale de la santé et la Direction Générale de l'Action Sociale ont élaboré avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologique en Octobre 2007⁹, un guide sur « *les bonnes pratiques de soins en EHPAD* ». L'objectif de ce document était d'aider les professionnels exerçant en EHPAD.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)¹⁰ a écrit un document relatif à la *qualité de vie en EHPAD*. Cette étude repose sur des informations concernant les usagers au sein des EHPAD.

5- La législation

5.1 Les textes juridiques relatifs à la fonction d'encadrement¹¹

Le décret et l'arrêté du 18 août 1995 relatifs à la formation et au diplôme d'Etat de cadre de santé.

Le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant sur le statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

⁶ <http://www.fhf.fr/Actualites/Ressources-humaines/Metiers-de-la-FPH-LMD>, consulté le 25 novembre 2013

⁷ <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap>, consulté le 25 novembre 2013

⁸ http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/guide_valoriser_metiers_grand_age.pdf, consulté le 25 novembre 2013

⁹ <http://www.sante.gouv.fr>, consulté le 25 novembre 2013

¹⁰ www.anesm.sante.gouv.fr, consulté le 25 novembre 2013

¹¹ La responsabilité juridique du cadre de santé, Gestion des ressources humaines, Fonction Cadre de santé, Edition LAMARRE de Jean-Charles SCOTTI et Marie-Claude MONCET, page 53 à 59, consulté le 25 novembre 2013

5.2 Les textes juridiques relatifs à la structure

La loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière et l'obligation du projet d'établissement.

L'arrêté d'avril 1999 portant sur l'obligation de signer la convention tripartite.

La loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale (droits aux usagers) et les plans gouvernementaux (Bienveillance, Alzheimer) et la convention tripartite contractualise l'engagement de l'établissement.

Le décret 2007 relatif à l'évaluation externe et la **loi du 21 juillet 2009** définit les recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

Ces textes législatifs font référence à la responsabilité du cadre de santé et la garantie de la qualité des soins au sein d'une unité de soin.

CONSTAT DE DEPART

1- Le choix du sujet et mon constat professionnel

Le choix du sujet part de mon expérience professionnelle en tant que Faisant Fonction Cadre de Santé en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). A ma prise de fonction, j'ai rapidement été confrontée aux problèmes de ressources humaines, c'est-à-dire à l'absentéisme et au turn-over des soignants. Ce problème récurrent pouvait engendrer un dysfonctionnement de l'organisation quotidienne de travail des soignants mais aussi créer quelques tensions, voire un mal-être au sein de l'équipe. Certains professionnels n'étaient pas complètement satisfaits de leur travail car ils avaient le sentiment de ne pas effectuer un travail de qualité. C'est pourquoi, le choix de mon thème s'est orienté sur la fidélisation et l'attractivité des professionnels au sein d'un EHPAD. Cela implique des objectifs tels que recruter, retenir et impliquer les soignants.¹² (objectifs réalisables nécessitant une prise en compte particulière).

Après mon intégration rapide, j'ai rencontré des soignants motivés, impliqués dans l'accompagnement des résidents au quotidien et dans les projets institutionnels. La plupart d'entre eux ont fait le choix d'exercer leur métier auprès des personnes-âgées et travaillent avec plaisir.

L'observation et l'écoute m'ont permis de comprendre que l'absentéisme et la mobilité des professionnels engendraient des dysfonctionnements organisationnels de l'unité, un mal-être au sein de l'équipe, des tensions, un épuisement professionnel mais aussi une perte de confiance des résidents et de leur entourage. Le départ prématuré des soignants de la structure était peut-être la conséquence du manque de temps et d'effectifs, les soignants avaient régulièrement le sentiment de travailler dans la rapidité et l'urgence.

En tant que professionnel d'encadrement de proximité, ma mission a été de réfléchir à la façon de changer la culture du service et de passer d'un lieu vécu par les soignants comme délétère et peu attractif à un lieu plus vivant et positif.

C'est pourquoi ma mission s'est axée sur la conduite de changements vers un milieu de travail plus sain et attractif.

Le projet de service est-il un moyen de redynamiser, motiver, impliquer ou stimuler les équipes ?

L'observation de ce problème et le lien avec la formation de cadre de santé m'ont conduit au questionnement suivant :

¹² Attractivité, fidélisation et qualité des soins, fonction cadre de santé, Editions LAMARRE, page XXVII, consulté le 12 novembre 2013

Quel rôle le cadre de santé peut jouer dans la fidélisation des personnels soignants ?

Mon hypothèse de réponses pourrait-elle être que le cadre de santé dispose d'outils managériaux adaptés permettant l'implication et la motivation de l'équipe ?

1^{ère} PARTIE : LE CADRE THEORIQUE

Dans cette partie, je définirai les différents concepts et théories en lien avec mon thème de mémoire intitulé «**Cadre de santé en EHPAD. Un challenge : fidéliser les équipes !!**».

A- LES CONCEPTS ET THEORIES

1- L’Etablissement d’Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes

Depuis les lois du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001 en lien avec l’application de la réglementation sur la tarification¹³, les maisons de retraites médicalisées deviennent progressivement des Etablissements d’Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Les EHPAD, anciennement « Maison de retraite » sont des structures médicalisées et médico-sociales. Plus exactement, des lieux d’hébergements collectifs mais aussi des lieux de vie proposant différentes prestations. Comme par exemple, l’hébergement, l’hôtellerie, la blanchisserie et les activités occupationnelles. Mais ces prestations peuvent être différentes d’un établissement à un autre.

Ces unités accueillent et assurent une prise en soin personnalisée de la personne-âgée au-delà de 60 ans.

Les EHPAD peuvent être des institutions publiques (autonomes ou rattachées à un établissement sanitaire composé de plusieurs pôles) ou privées (associatifs) issues du code de l’action sociale et des familles.¹⁴

1.1 Lieu de vie et non lieu de soin

Dans cette partie, il me semble important de comprendre l’organisation et le fonctionnement d’un Etablissement d’Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes de sa création à aujourd’hui.

1.1.1 L’EHPAD, un lieu de soin

Auparavant, vers le 19^{ème} siècle, les maisons de retraite étaient des hospices. Implantées dans les hôpitaux généraux, les hospices étaient dirigés par les communautés religieuses. Les religieuses

¹³ Annexe 1 : Texte législatif du 4 mai 2001

¹⁴ www.ehpad.com/comprendre-l-ehpad/definition-ehpad, consulté le 26 novembre 2013

accueillait et hébergeait des « vieillards » et des personnes atteintes d'un handicap physique ou mental. A cette époque, les personnes-âgées étaient en minorité. La majorité des personnes décédait à leur domicile du fait de la faible espérance de vie.

Vers 1851¹⁵, les missions des hospices et hôpitaux sont réorganisées. En effet, une séparation entre l'hébergement et les soins est mise en œuvre. C'est pourquoi l'hôpital est défini comme un lieu de soin et les hospices, comme un lieu de vie. La vétusté des locaux et équipements ainsi que l'insuffisance de surveillance ont justifié cette transformation et réorganisation.

En 1978, les unités de long séjour ont été créées. Elles ont pour mission d'accueillir et prendre en soin des usagers ayant une perte d'autonomie et nécessitant une surveillance constante.

Vers les années 80, le mot hospice disparaît et devient des maisons de retraite. Ces unités sont des structures sanitaires. A cette époque, l'utilisateur est reconnu comme un patient. Peu à peu, les religieuses sont remplacées par des professionnels formés et diplômés.

1.1.2 La restructuration des maisons de retraite médicalisées

Depuis les réformes 1999 et 2001, les maisons de retraite médicalisées deviennent des établissements d'hébergement pour personnes âgées issues du pôle médico-social. Afin de faire face à la dépendance qui est de plus en plus fréquente, il a été important de médicaliser les structures d'EHPAD.

Depuis 2001, les projets de vie personnalisés sont instaurés dans ces unités afin d'adapter la prise en soin au plus proche des souhaits des usagers. A ce moment là, le patient est reconnu comme un résident. Il est acteur de sa prise en soin.

Les personnels ne sont plus des religieuses mais des soignants diplômés d'état.

1.2 Les missions

L'EHPAD est un lieu d'accueil et d'hébergement pour les personnes-âgées, seules ou en couple, autonomes ou dépendantes. Les soignants assurent un accompagnement individualisé de qualité au regard du projet de vie personnalisé de l'utilisateur. Ils favorisent le maintien de l'autonomie et le bien-être physique, psychique et social du résident jusqu'à la fin de sa vie. Les missions des établissements médico-sociaux sont définies par la charte de la personne accueillie, le projet d'établissement, le projet de vie personnalisé, le règlement intérieur, le livret d'accueil et le conseil de vie sociale.

¹⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 26 avril 2014

1.3 Le financement

Depuis la **Réforme de la tarification de 2001**, les EHPAD doivent signer tous les cinq ans une convention tripartite avec le **Conseil Général** et l'**Agence Régionale de Santé (ARS)**. Cette convention définit le financement des EHPAD, notamment, la tarification de l'hébergement, de la dépendance et des soins. Une évaluation annuelle entre l'Agence Régionale de Santé et le Directeur de ces structures est réalisée afin de vérifier la traçabilité de ces dépenses.

Le tarif hébergement concerne les charges de l'établissement. Elles représentent les dépenses d'hôtellerie, d'entretien, d'animation et administratives. Ce tarif est à la charge du résident ou de son entourage familial (ses descendants). Cependant, il peut être réduit ou pris en charge totalement par l'aide sociale en cas de moyens financiers insuffisants.

Le tarif de dépendance identifie les prestations d'accompagnement et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante en fonction de l'autonomie de la personne, plus précisément, en fonction des capacités de l'usager sur ce qu'il peut ou ne peut pas faire. Ce tarif est basé sur l'évaluation du degré de dépendance qui est réalisé par le médecin coordonnateur. Le médecin remplit une **grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources)** environ une dizaine de jours après l'admission du résident au sein de l'unité.

La grille AGGIR¹⁶ est un outil de référence nationale destiné à évaluer le maintien ou la perte d'autonomie physique et psychologique. Cette grille est composée de six groupes du plus dépendant au moins dépendant.

Groupe Iso Ressource (GIR) 1 : L'usager est totalement dépendant. Ses soins quotidiens sont réalisés totalement par un ou deux professionnels (du soin de nursing au lever et repas).

GIR 2 : L'altération partielle des troubles cognitifs exige une prise en soin pour la majorité des actes de la vie courante. La personne ayant des troubles mentaux altérés est capable de se déplacer seule mais nécessite une surveillance permanente des soignants.

Le trouble cognitif est *le terme médical utilisé pour décrire la détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, de la compréhension, et du raisonnement.*¹⁷

GIR 3 : Le résident n'a pas de troubles cognitifs. L'autonomie locomotrice est préservée. Il a besoin quotidiennement une aide pour les soins corporels.

GIR 4 : Le résident a besoin d'aide pour la toilette, l'habillage et le lever. Il se déplace seul à l'intérieur du lieu de vie.

¹⁶ Annexe 2 : La Grille AGGIR

¹⁷ <http://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-trouble-cognitif.htm>, consulté le 29 avril 2014

GIR 5 : L'utilisateur nécessite ponctuellement une aide pour effectuer certains soins de la vie quotidienne.

GIR 6 : L'utilisateur est autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Pour chaque résident, la grille est réévaluée annuellement par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD. Ils évaluent en équipe pluridisciplinaire ce que l'utilisateur fait seul ou partiellement ou s'il a besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Les réévaluations et réajustements sont transmis au **Conseil Général**.

Le **Conseil Général** verse à l'institution une **Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** pour les résidents relevant du GIR 1 à 4.

L'**Allocation Personnalisée d'Autonomie** se définit comme une aide financière destinée aux usagers âgés de 60 ans et plus dont les gestes de la vie quotidienne sont plus ou moins altérés.

Le **forfait soin** est pris en charge par l'Assurance Maladie et versée directement à l'institution sous forme de dotation. Ces dépenses couvrent les charges du personnel médical et paramédical, les examens biologiques, radiologiques, les traitements et le petit matériel.

1.4 Le cadre législatif

Le statut des EHPAD, les missions et le financement sont énoncés dans les textes suivants ¹⁸ :

- **La Réforme de 1999 incluant le décret du 26 avril 1999** énonce les modalités de la tarification et du financement des établissements hébergeant des personnes-âgées
- **La loi du 2 janvier 2002** *renovant « l'action sociale et médico-sociale »*. La mise en œuvre de cette loi recommande et oriente les structures médico-sociales vers une qualité dans l'accompagnement et la prise en soin individualisés des usagers. Elle permet aussi au résident d'être acteur et au centre de sa prise en charge et de la prise de décision le concernant. Pour cela, les professionnels se réfèrent et utilisent des outils ou supports tels que le projet de vie personnalisé, la charte des droits et libertés, le projet d'établissement, le conseil de vie sociale, le règlement intérieur et le contrat de séjour.

¹⁸ Droit de la santé publique de Didier TRUCHET, édition DALLOZ, consulté le 11/01/2014

- **Cette loi s'articule selon quatre axes**¹⁹ :

- ***Renforcer les droits des usagers*** : le respect des droits et libertés de la personne-âgée a pour objectif de reconnaître le résident et d'harmoniser l'accompagnement réalisé par les différents soignants. Le travail des professionnels s'articule autour des souhaits de l'utilisateur et permet l'ajustement de ces aides apportées par l'équipe au résident
- ***Elargir les missions de l'action sociale*** : diversifier les interventions des établissements médico-sociaux et caractériser leurs actions en mettant l'accent sur le respect de la dignité et l'accès équitable sur tout le territoire
- ***Organiser et coordonner les différents acteurs du secteur médico-social et social*** : renforcer la coopération et la régulation entre les acteurs et organiser la relation entre eux
- ***Assurer la planification d'évaluation de la qualité des soins*** : tous les cinq ans, les structures médico-sociales réalisent une auto-évaluation et une évaluation externe tous les sept ans

L'auto-évaluation dite « évaluation interne » est réalisée à l'aide d'un référentiel par les professionnels de l'établissement. Cette évaluation permet de mesurer la conformité des bonnes pratiques professionnelles au regard des critères préétablis du référentiel.

L'évaluation externe est effectuée par un organisme extérieur. Les professionnels vérifient l'exactitude du recueil de données faite lors de l'autoévaluation. En effet, les auditeurs s'appuient sur la traçabilité des informations, sur les équipes et les résidents.

- **La charte des droits et libertés de la personne accueillie du 8 septembre 2003** visant à garantir les droits et les libertés des résidents²⁰
- **La loi du 21 juillet 2009** portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)

¹⁹ <http://legifrance.gouv.fr>, consulté le 30 avril 2014

²⁰ Annexe 3 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie

1.5 Le projet d'établissement

1.5.1 Définition

Le projet vient du latin *projectio, de projicere, action de jeter en avant* selon le dictionnaire « Le Robert ».

« C'est aussi le but que l'on se propose d'atteindre, d'après le dictionnaire Larousse ».

Le projet d'établissement se dénommait auparavant « projet institutionnel ». Chaque établissement médico-social doit élaborer son projet d'établissement. Il est établi pour une durée de cinq ans mais il peut être révisé avant ce terme.

Nous pouvons le définir comme un outil qui garantit les droits des usagers et identifie les objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Ce projet est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires.²¹

1.6 Le projet de service

Un projet est, selon la **Haute Autorité de Santé (HAS)**, un ensemble d'actions mise en œuvre pour atteindre un but précis, pour répondre à un besoin spécifique. Le projet de service permet d'offrir une qualité de vie aux usagers au sein du lieu de vie.

L'objectif est de permettre une dynamique d'innovation ou de maintien de projet dans le fonctionnement de la structure. L'amélioration de la performance est centrée sur l'amélioration et l'optimisation de la prise en charge des résidents.

1.7 Les personnes accueillies : les personnes-âgées

1.7.1 Le vieillissement

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de « l'âge mûr » (65 ans et plus) »

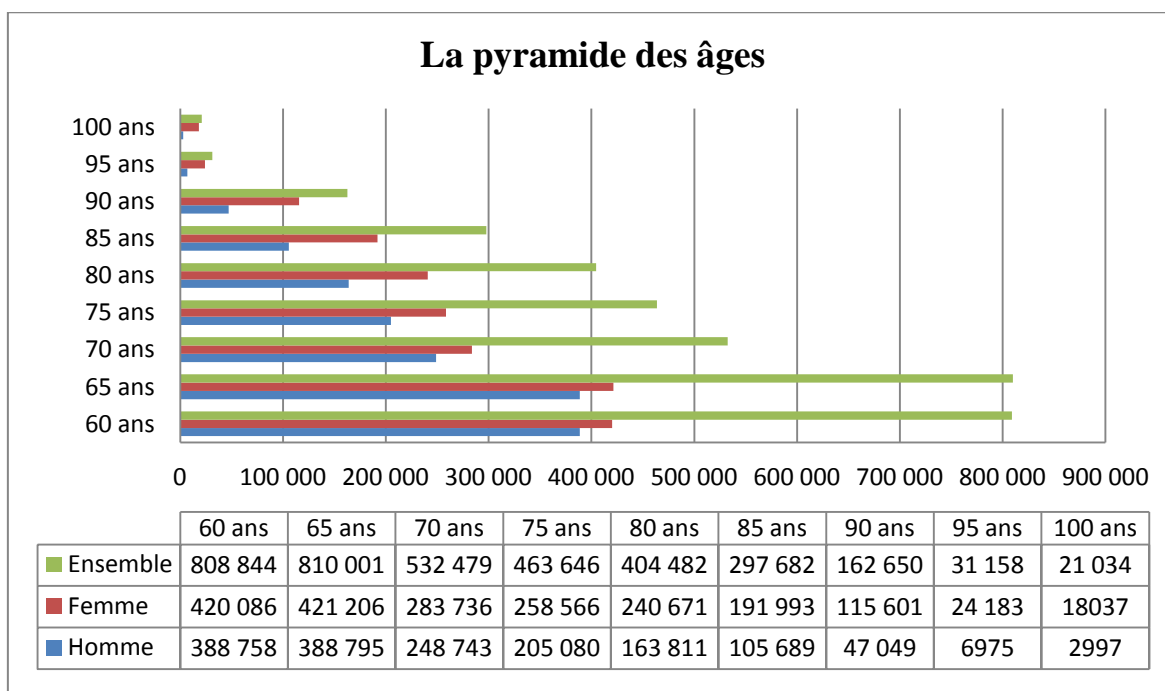
En effet, le vieillissement se définit comme un phénomène naturel, une logique de la vie et un avancement dans l'âge. C'est un processus biologique et une étape de la vie.

²¹ <http://anesm.sante.gouv.fr/>, page 10 à 12, consulté le 30 novembre 2013

1.7.2 La démographie de la population française

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)²², la population française vieillit. Le graphique ci-dessous montre une augmentation de l'espérance de vie et une avancée en âge des générations du baby-boom.

Au 1^{er} janvier 2014, on comptait en France 15917296 millions de personnes de 60 ans à 100 ans. En 2050, 31% de la population sera âgée de 60 ans et plus et 15,6% des personnes auront 75 ans. Les centenaires étaient 200 en 1950 et seront probablement 198 645 en 2060.



1.7.3 Le profil des résidents

Les résidents institutionnalisés sont des personnes autonomes ou dépendantes, désorientées ou atteintes de la maladie Alzheimer, ayant perdu la capacité d'effectuer seules les gestes de la vie quotidienne. Leur état de santé nécessite une surveillance médicale.

Les personnes-âgées vivant dans les EHPAD sont de plus en plus dépendantes, voire très dépendantes et majoritairement des femmes.

²² <http://www.insee.fr>, consulté le 1 mai 2014

1.7.4 Le GIR Moyen Pondéré (GMP)

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) correspond *au niveau moyen de dépendance des usagers d'un EHPAD et à l'orientation du fonctionnement de la structure.*

Nous pouvons en déduire que le GIR Moyen Pondéré est un indicateur exprimant la lourdeur des soins de base des résidents au sein d'une structure médico-sociale.

Le calcul représente la **somme des différents groupes iso ressources de l'unité, divisé par le nombre total des résidents.**

Il est calculé annuellement par le médecin coordonnateur et le cadre supérieur du pôle à l'aide d'un logiciel.

Le résultat du GMP permet de visualiser la lourdeur de la charge de travail en soins de base et l'orientation des institutions. Par exemple, si le GMP est supérieur à 300, l'orientation de la structure est un établissement médicalisé.

Si le GMP est supérieur à 700, l'orientation de l'établissement est un hôpital gériatrique.

Plus le résultat du GMP est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important²³.

Le forfait soin prend en compte le niveau moyen de dépendance et les besoins en soins médico-technique des résidents.

1.8 Le projet de soin

Le projet de soin est un document adapté aux besoins et à l'état de dépendance du résident. Il précise les modalités d'organisation de soins de la structure en fonction de l'état de santé des résidents ainsi que les modalités de coordination des intervenants. Le projet de soin s'inscrit dans le projet de vie afin de garantir une démarche de qualité et de sécurité des soins requis par les résidents. Il est élaboré par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'équipe soignante et le cadre de santé paramédical. Il sert de référence à la réflexion soignante.

1.9 Le projet de vie individualisé

Le projet de vie individualisé est un document centré sur les **souhaits** et les **capacités** des résidents pour une **prise en soin personnalisée et adaptée**. Les objectifs de celui-ci seraient de **contribuer au maintien de l'autonomie des personnes-âgées, de préserver leur qualité de vie, d'assurer une continuité de vie et de bien-être, de respecter leurs habitudes de vie mais aussi**

²³ Annexe 4 : Le Gir Moyen Pondéré

d'impliquer et de valoriser le personnel dans leur accompagnement et la réévaluation des aides apportées.

Nous pouvons en déduire que l'élaboration de ce projet est un moyen d'impliquer et rendre le quotidien des usagers satisfaisant.

Afin de comprendre la mise en œuvre de celui-ci, je vais vous le présenter en m'appuyant sur le questionnement ci-dessous :

1.9.1 Le projet de vie personnalisé, c'est quoi ? ²⁴

Tout d'abord, la mise en œuvre du projet de vie personnalisé est soumise à une exigence réglementaire. Il est fondé sur les textes législatifs du **2 janvier 2002 et de février 2005**.

L'élaboration, la formulation et la mise en œuvre concrète commune dans la prise en soin du résident procèdent d'une démarche collective, c'est-à-dire sont le fruit d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire. Le projet personnalisé est la concrétisation du souci du bien-être et du bien vivre (pas seulement du confort matériel) de l'utilisateur.

Il est l'assurance pour le résident d'une prise en compte de ses attentes et difficultés. C'est un document écrit et cosigné.

En conclusion, je dirai que le projet de vie est un bénéfice pour l'utilisateur et son entourage familial.

1.9.2 Le projet de vie, c'est pour qui ?

- En premier lieu, le résident, sans perdre de vue le souci de sa vie privée et du respect de sa vie personnelle
- L'équipe : le projet de vie individualisé est une orientation et un repère pour les soignants
- L'entourage familial en tant que partenaire de la mise en œuvre de ce projet
- L'établissement (dans la perspective de rééquilibrer les rapports de pouvoir)

1.9.3 Pourquoi un projet de vie ?

Le projet de vie a pour objectifs :

- D'améliorer l'accompagnement du résident par des projets pertinents et individualisés
- De donner de l'importance à la relation soignant/soigné
- De donner du sens dans le travail des soignants

²⁴ Le projet de vie individualisé de l'EHPAD de BRETEUIL SUR ITON, consulté le 28 avril 2014

- De permettre aux soignants de sortir de leur routine, remobiliser l'intérêt de chacun autour du résident et créer une dynamique de l'équipe (Eviter les actions répétitives, la démotivation et l'automatisme)

1.9.4 La conception du projet de vie ?

Avant l'élaboration de ce projet, l'équipe pluridisciplinaire se réunit pour échanger, réfléchir ensemble, se questionner, donner du sens aux pratiques et aux comportements, apprendre à mieux connaître le résident, valoriser les observations et les actions ou les pratiques de chacun.

Globalement, il est important de placer le résident au centre de nos pratiques professionnelles et sa participation à la prise en soin est recherchée.

Les soignants doivent adapter leurs soins aux souhaits des usagers et non l'inverse.

Le projet d'accompagnement n'a d'intérêt, et ne sera opérationnel, que si chaque soignant concerné se l'approprie et s'inscrit dans la réalisation de celui-ci.

Le résident, son entourage familial ou son représentant légal, prennent connaissance de celui-ci et le signent.

Le référent est garant de sa mise en œuvre.

B- LE CADRE LEGISLATIF

Selon la *loi du 10 novembre 2010 (Article L 4121-1 du Code du travail)* « impose à tout employeur de prendre des mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale » des professionnels de santé.²⁵

Au regard de la législation, **les décrets du 18 août 1995²⁶ et du 31 décembre 2001²⁷** définissent les responsabilités et le statut des cadres de santé relatif à la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 contribue à l'élaboration d'une politique d'amélioration sur la qualité et la sécurité des soins ainsi que la prise en charge des résidents, des patients et des usagers.

L'observation de ce problème, en lien avec la formation de cadre de santé, m'a conduit au questionnement suivant :

²⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 16 mars 2014

²⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 16 mars 2014

Comment le cadre de santé peut-il avoir un rôle à jouer dans la fidélisation des personnels soignants ?

2- Le rôle du cadre de santé paramédical

2.1 Le leadership

Le mot « Leadership » vient de l'anglais et « leader » de la Belgique qui signifie le chef.

Le leadership se définit comme l'art de faire faire des tâches à quelqu'un.

Il permet de fédérer, motiver les ressources des professionnels nécessaires pour l'atteinte des objectifs. Le cadre de santé adopte une attitude de soutien et de valorisation envers les professionnels afin de les autonomiser, d'engendrer une satisfaction au travail et de garantir une qualité des soins envers les usagers.

C'est pourquoi le manager de proximité doit toujours penser au long terme. Il doit pouvoir amener les professionnels à réussir et à surmonter leurs difficultés. En effet, le cadre doit être en posture réflexive sur ce qu'il veut, ce qui est acceptable pour le bon fonctionnement de la structure.

2.2 L'implication du manager de proximité

Impliquer vient du latin « **implicare** » qui se traduit par **plier, envelopper**, de **plecare** qui se définit par **plier et de plectere** qui signifie **plier, tourner, entrelacer**.

Ce verbe peut aussi se définir comme « *mettre beaucoup de soi-même dans ce que l'on fait* ». ²⁸

En me référant à la définition ci-dessus, en tant que professionnel d'encadrement et individu, pour moi, l'implication, c'est avant tout de ressentir du plaisir, de la satisfaction dans ce que l'on réalise en s'appuyant sur ses valeurs humaines telles que le respect, la reconnaissance, l'attention que l'on porte à l'autre, la motivation et le sentiment d'effectuer un travail de qualité afin que les usagers et les professionnels soient satisfaits. En effet, le rôle du cadre de proximité se situe dans le management et l'implication des soignants, il doit avoir une posture d'adaptabilité, d'équité, un leadership, une attitude de bienveillance et un esprit de créativité. Ces notions précédemment citées peuvent être des moyens d'investissement, d'engagement dans l'exercice des professionnels. Il est vrai que dans la réalité, en EHPAD, les soignants sont régulièrement démotivés par les conditions de travail. En effet, il est important pour un responsable de prendre le temps et de la distance pour les écouter et trouver ensemble des pistes d'amélioration afin que leur travail soit plus satisfaisant et moins difficile.

²⁸ www.larousse.fr/dictionnaires, consulté le 02 mai 2014

2.3 La fidélisation et l'attractivité des soignants

2.3.1 La fidélisation

La fidélisation pour une institution c'est l'art de créer une relation durable avec le personnel.

La fidélisation est une stratégie qui permet de réaliser une meilleure gestion des ressources humaines et des compétences. Dans ce contexte, le cadre évalue les motivations de chacun ainsi que leurs attentes et besoins. En effet, cette démarche montre que le manager porte un intérêt au professionnel en reconnaissant l'accomplissement de son travail et non à ce qu'il est en tant que personne. Il est attentif à ce qui renforce la motivation, l'engagement et la performance de celui-ci. Nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : la motivation reflète un comportement, l'engagement reflète une attitude et la performance traduit une efficacité dans l'organisation du travail.

La fidélisation des agents au sein d'une institution peut se traduire par une réduction de la mobilité interne ou externe des professionnels, un allongement de l'ancienneté au sein de la structure et une diminution, voire un arrêt d'offre d'emploi. Le bénéfice de la fidélisation est de réduire les coûts financiers utilisés pour les remplacements des agents, de maintenir un effectif de professionnels qualifiés et compétents afin d'assurer aux usagers une prise en soin de qualité, de permettre une organisation de travail efficace et efficiente et d'éviter une augmentation de la charge de travail entraînant une baisse de la qualité des soins.

2.3.2 L'attractivité

L'attractivité se définit comme *ce qui est attractif*.²⁹

Attractif : *qui plait, séduit, attire par son charme, captivant, attrayant.*

Au regard de la littérature, ce mot est très utilisé en marketing et dans le commerce.

Dans le secteur paramédical, l'attractivité c'est aussi mettre en œuvre une politique de ressources humaines permettant d'attirer, de fédérer les professionnels au sein d'une institution et d'éviter toute concurrence entre les établissements.

En effet, les managers interpellent leur esprit de créativité pour élaborer, conduire des projets attrayants (formation, activités occupationnelles...) et avoir une attitude et une posture managériales adaptées en fonction des situations rencontrées (écoute, bienveillance, soutien).

L'objectif de cette attractivité est d'essayer au maximum de fidéliser les agents afin qu'ils soient satisfaits de leur travail. Mais aussi qu'ils restent le plus longtemps possible dans la structure pour développer et transmettre leurs compétences et savoirs à leurs collègues.

²⁹ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant, consulté le 01 décembre 2013

2.3.3 Le Magnet hospitals

Aux Etats Unis, dans un contexte de pénurie d'infirmières, le terme Magnet Hospitals a été créé dans les années 1980.

Le Magnet Hospitals se définit comme « un *hôpital magnétique ou un hôpital attractif*.³⁰ ».

Pour cela, une association américaine « *l'American Nurses Association* » a attribué en 1982 un label pour les hôpitaux *reconnus pour leur capacité de recruter et de maintenir en poste le personnel infirmier* ». En effet, les professionnels qui exerçaient dans un hôpital attractif, avaient le sentiment de travailler dans de bonnes conditions. Les soignants étaient plus autonomes dans leur pratique professionnelle et satisfaits de leur travail parce qu'ils réalisaient des soins de qualité et les prises en soin étaient centrées sur les patients.

L'objectif de cette étude était de permettre à certains établissements de soin de s'engager dans l'attractivité du personnel infirmier pour les fidéliser et réduire le turn over.

Les institutions désirant utiliser cette méthode vont s'appuyer sur les 14 forces du magnétisme des Magnet Hospitals³¹.

Ces forces créées en 1983 ont permis d'élaborer des pistes d'amélioration sur les conditions de travail des soignants.

En conclusion, je dirai que cette démarche est positive car nous pouvons observer une qualité des soins centrée sur l'utilisateur, la satisfaction au travail pour les soignants, une réduction des dépenses financières suite à une diminution de la mobilité et de départ des agents, une valorisation et une reconnaissance du manager de proximité envers les professionnels mais surtout un environnement de travail très sain.

2.3.4 Le projet ARIQ

Le projet ARIQ (Attraction, Rétention, Implication et Qualité des soins) est une étude *d'un établissement attractif en Belgique*. Cette étude *est différente de celui des Magnet hospitals*.³²

Ce projet est une démarche d'auto diagnostic réalisée par un établissement attractif.

L'objectif de celui-ci est d'analyser et évaluer de façon individuelle ou collective le fonctionnement de la structure au regard des critères de la grille d'évaluation.

³⁰ Attractivité, fidélisation et qualité des soins de Sabine STORDEUR et de William D'HOORE, Editions LAMARRE, page 119

³¹ Annexe 5 : Les 14 forces du magnétique des Magnet Hospitals

³² Attractivité, fidélisation et qualité des soins de Sabine STORDEUR et William d'HOORE, Edition LAMARRE, page 137

Le modèle ARIQ s'appuie sur trois axes :

- **Le sens d'une mission** : Quelque soit la spécialisation, la situation géographique et démographique de la structure, l'utilisateur est au centre des pratiques professionnelles et de la prise en soin. C'est redonner la place centrale au résident

- **Le support organisationnel** : Les institutions attractives veillent au respect des valeurs accordées à leurs collaborateurs. Leurs valeurs attractives sont basées sur :
 - Le respect des soignants leur permettant d'exercer dans un environnement sain et enrichissant (mise à disposition d'outils afin de permettre d'éviter les risques psychosociaux et de favoriser un climat de travail sécurisant)
 - La possibilité de développer des savoirs, des compétences professionnelles et d'évoluer professionnellement (formation continue et diplômante, réalisation de bilan de compétences)
 - Les actions mises en place pour l'accueil et l'intégration des nouveaux agents (formation, transmission d'information relative à l'organisation de la structure et l'accompagnement des usagers)
 - L'aménagement des horaires afin de concilier la vie professionnelle à la vie familiale (autoriser les changements d'horaire, le travail à temps partiel et le travail de nuit)

- **La stratégie d'ouverture vers l'extérieur** : L'accès vers l'extérieur a pour objectif de développer un travail de partenariat avec les professionnels extrahospitaliers afin de répondre au mieux aux besoins des usagers.

3- Les métiers autour de la personne-âgée

3.1 Les professionnels de santé

3.1.1 Les infirmières

Le mot « Infirmier » provient du mot In-firmus en latin qui signifie « qui n'est pas ferme, au moral comme au physique ». L'infirmier est un professionnel de santé. Il assure des soins issus du rôle propre ou prescrit.

3.1.1.1 La formation

Selon la réforme du 31 juillet 2009 met en œuvre une réingénierie de formation pour le diplôme infirmier. **Les accords de Bologne, signés en juin 1999** par 29 pays européens, permettent de construire un système d'enseignement supérieur de type LMD (Licence, Master, Doctorat) donnant aux étudiants la possibilité d'entrer dans un vrai cursus universitaire. Ce cursus permet de reconnaître le diplôme d'Etat à BAC +3 reconnu dans tout l'Europe. La réingénierie de la formation infirmière s'est organisée en septembre 2009 à la mise en place du nouveau référentiel de formation conduisant au diplôme d'Etat Infirmier au grade licence.

La durée de la formation infirmière est de 3 ans, soit 4200 heures de formation dont 2100 heures de stage. Elle se déroule par alternance à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), à l'université, en stages et auxquelles s'ajoutent 900 heures de travail personnel dont 5100 heures requises.

Depuis 2012, les infirmiers diplômés ont un grade licence.

3.1.2 Les aides-soignantes

L'aide-soignant est un professionnel paramédical. Sa mission se centre principalement sur l'accompagnement des personnes présentant une incapacité à assurer seule les actes de la vie quotidienne. Il exerce sous la responsabilité et en collaboration avec l'infirmier.

3.1.2.1 La formation

La formation d'aide-soignante est d'une durée de dix mois, soit 41 semaines. Elle comprend un enseignement théorique de 17 semaines en Institut de formation et des stages. Elle prépare les élèves aides-soignantes au diplôme d'Etat.

3.1.3 Les Aides Médico-Psychologique (AMP) ³³

L'aide médico-psychologique (AMP) est un professionnel éducatif. Il accompagne des personnes-âgées dépendantes, des adultes ayant un handicap physique ou mental dans les actes de la vie

33 Annexe 6 : Le contenu de formation des aides médico-psychologique

quotidienne. Il établit une communication et une écoute individuelle afin d'apporter un soutien et une réassurance envers les usagers.

3.1.3.1 La formation

La formation d'aide médico-psychologique comporte un enseignement théorique de 504 heures et des stages. La durée de cette formation est 12 mois. A l'issue de la formation, les élèves sont reconnus professionnellement par leur diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique.

3.2 Les partenaires associatifs

3.2.1 Les bénévoles

Le mot « Bénévole » provient de l'étymologie « *Benevolus* » *en latin* qui signifie la bonne volonté. Le bénévole est une personne appartenant le plus souvent à une association. Il donne de son temps libre afin de partager un moment avec les usagers. Généralement, ce sont des personnes retraités ou sans emploi. Les bénévoles viennent régulièrement dans les unités d'EHPAD pour organiser des animations afin de divertir et partager un moment convivial avec les résidents.

Ils travaillent en complémentarité avec les équipes pluridisciplinaire et le cadre de santé. Le manager fait le lien entre les agents et les bénévoles. Il est garant du respect de la dignité et la sécurité des usagers.

3.3 Le travail des soignants

3.3.1 Le choix du lieu d'exercice

Le mot choix se définit comme « *action de choisir quelque chose, quelqu'un, de le prendre de préférence aux autres* »³⁴

Pour un professionnel, le choix du lieu de travail s'appuie sur plusieurs critères tels que le projet professionnel, les conditions de travail, le développement de ses compétences, l'évolution professionnelle et les missions de la structure.

Certains exercent dans des lieux de vie par choix. Leurs souhaits sont d'accompagner les usagers dans les actes de la vie quotidienne et de réaliser des missions transversales.

³⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires>, consulté le 15 janvier 2014

3.3.2 L'organisation du travail

Au sein d'une institution, l'organisation de travail vise la meilleure efficacité de l'accomplissement des tâches des professionnels dans un temps imparti. C'est aussi permettre la planification de ces activités tout au long de la journée tout en respectant le rythme de vie de l'utilisateur. Toutefois, cette organisation peut être modulable et réajustée en fonction des imprévus.

L'élaboration de celle-ci est réalisée au regard de l'amplitude d'horaire des soignants. Selon les différentes structures, les professionnels peuvent travailler soit en 8 heures ou en 12 heures de jour comme de nuit.

3.3.3 La motivation des soignants

Le mot motivation provient des termes latins motus (mouvoir) et motio (mouvement).

La motivation est l'ensemble des objectifs d'un comportement suscités par un état de besoin et entraînant un comportement qui vise à retrouver l'équilibre par la satisfaction du besoin (dictionnaire Larousse Universel).

Le professionnel motivé dégage une certaine énergie et un dynamisme.

3.3.4 Le turn-over des soignants

Je définirai le turn-over comme un indicateur de *rotation du personnel dans une entreprise*.³⁵

Le calcul de cet indicateur permet de visualiser la présence du turn-over dans une unité ou un établissement mais aussi de savoir combien de temps restent les professionnels. Les données chiffrées s'expriment en pourcentage.

2^{ème} PARTIE : L'ENQUÊTE

4- L'enquête sur le terrain

4.1 La méthodologie

Pour pouvoir sensibiliser un grand nombre de professionnels de différentes catégories socioprofessionnelles, j'ai choisi d'élaborer et d'adresser des questionnaires personnalisés à

³⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298>, consulté le 15 janvier 2014

chacune d'entre elles. Ces questionnaires étaient composés de questions ouvertes et fermées. L'objectif était de laisser les soignants s'exprimer librement autour de mon thème de recherche.

Après la validation de ces questionnaires par mon directeur de mémoire et après l'obtention des autorisations des directeurs de soins, puis des cadres de santé de différents établissements médico-sociaux, je les ai transmis par courrier, accompagnés d'une enveloppe affranchie pour le retour. Le délai de réponse était de trois semaines.

Sur chaque questionnaire, j'ai rappelé l'intitulé de mon thème de recherche et j'ai rassuré sur l'anonymat.

Au total, j'ai envoyé 160 questionnaires (40 par catégories socioprofessionnelles : cadre de sante, infirmière, aide-soignante/aide médico-psychologique, animateur). Cette décision est justifiée par le choix d'une méthode qualitative et quantitative.

La méthode quantitative « permet de mesurer et quantifier un phénomène donné »³⁶

La méthode qualitative « permet de collecter des informations et données pertinentes en lien avec le sujet ou la recherche »³⁷

4.2 L'exploitation de l'enquête³⁸

Je n'ai reçu que dix questionnaires pour les infirmiers et aides-soignantes/aide médico-psychologique, 6 questionnaires pour les cadres de santé et 4 pour les animateurs. Le retour est peu représentatif par rapport au nombre envoyé dans les différents EHPAD.

L'échantillon³⁹ se définit comme « l'étude d'une partie des professionnels ».

J'ai recontacté les cadres de santé afin de les sensibiliser et me renseigner sur les interrogations suivantes : les questionnaires étaient-ils adaptés aux professionnels ?, les professionnels refusaient-ils de répondre ? Je n'ai pas eu de réponses à mes questionnements puisque les managers ne savaient par eux-mêmes. L'interprétation de ces résultats va me permettre de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse élaborée au début de mon écrit.

³⁶ <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/methode-qualitative-quantitative>, consulté le 15 avril 2014

³⁷ <http://www.larousse.fr>, consulté le 15 janvier 2014

³⁸ Annexe 7 : Questionnaires destinés aux cadres de santé, infirmières, aides-soignantes/aides médico-psychologiques et animateur

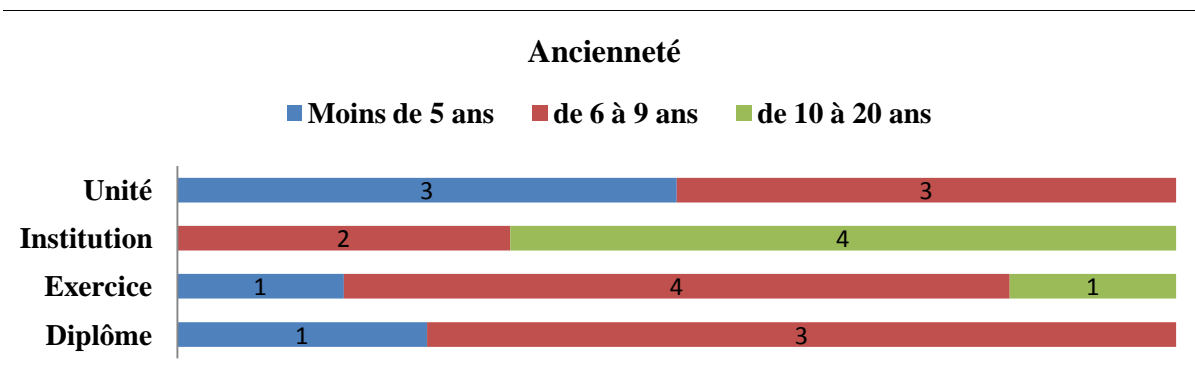
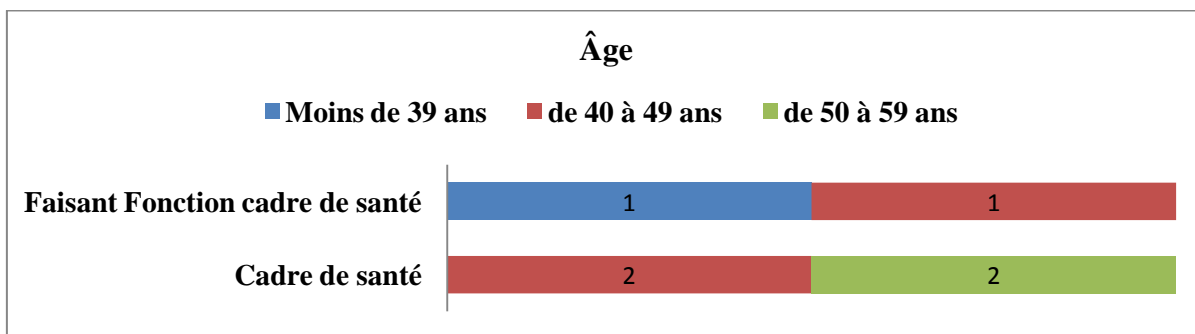
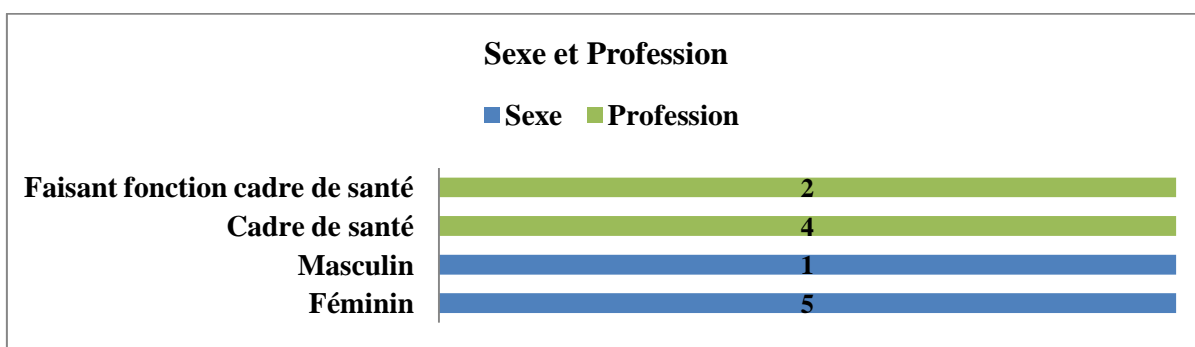
³⁹ Cours de bio statistique du 20 mars 2013 de Madame LE MASSON

J'ai commencé par explorer chaque question puis je les ai analysées selon les différents corps de métier. Je terminerai par une synthèse de l'analyse.

4.2.1 Questionnaires destinés aux cadres de proximité

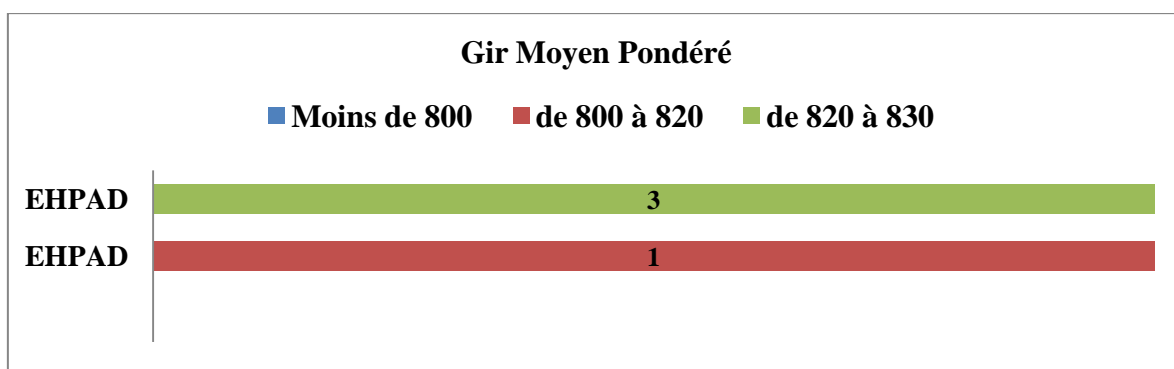
Le nombre de questionnaires recueillis est de 6.

4.2.1.1 Identification et caractéristiques professionnelles



6 managers de proximité ont répondu aux questionnaires dont quatre cadres et deux faisant fonction cadre de santé. La moyenne d'âge des ces professionnels d'encadrement est de 46,5 ans. Ils exercent dans l'institution depuis de nombreuses années (de 6 à 20 ans). L'ensemble des professionnels d'encadrement travaille en EHPAD. Tous ont fait le choix d'exercer dans cette structure sauf un. Les 6 cadres déclarent être satisfaits de leur poste du fait de la diversité des activités et de leurs responsabilités (gestion des ressources humaines, garant de l'organisation, de la sécurité, de l'hygiène du service et de la satisfaction des usagers). 4 managers sur 6 ont une ancienneté de plus de trois ans dans cette unité.

4.2.1.2 L'évaluation de la dépendance au sein des structures



Cette évaluation de la dépendance est mesurée au regard du GIR Moyen Pondéré (GMP) des différentes institutions. Le **GIR Moyen Pondéré** est un indicateur relatif à l'évaluation du degré de dépendance de l'unité des EHPAD. En effet, il se calcule en divisant la somme des résultats des différents groupes iso ressources de l'unité par le nombre total de l'effectif des usagers. Le résultat de ce calcul oriente les institutions médico-sociales vers des lieux d'hébergement adaptés à l'accompagnement des résidents de plus en plus dépendants. Selon les cadres questionnés, ce calcul est supérieur à 800.

800 est le résultat du GMP des différentes unités des EHPAD interrogés qui détermine et évalue le niveau moyen de la perte d'autonomie des usagers ainsi que la lourdeur des soins de base. Au regard du Gir Moyen Pondéré et de la définition de ce concept dans le cadre théorique, nous pouvons en déduire que ces établissements d'hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes correspondent à des Hôpitaux gériatriques.

En effet, l'**Hôpital gériatrique** se définit comme un regroupement de structures médico-sociales ayant comme particularité un niveau de dépendance et une charge de travail très élevés.

Selon les managers de proximité, au sein de leur structure, les résidents sont très dépendants (essentiellement, des usagers issus de GIR 1 et 2).

Afin de visualiser et comprendre les conditions de prise en charge, je vais vous expliquer ci-dessous la prise en soin de ces deux GIR au regard de l'enquête exploratoire et du cadre théorique :

Un résident issu du Groupe Iso Ressource 1 : L'utilisateur peut avoir une maladie évoluée telle que la maladie Alzheimer associée de troubles cognitifs et mnésiques. IL est dans l'incapacité d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'hydrater...). Selon la difficulté de la prise en soin, deux soignants peuvent travailler en binôme pour effectuer confortablement les soins d'hygiène du résident.

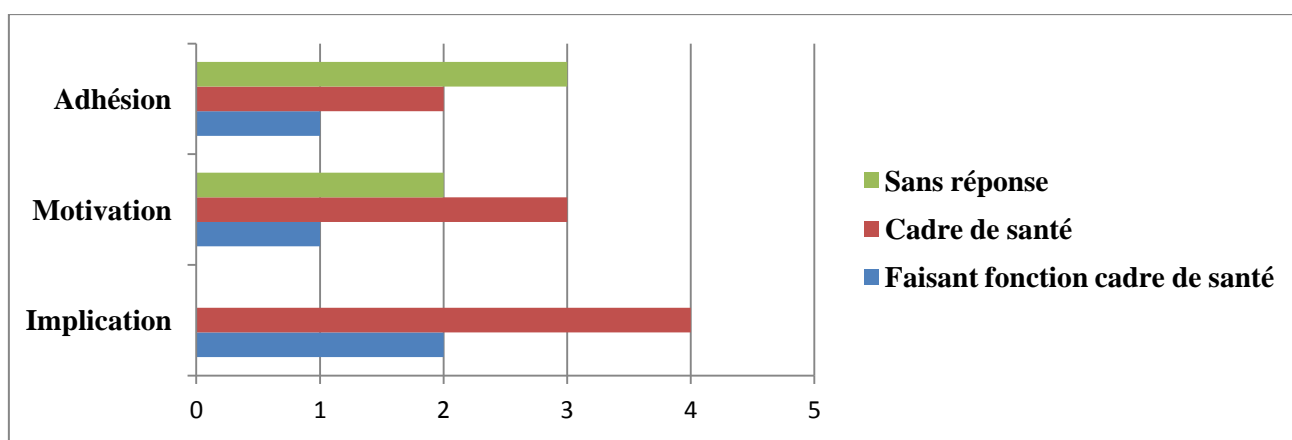
Un résident issu du Groupe Iso Ressource 2 : Ce groupe comprend deux profils de dépendance.

Le premier, l'utilisateur n'a pas toutes ses fonctions intellectuelles altérées. Il peut communiquer avec le personnel, son entourage familial et les bénévoles. Mais en ce qui concerne la réalisation de certains actes de la vie courante, il demande de l'aide aux soignants.

Le second, l'utilisateur ne peut réaliser seul les soins de nursing mais il est autonome dans ses déplacements.

Ces structures ont une capacité d'accueil de 124 à 200 lits. Il m'a semblé important d'élaborer un questionnement sur cet indicateur puisqu'il est le reflet des conditions de travail des soignants au sein des EHPAD et peut-être un facteur de satisfaction ou de mécontentement ressenti par les professionnels.

4.2.1.3 Le projet de service

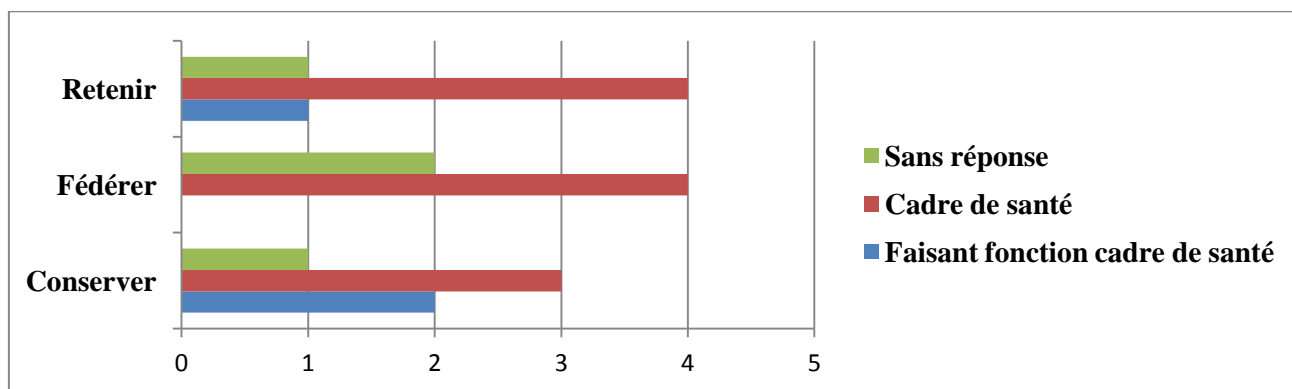


Selon les cadres, le projet de service est un moyen d'impliquer, de motiver, de faire adhérer collectivement les professionnels. Les managers planifient, organisent des réunions d'équipe pour la mise en œuvre de celui-ci. Le projet peut être un moyen favorisant l'évolution de la qualité des soins et des conditions de travail. A chaque réunion, le manager réalise un compte-rendu de la réunion afin de transmettre l'information aux professionnels absents. Ces réunions ont pour objectif d'échanger sur leurs difficultés et ressentis avec l'ensemble de l'équipe. Les cadres qui ont répondu aux questionnaires pensent que le projet de service peut-être un moyen de fédérer les équipes. L'implication des soignants dans l'élaboration et la conduite de projets peut être un facteur de motivation, de satisfaction et d'adhésion. Pour les managers, le projet de service est un véritable outil managérial. Il peut être défini comme un contrat que l'on passe avec le personnel.

Le projet de service s'appuie sur des valeurs professionnelles. Comme par exemple, la création d'un lieu de vie sécurisant, agréable, confortable pour les résidents, favoriser l'épanouissement des usagers en respectant leur dignité et leur droit.

Il permet de guider les professionnels dans la réalisation des activités, donner du sens à leur travail, de développer des compétences et d'être plus autonome.

4.2.1.4 La fidélisation



Les cadres définissent la fidélisation comme « le fait de conserver, fédérer, retenir les professionnels dans l'établissement ». La majorité des cadres pense que la fidélisation commence par un accompagnement adapté et personnalisé des professionnels au quotidien (le management participatif, le soutien et l'écoute c'est-à-dire avoir une attitude managériale bienveillante), une reconnaissance et une valorisation de leurs compétences.

Tous ces moyens sont à la fois favorables à la satisfaction et l'implication des soignants ainsi que la qualité des soins.

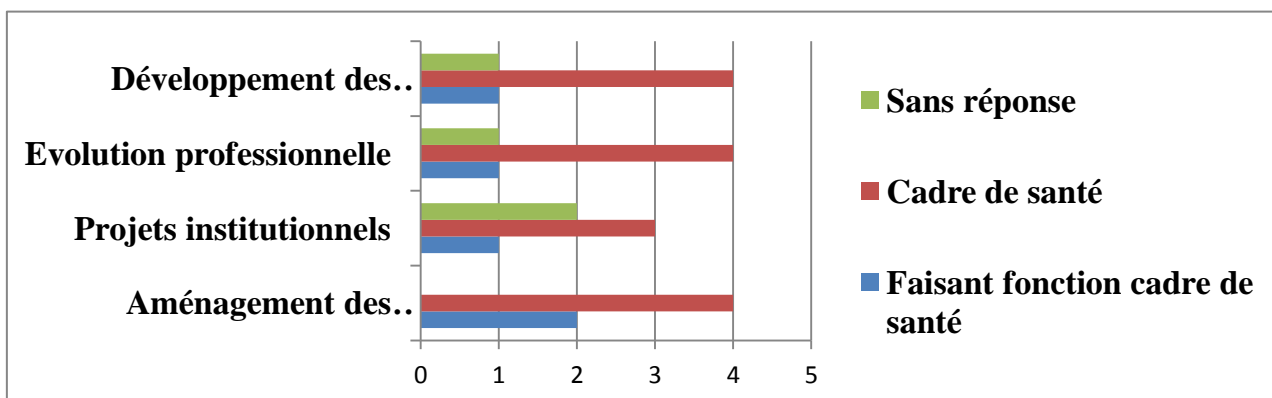
L'ensemble des cadres de santé déclarent qu'au sein de leur établissement, il n'existe pas de projet sur la fidélisation des soignants.

Par contre les cadres me soulignent que leur moyen de fédérer le personnel est centré sur l'attention qu'il porte sur eux, la reconnaissance de leurs savoirs et compétences et avoir une attitude managériale bienveillante.

La fidélisation permet de diminuer les dysfonctionnements au sein de la structure et éviter que l'unité et les agents aillent mal. L'objectif est de réduire l'absentéisme et les surcharges de travail.

En tant que le manager, je pense qu'il est important de prendre du recul et avoir un rôle de soutien, d'écoute, de cadre afin de rappeler aux équipes leurs limites, de référent pour réassurer les agents.

4.2.1.5 L'attractivité



Le mot « attractivité » est abordé par les managers comme l'envie des soignants d'exercer dans une institution. Ils ont réfléchi sur :

- **l'aménagement des horaires à temps partiels pour les professionnels qui le souhaitent :** Cette réduction du temps de travail s'adresse aussi bien pour les femmes que les hommes depuis l'instauration de l'accord interprofessionnel du 1^{er} mars 2004.⁴⁰ Cela permet de concilier la vie professionnelle à la vie privée.

⁴⁰ <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ORSE-14-temps-travail.pdf>, consulté le 01 mai 2014

- **l'élaboration des projets institutionnels** : permettre aux soignants d'accompagner l'animatrice à des sorties extérieures afin de changer leur quotidien ou de participer à des groupes de travail : par exemple : l'auto évaluation (thème : la bientraitance). L'objectif est d'éviter la routine, la monotonie et de partager un moment convivial avec les usagers.

- **l'évolution professionnelle** : L'objectif est de repérer les compétences, accepter les formations continues et les changements de fonction. Mais aussi permettre la transmission des savoirs et compétences grâce au processus d'intégration et tutorat du nouvel embauché au sein de la structure.

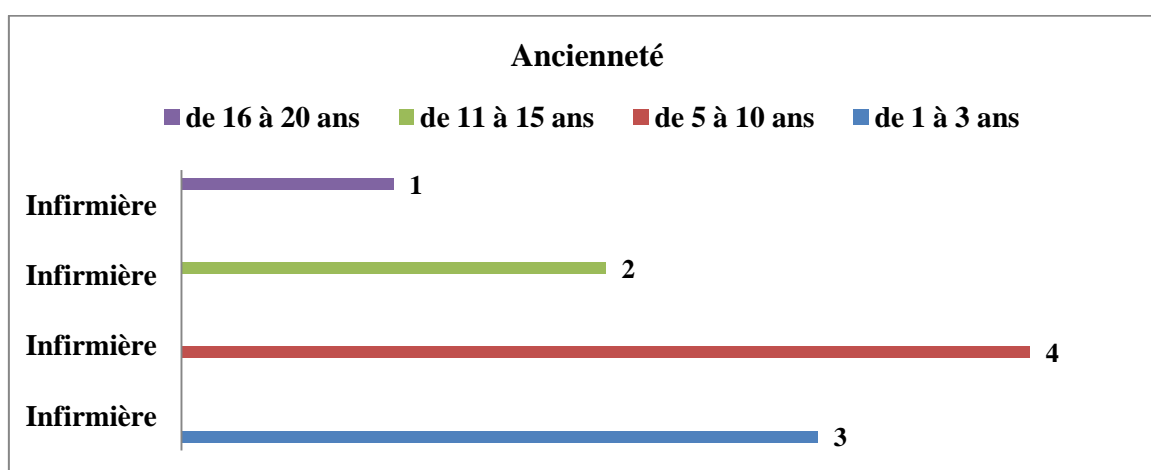
- **la participation à des formations** pour développer les compétences.

En effet, la mise en place d'un projet attractif au sein d'une structure permet de développer un environnement de travail plus sain et sécurisant pour les professionnels, de les satisfaire, les impliquer et assurer des soins de qualité.

4.2.2 Questionnaires destinés aux infirmières

Le nombre de questionnaires recueillis est de 10 au total. Les infirmières exercent toutes dans les structures médico-sociales (pôle gériatrique) plus précisément en EHPAD.

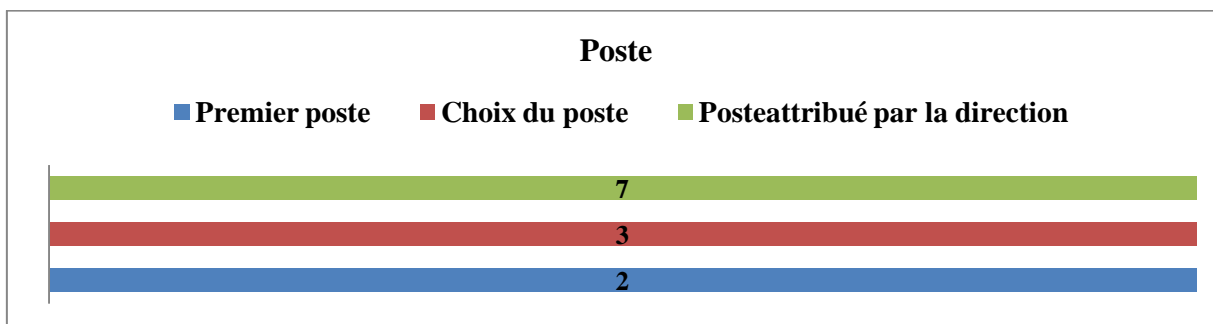
Depuis combien de temps exercez-vous en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ?



4 infirmières sur 10 exercent leur métier depuis plus de 5 ans. 3 sur 10 ont de 1 à 3 ans d'expérience au sein de la structure. 2 sur 10 entre 11 et 15 ans et 1 de plus de 16 ans. Nous pouvons supposer que la majorité des infirmières sont satisfaites de leur travail puisqu'elles aiment exercer auprès de la personne-âgée pour l'aspect relationnel et l'approfondissement des

connaissances sur les pathologies liées au grand âge et l'accompagnement au quotidien des usagers âgés.

Quelles ont été vos motivations pour exercer en EHPAD et vos motivations d'aujourd'hui sont-elles identiques ?



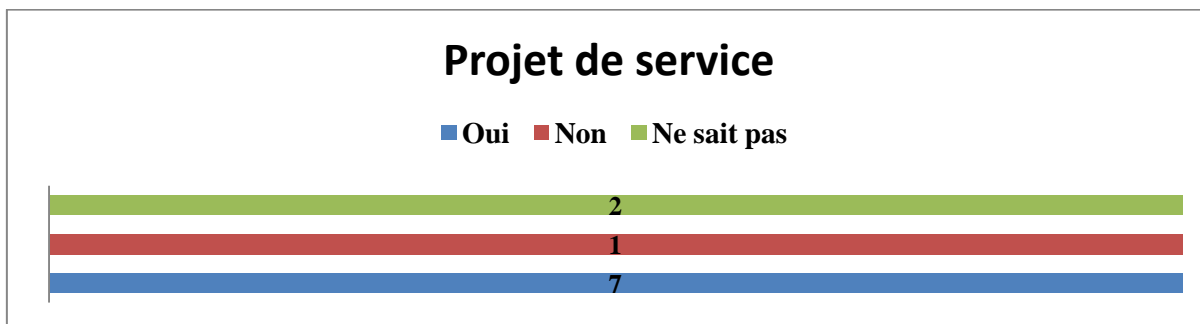
7 infirmières sur 10 n'ont pas choisi d'exercer en EHPAD. Leur poste leur a été attribué par la direction puisque plusieurs étaient vacants. Pour 3 infirmières, c'étaient leur premier poste. Au fil des années, elles étaient satisfaites de leur travail, se sont impliquées et sont restées dans ce secteur.

Elles ont pu approfondir leurs connaissances sur le vieillissement, l'accompagnement des personnes âgées au quotidien, les pathologies liées au grand âge et faire ainsi des liens avec les enseignements théoriques. Les infirmières participent annuellement à des formations internes ou externes de l'institution pour faciliter le développement de leurs compétences (Bientraitance, la prévention des escarres et les gestes de premiers secours). Par exemple : Transmission d'information sur l'accompagnement des résidents aux équipes afin de donner du sens à leurs activités.

L'acquisition des compétences leur permettent d'être plus autonomes dans leur pratique professionnelle et dans la transmission d'information afin d'évaluer et de réajuster en équipe pluridisciplinaire l'accompagnement du résident.

3 infirmières sur 10 souhaitaient travailler en EHPAD. Leurs motivations étaient d'accompagner au quotidien une population âgée, de leur apporter un bien-être, veiller à la bientraitance, approfondir les soins relationnels et partager leur expérience auprès de leurs collègues. A ce jour, leurs motivations restent identiques. Elles trouvent un sens à leur travail.

Connaissez-vous le projet de service de votre structure ? Pouvez-vous me définir le projet de service ? Avez-vous participé à la mise en œuvre de ce projet ?

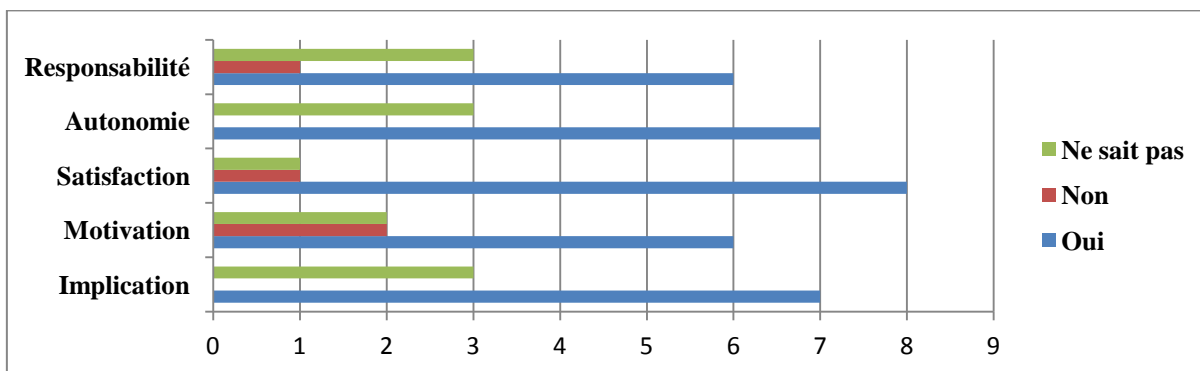


L'ensemble des infirmières pensent connaître le projet de service mais elles n'en sont pas très sûres. Elles le définissent comme un projet centré sur les usagers. Les infirmières soulignent que le projet de service devrait s'inscrire sur des valeurs professionnelles et humaines telles que la bienveillance, humaniser les pratiques professionnelles, prendre soin des résidents en leur apportant un soutien et une attention.

Selon elles, avoir un projet de service est un moyen motivant et sécurisant car les infirmières pourront s'appuyer sur celui-ci pour réaliser des soins de qualité. Mais aussi, leur donner des repères dans l'exercice de leurs activités.

En ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre du projet, les infirmières n'ont pas participé. Pour certaines, la participation s'inscrit dans une démarche participative, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail.

Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction ?

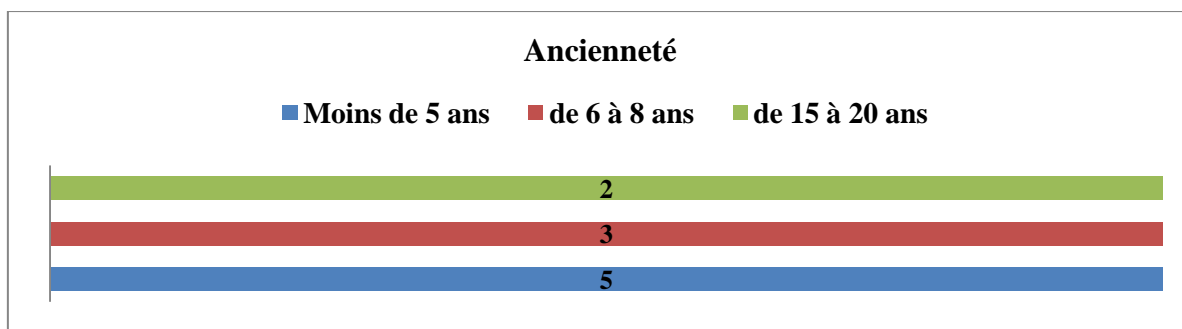


L'ensemble des agents pensent que le projet de service peut-être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction. Les infirmières évoquent les notions d'autonomie et de responsabilité. Ce projet a pour objectif de les guider et s'inscrire dans un processus de changement. Mais aussi être un levier de communication porté par le cadre de santé. En effet, le cadre planifie et organise des réunions de service ou des groupes de travail avec l'équipe favorisant ainsi les échanges, l'écoute, la transmission d'information, le ressenti des soignants et l'élaboration d'objectifs ou de pistes d'amélioration. Le partage avec les soignants permet de donner ou de redonner du sens aux pratiques professionnelles.

4.2.3 Questionnaire destiné aux AS et AMP

Le nombre de questionnaire recueilli est au nombre 10 au total.

Depuis combien de temps exercez-vous en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes?



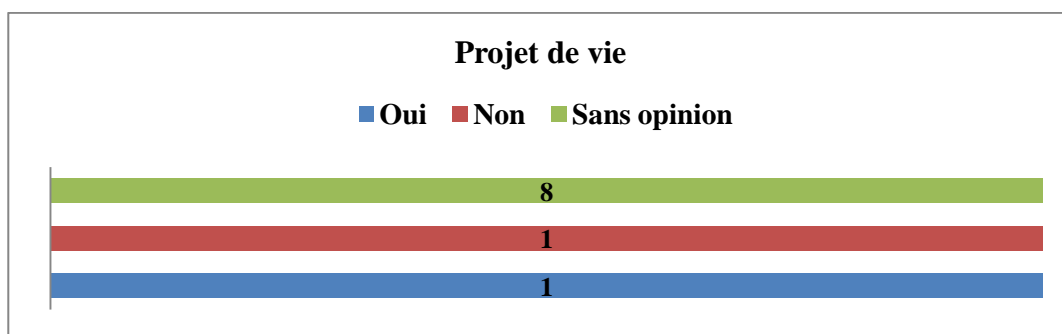
5 aides-soignantes sur 10 ont moins de cinq ans d'expérience. 3 sur 10 ont entre 6 et 8 ans et 2 autres ont entre 15 et 20 ans d'expérience. On peut dire que majoritairement les soignants interrogés ont souhaité exercer en EHPAD. Pour certaines, c'était leur premier poste. Et pour d'autres, la structure était à proximité de leur domicile. Elles désiraient concilier leur vie privée avec leur vie professionnelle en tenant compte de l'adéquation des ressources humaines par rapport au besoin tout en respectant la sécurité de l'unité.

Quelles ont été vos motivations pour exercer en EHPAD et vos motivations d'aujourd'hui sont-elles identiques ?

Leurs motivations étaient d'avoir une expérience professionnelle, d'accompagner et prendre soin des usagers, la proximité du lieu domicile par rapport au travail. A ce jour, leurs motivations sont

identiques. Elles sont satisfaites de leur travail. Du fait de la cohésion et de l'entraide de leurs collègues. Mais aussi effectuer des missions transversales auprès des usagers telles que la notion de référence, l'accompagnement aux consultations externes et la participation aux animations.

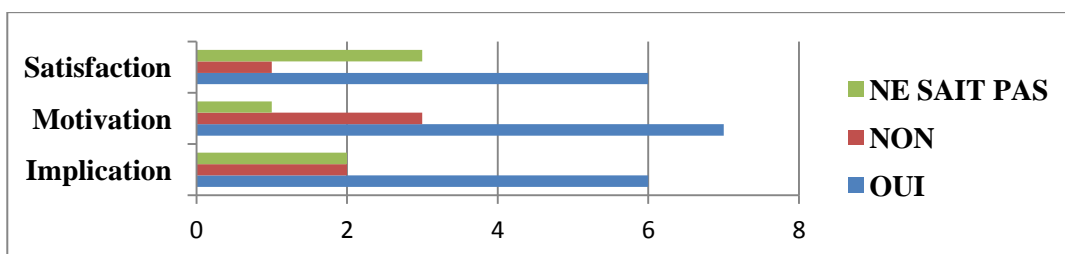
Connaissez-vous le projet de service de votre structure ? Pouvez-vous me définir le projet de service ? Avez-vous participé à la mise en œuvre de ce projet ?



L'ensemble des soignants ne connaissent pas le projet de service. Les professionnels n'ont pas participé à l'élaboration de celui-ci. Certains le définissent comme un outil qui est centré sur la personne-âgée favorisant son confort, son bien-être, le respect du droit à la vie privée, de l'intégrité, l'intimité et la bienveillance des usagers.

En ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre du projet, il me semble important d'inviter tous les agents de différentes catégories professionnelles afin de définir les objectifs du projet en tenant compte des propositions des soignants.

Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction ?



Les soignants pensent que le projet de service est une source de motivation, d'implication et de satisfaction. Leur participation est pour eux un moyen d'être entendu, reconnu et engagé dans une démarche de projet.

4.2.4 Questionnaire destiné aux animateurs

J'ai eu très peu de retour. 4 animateurs sur 10 ont répondu aux questionnaires. C'est pourquoi, l'interprétation de ces questionnaires ne me semble pas assez représentative.

Depuis combien de temps exercez-vous en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

3 animateurs sur 4 exercent en EHPAD depuis plus de 3 ans et 1 sur 4 a 10 ans d'expérience.

2 animateurs sur 4 étaient des aides-soignantes avant d'exercer dans l'animation.

Ils ont suivi une formation et obtenu le brevet professionnel d'animateur social.

Au sein des structures d'EHPAD, l'animateur a pour mission d'élaborer, de proposer et conduire des projets favorisant l'épanouissement et la socialisation des résidents.

Quelles ont été vos motivations pour exercer en EHPAD et vos motivations d'aujourd'hui sont-elles identiques ?

Leurs motivations étaient d'exercer auprès d'une population âgée plus ou moins dépendante et de les aider à maintenir un lien social. Elles mettent en œuvre des activités au sein de l'institution, font le lien avec les partenaires extérieurs et les bénévoles pour planifier et élaborer des projets d'animation. Elles sont satisfaites de leur travail car elles répondent aux attentes des résidents mais quelquefois, elles sont frustrées puisqu'elles sont dans l'impossibilité de divertir tous les résidents en même temps et au même moment.

Le cadre de santé joue un rôle dans l'élaboration et la conduite de projets occupationnels.

Les animateurs utilisent leur esprit de créativité pour élaborer des ateliers d'animation sans oublier les souhaits des usagers. Par exemple, permettre la réalisation des rêves, réaliser un jardin thérapeutique, la chorale...

Connaissez-vous le projet de service de votre structure ? Pouvez-vous me définir le projet de service ? Avez-vous participé à la mise en œuvre de ce projet ?

Les animateurs n'ont pas répondu à cette question puisqu'ils ne connaissent pas le projet de service.

4.3 Synthèse de l'analyse des questionnaires

Au travers de ces questionnaires, nous pouvons observer que le projet de service n'est pas l'unique élément de fidélisation des soignants dans une unité d'EHPAD. Il existe d'autres moyens de fédérer une équipe tels que l'aménagement des horaires et des plannings, le tutorat permettant l'intégration des nouveaux professionnels et un management bienveillant.

La majorité des professionnels ont fait le choix de travailler dans les structures médico-sociales c'est-à-dire en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Le plus souvent, les soignants désiraient exercer auprès de la personne-âgée ayant pour objectif de leur apporter un bien-être.

Le cadre de santé a un rôle à jouer dans l'implication et la motivation des soignants. Il doit être attentif à l'accompagnement des professionnels dès leur intégration afin de les préserver et de les satisfaire. Il doit notamment, s'entretenir avec eux pour évaluer leurs compétences et connaissances. Je pense qu'il serait intéressant au sein de la structure d'identifier des tuteurs. Ils pourront ainsi les accompagner pendant une période donnée.

En conclusion, je peux partiellement infirmer l'hypothèse de départ. En effet, la fidélisation est liée à la posture managériale.

5- Les apports et limites de ce travail

C'est un projet qui me tenait à cœur et que j'ai présenté à l'école de cadre de santé. J'ai ressenti beaucoup de plaisir à le réaliser malgré le temps imparti qui était court.

J'aurai aimé réaliser un travail plus approfondi mais une chose est sûre, il m'a confortée dans l'idée que prendre soin d'une équipe fidélisée en EHPAD est la clé de la réussite bienveillante.

Ce travail d'initiation à la recherche portant sur un sujet de ressources humaines m'a permis de réfléchir, comprendre, analyser et me positionner en tant que manager de proximité face à l'absentéisme, le turn-over et la fidélisation des soignants. L'enquête exploratoire avec les cadres de santé m'a conduite dans ce sens et m'a permis de prendre du recul par rapport à ma fonction de faisant fonction de cadre de santé. N'ayant que très peu d'expérience dans la fonction d'encadrement, mon positionnement lors d'une absence était d'être dans l'action en apportant une solution rapide, de prendre partiellement de la distance et d'être peu objective envers le personnel. En effet, j'avais conscience que l'équipe et l'unité allaient mal mais me laissaient sans solution.

CONCLUSION

Aujourd'hui, comme je l'ai expliqué au début du mémoire, la population vieillit et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes-Âgées Dépendantes augmentent.

Le mémoire réalisé atteste que le cadre de santé est garant de la qualité des soins et de la bienveillance dans la prise en soin des usagers.

Pour conduire à bien cette mission en tant que cadre de santé dans un EHPAD, il est nécessaire de suivre la formation cadre pour mieux accompagner et être dans une posture bienveillante.

Au départ, mon attitude était excessive de bienveillance.

Après dix mois de formation cadre et l'élaboration de ce mémoire, cette posture bienveillante devient indispensable par rapport au poste que je vais occuper dans le futur. Elle est légitime et justifiée, n'est pas excessive. C'est une posture réfléchie et très personnalisée.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

- Manuel de recherche en sciences sociales de Luc VAN CAMPENHOUDT et Raymond QUIVY, Editions DUNOD, 2011, 259 pages
- Attractivité, Fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse de Sabine STORDEUR et William d'HOORE, Editions LAMARRE, Fonction cadre de santé, 2009, 243 pages
- La responsabilité juridique du cadre de santé, Gestion des ressources humaines, Fonction Cadre de santé, Edition LAMARRE de Jean-Charles SCOTTI et Marie-Claude MONCET, 2011, 267 pages
- Droit de la santé publique de Didier TRUCHET, Editions DALLOZ, 2012, 256 pages
- Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, d'Henry MINTZBERG, Editions EYROLLES, 283 pages
- Prendre soin à l'Hôpital, de Walter HESBEEN, Editions Masson, 195 pages

WEBGRAPHIE :

- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Méthodesqualitatives>, consulté le 24 novembre 2013
- http://www.eureval.fr/IMG/File/FT_Entretien.pdf, Entretien semi-directif, consulté le 24 novembre 2013
- <http://www.fhf.fr/Actualites/Ressources-humaines/Metiers-de-la-FPH-LMD>, consulté le 25 novembre 2013
- <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap>, consulté le 25 novembre 2013
- http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/guide_valoriser_metiers_grand_age.pdf, consulté le 25 novembre 2013
- <http://www.sante.gouv.fr>, consulté le 25 novembre 2013

- www.anesm.sante.gouv.fr, consulté le 25 novembre 2013
- <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/methode-qualitative-quantitative>, consulté le 15 avril 2014
- www.ehpad.com/comprendre-l-ehpad/definition-ehpad, consulté le 26 novembre 2014
- <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 26 novembre 2014
- www.dictionnaire.doctissimo.fr/definition-trouble-cognitif.htm, consulté le 29 avril 2014
- www.insee.fr, consulté le 1^{er} mai 2014
- www.larousse.fr/dictionnaire, consulté le 02 mai 2014
- www.larousse.fr/dictionnaires/français/soignant, consulté le 01 décembre 2013
- www.social-sante.gouv.fr, consulté le 01 mai 2013

SUPPORTS DE COURS :

- Cours de Bio statistique de Madame LE MASSON

RAPPORTS :

- Anesm, Qualité de vie en EHPAD, Mars 2010
- Les bonnes pratiques de soins en Etablissements d'Hébergement Pour Personnes-Âgées Dépendantes, Octobre 2007
- Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, ARHIF, Juin 2008
- L'évaluation interne : repères pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes-âgées Dépendantes, ANESM, Février 2012
- ANAP, Mettre en œuvre et partager, Mai 2013

ANNEXES

Annexe 1 : Texte législatif du 4 mai 2001

Annexe 2 : La grille AGGIR

Annexe 3 : Le GIR

Annexe 4 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Annexe 5 : Le Gir Moyen Pondéré

Annexe 6 : Les 14 forces du magnétique des Magnet Hospitals

Annexe 7 : Le contenu de la formation des aides médico-psychologique

Annexe 8 : Les questionnaires destinés aux cadres de santé, infirmières, aides soignantes/aides médico-psychologique et animateurs

ANNEXE 1

Texte législatif du 4mai 2001

Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

NOR: MESA0121229D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles LO 111-3, L. 174-7 et L. 174-8 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-1 et suivants ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 1612 et suivants ;

Vu le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 modifié relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret no 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret no 61-9 du 3 janvier 1961 relatif à la comptabilité, au budget et au prix de journée de certains établissements publics ou privés ;

Vu le décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 21 novembre 2000 ;

Vu la lettre de la ministre de l'emploi et de la solidarité en date du 24 janvier 2001 tendant à recueillir l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS MODIFIANT LE DECRET No 99-316 DU 26 AVRIL 1999 RELATIF AUX MODALITES DE TARIFICATION ET DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Art. 1er. - Il est ajouté un dernier alinéa à l'article 5 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé ainsi rédigé :

« Les tableaux mentionnés au 2o et au 3o peuvent être modifiés par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, du budget et de l'intérieur en vue de prendre en compte les changements de numérotation et d'intitulé de comptes retenus par le plan de compte des établissements sociaux et médico-sociaux publics. »

Art. 2. - Il est ajouté au premier alinéa de l'article 6 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, après les mots : « aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques », les mots : « qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ».

Art. 3. - Le dernier alinéa de l'article 7 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé est remplacé par les alinéas ainsi rédigés :

« En application de la grille nationale mentionnée au 2o (a) de l'article 5, il est arrêté dans chaque établissement accueillant des personnes âgées dépendantes un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins pour les personnes classées :

a) Dans les groupes iso-ressources 1 et 2 ;

b) Dans les groupes iso-ressources 3 et 4 ;

c) Dans les groupes iso-ressources 5 et 6.

Ces tarifs sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.
»

Art. 4. - Au 2o de l'article 8 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « c à j » sont remplacés par les mots : « c à i ».

Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé : « Les tarifs comprennent la TVA applicable. »

Art. 5. - I. - Au b de l'article 9 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « et médicaments » sont supprimés.

II. - L'avant-dernier alinéa de l'article 9 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La convention tripartite prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, dont la durée est fixée à cinq ans, mentionne l'option tarifaire choisie. En cours de convention et par avenant, l'option tarifaire peut être changée. »

Art. 6. - L'article 11 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé est ainsi rédigé :

« Art. 11. - Afin d'assurer un suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé libéraux dans l'établissement, celui-ci doit fournir :

1o Chaque semestre, à la caisse pivot et sur leur demande, aux autres organismes d'assurance maladie, la liste des personnes hébergées ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois.

Cette liste comporte, pour chaque personne hébergée :

- a) Les nom et prénom ;
- b) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
- c) Le nom de l'organisme de prise en charge, assorti du numéro de centre de paiement ;
- d) La date d'entrée dans l'établissement ;
- e) Le cas échéant, la date de sortie.

2o Chaque mois, à la caisse pivot, un bordereau portant mention de l'option tarifaire choisie par l'établissement, en application de l'article 9 du présent décret, et comportant :

- a) Pour la part des rémunérations des professionnels d'exercice libéral intégrée dans le tarif journalier afférent aux soins, le montant, par catégorie professionnelle en distinguant, pour les médecins, les généralistes des médecins spécialistes, des rémunérations versées mensuellement ;
- b) Le montant mensuel de la consommation de médicaments ;
- c) Le montant mensuel de la consommation des résidents au titre de dispositifs médicaux intégrés dans le tarif soin. »

Art. 7. - La phrase suivante est ajoutée au premier alinéa de l'article 12 du même décret :

« La convention tripartite prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles précise la périodicité de la révision de ce classement. Celle-ci est au moins annuelle. »

Art. 8. - I. - Il est ajouté au premier alinéa de l'article 13 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, après les mots : « cotation en points », les mots : « tenant compte de l'état de la personne et de l'effort de prévention nécessaire » et, après les mots : « fixée conformément », les mots : « à la colonne E du ». Le mot : « au » est supprimé.

II. - Il est ajouté, au troisième alinéa de l'article 13 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, après les mots : « Le total des points dans les différents groupes », les mots : « correspondant à la valorisation prévue à la colonne C du tableau de l'annexe VII ».

III. - Au premier alinéa de l'article 14 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « par groupes » sont remplacés par les mots : « calculé conformément à la colonne E de l'annexe VII ».

IV. - Au deuxième alinéa de l'article 14 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, après les mots : « ses groupes », il est ajouté les mots : « calculé conformément à la colonne C de l'annexe VII ».

Art. 9. - I. - Aux articles 22 et 23 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « tarif journalier afférent à l'hébergement » sont remplacés par les termes : « tarif journalier moyen afférent à l'hébergement ».

II. - Il est inséré dans le décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé un article 23-1 ainsi rédigé :

« Art. 23-1. - Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'organisme gestionnaire afin de notamment tenir compte :

- du nombre de lits par chambre ;

- des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- de la localisation et du confort de la chambre ;
- de la non-utilisation du service de restauration collective de l'établissement.

Sur proposition du directeur de l'établissement, le président du conseil général arrête les tarifs ainsi modulés après s'être assuré :

1. Que ces derniers ne génèrent pas de recettes supérieures à celles qu'aurait entraînées l'application uniforme à tous les hébergés du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement défini à l'article 22 du présent décret ;

2. Que les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ne font pas l'objet d'une quelconque discrimination. »

Art. 10. - I. - Au premier alinéa de l'article 30 du même décret, les mots : « à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ».

II. - Au premier alinéa de l'article 30, les mots : « sous réserve de l'une des deux conditions suivantes » sont supprimés.

III. - Les deux derniers alinéas de l'article 30 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé sont abrogés.

IV. - Il est inséré un nouveau dernier alinéa ainsi rédigé :

« Cependant, l'équilibre de la section tarifaire afférente aux soins doit être réalisé à l'échéance de la première convention. »

Art. 11. - Il est inséré, dans le décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, un article 30-1 ainsi rédigé :

« Art. 30-1. - Les résidents de moins de soixante ans dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ayant conclu la convention prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ne font pas l'objet de la classification prévue à l'article 12 du présent décret.

Le forfait de soins journalier des résidents de moins de soixante ans est calculé en divisant le montant total des charges nettes de la section tarifaire afférente aux soins par le nombre annuel de journées prévisionnelles de l'ensemble des résidents de l'établissement. Les dépenses correspondantes sont prises en compte pour le calcul de la dotation globale de financement prévue à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

Le prix de journée hébergement des résidents de moins de soixante ans est calculé en divisant le montant total des charges nettes des sections tarifaires afférentes à l'hébergement et à la dépendance par le nombre annuel de journées prévisionnelles de l'ensemble des résidents de l'établissement. »

Art. 12. - I. - Au premier alinéa de l'article 31 du même décret, les mots : « la loi du 6 juillet 1990 susvisée » sont remplacés par les mots : « les articles L. 342-1 à L. 342-6 du code de l'action sociale et des familles. »

II. - Au 2o de l'article 31, les mots : « à l'article 1er de ladite loi de 1990 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles ».

III. - Au 2o de l'article 31, les mots : « publication du présent décret » sont remplacés par les mots : « signature de la convention prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. »

Art. 13. - I. - L'article 37-2 du décret du 11 décembre 1958 susvisé est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les établissements de personnes âgées relevant du 5o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui bénéficient de forfaits de soins courants et de forfaits de section de cure médicale et qui n'ont pas conclu la convention tripartite prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles peuvent continuer à percevoir un forfait journalier de soins courants et un forfait journalier de section de cure médicale déterminés dans la limite d'un montant fixé annuellement par décision conjointe des ministres chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale. » ;

b) Il est ajouté à la fin du b, au 2o, les mots : « et ce, dans la limite du montant du forfait journalier de soins arrêté » ;

c) Il est ajouté, à la fin de l'article, les alinéas suivants :

« Le préfet de département peut fixer un forfait journalier de soins supérieur au montant mentionné après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

Les forfaits journaliers de soins et le forfait annuel global de soins sont arrêtés par le préfet de département après avis de la caisse régionale d'assurance maladie. »

II. - Les articles 37-4, 37-5, 37-6 et 37-7 du décret du 11 décembre 1958 susvisé sont abrogés.

III. - L'article 33 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé est ainsi rédigé :

« Art. 33. - Les conditions de financement des établissements de personnes âgées relevant du 5o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui n'ont pas conclu la convention tripartite prévue à l'article L. 312-8 du même code sont fixées par l'article 37-2 du décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. »

Art. 14. - I. - A. - Les annexes II, IV-1, IV-2, V et VII au décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé sont abrogées. Elles sont remplacées par les annexes figurant au présent décret.

B. - A la fin du point a de l'annexe III au décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, il est ajouté les mots : « et les prestations visées à l'article R. 712-2-2 du code de la santé publique ».

C. - Au point g de l'annexe III au décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « et les prescriptions » sont supprimés.

II. - A. - Au premier alinéa de l'article 1er du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, au dernier alinéa de l'article 6, au cinquième alinéa de l'article 8, au deuxième et au dernier alinéa de l'article 18 et au premier alinéa de l'article 21, les mots : « à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ».

B. - A l'article 1er du même décret, les mots : « 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « 2o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ».

C. - Au 3o de l'article 5 du même décret, les mots : « de la loi du 6 juillet 1990 précitée » sont remplacés par les mots : « des articles L. 342-1 à L. 342-6 du code de l'action sociale et des familles ».

D. - Au deuxième alinéa de l'article 12 et au dernier alinéa de l'article 15 du même décret, les mots : « à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles ».

TITRE II

DISPOSITIONS MODIFIANT LE DECRET No 99-317 DU 26 AVRIL 1999 RELATIF A LA GESTION BUDGETAIRE ET COMPTABLE DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Art. 15. - I. - Au premier alinéa de l'article 20 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « les autorités de tarification peuvent procéder » sont remplacés par les mots : « il peut être procédé ».

II. - Au premier alinéa de l'article 20 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « et au c » sont supprimés.

III. - Au deuxième alinéa de l'article 20 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, après les mots : « comptes de stocks », il est ajouté les mots : « les charges constatées d'avance ». Après les mots : « d'autre part », il est ajouté les mots : « les produits à recevoir, les fonds déposés ou reçus, les ressources à reverser à l'aide sociale ».

IV. - Il est inséré un troisième alinéa, à l'article 20 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, ainsi rédigé :

« La reprise sur les comptes de réserves de trésorerie est proposée soit par l'établissement, soit par l'une des autorités de tarification. Cette dernière proposition est soumise à l'examen du conseil d'administration et la reprise ne peut être opérée qu'en cas d'accord dudit conseil d'administration et de l'autorité de tarification qui a autorisé la constitution des réserves de trésorerie. »

V. - Il est inséré un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté du ministre chargé de l'action sociale fixe le modèle de bilan financier d'un établissement social et médico-social permettant le calcul du besoin en fonds de roulement mentionné au deuxième alinéa. »

Art. 16. - I. - Au premier alinéa des articles 21 et 22 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, les mots : « dans des délais de soixante jours à compter de la réception des propositions budgétaires votées par le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « au plus tard soixante jours à compter de la date de notification par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action

sociale des dotations limitatives régionales prévues au quatrième alinéa du I de l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles ».

II. - A la fin du premier alinéa de l'article 21 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, les mots suivants sont ajoutés : « au vu du montant des dotations limitatives de crédits définies à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles et, d'autre part, compte tenu de son inscription dans le schéma prévu aux articles L. 311-3 à L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles, de son effort de prévention de la dépendance, des objectifs généraux souscrits par l'établissement en matière de qualité, de son activité et de ses coûts comparés à des établissements analogues, conformément à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles ».

Art. 17. - L'article 32 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé est ainsi modifié :

I. - Au deuxième alinéa, les mots : « de l'article 26-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 315-3 du code de l'action sociale et des familles ».

II. - Au dernier alinéa, les mots : « les opérations mentionnées ci-dessus » sont remplacés par les mots : « les opérations mentionnées du 1o au 4o et au 6o de l'article L. 315-3 du code de l'action sociale et des familles ».

Art. 18. - L'article 33 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé est ainsi modifié :

I. - Au deuxième alinéa, les mots : « des articles 26-1 et 26-2 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « des articles L. 315-3 et L. 315-8 du code de l'action sociale et des familles ».

II. - Au dernier alinéa, les mots : « des opérations mentionnées aux deux précédents alinéas » sont remplacés par les mots : « des opérations mentionnées du 1o au 4o et au 6o de l'article L. 315-3 du code de l'action sociale et des familles ».

Art. 19. - L'article 35 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé est abrogé.

Art. 20. - I. - En tête de l'article 39 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, est ajouté le chiffre « I ».

II. - A la fin du même article, sont ajoutés les alinéas ainsi rédigés :

« Si les produits de l'aide sociale à l'hébergement ou de la prestation spécifique dépendance sont inférieurs à 50 % des produits d'exploitation de la section d'imputation tarifaire auxquels ils se rapportent, l'établissement affecte librement les résultats des sections tarifaires hébergement et dépendance selon les modalités précédemment décrites.

« II. - Le modèle des documents de présentation des budgets, des comptes administratifs et des bilans d'établissement est fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, du budget et de l'intérieur.

« III. - Dans les établissements publics autonomes gérant en budget annexe une dotation non affectée, l'excédent dudit budget annexe est affecté par délibération du conseil d'administration au cours de l'exercice suivant auquel il se rapporte :

« a) Soit à un compte de réserve de compensation ;

« b) Soit au financement d'opérations d'investissement ;

« c) Soit au financement de mesures d'exploitation du budget général. »

Art. 21. - Les deux premiers alinéas de l'article 41 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé sont remplacés par les alinéas ainsi rédigés :

« Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les collectivités territoriales et les établissements publics nationaux qui gèrent un ou plusieurs établissements non personnalisés hébergeant des personnes âgées dépendantes individualisent les dépenses et les recettes de chaque établissement dans un budget annexe appliquant les mêmes règles budgétaires et comptables que les établissements médico-sociaux érigés en établissements publics autonomes.

Sont applicables à ces établissements les articles 3 à 19, 21 à 33, 38, 39 et 52 du présent décret. »

Art. 22. - I. - Il est inséré, dans le décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, un article 54-1 ainsi rédigé :

« Art. 54-1. - I. - En matière budgétaire et comptable, sont applicables aux établissements hébergeant des personnes âgées relevant du 5o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, mais non signataires de la convention prévue à l'article L. 312-8 du même code :

1o Lorsqu'il s'agit d'établissements publics médico-sociaux autonomes, les articles 2 à 5, l'article 6, à l'exception du premier alinéa, les articles 7 à 13, l'article 14, à l'exception du 2o et du 6o, les articles 15, 16, 20, 25, 28 à 31, le deuxième et le troisième alinéa de l'article 33, les articles 34 à

38, l'article 39, à l'exception du troisième alinéa, et les articles 52 et 53 du présent décret ;

2o Lorsqu'il s'agit d'établissements gérés dans le cadre d'un budget annexe des établissements publics de santé prévu au d de l'article R. 714-5-9 du code de la santé publique, les dispositions des articles R. 714-3-1 à R. 714-3-53 du code de la santé publique, et les 2o et 6o de l'article 14, les articles 15, 28, 29, 52 et 53 du présent décret ;

3o Lorsqu'il s'agit d'établissements publics médico-sociaux non personnalisés gérés en budgets annexes, soit d'un établissement public autonome non établissement public de santé, soit d'une collectivité territoriale, les articles 3 à 5, l'article 6, à l'exception du premier alinéa, les articles 7 à 13, l'article 14, à l'exception du 2o et du 6o, les articles 15, 16, 20, 25, 28 à 31, le deuxième et le troisième alinéa de l'article 33, l'article 38, l'article 39, à l'exception du troisième alinéa, l'article 41, à l'exception du deuxième alinéa, les articles 42, 52 et 53 du présent décret ;

4o Lorsqu'il s'agit d'établissements gérés par un organisme de droit privé à but non lucratif et d'organismes de droit privé à but lucratif habilités au titre de l'aide sociale, les articles 3 à 5, l'article 6, à l'exception du premier alinéa, les articles 7 à 13, l'article 14, à l'exception du 2o et du 6o, les articles 15, 16, 20, 25, 28 à 31, le deuxième et le troisième alinéa de l'article 33, l'article 38, l'article 39, à l'exception du troisième alinéa, le dernier alinéa de l'article 43, les articles 44 et 45, l'article 46, à l'exception du premier alinéa, les articles 47, 48, 49, 52 et 53 du présent décret.

II. - Les établissements hébergeant des personnes âgées relevant du 5o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles cessent de relever des dispositions des articles 33, 34 et 37 du décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 susvisé, des articles 3, 4, 10 et 13 du décret no 59-1510 du 29 décembre 1959 susvisé et des articles 2 à 5, 7 à 10, 11, 13 à 19 du décret no 61-9 du 3 janvier 1961 susvisé.

III. - Les établissements hébergeant des personnes âgées relevant du 5o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui accueillent des personnes âgées dépendantes mais qui n'ont pas encore conclu la convention prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles transmettent avec leurs propositions budgétaires :

a) Un projet de convention tripartite prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

b) Les documents prévus au 5o et au 6o de l'article 14 du présent décret. »

II. - A l'article 1er, au premier alinéa de l'article 6, au troisième alinéa de l'article 15, au premier et au deuxième alinéa de l'article 17, au premier et au dernier alinéa de l'article 54 du même décret, les mots : « à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ».

III. - A l'article 1er du même décret, les mots : « 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « 2o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ».

IV. - A l'article 2 du même décret, les mots : « à l'article 18 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles ».

V. - Au deuxième alinéa de l'article 15 du même décret, les mots : « à l'article 26-1 (4o) ou 26-2 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 315-3 (4o) ou L. 315-8 du code de l'action sociale et des familles ».

VI. - Au premier alinéa de l'article 46 du même décret, les mots : « à l'article 16 de la loi du 30 juin 1975 susvisée » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ».

VII. - Dans l'intitulé du titre V du même décret, les mots : « de la loi no 90-600 du 6 juillet 1990 susvisée » sont remplacés par les mots : « des articles L. 342-1 à L. 342-6 du code de l'action sociale et des familles ».

Art. 23. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué à la santé, la secrétaire d'Etat au budget et la secrétaire d'Etat aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE 2

La grille AGGIR

Nom :
Prénom :

Pour chaque variable :

- si la personne ne fait pas seule (qu'il faut faire faire, faire à la place ou tout refaire à chaque fois), on cote C

- si la situation n'est pas évaluée C, il faut répondre par oui ou par non aux 4 adverbess suivants :

S : spontanément

S T H C

T : totalement

la réponse est oui

pour tous les adverbess = A

H : habituellement

la réponse est non

pour 1 à 3 adverbess = B

C : correctement

la réponse est non

pour les 4 adverbess = C

Evaluation faite par					
Date					
Transfert					
Déplacements à l'intérieur					
Toilette	Haut				
	Bas				
Elimination	Urinaire				
	Anale				
Habillage	Haut				
	Moyen				
	Bas				
Alimentation	Se servir				
	Manger				
Communiquer à distance pour alerter					
Déplacements à l'extérieur					
Orientation	Dans le temps				
	Dans l'espace				
Cohérence	Communication				
	Comportement				
Groupe GIR					

Source: www.ibou.fr/aggir/grillephp

ANNEXE 3

Le GROUPE ISO RESSOURCE

Qu'est-ce que le GIR ?

L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale dénommée AGGIR (Autonomie Gérontologie, Groupe Iso Ressource).

Cette grille d'évaluation permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes, appelés GIR ("groupe iso ressource").

Elle fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) pour évaluer la perte d'autonomie.

- Les 6 groupes iso ressources : GIR

GIR 1 :

Correspond au degré de dépendance le plus élevé, c'est à dire les personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 :

Sont classées dans ce groupe deux catégories de personnes âgées :

- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

GIR 3 :

Ce groupe réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 :

Sont intégrées les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage.

Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR 5 :

Ce groupe comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 :

Ce groupe réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de

la vie courante. Seuls les quatre premiers GIR (de 1 à 4) de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

L'évaluation de la perte d'autonomie se fait sur la base de dix-sept variables :

dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance.

sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède trois modalités :

- A : fait seul les actes quotidiens
- B : fait partiellement
- C : ne fait pas.

A quoi bon une mesure de la perte d'autonomie ?

Deux raisons à cela :

primo, ce test peut aider une personne âgée à prendre conscience de son handicap. Ce qui n'a rien d'évident, mettez vous à sa place !

secundo, ce test aide à définir un niveau d'aide par rapport à un handicap. Mesurer la capacité à s'habiller seul, se laver seul..., est le préalable indispensable à la définition d'une solution adaptée : d'une aide à domicile simple jusqu'à, si la situation l'exige, l'hébergement en maison de retraite.

ANNEXE 4

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

ARRETE

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

NOR: SANA0322604A

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, le ministre délégué à la famille, la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 311-3 et L. 311-4 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code civil, et notamment son article 375 ;

Vu l'ordonnance n° 45-74 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 12 février 2003,

Arrêtent :

Article 1

Les établissements, services et modes de prise en charge et d'accompagnement visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles délivrent, dans les conditions prévues à son article L. 311-4, la charte visant à garantir les droits et libertés cités à son article L. 311-3. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au présent arrêté.

Article 2

Les dispositions des articles L. 116-1, L. 116-2, L. 311-3 et L. 313-24 sont jointes en annexe à la charte délivrée à chaque personne bénéficiaire de prestations ou de services et affichées dans l'établissement ou le service.

Article 3

Lorsque la catégorie de prise en charge, d'accompagnement ou lorsque la situation de la personne le justifie, sont annexées les dispositions des articles L. 1110-1 à L. 1110-5 et L. 1111-2 à L. 1111-7 du code de la santé publique en tant qu'elles concernent les droits des personnes bénéficiaires de soins.

Article 4

Le non-respect de l'article 1er, constaté notamment dans le cadre des contrôles prévus aux articles L. 313-13, L. 313-20 et L. 331-1, emporte application des articles L. 313-14 et L. 313-21 du code susvisé.

Article 5

Le directeur général des collectivités locales, le directeur général de l'action sociale et le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses,

lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté.

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information :

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et

d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie.

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes

confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Fait à Paris, le 8 septembre 2003.

ANNEXE 5

Le Gir Moyen Pondéré

Le GMP ou Gir moyen pondéré correspond au niveau de dépendance des résidents dans un établissement.

Le GMP qualifie le niveau de dépendance d'un établissement d'accueil pour personnes âgées.

Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance est important.

Pour exemples : si $GMP > 300$ l'établissement est médicalisé, si $GMP > 700$ l'établissement est équivalent à un hôpital gériatrique.

ANNEXE 6

Les 14 forces du magnétique des Magnet Hospitals

Force	Vous savez que vous l'avez si ...	Termes-clés
1. Qualité du leadership infirmier	Il y a un leader infirmier fort, visible, qui prend des risques et suit une philosophie cohérente lors de la prise de décisions. Il/elle est source de soutien, de représentation et de défense de l'équipe.	Fort, dynamique, très qualifié, supportif, accessible, à l'écoute, prend des risques
2. Structure organisationnelle	La structure organisationnelle est horizontale et favorise la prise de décisions au niveau de l'unité. La représentation infirmière au comité de direction est claire.	Structure horizontale, décentralisée, impliquée dans la prise de décision
3. Style managérial	L'organisation et les cadres infirmiers adoptent un style de gestion participatif. Le feedback provenant des équipes est encouragé, valorisé et pris en considération à tous les niveaux de l'organisation.	Participatif, accessible, communication ouverte, communication efficace
4. Politiques et programmes de personnel	Salaires et avantages sont compétitifs. Les modèles de dotation d'équipe sont créatifs et flexibles. Les équipes sont impliquées dans le développement des politiques de gestion du personnel. Des opportunités intéressantes et nombreuses de développement sont proposées dans le domaine clinique et dans la gestion.	Compétitif, implication personnelle, horaires et dotation flexibles, respect pour « mener une vie personnelle épanouissante »
5. Modèles professionnels de soins	Les modèles de soins apportent aux infirmières responsabilité et autorité pour dispenser des soins de qualité. Les infirmières sont responsables de leur propre pratique et de la coordination des soins.	Responsabilité, autorité, autonomie, pratiques fondées sur les preuves, meilleures pratiques de soins et de gestion
6. Qualité des soins	Délivrer des soins de grande qualité est une priorité organisationnelle, et les leaders infirmiers sont responsables du développement d'un environnement dans lequel des soins d'un niveau élevé de qualité sont procurés aux patients. Les infirmières sont convaincues de la qualité de leur approche et de leurs soins.	Perceptions positives, environnement de soutien, implications du patient

7. Amélioration de la qualité	Des processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité permettent de monitorer et d'améliorer la qualité des soins délivrés dans l'organisation.	Processus continu d'évaluation et d'amélioration, processus non punitif
8. Consultation et ressources	Des experts reconnus, et particulièrement des infirmières cliniciennes (ou de pratique avancée) sont disponibles pour un soutien et une consultation des pairs dans et hors du département ou de l'institution.	Accessible, interdisciplinaire, support des pairs, infirmières de pratique avancée
9. Autonomie	Les infirmières sont autorisées et incitées à exercer une pratique autonome, cohérente et consistante par rapport aux normes de pratique. Un jugement indépendant est exercé au sein des équipes interdisciplinaires.	Responsabilité, autorité, innovation, création, introduction d'approches extérieures à l'institution
10. L'institution et la Communauté	La présence de la communauté est établie par des programmes ouverts sur l'extra-hospitalier ; l'hôpital est perçu comme une force positive qui intègre les citoyens.	Citoyenneté, membre de la communauté, volontariat
11. Les infirmières comme éducateurs	Les infirmières intègrent l'enseignement, la formation, l'éducation dans tous les aspects de leur pratique. Non seulement elles assurent leur fonction d'éducation à la santé auprès des patients, mais servent également de mentors aux jeunes infirmières, aux étudiants infirmiers et à tous ceux ayant une expertise clinique moindre.	Préceptorat, mentorat
12. Image des soins infirmiers	Les autres acteurs de santé estiment les soins infirmiers comme essentiels à la qualité des soins délivrés. Les infirmières sont reconnues à chaque niveau comme part intégrante de la capacité de l'institution de délivrer des soins de qualité.	Positif, respecté, impliqué
13. Relations interdisciplinaires	Le respect mutuel au sein de toutes les disciplines résulte en des relations interdisciplinaires positives.	Collégial, respectueux, esprit d'équipe, partenariat
14. Développement professionnel	Une grande valeur est accordée à la croissance personnelle et professionnelle et au développement. Des programmes de reconnaissance clinique sont en place ainsi que des ressources pour soutenir le développement des compétences cliniques.	Implication, développement de carrière, pratique professionnelle, échelle de compétences cliniques, programme de reconnaissance clinique

ANNEXE 7

Le contenu de formation des aides médico-psychologiques

Le décret du 2 mars 2006 a institué le Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique de niveau V.

Ce diplôme atteste des compétences nécessaires pour exercer une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne auprès de personnes en situation de handicap ou dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.

Programme de la Formation

L'A.M.P intervient au sein d'équipes pluri-professionnelles. Selon les situations, il travaille sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical. C'est ainsi qu'il seconde suivant les structures ou au domicile et selon les circonstances, un éducateur, un animateur ou un infirmier ou un kinésithérapeute. La profession d'aide médico-psychologique constitue une première qualification de la filière éducative.

Les objectifs de la formation

La formation a une double vocation :

- permettre aux stagiaires d'acquérir les compétences recensées dans le référentiel de compétences,
- amener à la construction d'une identité professionnelle.

Présentation de la formation

La formation préparatoire au D.E.A.M.P. se déroule selon le principe de l'alternance entre la formation théorique en centre de formation et la formation pratique mise en œuvre dans les sites qualifiants.

La formation comprend 495 heures d'enseignement théorique et 840 heures de formation pratique mises en œuvre sur une période comprise entre 12 et 24 mois.

ANNEXE 8

**Questionnaire destiné aux cadres de santé, infirmières, aides
soignantes et aides médico-psychologiques et animateurs**

Questionnaire destiné aux cadres de santé

Étudiante Cadre de santé et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire intitulé « La fidélisation des professionnels en Établissement d'Hébergement Pour Personnes-Âgées Dépendantes (EHPAD) dans un contexte de changement de structure (Passage de lieux de soins à lieux de vie) ». A ce titre, j'effectue une enquête auprès des cadres de santé ou socio-éducatif. Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps.

Êtes-vous une femme

Êtes-vous un homme

Quel est votre âge ?

Quel est votre profession ?

Cadre de santé

Faisant fonction cadre de santé

Cadre socio-éducatif

Depuis combien de temps êtes-vous diplômés d'Etat?

Depuis combien de temps exercez-vous en tant que cadre de santé ou faisant fonction dans l'institution?

En Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées (EHPAD) :

Combien y-a-t-il de lits dans votre structure ?

Quelle est le Gir Moyen Pondéré (GMP) de votre ou vos unités d'EHPAD ?

Pourquoi avez-vous choisi d'exercer dans ce service ? Quelles ont été vos motivations et vos motivations aujourd'hui sont-elles identiques ?

Quelle est votre amplitude d'horaire ?

Existe-t-il au sein de votre établissement un projet sur la fidélisation des professionnels soignants ?

Si oui, Pourquoi ce projet ?

Comment s'est-il organisé ?

Combien de personnes ont postulé après le projet ?

Et de quelle formation professionnelle ?

Comment définirez-vous la fidélisation ?

Comment définirez-vous l'attractivité ?

Quelle attractivité avez-vous mis en place au sein de votre institution ?

Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction du personnel soignant ?

Pourquoi ?

Comment définirez-vous le projet de service ?

Pensez-vous que les professionnels soignants soient impliqués par le projet de service ?

Comment transmettez-vous l'information aux soignants ?

Organisez-vous des réunions ou des groupes de travail ?

Qu'en pensent-ils ?

Pensez-vous que le projet de service peut-il fédérer les soignants ?

Quel est l'impact sur l'organisation ?

Quel est l'impact sur les soignants ? Sur les résidents ? Sur l'entourage ?

Questionnaire destiné aux Infirmières

Étudiante Cadre de santé et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire intitulé « La fidélisation des professionnels en Établissement d'Hébergement Pour Personnes-Âgées Dépendantes (EHPAD) dans un contexte de changement de structure (Passage de lieux de soins à lieux de vie) ». A ce titre, j'effectue une enquête auprès des professionnels infirmiers. Ce questionnaire est anonyme.

Merci de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Êtes-vous une femme

Êtes-vous un homme

Êtes-vous domiciliés à proximité de votre lieu de travail ?

Quel est votre âge ?

Depuis combien de temps êtes-vous diplômés d'Etat?

Depuis combien de temps exercez-vous dans la structure ?

Pourquoi avez-vous choisi d'exercer dans ce service ?

Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de personnes âgées ?

Quelles ont été vos motivations et vos motivations aujourd'hui sont-elles identiques ?

Quelle est votre amplitude d'horaire ?

Quelles sont vos activités au sein de l'unité ?

Quelles sont vos missions transversales au sein de votre unité ?

Participez-vous à des groupes de travail, réunions ?

Si oui, lesquels ?

Êtes-vous satisfaits de votre travail ?

Pourquoi ?

Avez-vous participé à l'organisation du travail de votre établissement ?

Connaissez-vous le projet de service de votre structure ?

Pouvez-vous me définir le Projet de service ?

Avez-vous participé à la mise en œuvre de ce projet ?

Si oui, en quelle année ?

Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction ?

Pourquoi ?

Selon vous, le projet de service est-il une guidance pour votre travail ?

Pourquoi ?

Questionnaire destiné aux Aides-soignantes
et Aides Médico-Psychologique

Étudiante Cadre de santé et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire intitulé « La fidélisation des professionnels en Établissement d'Hébergement Pour Personnes-Âgées Dépendantes (EHPAD) dans un contexte de changement de structure (Passage de lieux de soins à lieux de vie) ». A ce titre, j'effectue une enquête auprès des professionnels aides-soignants et aides médico-psychologiques. Ce questionnaire est anonyme.

Merci de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Êtes-vous une femme

Êtes-vous un homme

Êtes-vous domicilié proche de votre lieu de travail ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre diplôme ?

Depuis combien de temps êtes-vous diplômés?

Depuis combien de temps exercez-vous dans la structure ?

Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de personnes âgées ?

Pourquoi avez-vous choisi d'exercer dans ce service ?

Quelles ont été vos motivations et vos motivations aujourd'hui ont-elles changé?

Quelle est votre amplitude d'horaire ?

Quelles sont vos activités au sein de l'unité ?

Quelles sont vos missions transversales au sein de la structure ?

Participez-vous à des groupes de travail, réunions ?

Si oui, lesquels ?

Êtes-vous satisfaits de votre travail ? Pourquoi ?

Avez-vous participé en collaboration avec le reste de l'équipe à l'organisation du travail de votre établissement ?

Connaissez-vous le projet de service de votre structure ?

Si oui, comment l'avez-vous eu connaissance ?

Pouvez-vous me définir le Projet de service ?

Avez-vous participé à la mise en œuvre de ce projet ?

Si oui, en quelle année ?

Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction ?

Pourquoi ?

Selon vous, le projet de service est-il une guidance pour votre travail

Pourquoi ?

Questionnaire destiné aux animateurs

Étudiante Cadre de santé et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire intitulé « La fidélisation des professionnels en Établissement d'Hébergement Pour Personnes-Âgées Dépendantes (EHPAD) dans un contexte de changement de structure (Passage de lieux de soins à lieux de vie) ». A ce titre, j'effectue une enquête auprès des professionnels animateurs. Ce questionnaire est anonyme.

Merci de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Êtes-vous une femme

Êtes-vous un homme

Êtes-vous domiciliés à proximité de votre lieu de travail ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre diplôme ?

Depuis combien de temps êtes-vous diplômés d'Etat relatif aux fonctions d'animation ?

Depuis combien de temps exercez-vous dans la structure ?

Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de personnes âgées ?

Pourquoi avez-vous choisi d'exercer dans ce service ?

Quelles ont été vos motivations et vos motivations aujourd'hui sont-elles identiques ?

Quelle est votre amplitude d'horaire ?

Quelles sont vos activités au sein de l'unité ?

Avez-vous des responsabilités au sein de la structure Participez-vous à des groupes de travail, réunions ?

Si oui, lesquels ?

Êtes-vous satisfaits de votre travail ?

Pourquoi ?

Avez-vous participé en collaboration avec l'équipe soignante à l'organisation du travail de votre établissement ?

Connaissez-vous le projet de service de votre structure ?

Pouvez-vous me définir le Projet de service ?

Avez-vous participé à la mise en œuvre de ce projet ?

Si oui, en quelle année ?

Pensez-vous que le projet de service puisse être un moyen d'implication, de motivation et de satisfaction ?

Pourquoi ?

Quels sont les professionnels qui vous transmettent les informations concernant le projet ?

Selon vous, le projet de service est-il une guidance pour votre travail ?



Diplôme de Cadre de Santé DCS@13-14

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Cadre de santé en EHPAD Un challenge : fidéliser les équipes !!

Laetitia DIVES

MOTS CLES

EHPAD, Soignant
Cadre de santé
Fidélisation, accompagner

KEY WORDS

Organisation Elderly dependent individuals,
caregivers, Health manager
Loyalty, Accompanied

RESUME

Dans un contexte de changement de structure, les EHPAD sont aujourd'hui des lieux de vie accueillant de plus en plus une population vieillissante et dépendante. L'augmentation croissante du niveau de dépendance majore les conditions de travail, le turn-over et l'absentéisme des soignants. En effet, le départ prématuré des soignants était peut-être la conséquence du manque de temps et d'effectifs, les soignants avaient régulièrement le sentiment de travailler dans la rapidité et l'urgence.

Le rôle du cadre était de réfléchir et s'inscrire dans une démarche réflexive sur un projet attractif.

ABSTRACT

In a context of structural change, nursing homes are now living spaces more welcoming aging and dependent population. The increasing level of dependency charge on the working conditions, staff turnover and absenteeism caregivers. Indeed, the premature departure of caregivers was perhaps a consequence of the lack of time and staff, carers had regular work in the sense of speed and urgency. The role of the framework was to reflect and be part of a reflexive approach on an attractive project.