

DU Infirmier Référent en EHPAD et en SSIAD

Année Universitaire 2017/2018

THEME

Les compétences de l'IRCO suffisent-elles pour éviter ou limiter les répercussions des conflits sur la prise en charge des résidents/patients au sein de la structure ?

Rédigé par :

Rosalie GEOLIER

IDE Sssiad Alliance Antillaise

Dirigé par :

Simone CANIQUITTE

**Ancien Cadre de la Fonction
Publique (DRH)**

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. PROBLEMATIQUE.....	3
1. Situation de départ.....	3
2. Cheminement.....	4
III. CADRE DE REFERENCE	5
1. La Personne Agée.....	5
1.1. Définition.....	5
1.2. Aspect psychologique de la vieillesse	5
2. Les Différentes structures d'accueil	6
2.1 Le SSIAD	6
2.2.2. Définition –Missions	6
2.1.2 Objectifs	7
2.1.3 Statistiques.....	8
2.2.Les EHPAD.....	8
2.2.1. Définition	8
2.2.2. Missions.....	10
2.2.3 Les Statistiques.....	11
3. L'Infirmier Coordinateur.....	11
4. Le Management.....	13
4.1. Définition.....	13
4. La Communication	16
5.1. La Communication Verbale	16
5.2 .Comment communiquons-nous ?.....	17
5.3 Qu'est-ce qu'une bonne communication ?.....	17
5.4 Une attitude qui bloque la communication.....	17
5.5 Ecouter l'autre	17
5.6 Le respect de l'autre	18
6. Les Conflits	19

6.1 La Définition de la notion de conflit	19
6.2. Les comportements à l'origine du conflit.....	19
6.3. La façon d'exprimer du désaccord	20
6.4. Les Différents types de conflits.....	21
6.4.1. Les conflits de pouvoir et de rivalité	21
6.4.2. Les conflits interpersonnels liés à l'organisation	21
6.4.3. Les conflits interculturels dans le sens anthropologique	22
6.5. La Gestion des conflits	22
7. Utilités des conflits.....	23
8. Les Différents recours en cas de conflits dans les maisons de retraite.....	24
8.1. Processus de gestion d'un conflit avec la FNAPAEP.....	25
8.2. Les tutelles, les recours si le problème persiste.....	25
9. Les Différents recours en cas de conflits en SSIAD	26
IV. CADRE DE RECHERCHE	27
1. Population et lieux.....	27
2. Outil de recherche	27
3. Méthodologie de recueil des données.....	27
4. Analyse des résultats	28
5. Interprétations des résultats et Réponse à mon questionnement.	37
V. CONCLUSION	40

CONCLUSION en Anglais

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

N° I : Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins a domicile pour personnes âgées.

N° II : Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

N°III : Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

N° IV : Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

N° : Tableau des différents types de caractère

Remerciements

Mes grands remerciements à ma cousine Lydia de m'avoir encouragé tout au long de ma formation, sans son soutien j'aurais abandonné.

Mes vifs remerciements à l'équipe pédagogique pour son investissement tout au long de la formation et surtout après.

Mes remerciements vont aussi à Mme Simone Caniquitte, ma Directrice de Mémoire, cadre de la fonction publique à la retraite(DRH), actuellement formatrice indépendante en Audit, Conseil, accompagnement personnalisé, management, pour avoir accepté de m'accompagner tout au long de mon mémoire.

Merci au conseil d'Administration de m'avoir donné l'opportunité de suivre cette formation.

A mes chères collègues, particulièrement Dina DORSILE et Véronique DEJONGH.

Pour terminer, merci à Mr Franck Garain Sociologue pour m'avoir guidé dans mes recherches littéraires.

Merci

Ce travail est personnel. Toute reproduction intégrale ou en partie est soumise à l'accord préalable de l'Université René Descartes et son auteur.

I . INTRODUCTION

« Etre manager, c'est quelque chose qui ne s'impose pas. C'est une fonction qui nécessite une bonne connaissance de la nature humaine »¹

« Le management est l'art de bien faire les choses, le leadership est l'art de faire les bons choix »²

La communication est l'essence même de la prise en charge globale du patient, mais aussi dans le management dans la profession Infirmière et celle d'Infirmier (ère) Coordinateur (trice) ou Infirmier (ère) Référent(e) appelé « IRCO ou IDEC », que se soit en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées) ou en SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile).

Communiquer, signifie établir un contact avec autrui c'est-à-dire parler, écouter, échanger et comprendre ce qui est exprimé en utilisant la forme verbale ou non verbale.

Le patient en SSIAD ou le Résident en EHPAD, souhaite que le soignant entende ses besoins, ses attentes et ses souffrances physiques et psychologiques. Les familles aussi, ont le besoin de se confier à l'équipe d'encadrement (souhaits, inquiétudes, questionnement sur la prise en charge de leur parent. Pour terminer, les soignants veulent que leurs souffrances, leurs craintes, leurs revendications etc. soient entendus.

Mais qu'arrive-t-il lorsque la communication fait défaut au sein de l'équipe soignante et génère ainsi des conflits ?

Infirmière depuis 8 ans dans un SSIAD sur le territoire de la commune du MOULE-St FRANCOIS en Grande-Terre sur l'île de la Guadeloupe. La structure comprend un responsable, une secrétaire, deux infirmières, six aides-soignantes plus une

¹ BOB NELSON PETER Economy-LE MANAGEMENT POUR LES NULS-
<https://ortinestbot.firebaseio.com/B006O2V6BK.pdf>, 18 janvier 2011

² PETER F.DRUCKER / BOB NELSON PETER Economy-LE MANAGEMENT POUR LES NULS, poche Business, 3^{ème} édition PDF gratuit Thierry BOUDES-<https://ortinestbot.firebaseio.com/B006O2V6BK.pdf>, 18 janvier 2011

remplaçante fixe, ainsi qu'un agent d'entretien. Notre capacité d'accueil est de 40 patients.

J'ai été témoin à plusieurs reprises à des conflits au sein de l'équipe mais aussi avec la hiérarchie et les familles. Certains de ces conflits ont plus ou moins été résolus sans forcément d'incidents sur la prise en charge des patients mais il s'est avéré que certaines fois ces oppositions ont ébranlé les soignantes et généré des répercussions chez les patients.

Ces incessantes rivalités m'ont toujours interpellée et je me demandais s'il était possible de les éviter, diminué voire même les éradiquer. Puis la situation que je décrirai plus bas m'a poussée à faire des recherches et ainsi avoir les outils nécessaires dans ma future profession de cadre de santé, de manager afin de porter un bien être, une qualité de vie, au sein de la structure.

En premier lieu, je vais traiter la problématique en exposant une situation qui a influencé le choix de mon questionnement.

En second lieu, je présenterai mon cadre de référence en plusieurs rubriques : la Personne âgée, le SSIAD, l'EHPAD, l'IRCO, la communication, les conflits.

En troisième lieu, j'exposerai les éléments de ma recherche proprement dite après avoir justifié le choix de mes outils, j'analyserai les résultats et enfin je conclurai par une synthèse et une conclusion en anglais.

II. PROBLEMATIQUE

Au mois de Mars 2018, j'ai fait la connaissance d'une jeune infirmière diplômée au mois de juin 2017, exerçant dans un SSIAD. Elle me confiât son désarroi face à des situations conflictuelles dans sa structure entre l'équipe soignante mais aussi avec la hiérarchie. Elle était en quête d'une solution efficace et adaptée face à l'ampleur des problèmes rencontrés.

1. Situation de départ

Cette situation se déroule au sein d'un SSIAD avec un Responsable, une secrétaire Administrative, une secrétaire médicale, 10 aides-soignantes, 5 infirmiers pour 47 patients.

L'Infirmière à pu observer depuis plus de 6 mois une mise en retrait de plus en plus importante du chef d'entité qui était présent quotidiennement au local pour gérer sa structure et pour assister aux débriefings du matin et de l'après-midi en retour de tournée. Les réunions autrefois organisées les vendredis avec le nombre total de personnel pour discuter de l'organisation des soins et du fonctionnement de la structure, ont elles aussi cessé au fil du temps.

Ce manque d'investissement du cadre de santé a laissé l'organisation de la structure à la charge des soignants notamment à la charge des infirmiers à savoir organisation des plannings, visite chez les médecins traitants, appels des services ambulanciers etc....

Petit à petit cette situation a entraîné des conflits au sein de l'équipe. Ces conflits le plus souvent entre Aides-soignantes et infirmiers ou encore entre infirmiers ont engendré un climat de tension entre collègues. En absence du Responsable, une proposition de planning faite par une infirmière a entraîné le mécontentement des aides-soignantes. Le choix des voitures ou encore le placement d'étudiant sur les tournées ou les pratiques des jeunes infirmières diplômées avec les anciennes pratiques des plus âgées qui sont prohibées .

Les aides-soignantes majoritairement anciennes au sein de la structure acceptent très rarement l'organisation des soins proposée par les infirmiers insistant sur le fait que les infirmiers ne réalisent pas suffisamment de soins de nursing en oubliant cependant le nombre important de soins infirmiers à réaliser lors des tournées souvent très lourdes.

Les conflits entre infirmiers sont causés par le manque de travail en équipe, le manque d'investissement et d'égalité lors des tournées laissant certains tournés plus chargé que d'autres.

Aujourd'hui les infirmiers sont débordés par le nombre important de soins et de tâches administratives à réaliser.

Les aides soignantes travaillent normalement sous la responsabilité des infirmiers mais ces dernières n'acceptent pas l'organisation proposée. Ce qui est encore plus difficile c'est le fait que certaines familles ne veulent plus que certains soignants viennent prendre en charge leur parent malade car des négligences ont été identifiées et signalées au chef d'entité. Aussi certains soignants font les mêmes patients depuis des mois et des mois.

Le chef d'entité informé par les conflits au sein de l'équipe ne met aucune action en place pour redresser son équipe et surtout soutenir les infirmiers. Il nous a dit un jour : « je ne savais pas que j'avais embauché des infirmiers faibles »...

L'infirmier coordonnateur demandé par la structure a été refusé à deux reprises par l'ARS.

2. Cheminement

Cette situation relatée par cette infirmière m'a interpellé a nouveau. Sans aucun jugement ni de position. Il apparait que la communication entre les parties faisait défaut .La « démission » de la hiérarchie et donc le manque de management à généré une cascade de complications (conflits, manque de collaboration, surcharge de travail pour certaines, tâches administratives plus que d'autres) d'où une désorganisation dans les soins, entre les soignantes et une mauvaise prise en charge des patients et évidemment le mécontentement des familles.

La réponse à ce problème selon la hiérarchie est de demander à l'ARS (Agence Régionale de la santé) la possibilité d'embaucher un IRCO.

D'où mon questionnement :

Les compétences de l'IRCO suffisent-elles pour éviter ou limiter les répercussions des conflits sur la prise en charge des résidents/patients au sein de la structure

III. CADRE DE REFERENCE

1. La Personne Agée

1.1. Définition

Pour l’OMS « on est une personne âgée à partir de 60 ans³ », âge qui notifie l’arrêt de la vie active et le début de la retraite.

La personne âgée est avant tout une personne, un être unique, avec une histoire, des projets.

Pour un accompagnement global des usagés, il faut aussi prendre en compte l’aspect psychologique lié au vieillissement.

1.2. Aspect psychologique de la vieillesse

Au niveau affectif, la personne âgée est très sensible au changement, et à l’inattendu qui sont une source d’angoisse pour elle. Elle est très préoccupée par son état de santé, a besoin de dialoguer avec les autres (surtout quand la famille n’est plus présente), a peur de la solitude, d’être livrée à elle-même.

Au niveau sensori-moteur, « *son temps intérieur se ralentissant, elle vit le temps extérieur comme ralenti⁴* » d’où la nécessité d’aller à son rythme, prendre son temps, avoir de la patience, faire avec le patient et non pour le patient. Il est vrai que dans les structures vues le nombre de patients à prendre en charge avec le peu de personnel présent et la gestion du temps à respecter, parfois il s’avère que le soignant pratique dans l’urgence les soins en ne privilégiant pas l’autonomie du patient.

Au niveau cognitif, « *leur capacité d’attention, de concentration diminuée⁵* »

³ Nathalie BISSONNETTE Psychologue ; Aînés – <http://www.psychologuestbruno.com/clientele/aine>

⁴ (LA PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNE AGÉE- www.accesausavoir.livre.eu/ebooks/011_entraide/html-n/ch02.html,avril 2006)

⁵ (LA PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNE AGÉE- www.accesausavoir.livre.eu/ebooks/011_entraide/html-n/ch02.html,avril 2006)

La situation de départ se déroule au sein d'un SSIAD mais peut aussi se retrouver dans un EHPAD, il me paraissait important d'apporter quelques précisions sur ces structures.

2. Les Différentes structures d'accueil

2.1 Le SSIAD

Texte Fondateur des SSIAD (Décret du n° 81-448 mai 1981⁶), (cf. annexe n° I)

Missions renforcée en 2004 (décret du 25 juin 2004)⁷ (cf., annexe n°II)

2.2.2. Définition –Missions

Issu du décret n°2004-613 du 25 juin 2004⁸ (cf. Annexe n° II) relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- De personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes,
- De personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap,
- De personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques (Art.1 du décret du 25 juin 2004)

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées (art.2 décret du 25 juin 2004)

Les interventions sont assurées par :

⁶ Cours du 8 mars 2018 « le SSIAD, Service de Soins Infirmiers A Domicile, Autorisation, Appel à projet, Gestion de l'activité, Indicateurs » par Aurélie FOURNIER, Directrice du CAP 'Santé)

⁷ Cours du 8 mars 2018 « le SSIAD, Service de Soins Infirmiers A Domicile, Autorisation, Appel à projet, Gestion de l'activité, Indicateurs » par Aurélie FOURNIER, Directrice du CAP 'Santé)

⁸<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170&categorieLien=id>

- Des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux
- Des aides -soignantes qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l’accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques Art. 3 Décret du 25 juin 2004)
- Des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues en tant que de besoin.
- Le service de soins infirmier à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié.
- Des infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d’un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve d’avoir conclu une convention avec l’organisme gestionnaire de ce service.

Les SSIAD sont prises en charge directement et intégralement par l’Assurance maladie et subventionnés par l’ARS

Il est à noter que « *les infirmiers exercent les actes relevant de leur compétence, **organisent le travail des aides-soignantes** [...] **des aides -soignantes qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels** ». Ensuite « *les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations **de soins infirmiers** sous la **forme de soins techniques** ou de soins de base et relationnels ». La situation initiale nous montre que les aides-soignants refusaient l’autorité des infirmiers, et trouvaient que les infirmiers n’assuraient pas suffisamment de soins de bases en plus du nombre important de leurs soins technique. Il est bien dit que les soins de base étaient réservés particulièrement aux aides-soignantes.**

2.1.2 Objectifs ⁹

1. Faciliter le retour à domicile après une hospitalisation

⁹ Cours du 8 mars 2018 « le SSIAD, Service de Soins Infirmiers A Domicile, Autorisation, Appel à projet, Gestion de l’activité, Indicateurs » par Aurélie FOURNIER, Directrice du CAP ‘Santé)

2. Eviter ou retarder les hospitalisations
3. Apporter conseils aux patients, aidants, entourage
4. Aider les personnes à mieux vivre leur dépendance
5. Accompagner les personnes en fin de vie lorsqu'elles le souhaitent

2.1.3 Statistiques

Selon le site de l'INSEE le nombre de SSIAD + SPASAD en France au 31 /12/2015 est de 2131 pour 124038 places¹⁰

Dont¹¹ :

- 17 SSIAD en Guadeloupe pour une prise en charge de 640 personnes
- 11 SSIAD en MARTINIQUE
- 1 SSIAD en GUYANE
- 3 SSIAD à la REUNION
- 1 SSIAD à Saint-Pierre et Miquelon

2.2.Les EHPAD

Régis par le décret n°2016-2016 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (cf. annexe n° III)

2.2.1. Définition ¹²

Un EHPAD est un établissement médico-social, qui assure l'hébergement de personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie totale ou partielle¹³. Ils accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide, d'assistance et de soins au quotidien

¹⁰<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488&q=personnes+agees+dependantes>

¹¹ <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/service-de-soins-infirmiers-a-domicile--s-s-i-a-d--354/rgn-dom-tom.html#dom-tom>

¹² [https:// www.Essentiel-autonomie-humanis.com](https://www.Essentiel-autonomie-humanis.com), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)-25 janv.2017 mise à jour le 19/09/201

¹³ https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ANNUAIRE_EHPAD_au_4_Novembre_2016_0.pdf

.Elles peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne . Elles sont en perte d'autonomie pour des raisons physiques ou mentales (ces personnes ne peuvent plus rester seules chez elles). Ces structures peuvent recevoir les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladie apparentées¹⁴, mais aussi des personnes valides.

Un EHPAD peut être public, privé ou associatif. Sa création est soumise à une procédure conjointe d'autorisation préalable du Président du Conseil Général et du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

L'agrément EHPAD se traduisait par la signature d'une convention tripartite entre le Conseil Général, l'Agence Régionale de Santé et l'association gestionnaire de l'établissement jusqu' en 2002 substitution par des CPOM (cf . annexe n°IV) depuis Janvier 2018. Cette convention précise entre autres, le budget de l'établissement qui se répartit entre :

- L'hébergement (prise en charge possible par le département avec l'aide sociale)
- La dépendance (prise en charge possible par le conseil général avec l'APA)
- Les soins (pris en charge par l'ARS et la sécurité sociale)¹⁵

L'encadrement est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de :

- 1 médecin coordonateur,
- Des infirmiers
- Des aides-soignants
- Des aides médio-psychologiques
- Un psychologue,
- Un ergothérapeute,
- Un psychomotricien
- Un assistant de soins en gérontologie

Il existe différents modes d'accueil

¹⁴ [https:// www.Essentiel-autonomie-humanis.com](https://www.Essentiel-autonomie-humanis.com), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)-25 janv.2017 mise à jour le 19/09/201

¹⁵ https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ANNUAIRE_EHPAD_au_4_Novembre_2016_0.pdf

L'hébergement permanent pour une prise en charge 24 h/24 pour les personnes dépendantes et dont le maintien à domicile devient difficile

- Les unités Alzheimer : prise en charge au sein d'unités sécurisées et spécifiques des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés
- Des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) accueillent à la journée les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés afin de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques adaptées.
- Les unités d'Hébergement Renforcées (UHR) accueillent 11 à 14 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ayant des troubles du comportement sévères

L'hébergement temporaire est de quelques semaines à quelques mois (maximum 3 mois) pour faire face à des difficultés ponctuelles (retour hospitalisation, vacances des aidants) ou pour préparer progressivement une entrée définitive dans la structure.

L'accueil de jour se définit en une journée ou demi-journée ou plusieurs jours dans la semaine afin de préserver, maintenir l'autonomie des personnes et soulager les aidants.

Les frais en hébergement varient d'un établissement à l'autre et du niveau de dépendance.

2.2.2. Missions¹⁶

- Accompagner les personnes âgées en préservant leur autonomie à travers une prise en charge globale comprenant :
 - L'hébergement à temps complet ou partiel,
 - Restauration et la blanchisserie,
 - Des animations et vie sociale,
 - Surveillance médicale,
 - Soins médicaux et paramédicaux adaptés
- Un projet d'accompagnement personnalisé (avec la collaboration de la personne de confiance), adapté au besoin,

¹⁶ [https:// www.Essentiel-autonomie-humanis.com](https://www.Essentiel-autonomie-humanis.com), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)-25 janv.2017 mise à jour le 19/09/201

- Un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies

2.2.3 Les Statistiques

Selon l'INSEE le nombre d'EHPAD en France est 7400 pour 600380 pour un nombre de place installé au 31 décembre 2015¹⁷.

Dont :¹⁸

- 17 EHPAD en Guadeloupe dont 10 en Grande-Terre et 07 en Basse-Terre
 - 1 1 EHPAD à Saint- Martin
 - 1 1 EHPAD à st Barthelemy

3. L'Infirmier Coordinateur¹⁹

Également appelé « infirmier référent » (IDER), l'infirmier coordinateur (IDEC) intervient en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) ou dans un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Sa présence est devenue une condition quasi-indispensable au conventionnement des EHPAD. Il est rattaché à la direction et en collaboration avec le médecin coordonnateur.

Les missions de l'IDEC sont multiples et de plus en plus complexes, d'autant que la fonction évolue vers une fonction de cadre de santé et s'articule autour de 4 axes : la connaissance du secteur gérontologique, les spécificités du vieillissement, le management des équipes de soins et la conduite de projets.

Parmi ces missions²⁰ :

- **Accompagnement des résidents et de leur famille** en participant notamment à l'examen des demandes d'admission et à l'accueil des entrants (première visite

¹⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488,tableau> de l'économie française –édition 2018, parue le 27/02/2018-Personnes âgées dépendantes.

¹⁸ https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ANNUAIRE_EHPAD_au_4_Novembre_2016_0.pdf

¹⁹ <http://www.agevillage.com/article-7095-1-Le-metier-d-infirmier-ere-coordonateur-trice-IDEC-.html>

²⁰ <http://www.agevillage.com/article-7095-1-Le-metier-d-infirmier-ere-coordonateur-trice-IDEC-.html>

notamment), à l'élaboration et à la mise en place des projets de soins et de vie individualisés, en informant les familles notamment dans la gestion de la fin de vie (directives anticipées) et en participant au Conseil de la vie sociale (CVS)

- **Coordination des activités de l'équipe soignante** (aide-soignante, aide médico-psychologique en lien avec le médecin coordonnateur). L'IDEC assure les relations avec les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, pédicures, infirmiers...), anime l'équipe et optimise les temps de travail, supervise la prise de médicaments (contrôle et suivi des ordonnances et de la bonne distribution), participe à l'évaluation de l'autonomie de la personne (GIR et GMP), renseigne tous comportements ou événements concernant le résident (chutes, incontinence, escarres, décès, hospitalisation...) susceptibles de modifier le programme de soins. L'IDEC s'assure aussi de la continuité des soins, notamment la nuit, le week-end et les jours fériés.
- **Gestion de la qualité** avec la mise en place de protocoles et de leur évaluation (hygiène, nutrition, prévention des chutes, des accidents, du risque infectieux ou encore de la maltraitance), avec les déclarations obligatoires (maltraitance, pharmacovigilance, matériovigilance)...
- **Gestion du personnel** avec l'organisation des plannings, la gestion de l'absentéisme, la formation, l'évaluation, ainsi que la prévention et la gestion des conflits...
- **Gestion logistique des repas** (commandes, respect des régimes, réclamations), de la blanchisserie (marquage du linge des résidents, entretien...), de l'entretien des locaux (protocoles, traçabilité), le matériel, les produits d'incontinence (gestion, référent)...

En résumé l'Idéc à un rôle prépondérant dans la gestion et le management de la structure, c'est un maillon fort .

Elle fait le lien de la hiérarchie aux familles en passant par le résident, les soignants, le personnel administratifs, les personnels paramédicaux et le personnel technique.

Elle assure la coordination de toutes ces personnes afin d'assurer une bonne marche de l'établissement pour éviter les conflits et donner une qualité de service irréprochable pour une bonne prise en charge des résidents/patients. IL est vrai qu'en SSIAD la configuration est différente mais les compétences restent les mêmes à la différence

que les patients sont chez eux dans leur environnement avec leurs habitudes, avec une présence de la famille 24h/24h qui observe qui épie. A domicile le soignants, très souvent que rarement endosse le rôle de l'assistance sociale, le psychologue, le psychiatre, le conciliateur, etc .. car nous pénétrons dans l'intimité familiale et d'où la gestion des conflits familiaux, la gestion des autres intervenants à domicile, la gestion des médecins traitants qui ne se déplacent pas le plus souvent .Comme en Ehpad, l'Idec peut se faire accompagner par le médecin Coordonnateur ou par le chef d'entité en SSIAD pour l'encadrement. Si le responsable du SSIAD « démissionne » de son rôle de gestionnaire , de manager , les taches allouées aux soignantes deviendrons de plus en plus difficiles pour l'équipe et principalement pour les infirmiers restant des chefs d'équipe des aides-soignants qui travaillent sous leur autorités. Dans la situation initiale décrite au début, l'absence du chef d'entité à entraîné le bouleversement de toute l'équipe, des conflits et malheureusement des répercussions sur la prise en charge des patients d'où le refus de certaines familles de recevoir certains soignants car des négligences ont été observées et signalées. Devant ces difficultés de management, le responsable met tout espoir sur la présence d'un IDEC . Au cours de mon enquête, l'ensemble des soignants pensent que l'IRCO est le seule recours pour régler les conflits (soignants patients familles). En somme, la bonne gestion d'une équipe requière des compétences de management.

4. Le Management

4.1. Définition

Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise²¹.

Il existe plusieurs styles de management ²²:

- Style déléгатif (Responsabiliser, donner des missions)
- Style participatif (Epauler, écouter, associer, négocier)
- Style persuasif (Entrainer, mobiliser, encourager)
- Style directif (Diriger, structurer, contrôler, superviser)

Selon Patricia Braflan-Trobo ²³ « *les théories du management et la gestion ne sont en rien universelles* » Elle poursuit en disant : « *il revient à chaque peuple, chaque pays, chaque*

²¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022>

²² Nadine DEFILLON –cours « la communication managériale outils stratégique » DU IRCO 2017- 2018

région de concevoir, de construire un mode de gestion de son organisation qui lui convienne ». ²⁴ Au début de mon introduction je citais : « *Etre manager, c'est quelque chose qui ne s'impose pas. C'est une fonction qui nécessite une bonne connaissance de la nature humaine* » ²⁵

Contrairement à tous ce que nous avons lu sur l'universalité de la théorie du management et la gestion, Patricia Braflan- Trobo vient nous le contredire, Pourquoi ?

Allez faisons une escale en Guadeloupe : « neg pé pa dirigé neg » : quand l'histoire rencontre le management » ²⁶

J'ai toujours entendu dire « pan neg peke dirige mwen » ou neg paka dirige neg » ce qui veut dire : « aucun nègre ne va me manager, ou encore les nègres ne dirigent pas les nègres ».

Patricia Braflan-Trobo sociologue, dans son livre « *société post esclavagiste et management endogène à la Guadeloupe* » nous dit ²⁷ : cette phrase citée plus haut est prononcée par des cadres, des managers, des chefs d'entreprise, des présidents d'associations, se rattachant à la composante dite noire de la population, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté avec les membres de leur équipe qui sont de la même appartenance ethnique.

Elle poursuit en disant ²⁸ « ce qui expliquerait toute la difficulté à faire travailler les guadeloupéens ensemble du groupe noir par les cadres ou chefs d'entreprise dits blancs [...] et les drames qui peuvent subvenir dans les entreprises et les organisations qui mettent en présence des personnes de cette composante ethnique ».

Elle explique l'origine de cette « construction mentale négative » dans l'histoire récente du pays. Elle rappelle que « l'esclave, ancêtre de l'afro guadeloupéen, a été tantôt une bête, tantôt un bien, mais aussi surtout un outil de production. Puis il est devenu un être humain de « race » dite inférieure. Au contrario, le blanc était colon, maître puis « race » supérieure. Sur

²³ Patricia Braflan-Trobo, *Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe*, édition Harmattan, 2009, page 297

²⁴ Patricia Braflan-Trobo, *Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe*, édition Harmattan, 2009, page 297-298

²⁵ BOB NELSON PETER Economy-LE MANAGEMENT POUR LES NULS-
<https://ortinelvestbot.firebaseio.com/B006O2V6BK.pdf>, 18 janvier 2011

²⁶ Patricia Braflan-Trobo, *Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe*, édition Harmattan, 2009, chap .5 page 281

²⁷ Patricia Braflan-Trobo, *Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe*, édition Harmattan, 2009, chap.5, page 281

²⁸ Patricia Braflan-Trobo, *Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe*, édition Harmattan, 2009, page 282

la plantation, le principal poste de commandement qui était accordé à un afrodescendant était celui de commandeur. Il était dépositaire de l'autorité du maître et devait être sélectionné avec la méchanceté comme critère premier. Car « plus méchant » que les autres, le commandeur ne s'en faisait que mieux craindre, connaissant les ruses de ces semblables et aussi était habilité à infliger des punitions²⁹.

La sociologue Patricia Braflan Trobo cite Juliette Esméralda-Amon docteure en sociologie « cette pratique n'était pas sans conséquence sur les esclaves car « de la sorte, et à l'issue de cette manipulation, l'expérience de la douleur et de la trace laissée dans l'inconscient avait la couleur de son congénère, de l'autre et soi-même ³⁰».

Elle nous dit ³¹: « 160 ans après l'abolition de l'esclavage, en Guadeloupe, il n'est pas surprenant que de telles constructions continuent à infuser la réalité sociale surtout dans la direction et le management des hommes. C'est ainsi que le « négé par dirigé négé pousse nombre de cadres dits noirs à se sous-estimer et pense devoir leur place qu'à une « faveur qui leur serait faite par ledit blanc. Elle poursuit : toute difficulté relationnelle rencontrée par ces cadres est pour eux d'emblée un signe d'échec et reportée à la couleur de leur peau et empêcherait toute gestion objective de situations professionnelles somme toute banale.

Selon elle, il est primordial que les guadeloupéens soient conscients que leur poste ou leur fonction leurs sont dus grâce à leurs compétences dont l'entreprise, l'organisation a besoin³². Le manager guadeloupéen aura comme défi d'avoir la capacité de décider en tenant compte de contrainte économique et politique (avec un taux de syndicalisation de près de 30% en Guadeloupe contre 8% en France, les partenaires sociaux étant incontournables en Guadeloupe³³). Une connaissance de l'histoire devrait permettre au manager ou chef d'entreprise dit blanc de comprendre pourquoi des attitudes, propos, postures ne « passent »

²⁹ Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 283-284

³⁰ Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 285

³¹ Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 286

³² Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 294

³³ Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 299

pas et peuvent déboucher sur des conflits violents. il doit tenir compte aussi de l'identité et la culture³⁴.

Enfin, elle termine en expliquant que le manager guadeloupéens doit construire une identité managériale autonome et ce management pourrait être qualifié de management endogène à la Guadeloupe³⁵.

Pourquoi cette parenthèse ? Eh bien tout simplement parce que cela expliquera pourquoi j'ai eu des difficultés à avoir des accords pour des entretiens auprès des Irco, des directeurs de SSIAD mais aussi des soignants. Ils ont privilégié les enquêtes. Pour l'ensemble des personnes contactées, la majorité a trouvé que le thème du mémoire était trop sensible et je pense que pouvait montrer un côté de leur management

Il est vrai que manager c'est diriger, conduire, organiser etc mais c'est aussi et surtout échanger d'où le chapitre suivant.

4. La Communication

« Vous serez d'abord vu puis entendu avant d'être compris »³⁶

5.1. La Communication Verbale

La parole est peut-être l'instrument le plus important que nous ayons à notre disposition pour rendre notre vie intéressante. Elle nous permet de montrer aux autres ce que nous sommes ce que nous pensons, ce que les autres pensent de nous, ce que nous ressentons, ce que les autres ressentent vis-à-vis de nous et des autres, ce qu'ils disent, ce qu'ils attendent de vous et de la vie en générale³⁷.

³⁴ Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 300-301

³⁵ Patricia Braflan-Trobo, Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009, page 299

³⁶ Nadine DEFILLON –cours « la communication managériale outils stratégique » DU IRCO 2017- 2018

³⁷ J-Marie BOISVERT, Madeleine BEAUDRY « S'affirmer et communiquer » les éditions de l'HOMME – page 129 chap.6

5.2 .Comment communiquons-nous ³⁸?

Quand deux personnes communiquent, il y a un « émetteur » et un « r récepteur ».

L'émetteur c'est celui qui parle, celui-ci à une « intention » c'est-à-dire une certaine idée de ce qu'il veut dire à l'autre (le récepteur) ou une idée de ce qu'il veut que l'autre comprenne. Le récepteur c'est celui qui reçoit le message. Puis il y a la rétroaction ou feed-back qui est un élément essentiel pour qu'il y ait communication.

5.3 Qu'est-ce qu'une bonne communication³⁹ ?

Pour que la communication soit bonne celui qui parle doit clarifier ses intentions en exprimant le plus fidèlement possible ce qu'il pense, veut ou ressent, autant au niveau verbal que non verbal. Le langage doit être assez clair et précis pour que le récepteur n'ait pas à deviner ou lire entre les lignes. Le récepteur essaie de saisir le plus fidèlement possible l'intention de l'émetteur.

5.4 Une attitude qui bloque la communication⁴⁰

C'est quand une personne est tellement certaine d'avoir raison ou de dire les choses les plus intéressantes qu'elle pense que c'est une perte de temps d'écouter l'autre et lui laisse à peine le temps de parler et de terminer ses phrases.

Etre un bon récepteur, savoir se taire pour écouter, c'est important dans la communication.

Dans toute communication, échange avec l'autre et précisément dans la communication managériale il faut savoir d'une part :

5.5 Ecouter l'autre ⁴¹

Un des principaux problèmes dans la relation interpersonnelle consiste en ce fait que nous ne prenons pas le temps d'écouter l'autre. Nous avons l'habitude de juger l'autre de l'approuver ou le désapprouver rapidement surtout quand nous nous sentons impliqués nous même quand

³⁸ J-Marie BOISVERT, Madeleine BEAUDRY « S'affirmer et communiquer » les éditions de l'HOMME – page 100

³⁹ J-Marie BOISVERT, Madeleine BEAUDRY « S'affirmer et communiquer » les éditions de l'HOMME – page 101

⁴⁰ J-Marie BOISVERT, Madeleine BEAUDRY « S'affirmer et communiquer » les éditions de l'HOMME – page 102

⁴¹ J-Marie BOISVERT, Madeleine BEAUDRY « S'affirmer et communiquer » les éditions de l'HOMME – page 138

nous avons-nous-même un intérêt évident ou caché à ce que l'autre ait raison ou tort. Nous pouvons alors facilement oublier le message de l'autre, ce qui crée incompréhension et querelles inutiles.

Et d'autre part :

5.6 Le respect de l'autre

Quand quelqu'un nous fait du mal ou quand nous pensons qu'il va nous faire du mal ou quand nous pensons qu'il va faire du mal nous avons souvent tendance à essayer de lui faire mal à notre tour ou de l'empêcher de parler, ceci détériore grandement la communication.

Plus nous sommes blessés ou plus nous pensons que nous allons l'être, plus il est difficile d'éviter cette réaction et pourtant c'est au moment où nous sommes les plus insultés qu'il est le plus important d'éviter la mésentente si nous tenons à demeurer en relation avec quelqu'un.

En faisant le lien avec mon enquête, l'ensemble des soignants ont répondu que le manque de communication, le manque d'écoute, d'incompréhensions, sont des attitudes et des comportements qui sont susceptibles de générer ou entretenir ou envenimer un conflit. Ils disent aussi qu'il est possible d'anticiper les éventuels conflits en ayant une bonne communication au sein de l'équipe et une bonne écoute des parties, et ces deux comportements pouvaient permettre de faire face efficacement à une situation conflictuelle.

En analysant la situation initiale, on constate qu'il y a un véritable manque de communication au sein de l'équipe voire dans la structure et il va de soi, d'écoute, d'échange entre les parties. L'absence de ces éléments ont bien entendu généré des conflits dans l'équipe mais aussi au domicile des patients d'où le refus des parents que certaines soignantes viennent prendre en charge leur malade. Un soignant disait « *pour une bonne prise en charge des résidents il faut une bonne cohésion de l'équipe* ».

En somme quand la communication est défectueuse il y a conflit.

6. Les Conflits

6.1 La Définition de la notion de conflit⁴²

Dominique PICARD psychosociologue, nous dit : « Le terme conflit évoque le combat, la lutte (un conflit armé) : c'est la rencontre d'éléments qui s'opposent (« le conflit entre la raison et la passion »), de positions antagonistes (« arbitrage d'un conflit ») : il renvoie souvent à une relation de tension et d'opposition entre personne (« conflits familiaux »).

Il explique aussi que le conflit « désigne une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme. Celui-ci peut-être dû à la présence simultanée de forces opposées à un désaccord (sur des valeurs, des opinions, des positions) à une rivalité lorsque des acteurs sont en compétition pour atteindre le même but ou possède le même objet (personne bien, statut territoire) ou à une inimitié affective (animosité, hostilité, haine) » .

Si je me réfère à la situation que j'ai exposé au départ, nous pouvons remarquer qu'il y a bien deux forces opposées à un désaccord : les Aides soignantes d'un coté et les infirmières de l'autre coté.

Afin de permettre une meilleure compréhension des conflits, j'ai jugé utile de traiter :

6.2. Les comportements à l'origine du conflit⁴³

En recueillant les données dans cet ouvrage, j'ai retenu parmi d'autres :

« Le non-dit : ce qui n'est pas explicitement dit, soit parce qu'il est l'expression d'un implicite, une évidence qu'il ne serait pas nécessaire de verbaliser pour l'individu ou le groupe d'individus, soit parce qu'il réfute une volonté de cacher une information permettant à celui qui la détient de renforcer son pouvoir.

Parfois le non-dit peut adopter une force exprimée, de façon involontaire, par des sourires en coin, des silences pesants, des attitudes comportementales non verbales souvent difficiles à

⁴² Dominique PICARD psychosociologue, professeur des universités, EDMONDMARC « Que-sais-je ? » Les conflits relationnels » Page 13 Chap. .I

⁴³ Dominique PICARD psychosociologue, professeur des universités, EDMONDMARC « Que-sais-je ? » Les conflits relationnels » Page 97-98

déchiffrer et qui peuvent produire des effets dévastateurs, mais aussi peut provoquer des erreurs d'interprétation, de sentiments d'être une cible et, s'il devient dominant, il risque de dégrader l'ambiance de travail au point de générer les conflits.

En effet, une soignante disait qu'il était possible d'anticiper les éventuels conflits en « *observant le comportement des personnes, en faisant attention aux éventuels remarques qui peuvent être faites sur le ton de l'ironie* ».

Ensuite, Les malentendus : l'incompréhension se fonde toujours sur une erreur d'interprétation qui est d'abord unilatérale. C'est une source de conflits faciles à résoudre en prenant le temps de s'écouter et de se comprendre. »

6.3. La façon d'exprimer du désaccord⁴⁴

L'auteur explique : « dans une entreprise où le « chef à toujours raison », il est clair que toute expression de désaccord est prohibée ».

Puis, L'ego : certaines personnes aiment à exposer leurs opinions dans un but dominateur où les éventuels échanges ne seront acceptables que pour valoriser ses propos, et où seule la victoire de sa propre opinion, et oui seule la victoire de sa propre opinion a un intérêt.

Loin de l'idée que toute opposition peut être constructive, ce type d'individu recherche la joute verbale dans le but d'assurer sa supériorité oratoire : le conflit devient alors un support de mise en lumière de sa propre personne.

L'auteur⁴⁵ de « Comment l'Homme gère ses conflits professionnels » nous renseigne que les recherches prouvent que nous réagissons aux situations que nous rencontrons de façon prévisible, et cela révèle notre type de comportement. Il poursuit en disant que si nous connaissons notre type et discernons les traits distinctifs de ceux qui nous entourent, nous éviterons bien des conflits. Aussi, il nous propose une liste des différentes manières d'agir qui

⁴⁴ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET) « La Gestion des conflits pour les nuls Business » -Pages 125-126

⁴⁵ Paul TOMLINSON « comment l'Homme gère ses conflits professionnelles, Page 73-72

composent notre type personnel de comportement. IL affirme qu'il n'y a pas de bons et de mauvais types, et chacun de nous présente un peu toutes les caractéristiques (cf .annexe n°

L'auteur nous demande d'analyser ce tableau (cf annexe n°V) et de nous rendre compte que si deux ou plusieurs personnes ont des traits de caractère opposés, là est la base essentielle de nos conflits. Il explique que chaque caractéristique peut être envisagée d'une façon positive ou négative. Il donne l'exemple suivant : les personnes rigides aiment être organisées et suivre un plan mais si on considère qu'elles sont « bornées et inflexibles » ce qui peut générer un conflit.

6.4. Les Différents types de conflits⁴⁶

Parmi les différents types de conflits cités dans les ouvrages nous avons retenus :

6.4.1. Les conflits de pouvoir et de rivalité

C'est le désir d'être au dessus des autres socialement et psychologiquement, cela conduit à adopter les comportements de domination tels que la volonté de l'emporter sur l'autre a tout prix, avoir toujours le dernier mot ou avoir toujours raison contre l'autre.

L'auteur nous propose pour sortir de ce type de situation conflictuelle, de revenir à une clarification des rôles de chacun au regard de la qualité de travail attendue.

Nous remarquerons que dans le conflit du SSIAD, le manque de manager, de communication a engendré un conflit de pouvoir et de rivalité entre aides-soignantes et infirmiers. Ce conflit de pouvoir me fait penser qu'il pourrait aussi venir de l'approche des guadeloupéens au management, « neg pa ka dirigé neg ».

6.4.2. Les conflits interpersonnels liés à l'organisation

Sont issus de la confrontation de deux représentations personnelles d'une situation, d'une activité etc.... et pour résoudre ce conflit il nous est proposé de poser les questions adaptées ;

- Pourquoi fais-tu comme ceci ?

⁴⁶ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »- pages 160-175

- A quoi estimes-tu que ton travail est bien fait ?
- Etc.,

6.4.3. Les conflits interculturels dans le sens anthropologique ⁴⁷

Qui désigne les croyances, les valeurs et les comportements qui caractérisent les membres d'un même groupe. Ces comportements sont encouragés par le groupe. Ce phénomène collectif exerce une influence psychologique et comportementale sur les individus.

Après avoir compris comment naissent les conflits, il me paraissait important de trouver les solutions pour les désamorcer.

6.5. La Gestion des conflits⁴⁸

Les auteurs nous donnent quelques pistes à savoir :

La distinction entre les styles de communication directe et indirecte : abordé un sujet délicat trop brutalement avec des personnes habituées au style indirect risque d'exprimer les choses en les froissant, plutôt que de dissiper des malentendus.

Il faut un entretien en tête à tête, bien préparer et organiser pour soulever la gestion délicatement et programmer un deuxième entretien plus en profondeur et négocier une solution.

On peut demander aux acteurs d'un conflit de travailler ensemble sur la recherche d'une solution commune et le responsable peut jouer le rôle de médiateur

S'entretenir avec les protagonistes, les convier à des réunions où à des ateliers soigneusement préparés et créer les conditions d'un dialogue constructif ⁴⁹

Le rythme avec lequel on traite les problèmes est aussi crucial ⁵⁰

⁴⁷ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »- pages 276-277

⁴⁸ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »- pages 376

⁴⁹ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »- pages 385

En effet, les pistes donnés par les soignants interrogés sont semblables à celle de l'auteur telles que : « *la confrontation des parties, la discussion collégiale lors des réunions, entretien avec les familles pour mettre les choses au claire, recherches de solutions en communs* » . L'IRCO proposent des « *Rappels des différentes règles (règlement de fonctionnement, règlement intérieur, code du travail, recommandation de bonnes pratiques) aux personnes concernées* ».

Au cours de nos recherches, nous avons découvert que les conflits n'étaient pas forcément négatifs au sein d'une entreprise d'où notre prochaine rubrique.

7. Utilités des conflits⁵¹

Nous ne pouvons pas exclure le conflit de notre vie professionnelle : un certain niveau de conflit est naturel. Il faut donc le considérer comme un levier plutôt que comme un frein. C'est une opportunité pour une équipe de se remettre en question, de mieux se comporter et de réduire les incidences de désaccorde à l'avenir.

L'important consiste à le détecter rapidement et à intervenir efficacement dès qu'il menace de déstabiliser l'équipe⁵².

L'entreprise est un lieu où des individus se réunissent pour faire ensemble quelque chose qu'ils ne pourraient faire seuls.

C'est aussi un lieu inévitable de confrontations humaines parce qu'elle conduit les individus à travailler ensembles, c'est-à-dire à coopérer, à partager des idées, des savoirs, des projets, à apporter du soutien, à produire ensemble etc.⁵³

L'affectio societatis est ce qui assure la cohésion autour de l'existence de l'entreprise et même s'il est ébranlé par des conflits, pour autant l'entreprise pourra y résister.

⁵⁰ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »- pages 387

⁵¹ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »

⁵² Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »page 306-307

⁵³ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business »page 401-402

L' affectio societatis est une locution d'origine latine qui désigne l'élément intentionnel indispensable à la formation du lien entre les personnes qui ont décidé de participer au capital et à la réussite de toute société, qu'elle soit civile ou commerciale⁵⁴

Si je me réfère au conflit de la situation initiale, je pense que le désaccord existait avant même que le responsable décide de s'éloigner peu à peu du management de la structure laissant la gestion aux infirmières. C'est pour cette raison qu'il a fait la demande d'autorisation pour le recrutement d'un IRCO. Ce qui montre parfois l'utilité d'un conflit au sein d'une structure.

Malheureusement, malgré les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour régler les conflits entre les parties dans l'établissement afin d'éviter qu'il y ait des répercussions sur la prise en charge des résidents ou patients, ceux-ci peuvent perdurer. Heureusement, il existe des moyens de recours en dernier lieu pour les résoudre définitivement.

8. Les Différents recours en cas de conflits dans les maisons de retraite⁵⁵

Depuis la loi du 2 janvier 2002 les usagers des services médico-sociaux peuvent faire appel à des « médiateurs recours » (souvent d'anciens professionnels à la retraite) qui sont désignés par le président du conseil général.

Les Associations de malades comme France Alzheimer, France Parkinson (associations fédérées nationalement, avec des antennes départementales).

La FNAPAEF (Fédération Nationale des Associations et Amis des Personnes Agées Et de leurs Familles) dont l'objectif est la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité de la personne âgée fragilisée, en concertation avec les Pouvoirs Publics. Elle est régulièrement consultée sur les questions relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et la perte d'autonomie⁵⁶.

⁵⁴ Caroline FACY, Samuel Legrand et Stéphane MOUSSET- « La Gestion des conflits pour les nuls Business » page 395-400

⁵⁵ <http://www.agevillage.com/article-3165-1-Maisons-de-retraite-les-recours-en-cas-de-conflits-ou-de-litiges.html>

⁵⁶ <https://www.fnapaef.com>

8.1.Processus de gestion d'un conflit avec la FNAPAEF

La présidente de la FNAPAEF, Joëlle Le Gall nous explique le processus classique de gestion d'un conflit

1. La famille, voire le résident appelle l'association locale, la fédération : un long échange téléphonique est nécessaire pour tenter d'identifier les faits et non des ressentis, bien rester dans "l'intérêt du résident vulnérable". La FNAPAEF demande aux familles de lui envoyer "une synthèse écrite des doléances".

2. La FNAPAEF contacte par téléphone l'établissement incriminé et tente de dénouer le conflit. Parfois le responsable d'une association locale peut se déplacer.

3. Si le problème persiste, si la "direction ne bouge pas", la FNAPAEF peut envoyer le dossier aux tutelles locales de l'établissement (élus communaux, départementaux), voire aux pouvoirs publics nationaux en dernier recours

A ce jour, la FNAPAEF, précise Joëlle Le Gall, n'a pas les moyens de proposer un "service juridique" pour appuyer les démarches et le regrette. Newsletter ("*Dans la majorité des cas, les dysfonctionnements ne sont pas "judiciariables" en tant que tels*", précise Catherine Ollivet de France Alzheimer.)

La FNAPAEF se veut pour autant "*au coude à coude avec les professionnels, les directions, car les attentes relèvent de dysfonctionnements liés parfois aux manques de moyens des services*"

8.2.Les tutelles, les recours si le problème persiste

- La maison de retraite peut appartenir à un groupe, un groupement, une commune. Le conflit peut amener à interpeler la hiérarchie de l'établissement.
- les élus communaux, départementaux.
- le service "personnes âgées" du Conseil départemental.
- les ARS, agences régionales de santé, pour les questions de soin et de prendre soin.
- la DGCCRF, Direction générale de la concurrence, de la consommation, de la répression des fraudes, pour les questions de tarifs, contrats
- la justice, par l'intermédiaire du Procureur de la République (informer aussi le ministère).

9. Les Différents recours en cas de conflits en SSIAD

En cas de difficulté une personne qualifiée peut assurer un rôle de médiation avec la structure. Une liste de personnes qualifiées est disponible auprès du département, de l'agence régionale de santé ou de la direction départementale de la cohésion sociale.⁵⁷

La personne qualifiée a été créée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de renforcer les droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les personnes qualifiées sont choisies en fonction de leur connaissance de l'organisation administrative et judiciaire, des politiques publiques, de leur expertise et leur expérience dans le secteur social et médico-social. Elles présentent des garanties d'indépendance vis-à-vis des établissements et services avec lesquels elles pourraient être amenées à engager une procédure de médiation⁵⁸.

Les personnes qualifiées interviennent bénévolement⁵⁹.

La famille peut interpeller la ou le responsable de service en cas de petits litiges ou le Conseil d'Administration du SSIAD.

A la lumière de mon enquête, il y a d'autres pistes qui en ressortent à savoir : « *Interpeller la direction du service. Interpeller la personne qualifiée (Arti. L 311-5 de la loi n°2002-2 du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale)* », « *Interpeller le délégué du personnel/CSE* », ou encore une soignante « *préconise de changer de service , arrêté la prise en charge patients (passer la main à un autre service en cas de conflit soignants/Patients ou encore soignants/soignants, ou encore soignants/familles)* ». Dans l'ensemble, les soignantes considère que l'IRCO peut jouer un rôle important dans la gestion des conflits entant que médiateur du faite de ses compétences que lui requières sa fonction au sein de la structure à savoir : « *Assure l'organisation des soins, Coordination des relations avec les autres professionnels de santé Planification des interventions à domicile. Assurer l'administration et la gestion du service (gestion des ressources humaines, mise en œuvre des dossiers administratifs des patients)* » comme me le rappelle l'Irco de mon enquête. La présence de

⁵⁷ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/la-personne-qualifiee>

⁵⁸ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/la-personne-qualifiee>

⁵⁹ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/la-personne-qualifiee>

l'IRCO au sein de la structure selon les soignants, révèle la rareté des conflits ou s'il y en a ils sont réglés rapidement. Je cite : « *Oui, du fait de sa proximité avec l'équipe soignante et les patients. Les conflits sont moindres car il y a un suivi et la tâche de chaque soignant est déterminée, le conflit est réglé assez vite* ».

IV. CADRE DE RECHERCHE

1. Population et lieux

Mes lieux d'enquête ont été 4 SSIAD et un EHPAD.

2. Outil de recherche

Le choix des entretiens me paraissait plus pertinent, dans la mesure où le soignant se sent plus libre de s'exprimer sur un sujet qui l'implique dans sa relation soignant-soigné, soignant-parent, soignant-soignant, soignant-hiérarchie. Mais l'indisponibilité des professionnels concernés m'a amené à changer de méthode.

3. Méthodologie de recueil des données

Au mois de juin, j'ai tout d'abord adressé une lettre accompagnée de ma problématique de recherche aux directeurs des SSIAD et aux IRCO pour les EHPAD (seul 1 IRCO a répondu favorable à ma demande) afin d'avoir une autorisation pour enquêter.

J'ai donné un délai de deux semaines pour le recueil des questionnaires. J'ai fait la distribution de 70 questionnaires. J'ai eu 16 questionnaires en retour.

Les questionnaires remis à deux directeurs de SSIAD, et à l'IRCO d'un EHPAD afin de recueillir leur avis sur le thème, ne me sont jamais parvenus après plusieurs relances.

Il ne m'était pas facile de réussir à avoir autant de questionnaires remplis. Le thème fut ma première difficulté il a été jugé très sensible donc certains avaient du mal à se confier. Au préalable, je précisais que les questionnaires étaient anonymes et que les lieux de l'enquête

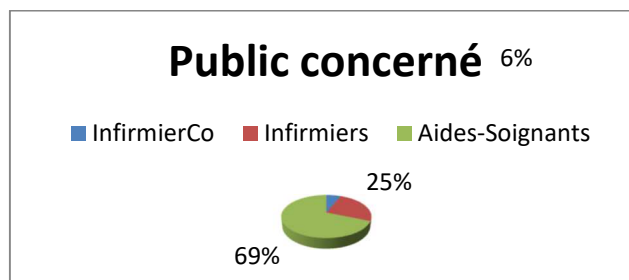
aussi. J'ai eu des questionnaires en retour avec une ou deux réponses. Le refus des directeurs ou des IRCO ou de certains soignants de participer à l'enquête ou de la privilégier à l'entretien aurait-il un rapport avec le fait du rapport du guadeloupéen avec le management endogène que nous a décrit Patricia Braflan-Trobo dans son livre « Société post-esclavagiste et management endogène ».

J'ai eu des difficultés pour trouver des références bibliographiques sur le thème choisi.

4. Analyse des résultats

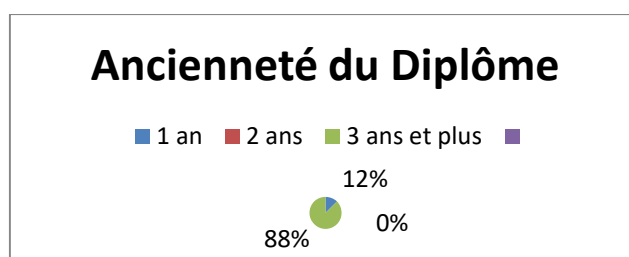
1- Etes-vous

- **Infirmier(ère) Coordinateur (tric)**
- **Infirmier(ère)**
- **Aide Soignant(e)**



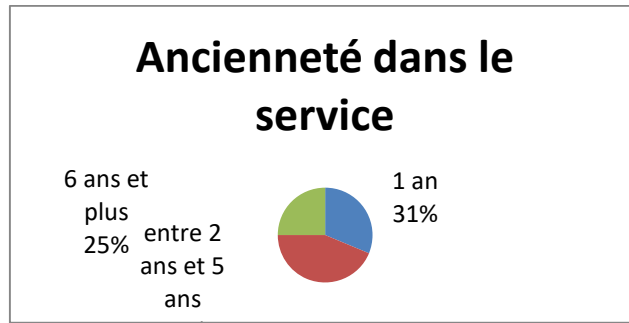
1- Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ?

- **1 an** **2 ans** **3ans et plus**



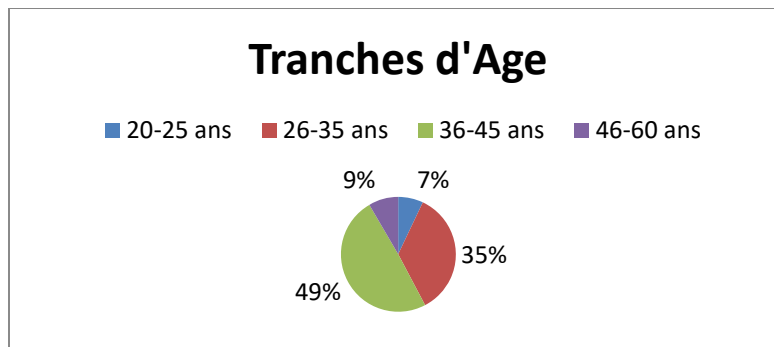
2- Depuis combien d'année exercez-vous dans ce service ?

- **1 an** **entre 2 ans et 5 ans** **6 ans et plus**



3- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 20-25 ans
- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-60 ans



5- Avez-vous été confrontés à des conflits au sein du service ou d'un autre au cours de votre carrière ?

a) Soignants et Soignants oui non Si oui, à quelle fréquence ?

5 aides-soignants ont répondu oui dont deux donnent la fréquence de 2 et 3 fois par semaine.

4 infirmières a répondu oui, une et précise « très fréquemment » et l'autre « rarement », une autre 1 fois /an, 1 dit 2 fois / an

L'IRCO a répondu oui et 2 fois

b) Patients et soignants oui non Si oui, à quelle fréquence ?

Oui pour 5 aides-soignants dont deux donnent la fréquence de 3 à 5 fois par semaine

Oui pour 4 infirmières, « rarement » et « courant », 1 fois / an

L'IRCO a répondu oui, 5 fois

c) Familles et soignants oui non Si oui, à quelle fréquence ?

Oui pour 2 aides-soignants, dont une fois et l'autre 2 fois par mois

Oui pour 3 infirmières, dont une « courant » et l'autre « fréquemment »

Oui pour l'IRCO, 1 fois/an

d) Hiérarchie et soignants oui non Si oui, à quelle fréquence ?

OUI pour une aide-soignante, 3 à 4 fois par semaine

Oui pour les infirmières, « régulièrement et quelques jours », « 2 fois /an

6- Quels moyens ont été misent en œuvre pour gérer ce conflit ? Citez-les.

Pour les AS ; - Rien

- Réunion de bientraitance
- Confrontation
- Réunion
- La discussion inter collégiale lors des réunions. Des décisions ont été prises avec l'accord de la directrice grâce plus de communication, les choses avancent dans la bonne voie
- Dialogue
- Après avoir informé la directrice qui par la suite à demandé un entretien avec la famille pour mettre les choses aux claires

Pour les IDE ; - Tenir le cadre informé de la situation

- Pour les conflits entre soignants c'est plutôt des moyens personnels, je suis allé régler mes problèmes moi-même avec la personne concernée. Pour les patients et familles en générale le supérieur hiérarchique intervient pour régler le conflit. Pour les conflits avec la hiérarchie, aucuns moyens.
- Aucuns

Pour L'IRCO : - Entretiens avec les personnes concernées, recherche de solutions communs

- Rappels des différentes règles (règlement de fonctionnement, règlement intérieur, code du travail, recommandation de bonnes pratiques) aux personnes concernées.

7- Selon vous est-il possible d'éviter les conflits ? Oui Non

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

Oui pour 5 AS : Comment ? : Il faudrait la présence d'un médiateur,

- Cela dépend du caractère de chacun
- Respecter les souhaits du résident en aidant ses collègues

Non pour 5 AS Pourquoi ? : Beaucoup de mauvaise volonté, et de laisser aller

-Dans la mesure où on ne peut ne pas satisfaire tout le monde

- A cause des traits de caractère de patients, des familles et soignants. Les conflits sont inévitables mais la façon de les gérer peut adoucir une situation de conflit.

- Par les traits de caractère des soignants, patients, et des familles, puis par les habitudes de vie du patient et le soin effectué par les soignants

Une réponse mitigée pour un AS : On ne peut pas éviter des conflits à 100 % car nous sommes des êtres humains avec nos cotes positifs et négatifs mais on peut les résoudre.

OUI pour 2 IDE : comment ? : Réduire la charge de travail, encadrement du personnel constant par le cadre de santé

- En ayant un bon manager

Non pour 1 IDE : Pourquoi ? : On ne peut pas les éviter car chaque individu est unique et a sa façon de penser. On peut à mon avis atténuer le nombre de conflit ou en éviter une partie en mettant un cadre et surtout en adoptant une bonne écoute et communication (dans les deux sens : exemple patient/soignant, soignant/patient)

Non pour l'IRCO : Selon moi, il est possible de mettre en œuvre des actions pour éviter ou limiter les conflits qui sont souvent des frustrations des uns et des autres ou un manque de dialogue de communication d'échange(par exemple embaucher une psychologue pour

l'analyse des pratiques des formations adéquates pour les soignants, afin de savoir gérer certaines situations, proposer des moments de cohésion d'équipe, etc.... travailler sur la qualité de vie au travail) néanmoins ils ne sont pas impossible à éviter . Tout réside dans le traitement des conflits afin qu'ils ne prennent d'ampleur.

8- Les conflits ont-ils eu des répercussions sur la prise en charge des résidents (patients) ?

- **Oui** **Non**
- **Si oui de quelles natures?**

Oui pour 5 AS : Agit sur la prise en charge des patients

- Il pourrait avoir des répercussions sur l'humeur du patient (car il va anticiper) et la communication verbale pour le soignant, le patient ou famille.
- Transmission pas clair
- Les répercussions sur la prise en charge des patients influent sur la qualité de la communication (relationnelle) lors du soin, sur l'humeur du soignant et soigné
- Pour une bonne prise en charge des résidents, il faut une bonne cohésion de l'équipe

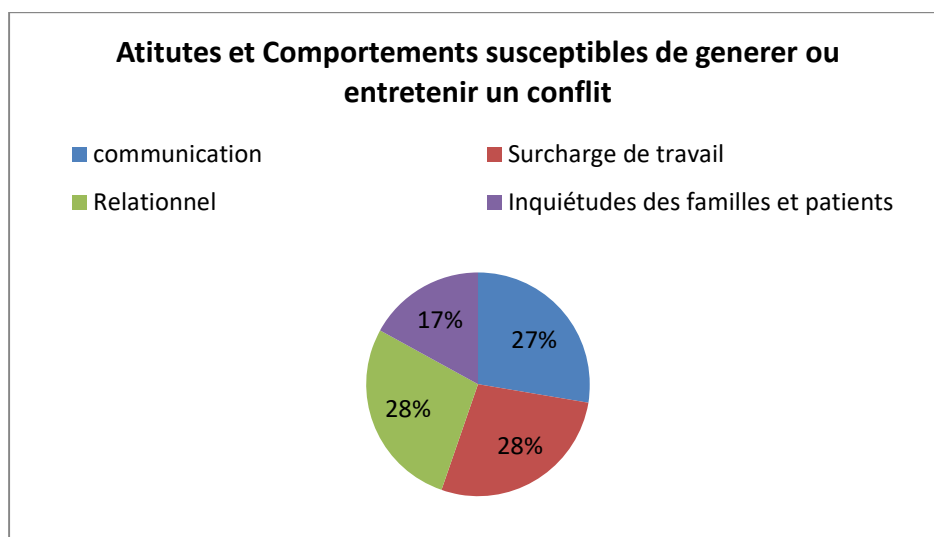
Oui pour 3 IDE : Charge de travail plus importantes pour certain professionnel compte tenu du manque d'entraide entre collègue, manque d'implication, épuisement de certains professionnels donc travail moins efficace.

- De l'implication de l'équipe dans les soins
- On à plus de pressions, on est, moins sereine. Ce qui peut entrainer malgré soi des erreurs

Non pour L'IRCO

9- Pouvez-vous me citer quels sont les attitudes et comportements susceptibles de générer ou d'entretenir un conflit ?

- **Communication** **13 oui sur 16**
- **Surcharge de travail** **13 sur 16**
- **Relationnel** **13 sur 16**
- **Inquiétude des familles ou patients** **8 sur 16**
- **Autres**



10- Quelles sont les attitudes qui sont susceptibles d'envenimer une situation conflictuelle ?

- Mauvais management
- Glissement des compétences,
- Entêtement des familles
- L'organisation des tournées (binômes)
- Ne pas en parler
- Rester sur sa position
- Provoquer / son attitude
- Incompréhension de la famille qui veut déléguer toutes les taches parfois à l'équipe soignante
- L'incompréhension des patients au niveau des priorités de passage à leur domicile
- L'organisation du travail entre soignant (binôme)
- Si chacun maintient sa position
- Désinvolture
- Ne pas être à l'écoute
- L'indifférence de l'un et de l'autre
- L'incompréhension, non écoute de l'un à l'autre, la colère, la rancune, l'orgueil
- Le « jemanfoutisme
- Une attitude d'ignorance
- De rentrer dans le conflit, au lieu de se poser et trouver une solution
- Lorsque la hiérarchie use de moyens comme « diviser pour mieux régner »

- Le fait de ne pas s'inquiéter ou de l'ignorer
- Le fait de ne pas écouter l'un ou l'autre

11- Pensez-vous qu'il est possible d'anticiper les éventuels conflits ? Oui Non

Si oui comment ?

11 Oui : présence d'un médiateur

- Lors des prises en charge (Famille, patients, soignants) (2 fois)
- Lors de la prise en charge et lors de la rencontre des différents membres de la famille, l'équipe soignante ne doit pas hésiter à expliquer les directives, les passages selon les priorités aux patients à la famille. Ainsi que le rôle des soignants. Entre soignant et soignant, il faut s'expliquer et écouter l'autre.
- La communication
- Etre à l'écoute de l'autre
- Cela dépend
- En communiquant
- En observant le comportement des personnes. En faisant attention aux éventuelles remarques qui peuvent être faites sur le ton de l'ironie. En réalisant des réunions avec la famille entre les équipes....
- Des formations. Faire des réunions régulières. Faire des mises au point régulières

Si non pourquoi ?

12- Selon vous quels sont les moyens qui permettent de faire face efficacement à une situation conflictuelle ?

- Ecouter les plaintes des protagonistes pour comprendre le problème... Rester impartial. Ne pas rester seul face à la résolution de la situation, demander conseil à ses pairs
- Gérer le problème dès le départ
- Lors des réunions de service, en discuter entre soignants puis l'IDE référent et par la suite rencontrer les familles/ou du patient
- Communication
- En discuter lors des réunions de service
- Réunion

- Retour à la source
- Le face à face
- La médiation
- Une bonne communication dans le respect de l'autre
- Réaliser une réunion ; Trouver des solutions avec toutes personnes concernées
- Une formation, Présence du cadre. Equité au niveau de la charge de travail

13- Quels recours ont les résidents /patients /soignants pour faire face à un conflit non résolu ?

- Interpeller la direction du service. Interpeller la personne qualifiée (Arti. L 311-5 de la loi n°2002-2 du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale)
Interpeller le délégué du personnel/CSE
- Aucun
- Faire appel à la directrice (IRCO)
- Une rencontre avec la direction. Un courrier explicatif
- En parler à l'IRCO qui informera son supérieur afin de prendre une décision radicale. L'IRCO sert de d'intermédiaire entre les deux sujets du conflit
- La direction
- Voir avec la hiérarchie
- La hiérarchie
- Se référer à la direction
- Faire appel à la hiérarchie, au conseil d'administration
- Faire des courriers pour cibler la problématique
- De changer de service. Arrêter la prise en charge du patient (passer la main a un autre service)
- Faire appel au cadre pour informer d la situation

14- L'IDeco (Infirmier(ère)coordinateur (trice) ou le chef d'entité doit-il intervenir systématiquement pour régler des conflits ? Oui Non Pourquoi ?

- Non, nous sommes des adultes, on essaye au préalable de régler le problème entre nous et si celui-ci n'est pas réglé, on fait intervenir IIRCO
- L'Irco ou le chef d'entité doit être mis au courant du conflit et prendra la décision ou pas d'intervenir en fonction de la situation

- Oui et non, Cela dépend d'un conflit et de l'ampleur
- Non, Chacun doit prendre ses responsabilités
- Oui, car il permet d'être le « régulateur », c'est un peu comme un pilier sur lequel l'équipe/la famille... va se tourner/s'appuyer
- Oui, Il peut avoir le rôle d'un médiateur
- Oui, selon moi, une situation de conflit non réglée a plutôt tendance à s'envenimer, créer une frustration, des violences verbales/physiques dans certaines situations, des sensations de mal être au travail. La direction est garante de la Santé et de la sécurité au travail, de son salarié (santé physique : mentale). Cela est encore plus grave si la situation concerne un patient. Donc il doit intervenir et s'il ne le peut pas, rechercher quelqu'un pour le résoudre.
- Non nous sommes sensés être des adultes et des professionnels
- Non, nous sommes des adultes, nous savons communiquer ainsi que nous remettre en question
- Non, sauf si c'est un conflit qui peut porter atteinte à la qualité du travail, aux conditions de travail ou à la relation inter collégiale.
- Non, mais pour valider et faire un protocole pour la décision prise
- Non, si et seulement s'il y a un mécontentement de la famille suite à la qualité du soin
- Oui, car c'est le médiateur

15- Pourriez-vous me citer les compétences d'un IDEco ?

- Je ne sais pas
- Prise en charge du patient. Elle peut intervenir lors des conflits patient/soignants/familles
- Réunion d'information, Relais avec la direction, Visite chez les patients pour recueillir leurs impressions pour l'amélioration de la prise en charge
- Prise en charge des patients, intermédiaire pour gérer les conflits
- Etre disponible et à l'écoute, faire preuve de rigueur
- Coordinatrice, fait le planning, recrute, coordonne les soins, fait les stocks
- Assurer une bonne organisation des soins, Gestion de l'équipe, écoute patient/soignant
- Assure l'organisation des soins, Coordination des relations avec les autres professionnels de santé Planification des interventions à domicile. Assurer

l'administration et la gestion du service (gestion des ressources humaines, mise en œuvre des dossiers administratifs des patients.

- Manager une équipe. De faire le lien entre famille/Soignant/Soigner et autres intervenants 'médecin...'). De savoir répondre à des besoins et attentes

16- Pensez-vous qu'avec la présence d'un IDEco au sein d'un service les conflits sont moindres ou réglés assez vite ?

- Si l'Irco est formé pour jouer son rôle, oui je pense
- J'espère
- Oui, du fait de sa proximité avec l'équipe soignante et les patients. Toutefois sa position est souvent située « entre le marteau et l'Enclume »
- Les conflits sont moindres car il y a un suivi et la tâche de chaque soignant est déterminée, le conflit est réglé assez vite
- Pas forcément
- Non
- Non
- Oui
- Oui surtout au niveau des conflits soignants/famille
- Oui je le pense
- Oui

5. Interprétations des résultats et Réponse à mon questionnaire.

La majorité des soignants ont été confrontés à des conflits au sein de leur structure au cours de leur carrière car sur 16 soignants seuls 3 sont diplômés il y a un an et sont en service pour le même nombre d'années. Les 13 autres sont diplômés depuis 6 ans et plus et âgés entre 35-60 ans. La fréquence des conflits allait de 2 et 3 fois par semaine ou 1 à 2 fois par an.

Les conflits patient/soignant sont plus fréquents ainsi que hiérarchie/soignant.

Des réunions ont été organisées avec les protagonistes pour régler les conflits avec ceux qui mettaient en cause soignant/soignant ou patient/soignant. Pour les familles se sont des entretiens avec la hiérarchie. L'IRCO lors des réunions « rappelle les différentes règles

(règlement de fonctionnement, règlement intérieur, code du travail, recommandation de bonnes pratiques) aux personnes concernées.

S'agissant de l'évitement des conflits, la moitié des soignants pensent oui et l'autre non. C'est possible avec la présence d'un manager, médiateur, bon encadrement par un cadre de sante.

Ce n'est pas possible car les conflits sont inévitables cause des traits de caractère de chacun (patients, soignants, familles, hiérarchie).

L'Irco pense qu'il est possible d'éviter les conflits. Elle explique « Selon moi, il est possible de mettre en œuvre des actions pour éviter ou limiter les conflits qui sont souvent des frustrations des uns et des autres ou un manque de dialogue de communication d'échange(par exemple embaucher une psychologue pour l'analyse des pratiques des formations adéquates pour les soignants, afin de savoir gérer certaines situations, proposer des moments de cohésion d'équipe, etc.... travailler sur la qualité de vie au travail) néanmoins ils ne sont pas impossible à éviter . Tout réside dans le traitement des conflits afin qu'ils ne prennent d'ampleur

Ces conflits ont eu des répercussions sur la prise en charge des patients pour l'ensemble des soignants.

La majorité des soignants pensent que le manque de communication, la surcharge de travail, le relationnel (par rapport aux affinités) et un peu moins l'inquiétude des patients et familles sont des attitudes et des comportements qui sont susceptibles de générer ou entretenir un conflit.

Une situation conflictuelle est susceptible de s'envenimer à cause d'un manque d'écoute, d'incompréhension,

Les soignants à l'unanimité pensent qu'il est possible d'anticiper les éventuels conflits, toujours en ayant une bonne communication au sein de l'équipe, une bonne écoute des parties, instaurant des réunions régulières, et proposer des formations. Ces mêmes items sont cités pour permettent de faire face efficacement à une situation conflictuelle.

L'ensemble des soignants pensent que l'Irco est le seul recours qu'ils ont ainsi que les résidents, les familles les patients ont pour faire face à un conflit non résolu. Elle peut servir d'intermédiaire.

L'Irco propose « d'interpeller la direction du service ou la personne qualifiée (Art ; 3111-5 de la loi n° 2002-2 du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) ou encore interpellé le délégué du personnel CSE

Une partie des soignants pense que ni l'IRCO, ni le chef d'entité ne doivent intervenir systématiquement pour régler les conflits en expliquant qu'ils sont des adultes ils peuvent gérer.

L'autre partie pense qu'il serait souhaitable qu'ils interviennent.

L'Irco dit « Oui, selon moi, une situation de conflit non réglée a plutôt tendance à s'envenimer, créer une frustration, des violences verbales/physiques dans certaines situations, des sensations de mal être au travail. La direction est garante de la Santé et de la sécurité au travail, de son salarié (santé physique : mentale). Cela est encore plus grave si la situation concerne un patient. Donc il doit intervenir et s'il ne le peut pas, rechercher quelqu'un pour le résoudre.

Les compétences de l'Irco sont mal connues pour plus de la moitié des soignants, mais à l'unanimité la considère comme une médiatrice.

Par ailleurs plus que la moitié pense que sa présence au sein d'un service donne l'assurance de moins de conflits et le règlement de ces derniers sont rapide.

L'analyse des propos du personnel soignant interrogé renvoie à mon questionnaire à savoir : **Les compétences de l'IRCO suffisent-elles pour éviter ou limiter les répercussions des conflits sur la prise en charge des résidents/patients au sein de la structure ?**

Il m'est désormais possible de dire qu'elle s'affirme, puisque globalement les soignants ont été confrontés au cours de leur carrière à plusieurs conflits (soignants, familles, résidents, patients, hiérarchie) au sein de leur structure.

Ces différents conflits ont eu des répercussions sur la prise en charge des résidents /patients pour certains. Par ailleurs, majoritairement, ils affirment que la présence d'un Irco permet de résoudre les conflits ou de les éviter.

V. CONCLUSION

Quand le management est défectueux, rien ne va. La structure organisationnelle de l'établissement est ébranlée car la communication est rompue. En absence de communication efficace, de manque de collaboration, entente au sein de l'équipe d'encadrement cela engendre des conflits.

Les textes régissent les techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile et les conditions techniques des minimales d'organisation et de fonctionnement de hébergement pour personnes âgées. Mais il s'avère que parfois ces textes ne sont pas prise en compte quand il y a conflits dans certaines structures en absence du responsable, dans le cas de la situation initiale où les Aides-soignants refusent l'autorité des Infirmiers.

Les missions de l'IRCO sont très vastes car il doit assurer la totalité de la gestion de l'ensemble des encadrants, au sein de la structure dans laquelle il exerce (EHPAD ou SSIAD), pour la bonne marche de l'établissement donc une prise charge adéquate et efficace des résident/patients

Ces compétences de cadre de santé doivent lui permettre de bien manager son équipe pour éviter les conflits ou de les résoudre efficacement pour le bien être de tous les protagonistes. Le management passe par une bonne communication, une bonne écoute, le respect et bien sur une bonne connaissance sur la notion des conflits, les différents types de caractères pour éviter les conflits et mener à bien les négociations.

Il est garant de la bonne gestion du service, il est garant du bien être du personnel, d'encadrement mais aussi de celui des résidents/patients. En un mot être garant de la « Paix » .il est amené à prendre les bonnes décisions au bon moment.

Patricia Braflan-Trobo dit⁶⁰ : « *On ne naît pas manager, on le devient* » elle poursuit « *le management implique obligatoirement de faire face à des décisions moralement difficiles* », puis, *manager devient un travail d'équilibriste qui combine, intuition, rigueur et improvisation, rigidité et souplesse* ». Aussi, tous ces paramètres doivent être pris en compte pour soit éviter les conflits ou soit de les résoudre. Parallèlement, nous avons appris que les conflits pouvaient être utiles pour l'entreprise et pouvait servir le levier. Malheureusement les conflits peuvent être difficiles à résoudre, aussi des instances de recours existent pour trouver une issue idéale pour les parties

⁶⁰ Patricia Braflan-Trobo , Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe, édition Harmattan, 2009

CONCLUSION IN ENGLISH

When the management is defective, nothing goes. The organizational structure of the institution is shaken because communication is broken. In the absence of effective communication, lack of collaboration and agreement within the management team, this generates conflicts.

The texts govern the organization and operating techniques of home nursing services and the technical requirements, of the minimum organization and the operating costs of accommodation for the elderly. But it turns out that sometimes these texts are not taken in to account when there are conflicts in some structures in the absence of the person in charge, in case the caregivers refuse the authority of the nurses.

The missions of the IRCO are very vast because it must ensure the totality of the management of all the supervisors, within the structure in which it operates (EHPAD or SSIAD), for the good running of the establishment, thus an adequate and effective take in charge of residents / patients.

His health-care skills should allow him to manage his team well to avoid conflicts or to solve them effectively for the well being of all the protagonists.

Management requires good communication and listening skills, respect, and of course a good knowledge of the concept of conflicts and of the different types of characters to avoid conflicts and to carry out negotiations.

It is the warrant of the good management of the service, it warrants the well-being of the personnel of supervision but also that of the residents / patients. In a word, to be the warrant of "Peace". He has to take the right decisions at the right time.

Patricia Braflan-Trobosays: "We are not born a manager, we become it" she continues "management involves dealing with decisions that are morally difficult", then, managing becomes a balancing act that combines, intuition, rigor and improvisation, rigidity and flexibility ". Also, all these parameters must be taken in to account to either avoid conflicts or solve them. At the same time, we learned that conflicts could be useful for the company and could serve as a lever.

Unfortunately, conflicts can be difficult to resolve, so appeal bodies exist to find an ideal outcome for the parties.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres :

BOISVERT (J-Marie), BEAUDRY (Madeleine) « **S'affirmer et communiquer** » les éditions de l'HOMME

BRAFLAN-TROBO (Patricia), « **Société post-esclavagiste et management endogène : le cas de la Guadeloupe** », édition Harmattan

FACY (Caroline) LEGRAND (Samuel) et MOUSSET (Stéphane)- « **La Gestion des conflits pour les nuls Business** »

Dominique PICARD psychosociologue, professeur des universités, EDMONDMARC « Que-sais-je ? » Les conflits relationnels »

Cours :

Nadine DEFILLON –cours « la communication managériale outils stratégique » DU IRCO 2 Cours du 8 mars 2018 « le SSIAD, Service de Soins Infirmiers A Domicile, Autorisation, Appel à projet, Gestion de l'activité, Indicateurs » par Aurélie FOURNIER, Directrice du CAP 'Santé)

Internet :

01/ANNUAIRE_EHPAD_au_4_Novembre_2016_0.pdf
<https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017>

Association FNAPAEF

<https://www.fnapaef.com>

Nathalie BISSONNETTE Psychologue ; **Ainés**
<http://www.psychologestbruno.com/clientele/aine>

Décret

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170&categorieLien=id>

Definition du mot management

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022>

Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)-25
janv.2017 mise à jour le 19/09/201

[https:// www.Essentiel-autonomie-humanis.com](https://www.Essentiel-autonomie-humanis.com)

Le management pour les nuls -BOB NELSON, PETER Economy-
<https://ortinelvestbot.firebaseio.com/B006O2V6BK.pdf>, 18 janvier 2011

Le Management pour les nuls -PETER F.DRUCKER / BOB NELSON PETER Economy-,
poche Business, 3^{ème} édition PDF gratuit Thierry BOUDES-
<https://ortinelvestbot.firebaseio.com/B006O2V6BK.pdf>, 18 janvier 2011

Maison de retraite les recours en cas de litiges

<http://www.agevillage.com/article-3165-1-Maisons-de-retraite-les-recours-en-cas-de-conflits-ou-de-litiges.html>

Le Métier d’infirmier(ere) coordinateur (trice)
<http://www.agevillage.com/article-7095-1-Le-metier-d-infirmier-ere-coordinateur-trice-IDEDEC-.html>

^PPersonnes âgées dépendantes

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488&q=personnes+agees+dependantes>

Personnes âgées dépendantes
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488>, –édition 2018, parue le 27/02/2018.

La Personne qualifiée
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/la-personne-qualifiee>

La Psychologie de la personne âgée- www.accesausavoir.livre.eu/ebooks/011_entraide/html-n/ch02.html, avril 2006)

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en région France d’Outremer

<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-de-soins-infirmiers-a-domicile--s-s-i-a-d--354/rgn-dom-tom.html#dom-tom>,

<https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017->

<https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017->

ANNEXE N° I

Décret n°81-448 du 8 mai 1981 RELATIF AUX CONDITIONS D'AUTORISATION ET DE PRISE EN CHARGE DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES.

Version consolidée au 26 juin 2004

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre du budget, du ministre de la santé et de la sécurité sociale, du ministre de l'agriculture et du secrétaire d'Etat aux anciens combattants,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique, et notamment le titre IV ;

Vu le code rural ;

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

Vu la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée relative à l'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales, et notamment les articles 1er, 3 et 27 ter;

Vu le décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945 modifié relatif à l'application des dispositions du livre III du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 50-1225 du 21 septembre 1950 relatif aux assurances sociales agricoles ;

Vu le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices civils ;

Vu le décret n° 61-9 du 3 janvier 1961 relatif à la comptabilité, au budget et au prix de journée de certains établissements publics et privés ;

Vu le décret n° 61-294 du 31 mars 1961 relatif à l'application du chapitre III-1 du titre II, livre VII, du code rural ;

Vu le décret n° 69-294 du 31 mars 1969 relatif aux modalités de remboursement des frais d'assurance maladie et maternité engagés par les travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu le décret n° 76-838 du 25 août 1976 relatif aux commissions nationale et régionales des institutions sociales et médico-sociales, et à la procédure d'examen des projets de création et d'extension des

établissements énumérés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

Vu le décret n° 78-477 du 29 mars 1978 relatif à la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu l'avis de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

TITRE 1ER - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS D'AUTORISATION DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES

Article 1 (abrogé au 27 juin 2004)

- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004
- Les services de soins à domicile [*définition*] assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi qu'éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux.

Ils ont notamment pour vocation d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, de faciliter les retours au domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les sections de cure médicale des établissements sociaux.

Sur avis du contrôle médical, ils peuvent prendre en charge des personnes âgées de moins de soixante ans [*âge*].

Le médecin prescripteur a la direction du traitement.

Article 2 (abrogé au 27 juin 2004)

- Modifié par Décret n°95-185 du 14 février 1995 - art. 26 (Ab) JORF 24 février 1995
- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004

L'autorisation de créer un service de soins à domicile est accordée par le préfet [*autorité compétente*] après consultation d'une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives d'infirmiers libéraux, lorsque l'opération :

- répond aux prescriptions de fonctionnement du présent décret ;

- répond aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population concernée tels qu'ils peuvent être appréciés notamment par la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales.

Cette création doit être soumise à la procédure de coordination prévue par le décret n° 95-185 du 14 février 1995.

L'autorisation de création fixe le nombre de personnes âgées susceptibles d'être prises simultanément en charge compte tenu des besoins dans l'aire d'intervention du service.

L'autorisation de création vaut autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux. Elle détermine l'aire géographique dans laquelle le service intervient.

La décision du préfet est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois à compter du dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise [*accord tacite*].

Article 3 (abrogé au 27 juin 2004)

- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004

Toute extension de capacité d'un service supérieure à 30 p. 100 de la capacité initiale est autorisée dans les mêmes conditions que les créations.

Article 4 (abrogé au 27 juin 2004)

- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004
- Les services de soins à domicile pour personnes âgées assurent l'intervention [*personnel*] :

- d'infirmiers pour exécuter les actes de leur compétence nécessaires à la personne âgée, pour organiser le travail des aides soignants et assurer, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux, afin d'assurer le suivi et la coordination des soins ;

- d'aides soignants ou de personnes inscrites dans un centre de formation d'aides soignants et bénéficiant pour leur formation de mesures fixées à titre transitoire par arrêté, pour une durée de cinq ans à compter de la date de publication du présent décret. Ces personnes assurent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins d'hygiène générale et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, à l'exception des interventions relevant de l'aide ménagère.

En tant que de besoin, le service peut faire appel à des pédicures ou à d'autres auxiliaires médicaux.

Les services de soins à domicile pour personnes âgées assurent également la fourniture du petit matériel nécessaire aux soins.

Une personne titulaire du certificat de cadre infirmier de santé publique ou, à défaut, un autre infirmier assure l'organisation des soins dispensés par tout service de soins à domicile.

Article 5 (abrogé au 27 juin 2004)

- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004
- Pour assurer l'intervention des infirmiers, les services de soins à domicile peuvent passer convention avec des professionnels de statut libéral, ainsi qu'avec le ou les centres de soins infirmiers exerçant dans leur zone d'activité.

La convention avec les professionnels de statut libéral est conforme au modèle de convention annexé au présent décret.

Le personnel propre au service doit au moins comprendre l'infirmier visé au dernier alinéa de l'article 4 ci-dessus.

Article 6 (abrogé au 27 juin 2004)

- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004

Lorsqu'une personne âgée est prise en charge par un service de soins à domicile, ce dernier doit être en mesure d'assurer lui-même ou de faire assurer tous les soins qui relèvent de son intervention, quel que soit le moment où ces soins doivent être délivrés.

Article 7 (abrogé au 27 juin 2004)

- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004
- Le service de soins à domicile intervient soit au domicile de la personne âgée, soit en établissement social d'hébergement, que ce dernier bénéficie ou non d'un forfait global de soins [*lieu*].

Son intervention ne peut pas conduire pour un établissement donné à une double prise en charge, l'une au titre des soins à domicile, l'autre au titre de la section de cure médicale [*non cumul*]. Toutefois, en cas d'admission pour une durée limitée dans un établissement comportant une section de cure médicale d'une personne habituellement prise en charge par un service de soins à domicile, celui-ci peut continuer à lui assurer les soins nécessaires, sous réserve que les moyens de la section de cure médicale ne soient pas suffisants.

TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES SOINS A DOMICILE.

Article 8 (abrogé)

- Modifié par Décret 85-1354 1985-12-17 art. 2 JORF 21 décembre 1985
- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Article 9 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Article 10 (abrogé)

- Modifié par Décret 85-1354 1985-12-17 art. 2 JORF 21 décembre 1985
- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Article 11 (abrogé)

- Abrogé par Décret 85-1354 1985-12-17 art. 2 JORF 21 décembre 1985

Article 12 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Article 13 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Article 14 (abrogé)

- Abrogé par Décret 85-1354 1985-12-17 art. 2 JORF 21 décembre 1985

Article 15 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Article 16 (abrogé)

- Abrogé par Décret 85-1354 1985-12-17 art. 2 JORF 21 décembre 1985

Article 17 (abrogé au 27 juin 2004)

- Modifié par Décret 85-1354 1985-12-17 art. 2 JORF 21 décembre 1985
- Abrogé par Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 - art. 20 (Ab) JORF 27 juin 2004

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les sommes dues par le secrétariat d'Etat aux anciens combattants sont calculées sur la base du forfait journalier. En ce cas, la direction interdépartementale des anciens combattants reçoit communication des documents mentionnés aux articles 12 et 14.

Article 18 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2003-1010 2003-10-22 art. 170 6° JORF 24 octobre 2003

Le Premier ministre : RAYMOND BARRE.

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale, JACQUES BARROT.

Le ministre de l'intérieur, CHRISTIAN BONNET.

Le ministre du budget, MAURICE PAPON.

Le ministre de l'agriculture, PIERRE MEHAIGNERIE.

Le secrétaire d'Etat aux anciens combattants, MAURICE PLANTIER.

ANNEXE N° II

Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

NOR: SANA0421055D

Version consolidée au 16 octobre 2018

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 232-13, L. 311-7, L. 311-8, L. 312-1, L. 312-7, L. 313-1, L. 313-12 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 322-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 129-1 et D. 129-7 ;

Vu le code rural ;

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

Vu la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée relative à l'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de

transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 17 février 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 5 mars 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 7 avril 2004,

TITRE Ier : DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE. (abrogé)

Article 1 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 2 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 3 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 4 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 5 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 6 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 7 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 8 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 9 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

TITRE II : LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE. (abrogé)

Article 10 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 11 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 12 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 13 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 14 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

TITRE III : LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE. (abrogé)

Article 15 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 16 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 17 (abrogé)

- Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 18

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code du travail - art. D129-7 (M)

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES.

Article 19

Les services mentionnés aux titres Ier et II doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation

et de fonctionnement prévues par le présent décret dans un délai de trois ans à compter de sa publication.

Article 20 (abrogé)

· Abrogé par Décret 2005-1135 2005-09-07 art. 6 2° JORF 10 septembre 2005

Article 21

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de la santé et de la protection sociale, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué à l'intérieur, porte-parole du Gouvernement, le ministre délégué aux personnes âgées, le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire et la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre :

Jean-Pierre Raffarin :

Le ministre de la santé

et de la protection sociale,

Philippe Douste-Blazy

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'intérieur,

et des libertés locales,

Dominique de Villepin

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,

de la pêche et des affaires rurales,

Hervé Gaymard

Le ministre délégué à l'intérieur,

porte-parole du Gouvernement,

Jean-François Copé

Le ministre délégué aux personnes âgées,

Hubert Falco

Le secrétaire d'Etat au budget

et à la réforme budgétaire,

Dominique Bussereau

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,

Marie-Anne Montchamp

ANNEXE N° III

JORF n°0200 du 28 août 2016

Texte n°10

Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

NOR: AFSA1614530D

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/26/AFSA1614530D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/26/2016-1164/jo/texte>

Publics concernés : personnes âgées, gestionnaires et résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des petites unités de vie (PUV), conseils départementaux, métropoles, agences régionales de santé.

Objet : définition des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1er octobre 2016.

Notice explicative : le décret définit les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il prévoit également la composition a minima de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des résidents de ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il précise, en outre, les adaptations nécessaires au fonctionnement de dispositifs spécifiques (pôle d'activités et de soins adaptés, unité d'hébergement renforcée, accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire) dans l'objectif d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours de vie. Les dispositions du présent décret s'appliquent également aux petites unités de vie.

Références : le décret est pris en application du III de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et du II de l'article L. 312-1 du code l'action sociale et des familles. Les dispositions du code de l'action sociale et des familles modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et L. 313-12 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et personnes âgées en date du 19 mai 2016 ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 7 juin 2016 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 7 juillet 2016,

Décète :

Article 1

Au début du sous-paragraphe 1 du paragraphe 9 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles, sont insérés les articles D. 312-155-0 à D. 312-155-0-2 ainsi rédigés :

« Art. D. 312-155-0.-I.-Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 :

« 1° Hébergent à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D. 313-15 et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3 ;

« 2° Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ;

« 3° Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ;

« 4° Lorsqu'ils proposent des modalités d'accueil particulières telles que prévues au 1° de l'article L. 314-2, ils respectent les conditions prévues aux articles D. 312-8, D. 312-9, D. 312-155-0-1 et D. 312-155-0-2 ;

« 5° Inscrivent leur action au sein de la coordination gériatrique locale, en relation notamment avec les plateformes territoriales d'appui mentionnées aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 du code de la santé publique, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnées à l'article L. 113-3, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique mentionnés à l'article L. 312-1.

« II.-Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs.

« Art. D. 312-155-0-1.-I.-Le pôle d'activités et de soins adaptés, autorisé au sein de l'établissement pour personnes âgées dépendantes ou le cas échéant en dehors de celui-ci, accueille en priorité les résidents de cet établissement ayant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent néanmoins la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

« II.-Le pôle d'activités et de soins adaptés propose durant la journée des activités individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des résidents. Un programme d'activités est élaboré par un ergothérapeute ou un

psychomotricien, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

« Le pôle élabore un projet spécifique qui prévoit ses modalités de fonctionnement, notamment en ce qui concerne :

« 1° Les horaires et jours d'accueil du pôle ;

« 2° Les activités thérapeutiques individuelles et collectives ;

« 3° Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés ;

« 4° L'accompagnement personnalisé intégrant le rôle des proches-aidants ;

« 5° Les transmissions d'informations entre les équipes soignantes de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et du pôle ;

« 6° L'organisation du déplacement des résidents entre leur unité d'hébergement et le pôle d'activités et de soins adaptés ;

« 7° L'organisation du déjeuner et des collations.

« III.-Les principales techniques relatives à la prise en charge des troubles du comportement et au suivi de la pathologie et de l'apparition de nouveaux symptômes, qui concourent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins, font l'objet a minima d'un protocole qui est suivi et évalué.

« IV.-L'équipe du pôle d'activités et de soins adaptés est composée :

« 1° D'un psychomotricien ou d'ergothérapeute ;

« 2° D'un assistant de soins en gérontologie ;

« 3° D'un psychologue pour les résidents et les aidants.

« L'ensemble du personnel intervenant dans le pôle est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives.

« V.-L'environnement architectural, support du projet de soins et d'activités adaptés, vise à créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant et à offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, permettant d'y accueillir les familles.

« Le pôle d'activités et de soins adaptés est facilement accessible depuis les unités de vie de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et comprend notamment une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos et sécurisé, librement accessible aux résidents.

« Le pôle peut ne pas être organisé sur un lieu unique. En outre, l'établissement qui ne dispose pas de la surface nécessaire peut créer un pôle d'activités et de soins adaptés en dehors de l'établissement. Dans ce cas, le pôle bénéficie à au moins deux établissements, dont l'un est titulaire de l'autorisation. Une convention de coopération est signée entre les gestionnaires des établissements et transmise à l'agence régionale de santé territorialement compétente.

« Art. D. 312-155-0-2.-I.-L'unité d'hébergement renforcé héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

« II.-L'unité d'hébergement renforcé propose sur un même lieu l'hébergement les soins, les activités sociales et thérapeutiques individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des résidents.

« Le projet de soins et le programme d'activités sont élaborés sous l'autorité du médecin de l'établissement de soins de longue durée ou par le médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en lien avec le médecin traitant.

« Le projet de l'unité d'hébergement renforcé prévoit ses modalités de fonctionnement, notamment les activités thérapeutiques individuelles et collectives, les modalités d'accompagnement et de soins appropriés, l'accompagnement personnalisé, les transmissions d'informations entre équipes soignantes de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'unité.

« L'avis d'un psychiatre est systématiquement recherché.

« III.-Le médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes coordonne et suit le projet de soins et le programme d'activité de l'unité.

« L'unité d'hébergement renforcé dispose :

« 1° D'un médecin, le cas échéant, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission ;

« 2° D'un infirmier ;

« 3° D'un psychomotricien ou d'ergothérapeute ;

« 4° D'un aide-soignant ou d'un aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social ;

« 5° D'un assistant de soins en gérontologie ;

« 6° D'un personnel soignant la nuit ;

« 7° D'un psychologue pour les résidents et les aidants.

« L'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

« IV.-L'unité dispose d'espaces privées et collectifs et notamment d'une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos et sécurisé. Cet espace est accessible dans les conditions permettant de garantir la sécurité.

« La conception architecturale de l'unité vise à :

« 1° Favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;

« 2° Favoriser l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé ;

« 3° Répondre à des besoins d'autonomie et d'intimité ;

« 4° Prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux. »

Article 2

Le premier alinéa du IV de l'article D. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« La capacité minimale en accueil de jour est fixée à six places dès lors que l'activité prévisionnelle est assurée. »

Article 3

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er octobre 2016.

Article 4

La ministre des affaires sociales et de la santé et la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 26 août 2016.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Marisol Touraine

La secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie,
Pascale Boistard

ANNEXE N°IV

JORF n°0059 du 10 mars 2017

Texte n°22

Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

NOR: AFSA1619718A

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/3/AFSA1619718A/jo/texte>

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, le ministre de l'intérieur et la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie,

Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2 et L. 314-2 ;

Vu le code général des collectivités territoriales et notamment le IV de l'article L. 5217-2 ;

Vu le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 21 juillet 2016 ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 7 juillet 2016 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et personnes âgées en date du 7 juillet 2016 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 10 janvier 2017 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 4 janvier 2017,

Arrêtent :

Article 1

A compter du 1er janvier 2017, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus en application du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles sont progressivement substitués aux conventions pluriannuelles conclues en application du I de l'article L. 313-12 du même code dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dites « conventions tripartites » dans la suite du présent texte.

Le directeur général de l'agence régionale de santé et les présidents des conseils départementaux programment sur cinq ans, à compter du 1er janvier 2017, la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Cette programmation fait l'objet d'un arrêté qui doit être publié avant le 31 décembre de l'année N-1. Elle peut être ajustée chaque année.

La programmation prend en compte les dates d'échéance des conventions tripartites, pour faire en sorte, dans la mesure du possible, que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prenne immédiatement la suite de la convention tripartite échue. Lorsque des contraintes de programmation ne le permettent pas, un avenant à la convention tripartite est conclu afin de prolonger ses effets pour une durée maximale d'un an.

Il est loisible aux parties signataires du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'anticiper l'échéance de la convention tripartite au bénéfice de la signature de ce contrat. Lorsqu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est substitué à plusieurs conventions tripartites dont les dates d'échéance sont différentes, les autorités chargées de la programmation recherchent la date la plus adéquate pour cette substitution. En tout état de cause, la date choisie ne peut entraîner une durée de prolongation des conventions tripartites échues supérieure à celle mentionnée au troisième alinéa du présent article.

Lorsque les parties signataires sont liées par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé sur la base de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, et que le contrat couvre l'ensemble des établissements et services du gestionnaire concernés par les obligations de contractualisation de l'article L. 313-12 du même code dans sa rédaction issue de la loi susmentionnée, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens continue de produire ses effets jusqu'à son terme initialement fixé.

Article 2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour une durée de cinq ans. Au plus tard six

mois avant l'échéance du contrat, si aucune des parties n'a manifesté le souhait de proroger le contrat en vigueur, les parties signataires entament une négociation en vue d'un nouveau contrat.

Dans les conditions prévues aux articles R. 314-169, R. 314-169-2 et R. 314-169-4 du code de l'action sociale et des familles, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement ainsi que l'évaluation de leurs besoins en soins requis sont réalisées, de façon simultanée, avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat. Ces évaluations doivent être validées au plus tard le 30 juin de l'année n-1 pour être prises en compte.

La durée initiale de cinq ans du contrat peut être prorogée pour une durée maximale d'un an, au cours de laquelle le contrat continue de produire ses effets, dans les conditions de formalités allégées décrites ci-après. Au plus tard six mois avant l'échéance prévue au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, une partie signataire souhaitant la prorogation simple du contrat le notifie aux autres parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen permettant d'attester de la remise du document aux destinataires. Celles-ci ont un mois pour signaler leur accord ou leur désaccord par les mêmes moyens. A défaut de réponse dans ce délai, l'accord est réputé acquis. En cas de désaccord sur la prorogation entre les parties à l'issue de la période d'un mois, une négociation en vue de la conclusion d'un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est ouverte sans délai.

A l'échéance de la prorogation d'un an lorsque celle-ci a été convenue entre les parties, un avenant prolongeant d'un an le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut être conclu entre les parties. Cet avenant n'est pas renouvelable.

Article 3

Le cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et son modèle de contrat prévus au IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles figurent en annexe du présent arrêté.

Dans le respect du cahier des charges annexé au présent arrêté, le modèle de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut faire l'objet d'une adaptation par les parties signataires pour prendre en compte les enjeux spécifiques aux territoires d'implantation des établissements et services couverts par le contrat.

Article 4

L'article 1 de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est rédigé comme suit :

« Le cahier des charges prévu à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement figure en annexe du présent arrêté et s'applique aux établissements de soins de longue durée ».

L'article ADDENDUM de l'arrêté précité est abrogé.

Article 5

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

Annexe

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES ET MODÈLE DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Préambule La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement donne un nouvel élan à la contractualisation en substituant à la convention pluriannuelle dite tripartite qui prévalait jusqu'alors pour chaque établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à la convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), objet du présent cahier des charges.

Conclu pour une durée de cinq ans, le CPOM couvre l'ensemble des EHPAD d'un même gestionnaire relevant d'un même ressort départemental ou régional avec l'accord des parties au contrat, à la différence des conventions tripartites pluriannuelles qui étaient signées par établissement. De plus, en cas d'accord des parties, le CPOM peut être étendu à d'autres catégories d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant du gestionnaire signataire du CPOM et du même ressort territorial. L'assise du CPOM est départementale, mais en cas d'accord entre les différents acteurs, elle pourra ainsi être étendue à plusieurs départements d'une même région.

Ce CPOM rénové, support du dialogue entre les acteurs, doit permettre de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de parcours et de partenariats renforcés, qui sont les conditions de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité. Le CPOM est un outil à la disposition tant du gestionnaire que des autorités de tarification pour structurer l'offre médico-sociale sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins identifiés et priorités dans le cadre des différents schémas élaborés.

Le CPOM est en outre source de simplification administrative, pour l'aide sociale départementale, dans la mesure où il devient le document unique de contractualisation pour le gestionnaire d'un ou plusieurs établissements. Le CPOM est enfin un levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux. Ainsi, le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du projet régional de santé (PRS) et des schémas régionaux et départementaux, d'amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et par la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi que le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficience des organisations. Le CPOM s'appuie sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, dans la limite des objectifs et priorités des différents schémas.

Les parties signataires doivent préalablement réaliser un diagnostic objectif et documenté de la situation des établissements et services couverts par le contrat Il s'appuiera notamment sur les résultats des évaluations externes. Ces derniers ont identifié les points forts et axes d'amélioration des EHPAD en particulier pour ce qui concerne l'organisation de la qualité de la prise en charge et l'adaptation de l'offre aux besoins des résidents, l'ouverture de l'EHPAD dans son environnement, la personnalisation de l'accompagnement, l'expression et la participation individuelle et collective des résidents, la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques. Les objectifs à établir pour la durée du contrat relèvent de deux catégories :

- des objectifs déclinant des thématiques devant obligatoirement être traitées dans les contrats en vertu

de dispositions législatives ou réglementaires, notamment, en ce qui concerne les EHPAD, les soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile ;

- des objectifs relatifs aux enjeux propres aux signataires. Ces objectifs peuvent par exemple concerner les enjeux de niveau d'activité, d'organisation interne et de qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes, ou encore l'insertion des établissements et services dans l'offre de santé sur le territoire (partenariats entre établissements, mutualisations, et coopérations). Les CPOM permettent également de fixer des objectifs en termes de transformation de l'offre de prestations des établissements et d'amélioration de l'efficacité de la dépense.

La conclusion progressive de CPOM pour l'ensemble des EHPAD s'accompagne d'une réforme importante de l'allocation de ressources, fondée sur les principes de confiance mutuelle entre autorités de tarification et gestionnaires et de respect de l'autonomie des gestionnaires, dans le cadre des objectifs fixés par le CPOM.

Ainsi, une tarification forfaitaire « à la ressource », calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, est substituée au dialogue budgétaire contradictoire annuel, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance. Les parties signataires s'accordent dans le cadre du CPOM sur les financements complémentaires prévisionnels à cette tarification de base et à leurs modalités d'évolution pendant la durée du contrat. Le décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles précise les nouvelles modalités d'allocations de ressources. Les parties signataires fixent également les règles convenues en matière d'affectation et de gestion des résultats, déficitaires comme excédentaires, la liberté de choix du gestionnaire étant la règle sous réserve du respect des engagements pris dans le CPOM et des équilibres budgétaires.

La mise en œuvre de cette réforme de la tarification, couplée à la refonte du cadre contractuel, a vocation à répondre aux enjeux de la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie en allouant le juste niveau de ressources au regard des caractéristiques des personnes hébergées et accompagnées.

Enfin, le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD précise le socle minimal de prestations que les EHPAD doivent obligatoirement proposer à leurs résidents. Elles sont réparties en cinq catégories : administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, et animation de la vie sociale. Les tarifs et prix d'hébergement de chaque établissement doivent inclure a minima ce socle de prestations.

Un modèle de contrat est joint en annexe. Il se compose d'un corps contractuel resserré permettant de faciliter sa conclusion et d'annexes dont certaines seront facultatives selon le périmètre du contrat.

MODÈLE

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le (s) autorisation (s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le conseil départemental, représenté par, président (e) ou le cas échéant la métropole représenté par le (la) président (e) ;

L'agence régionale de santé, représentée par, directeur (trice) général (e) ;

Et d'autre part,

Le cas échéant, les autres autorités publiques signataires du CPOM (autres administrations ...)

Et enfin,

La personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

[Vu le code général des collectivités territoriales et notamment le IV de l'article L. 5217-2, le cas échéant] ;

Vu le ou les schémas de référence en fonction du périmètre du CPOM [mentionner ici le projet régional de santé ainsi que le ou les schéma (s) régional de planification sociale ou médico-sociale mais aussi le (s) schéma (s) des conseils départementaux] arrêté (s) en date du XX/XX/XXXX, (selon le périmètre du CPOM et les publics couverts : schéma régional d'organisation médico-sociale, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps, schémas départementaux...) ;

Vu l'arrêté du XX/XX/XXXX de programmation de l'ARS de et du conseil départemental du ;

Le cas échéant : Vu la délibération du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire ou du conseil de surveillance de l'établissement public XXX en date du XX/XX/XXXX ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule : [rédaction facultative par les autorités chargées de l'autorisation signataires du contrat pour rappeler le contexte et les enjeux territoriaux, et la méthode de contractualisation retenue au plan local.]

Titre 1er : L'OBJET DU CONTRAT

Article 1er

L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

Présentation du gestionnaire

Doivent être obligatoirement indiqués :

- Le numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS ;
- Le statut juridique de l'entité gestionnaire ;
- Les modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire ;
- Les différentes activités de l'entité juridique gestionnaire ;

- Un organigramme de l'entité gestionnaire ;
- Le cas échéant, l'organisation du siège ;
- Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune ;
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat.

Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

Doivent être obligatoirement indiqués :

- Les autorisation (s) d'activité liée (s) au contrat ;
- Les projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM ;
- Le référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services.

Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation doit être précisée dans cet article pour chacun des établissements. Le cas échéant, une annexe dédiée précise les conditions de cette habilitation et en particulier les modalités de versement de la participation financière départementale aux établissements pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Un renvoi au règlement départemental d'aide sociale peut également être prévu à cet article.

Partenariat (s) existant (s) et formalisé (s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

Y indiquer, par exemple, l'adhésion à un groupement de coopération sociale et médico-sociale, la convention conclue avec un groupement hospitalier de territoire, etc.

Article 2

L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire

Dans le cas où le gestionnaire est signataire de plusieurs CPOM, deux options alternatives sont ouvertes aux parties signataires, qui indiquent celle retenue à cet article.

- Solution 1 : Il est décidé de conserver les CPOM distincts. Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM doit toutefois être opérée afin de permettre à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.

- Solution 2 : Il est décidé de fusionner les CPOM. Le présent contrat permet au gestionnaire de

regrouper en un document unique tout ou partie des obligations contractuelles auxquelles il est soumis. Le CPOM unique se substitue aux CPOM préexistants, qu'il intègre sous forme de socle commun et de volets additionnels. Dans ce cas, l'ensemble des établissements et services du CPOM relève d'un même état des prévisions de recettes et de dépenses. Les clauses du CPOM s'appliquent de manière concomitante à l'intégralité des établissements et services et prennent fin dans les mêmes conditions.

De plus, lorsqu'un ou plusieurs établissements ou services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (« CPOM sanitaire »), ceci est mentionné dans le présent contrat et les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est ajouté en annexe du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

Article 3

Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat. Ces objectifs doivent être en nombre limité afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement. De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint. Il est proposé ici, la liste minimale des thématiques devant être traitées dans le cadre du diagnostic partagé à partir desquelles sont définis les objectifs du CPOM :

- L'expression et la participation individuelle et collective des résidents. La capacité de l'établissement à prendre en compte dans son projet d'établissement d'une part et dans chaque projet personnalisé d'autre part, les besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial.
- Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de la gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarche de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats. Lorsqu'un ou plusieurs établissements couverts par le contrat présentent de graves difficultés financières, le CPOM prévoit un plan de rééquilibrage des recettes et des charges permettant un retour à une situation financière satisfaisante dans un calendrier concerté, conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social... afin de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes, et éviter les ruptures de prise en charge.
- Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes.

Le nombre et la nature des objectifs doivent être conformes à une évaluation réaliste de la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM. Les objectifs doivent être formulés avec précision en fonction d'une situation initiale décrite avec exactitude dans le diagnostic partagé. Dans la mesure du possible, les objectifs finaux doivent être assortis d'objectifs intermédiaires examinés à l'occasion du

dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs peuvent être accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier la réalisation des objectifs. La méthode de calcul des indicateurs retenue doit être expliquée dans le contrat ; la valeur de départ et la valeur-cible doivent être précisées dans le contrat. Il convient de limiter le nombre d'indicateurs à suivre et de s'appuyer sur les indicateurs existants, comme ceux du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux (qui seront généralisés à compter de 2018), les indicateurs produits par l'ANESM dans le cadre de son enquête bientraitance et tout indicateur construit localement.

Les objectifs sont énoncés de façon synthétique au présent article du contrat et détaillés dans des fiches dédiées annexées au CPOM.

Article 4

Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.

Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

4.1. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

Pour les EHPAD :

Le forfait global de soins

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement couvert par le contrat en début de contrat (PMP). Le GIR moyen pondéré ;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier). ;
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).
- Les modalités de tarification des petites unités de vie (PUV) sont précisées conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles.

Le forfait global relatif à la dépendance

- Le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées, calculé conformément au 1° de l'article R. 314-172 du code de l'action sociale et des familles ;
- Les financements complémentaires.

La tarification de l'hébergement

Le taux directeur fait l'objet d'une délibération par le Conseil départemental ou la métropole. Les modalités de versement de l'aide sociale départementale peuvent être précisées dans ce paragraphe si des compléments sont à apporter par rapport au règlement départemental d'aide sociale.

Le cas échéant, pour les autres établissements et services médico-sociaux du CPOM :

Indiquer ici notamment le montant des dotations globalisées communes et les autres financements éventuels.

4.2. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. La libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD.

4.3. Les frais de siège

Dans la mesure du possible, l'entrée en vigueur et la durée de l'autorisation de frais de siège sont identiques à celles du présent contrat. L'arrêté portant autorisation des frais de siège est joint en annexe au présent contrat.

Titre 2 : LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 5

Le suivi et l'évaluation du contrat

Cet article doit comprendre une description précise des modalités retenues par les parties pour le suivi de l'exécution du contrat : composition du comité de suivi, documents transmis en cours de contrat, modalités de réunion du comité.

La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition figure dans le contrat et précise la qualité des représentants de chaque entité :

- conseil départemental / métropole ;
- agence régionale de santé ;
- organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et comptables, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

Les dialogues de gestion

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de

réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.

- au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

Article 6

Le traitement des litiges

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

Article 7

La révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

Article 8

La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention (s) tripartite (s) pluriannuelle (s) de (des) EHPAD suivants signataires.

Article 9

La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans

Cet article indique la date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM et, le cas échéant met fin au (x) conventions ou contrats précédents.

Titre 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat.

1. Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.

La synthèse du diagnostic partagé

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatifs aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement transmis.

La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

Le plan global de financement pluriannuel (PGEFP)

2. L'annexe suivante est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

3. Sont obligatoirement annexés au contrat des documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM.

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

Le cas échéant, une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège.

Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.

Fait le 3 mars 2017.

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

Le ministre de l'économie et des finances,
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :
L'adjoint au directeur de la sécurité sociale,
J. Bosredon

Le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général des collectivités locales,
B. Delsol

Le ministre de l'intérieur,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général des collectivités locales,
B. Delsol

La secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie,
Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

ANNEXE N° V

TABLEAU DES DIFFERENTS TYPES DE CARACTERE

<p>FONCEUR A l'esprit de compétition ; Prend des responsabilités ; Persuasif, motivé, marche vite</p>	<p>PONDERE Prend garde aux autres et les soutient, marche doucement, ne répond pas sans réfléchir, consciencieux, sait écouter les autres</p>
<p>CEREBRAL Objectif, mesuré ; logique, pense aux réactions de cause à effet ; analyse, résout les problèmes concrets</p>	<p>INTUITIF Fait des choix basés sur les valeurs ; agit de manière intuitive, cherche l'harmonie, fuit les conflits</p>
<p>ACCORDE LA PRIORITE AUX CONTACTS HUMAINS Persuasif, aimable, encourageant, motivant, drôle, boute-en-train, optimiste</p>	<p>ACCORDE LA PRIORITE AU TRAVAIL Se concentre sur leurs résultats, fait passer les objectifs avant les gens travailleur</p>
<p>RIGIDE Suit un plan, organise, a besoin de règles, aime les plans</p>	<p>SOUPLE Fait preuve de liberté, possède une faculté d'adaptation, n'aime ni les dates limites, ni les règlements, change d'avis quand c'est nécessaire</p>
<p>INTROVERTI Calme, a des réponses réfléchies, travaille seul, recharge ses batteries dans la solitude</p>	<p>EXTRAVERTI Aime être entouré, exprime facilement ses pensées et ses sentiments, est ouvert, agit d'abord et réfléchit ensuite</p>
<p>CONCRET N'enregistre que les informations de base, raconter ce qui est vu, entendu ou touché, s'attache surtout aux faits,</p>	<p>Abstrait Retient des idées, des concepts et s'attache aux sentiments, emmagasine beaucoup d'informations, émotif et intuitif</p>
<p>METHODIQUE Utilise une méthode progressive, réfléchit méthodiquement, se caractérise par la précision, a des pensées ordonnées</p>	<p>INVENTIF Peut avoir diverses pensées diffuses simultanément, peut paraître désorganisé</p>

