



Créer un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés en EHPAD pour améliorer l'accueil des résidents déments déambulants

Christophe JEAMBRUN

2013

cafdes



Remerciements

Au travers ces lignes, je tiens à exprimer ma gratitude envers les personnes qui m'ont accompagné durant l'écriture de ce mémoire.

Je remercie en premier lieu Madame Lydia LAGODKA, en tant de référente mémoire, dont les apports ont enrichi mon propos.

Que soient également remerciés Madame Marie Jeanne CARPENTIER et Monsieur Yves SUAUDEAU, pour nos pertinents échanges lors des séminaires mémoire.

Toute ma gratitude va également à Christelle DURAND pour sa lecture attentive et son esprit critique.

Un grand merci à Anne Marie et Hubert, mes parents, pour leurs relectures attentives de ce travail.

A la promotion 17 du CAFDES. Ce diplôme est un travail d'équipe !

Enfin, à Séverine pour sa patience durant ces deux ans et demi de formation et son aide dans la rédaction de l'ensemble des travaux .

Sommaire

Introduction.....	3 -
1^{ère} PARTIE : ELEMENTS DE CONTEXTE.....	6 -
1.1 Le vieillissement de la population : une réalité identifiée.....	6 -
1.1.1 Vieillessement et dépendance.....	6 -
1.1.2 Vieillessement et démence.....	7 -
1.1.3 Vieillessement de la population en France.....	8 -
1.1.4 Situation de la Bourgogne.....	9 -
1.1.5 Situation de l'Yonne et du territoire sénonais.....	10 -
1.2 La prise en compte du vieillissement et du grand âge par les politiques publiques.....	11 -
1.2.1 Du rapport Laroque à la loi du 30 juin 1975.....	11 -
1.2.2 La mise en œuvre d'une politique catégorielle liée à la dépendance.....	12 -
1.2.3 De la Prestation Spécifique Dépendance au 5 ^{ème} risque.....	13 -
1.2.4 La prise en compte des maladies dégénératives dans les politiques publiques.....	14 -
1.3 La FCEs et la résidence "Les Champs Blancs".....	15 -
1.3.1 La Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité (FCEs), un acteur national au service des plus fragiles.....	16 -
1.3.1.1 Gouvernance de la Fces.....	16 -
1.3.1.2 La dirigeance des établissements et services.....	16 -
1.3.1.3 Organisation administrative de la FCEs.....	17 -
1.3.2 Présentation de la Résidence 'Les Champs Blancs'.....	18 -
1.3.3 Environnement de l'établissement.....	20 -
1.3.4 Le public accueilli à la résidence.....	23 -
1.3.5 Le personnel de la résidence.....	26 -
1.3.5.1 Les effectifs autorisés.....	26 -
1.3.5.2 Les caractéristiques du personnel.....	27 -
1.3.5.3 Représentation du personnel.....	29 -
Conclusion de la première partie.....	30 -
2^{ème} PARTIE :CONSTATS ET PROBLEMATIQUE.	31 -
2.1 La dépendance et la démence des résidents en augmentation.....	31 -

2.1.1 Des résidents de plus en plus dépendants.....	31 -
2.1.2 Le nombre de personnes souffrant de démence en nette augmentation.....	33 -
2.1.3 Les conséquences de cette situation.....	34 -
2.1.2.1 La déambulation.....	34 -
2.1.2.2 La fugue.....	35 -
2.1.2.3 La violence.....	36 -
2.2 Un personnel en grande difficulté.....	37 -
2.2.1 Un personnel insuffisamment formé à la prise en soins de la démence.....	37 -
2.2.2 Communication et ambiance de travail.....	39 -
2.2.3 Les conséquences identifiées inhérentes à cette situation.....	40 -
2.2.3.1 La démotivation et le risque d'usure.....	40 -
2.2.3.2 Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS).....	41 -
2.2.3.3 Les Risques Psycho - Sociaux.....	42 -
2.3 Un établissement dont l'architecture n'est plus adaptée à la dépendance des résidents.....	44 -
2.3.1 Des locaux spacieux mais non adaptés.....	45 -
2.3.2 Des difficultés à garantir l'intimité et la sécurité des résidents inhérentes au bâtiment.....	45 -
2.4 Des disparités régionales et locales dans le déploiement des PASA.....	46 -
2.4.1 Une politique régionale d'offre en places de PASA insuffisante au regard des besoins.....	46 -
2.4.2 Un environnement paradoxal.....	49 -
2.4.3 Des demandes d'accueil inadaptées à notre offre de service.....	50 -
Conclusion de la seconde partie.....	51 -
3^{ème} PARTIE : PRECONISATION ET PLAN D'ACTION.....	53 -
3.1 Améliorer les conditions d'accueil des résidents déments déambulants...-	53-
3.1.1 Sectoriser l'accueil en journée par la création d'un PASA.....	54 -
3.1.2 Le projet de service du PASA.....	55 -
3.1.3 Architecture et travaux de mise aux normes du PASA.....	58 -
3.1.3.1 Organisation architecturale du PASA.....	58 -
3.1.3.2 Coût et financement des travaux et des équipements.....	60 -
3.1.4 Budget prévisionnel de fonctionnement du PASA.....	61 -
3.2 Conduire le changement dans nos pratiques d'accueil.....	62 -
3.2.1 Insuffler le changement dans les pratiques d'accueil et de prise en soins des résidents.....	62 -
3.2.1.1 La méthodologie de projet comme outil du changement.....	63 -
3.2.1.2 La communication comme vecteur de changement.....	64 -

3.2.2	Professionaliser les équipes.....	- 66 -
3.2.2.1	La formation comme outil de changement.....	- 66 -
3.2.2.2	La formation d'Assistant de Soins en Gérontologie.....	- 68 -
3.2.2.3	La professionnalisation des agents de soins.....	- 69 -
3.2.3	Réorganiser les services.....	- 71 -
3.2.3.1	Favoriser le travail en binôme.....	- 71 -
3.2.3.2	Les cycles de travail.....	- 72 -
3.2.3.3	Travail en réseau.....	- 74 -
3.3	La démarche d'évaluation.....	- 75 -
3.3.1	L'évaluation comme dynamique institutionnelle.....	- 76 -
3.3.2	La bientraitance, fondement de la démarche qualité et d'évaluation.....	- 77 -
3.3.3	Vers la labélisation du PASA.....	- 79 -
	Conclusion de la troisième partie.....	- 79 -
	Conclusion.....	- 81 -
	Bibliographie.....	- 83 -
	Liste des annexes.....	- I -

Liste des sigles utilisés

ACTP	: Allocation Compensatrice Tierce Personne
ADMR	: Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD	: Affection de Longue Durée
AMP	: Aide Médico Psychologique
ANAP	: Agence Nationale de l'Appui à la Performance
ANESM	: Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	: Agence Régionale de Santé
AS	: Aide-Soignante
ASH	: Agent des Services Hospitaliers
BEP	: Brevet d'Etudes Professionnelles
CAFDES	: Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de service d'intervention Sociale.
CG	: Conseil Général
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS	: Conseil de la Vie Sociale
DLU	: Dossier de Liaison d'Urgence
DGAS	: Direction Générale de l'Action Sociale (devenue Direction Générale de la Cohésion Sociale)
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERP	: Etablissement Recevant du Public
ETP	: Equivalent Temps Plein
GALAAD	: Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision de l'Assurance Maladie
GIR	: Groupe Iso Ressource
GPEC	: Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRP	: Instance Représentative du Personnel
MAIA	: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MARPA	: Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées

OPCA	: Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PAQUID	: QUID des Personnes Agées
PASA	: Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés
PED	: Prestation Expérimentale Dépendance
PSD	: Prestation Spécifique Dépendance
PVI	: Projet de Vie Individualisé
RPS	: Risques Psycho Sociaux
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers à Domicile
SIVOM	: Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
TMS	: Troubles Musculo-Squelettique
TPC	: Temps de Prise en Charge
UHR	: Unité d'Hébergement Renforcé
UNA	: Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles
VAE	: Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Les démographes s'inquiètent depuis plusieurs décennies d'un phénomène de transition démographique qui touche l'ensemble des pays industrialisés : leur population vieillit. Cela est dû principalement à deux causes :

- une diminution du taux de fécondité et donc une moindre représentativité des jeunes dans la société ;
- une augmentation de l'espérance de vie, ce qui entraîne une représentation accrue des personnes âgées dans la population totale.

Selon Jacques Dupaquier¹, la population mondiale des personnes âgées de plus de 60 ans croît au rythme de 2 % par an, plus vite que ne croît la population totale. On estime à deux milliards le nombre de personnes de plus de 60 ans dans le monde en 2050, dont 1/3 vivant dans les pays développés. C'est en Europe et au Japon que le phénomène du vieillissement s'observe le plus distinctement. La France n'est pas épargnée, comme je le montrerai dans la suite de cette étude.

Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une progression du nombre de personnes âgées dépendantes. La dépendance, tant sur le plan de sa prise en compte (par les politiques publiques) que sur sa prise en charge (au niveau des personnes concernées) est devenue une question prégnante dans nos sociétés et dans le débat public. Les pays européens ont développé des stratégies différentes, en particulier en ce qui concerne le financement des coûts liés à cette question (financement des retraites, financement des coûts liés à la dépendance).

Par ailleurs, on estime en Europe que 7.3 millions de personnes de 30 à 99 ans seraient atteintes de démence. Un rapport de 2007 de l'INSERM annonçait un doublement tous les vingt ans du nombre de personnes affectées. Selon la commission européenne, le coût supporté par les Etats membres pour la prise en charge des cas de démence était, en 2005, de 130 milliards d'euros, soit environ 21 000 euros annuels par patient.

La question du vieillissement et, corrélativement, de l'augmentation de la dépendance et des cas de démence intéresse aujourd'hui les politiques publiques des pays européens.

J'exerce la fonction de directeur d'établissement dans le champ de la gérontologie depuis 2004. D'abord adjoint de direction dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour

¹ Jacques DUPAQUIER 'Le vieillissement de la population dans le monde', disponible sur internet <http://www.rayonnementducnrs.com/bulletin/b42/vieillissement.pdf>

Personnes Agées Dépendantes) pendant deux ans, j'ai ensuite dirigé plusieurs établissements de différentes capacités d'accueil (38 lits, 113 lits).

Depuis septembre 2008, je suis directeur de la Résidence 'Les Champs Blancs', établissement associatif de 78 lits, situé à une vingtaine de kilomètres au nord de Sens (Yonne, Bourgogne). Cet établissement est géré par la Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité (FCEs) depuis 2006.

L'établissement accueille désormais nombre de personnes âgées souffrant de troubles du comportement dus à leurs pathologies. En particulier, certains résidents errent dans les couloirs, les chambres. C'est pourquoi j'évoque, dans le titre de ce mémoire, les résidents déments déambulants², c'est-à-dire les personnes qui connaissent une désorientation temporo-spaciale et dont la principale activité en journée est la déambulation incessante. Cette situation est source de difficultés quant à la cohabitation entre ces résidents souffrant de troubles cognitifs et les résidents ayant une perte d'autonomie physique.

Par ailleurs, cette situation affecte les salariées, habituellement engagées dans un travail visant au maintien de l'autonomie, dans le cadre des projets de vie individualisés. Or, elles sont confrontées à des situations où leur logique est mise à mal, comme peuvent l'être leur intégrité (physique ou morale), dans les situations de violence qui surgissent parfois.

Notre projet d'établissement, écrit en 2011 dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite de l'établissement comporte le projet d'ouverture d'une Unité de Soins Spécifique Alzheimer (USSA). Nous avons adapté ce projet en tenant compte de la mesure 16 du plan Alzheimer 2008 - 2012 et, après négociation avec le Conseil Général de l'Yonne et l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne, nous avons opté pour la création d'un Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA).

A l'occasion d'importants travaux de ré-humanisation de l'établissement, et suite à une opportunité de financement ouverte par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne, nous avons ouvert ce PASA de 12 places. Les travaux concernant les locaux ont débuté en septembre 2012 pour s'achever en mai 2013 et le PASA a ouvert ses portes en juin 2013. Parallèlement à ces travaux architecturaux, un projet de service a été écrit par un groupe de travail pluridisciplinaire qui s'est réuni de septembre 2012 à février 2013. Un Comité de Pilotage (COPIL), comprenant le médecin coordonnateur, un membre invité du Conseil d'Orientation de l'établissement, l'Infirmière coordonnatrice, a conduit l'élaboration du dossier de labélisation du PASA. Ce dossier a été déposé en décembre 2012.

² Déambulant devient alors un adjectif qualificatif .

Cette étude a pour objet de présenter l'ouverture du Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA) de la Résidence 'Les Champs Blancs', afin d'améliorer l'accueil et la prise en soin des résidents déambulants souffrant de démence.

La première partie de cette étude sera consacrée au contexte général, tant sur le plan démographique que des politiques publiques et de l'environnement de la Résidence 'Les Champs Blancs'.

Dans une seconde partie, je m'attacherai à proposer une analyse des contraintes (forces - faiblesses) de l'établissement et je formulerai une problématique générale en fin de chapitre.

Enfin, la troisième partie sera l'occasion de présenter le projet d'ouverture du PASA ainsi que les moyens que j'ai mobilisés pour conduire le changement lié à cette ouverture.

1^{ère} PARTIE : ELEMENTS DE CONTEXTE.

Comme évoqué, et ce sera mon premier propos, nous connaissons depuis plusieurs années un vieillissement de la population, phénomène connu au niveau national comme au niveau de la Bourgogne et du Sénonais (1).

Je m'attacherai ensuite à brosser les grandes lignes des politiques publiques qui prennent en compte ce vieillissement de la population française et les conséquences démographiques, sociales et économiques qui en découlent (2).

Enfin, je présenterai la Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité et la Résidence 'Les Champs Blancs', les principales caractéristiques des résidents qui y sont accueillis et celles des personnels qui y travaillent (3).

1.1 Le vieillissement de la population : une réalité identifiée.

En démographie, on appelle **vieillissement de la population** l'accroissement de la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans une population totale. Le **vieillissement** est un processus normal touchant tous les êtres vivants dès le début de leur existence. Celui-ci comprend à la fois des aspects physiologiques (diminutions fonctionnelles), psychomoteurs (diminution des réflexes) et sociaux (diminution des réseaux sociaux)³.

Le vieillissement des populations dans les pays européens est constaté depuis de nombreuses années. Celui-ci devrait s'accélérer d'ici 2060. La part des personnes âgées de plus de 65 ans devrait alors représenter 30 % de la population européenne contre 17 % aujourd'hui, celle des plus de 80 ans, 10.11 % (contre 4,4 % aujourd'hui).

1.1.1 Vieillissement et dépendance.

Le vieillissement est aussi souvent associé à la dépendance, cette '*vieillesse qui va mal*' selon Bernard ENNUYER⁴. La dépendance peut se définir comme la perte d'autonomie dans les actes de la vie courante, cette perte rendant nécessaire l'intervention d'une aide extérieure (dispositif ou personne).

C'est en 1973 qu'apparaît le mot « dépendance » pour qualifier les personnes âgées. La définition en est donnée par un médecin hospitalier, travaillant auprès de personnes âgées, le docteur Yves DELOMIER (1973) « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes de la vie quotidienne* ».

³ CARADEC V., 2004 '*Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*' Armand Colin.

⁴ ENNUYER B., Août 2004 'Dépendance, le vocable de la vieillesse qui va mal' in *Problèmes Politiques et Sociaux* n°903 p 21.

Dans le champ de la vieillesse, à partir de 1975, la définition médicale de la dépendance a donc connoté cette dernière négativement, comme incapacité à vivre seul et comme asservissement, au détriment de la vision positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres privilégiée et mise en avant aujourd'hui.

Sur un plan statistique, le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes dépendantes. Une étude de la DRESS⁵ de 2006 avançait l'hypothèse selon laquelle le nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), devrait progresser dans une fourchette allant de 21,2 % à 28,5 % entre 2000 et 2020 et de 21 à 26 % de 2020 à 2040.

Cependant, vieillir ne signifie pas nécessairement devenir dépendant. L'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration de l'hygiène de vie, les progrès de la médecine favorisent le maintien d'une vie sans incapacité de plus en plus longtemps. Toutefois, et comme je vais l'évoquer, la dépendance s'installe aujourd'hui aux plus grands âges de la vie.

1.1.2 Vieillesse et démence.

La démence n'est pas une maladie de notre temps. Déjà, Hippocrate a formulé l'idée selon laquelle les facultés mentales se trouveraient dans le cerveau et que celui-ci serait également l'organe de la maladie mentale. La Classification Internationale des Maladies et Problèmes de Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé définit la démence (du latin demens : folie) comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies ou la modification de la personnalité* ».

La démence se caractérise notamment « *par une affection cérébrale acquise qui détériore progressivement le fonctionnement intellectuel et compromet les facultés d'adaptation de l'individu à son environnement, et en particulier à des situations nouvelles, ce qui conduit à une perte d'autonomie* »⁶.

La démence a pour conséquences une morbidité et une mortalité importante. Deux tiers des dépendances seraient liées à une démence.

⁵ DRESS 'L'allocation personnalisée d'autonomie Etudes et Résultats' Mars 2006 ;

⁶ VALLET J..CORDELLERAS J., 2009; 'Attention soutenue chez la personne âgée atteinte de démence : validité pathologique de l'adaptation du test des deux barrages de Zaggo' Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien. Faculté de médecine de Toulouse.

On distingue

- les démences dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ou la démence fronto-temporale. Selon un rapport de l'Office Parlementaire des Politiques de santé⁷, la maladie d'Alzheimer se définit comme « *l'association d'un syndrome démentiel, soit la détérioration des fonctions cognitives avec un retentissement significatif sur les activités sociales et professionnelles du malade, l'existence de lésions cérébrales spécifiques* ». On distingue trois critères de la maladie d'Alzheimer :
 - o un déficit cognitif comprenant à la fois un trouble mnésique et un trouble des fonctions supérieures (aphasie, praxie, agnosie) ;
 - o un déficit significatif de la vie sociale et professionnelle mesurée par rapport au niveau antérieur de la personne ;
 - o l'absence d'état confusionnel.
- les démences non dégénératives, comme les démences vasculaires, dues principalement à des accidents cérébraux.

1.1.3 Vieillesse de la population en France.

En France, le vieillissement de la population est observé depuis le 18^{ème} siècle. Ainsi la proportion des plus de 60 ans et plus est passée de 7,3 % en 1775 à 13 % en 1900, 16 % en 1946, 18 % en 1988. Aujourd'hui, les générations nombreuses du « Baby Boom » (c'est-à-dire les personnes nées entre 1946 et 1974) commencent à entrer dans la tranche d'âge de 60 ans et plus. Ils représentent, en 2013, un sixième des 65 millions de français.

A l'horizon 2040, une personne sur trois sera âgée de 60 ans. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus serait de dix millions de personnes (soit un doublement de cette population depuis 2008) et la part des personnes de plus de 90 ans va même quintupler sur la même période.

Dans le même temps, l'INSEE prévoit que l'espérance de vie va continuer d'augmenter pour atteindre en 2040, 91 ans pour les femmes et 86 ans pour les hommes.

Le vieillissement de la population conduit également à l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de démence. En France, la prévalence et l'incidence des démences sont mesurées depuis 1989 par l'étude PAQUID⁸, portant sur une cohorte de personnes habitant les départements de la Gironde et de la Dordogne. L'étude est

⁷ Rapport du Sénat n°466 (2004-2005) de Mme Cécile Gallez, députée, déposé le 6 juillet 2005.

⁸ L'étude PAQUID (Personnes Agées QUID) est une étude épidémiologique du vieillissement fonctionnel et cérébral (mesure de l'incidence et de la prévalence de la maladie d'Alzheimer) menée sur une cohorte de 3777 personnes âgées de 65 ans et plus résidents en Gironde et Dordogne.

renouvelée annuellement sur les personnes survivantes de plus de 75 ans de la cohorte initiale. Les résultats sont rapportés à l'échelle nationale pour obtenir une estimation.

Selon cette étude, la prévalence des démences chez les personnes âgées était évaluée, en 2005, à 15,9 pour 1 000 personnes par an, soit 856 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Elles pourraient être 2 156 600 en 2040. Dans le monde, la démence pourrait toucher 81 millions de personnes en 2040, principalement dans les pays industrialisés.

1.1.4 Situation de la Bourgogne.

Au 1^{er} janvier 2010, la population de la région s'établissait à 1 606 045 habitants.

La répartition par département des personnes âgées de plus de 60 ans était la suivante :

Département	60 -74 ans			75 ans – 84 ans			85 ans et plus		
	hommes	femmes	ensemble	hommes	femmes	ensemble	hommes	femmes	ensemble
Côte d'Or	34 726	38 897	73 623	17 717	30 561	48 278	52 443	69 458	121 901
Nièvre	19 463	21 185	40 648	10 415	18 561	28 976	29 878	39 746	69 624
Saône et Loire	44 164	48 431	92 595	24 448	40 794	65 242	68 612	89 225	157 837
Yonne	26 527	28 017	54 544	13 828	23 466	37 294	40 355	51 483	91 838
Bourgogne	124 880	136 530	261410	66 408	113 382	179 790	191 288	249 912	441 200

Source : DION M., 21/03/2013 *La maladie d'Alzheimer, une tentative de mise en chiffre*, Conférence organisée par France Alzheimer.

Actuellement, le nombre de personnes souffrant de démence accueillies en établissement se répartit ainsi :

Département	Nombre d'établissement (EHPAD)	Estimation du nombre de malades	Estimation du nombre de malades en établissement	Taux de prise en charge des malades en établissement
Côte d'Or	68	6 838	2 935	42.9 %
Nièvre	28	4 122	1 108	26.9 %
Saône et Loire	72	9 201	2 591	28.2 %
Yonne	58	5 271	2 007	38.1 %
Bourgogne	226	25 432	8 665	34.1 %

Source : DION M., 21/03/2013 *La maladie d'Alzheimer, une tentative de mise en chiffre*, Conférence organisée par France Alzheimer.

On constate que moins d'une personne âgée souffrant de démence sur deux est accueillie en établissement.

A l'horizon 2040, la Bourgogne pourrait compter 1,725 millions d'habitants. Elle figurerait alors dans les quatre régions françaises les moins dynamiques démographiquement, même si c'est la seule à ne pas perdre d'habitants. Au sein de la région, la situation est cependant contrastée :

En Côte d'Or et dans l'Yonne, la population augmente d'environ 0,25 % par an. En Saône et Loire, cette croissance démographique serait deux fois plus faible. La Nièvre, quant à elle, perdrait des habitants.

En 2040, 208 000 Bourguignons seraient âgés de 80 ans et plus, soit deux fois plus qu'en 2007. Leur part, rapportée à la population totale serait l'une des plus élevée avec les régions de la Corse et du Limousin.

1.1.5 Situation de l'Yonne et du territoire sénonais.

Au 1^{er} janvier 2010, les Icaunais représentaient 21 % de la population Bourguignonne, mais ils étaient également les plus âgés : 26 % des habitants de l'Yonne étaient âgés de 60 ans et plus.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 36 980 individus, dont 4 887 souffrant de pathologies invalidantes. Le tableau ci-dessous montre que la prévalence de la maladie d'Alzheimer présente des caractéristiques différentes entre les hommes et les femmes, du fait notamment de la différence d'espérance de vie :

Age	Hommes			Femmes		
	Effectif	Malades	Prévalence	Effectif	Malades	Prévalence
75 - 79	6 136	282	4.6 %	8 715	322	14.28 %
80 - 84	4 585	440	9.6 %	7 559	1 156	10.58 %
85 - 90	2 358	358	15.2 %	4 621	1 100	7.38 %
90 et plus	678	146	21.6 %	2 328	1 083	4.94 %
TOTAL	13 757	1 226		23 223	3 661	

Les projections établies par l'INSEE font état d'une forte progression de la population du département à l'horizon 2040, cette progression étant la plus forte des quatre départements de la Bourgogne. **La part des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population totale passerait alors à 62 %**, contre 34 % en moyenne en Bourgogne. En particulier, les tranches d'âge les plus élevées connaîtraient la plus forte croissance : les personnes âgées de 80 ans et plus seraient deux fois plus nombreux en 2030 qu'en 1999. Ce vieillissement de la population aurait, selon le schéma gérontologique, trois conséquences :

- une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, en particulier résidant dans les EHPAD. Selon les projections du schéma gérontologique, les établissements accueilleraient, en 2040, 46 % de personnes âgées très dépendantes (contre 22 % aujourd'hui).
- une augmentation de la prévalence des démences. Aujourd'hui, 28 % des personnes âgées de 85 ans sont atteintes de démence (ce chiffre passe à 47 % pour la classe d'âge des 90 ans et plus). Cela représente 6 000 personnes environ aujourd'hui. A l'horizon 2040, 2 000 personnes supplémentaires pourraient être concernées, soit une augmentation de la prévalence des démences de 33 %.

- Une demande accrue concernant l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, dont le nombre a augmenté en faveur de l'accroissement de leur espérance de vie et pour lesquelles, à ce jour, l'accueil dans des structures pour personnes âgées dédiées reste difficile.

Le vieillissement de la population, tant sur le plan national que régional, est donc un phénomène étudié depuis longtemps par les démographes. Il est également pris en compte par les politiques publiques depuis une cinquantaine d'année.

1.2 La prise en compte du vieillissement et du grand âge par les politiques publiques.

L'intérêt des politiques publiques pour la question des personnes âgées et de leur place dans la société française se fait timidement au début du 19^{ème} siècle. Entre 1910 et 1930, un régime de protection sociale pour les ouvriers et paysans se met progressivement en place. Celui-ci sera étendu par les ordonnances du 30 Octobre 1945 qui créent la Sécurité Sociale et couvre alors les champs de la maladie, la maternité, les accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que la vieillesse.

La Sécurité Sociale ne sera généralisée qu'au début des années soixante, date à laquelle un rapport ministériel novateur pose la première pierre d'une véritable politique en faveur des personnes âgées. Ce rapport sera suivi de plusieurs autres rapports et lois construisant, au fil du temps, une véritable politique liée au vieillissement et à la dépendance.

1.2.1 Du rapport Laroque à la loi du 30 juin 1975.

En 1962, Michel Debré, alors Premier Ministre, demande au Président de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Pierre Laroque, de diriger la « *Commission d'Etude des Problèmes de la Vieillesse* ». C'est la première véritable initiative politique en matière de vieillissement de la population, s'intéressant principalement aux conditions de vie des personnes âgées.

Le Rapport Laroque fait le constat d'une population âgée vivant dans des conditions misérables et souvent dans des logements délabrés. Il apporte trois avancées :

- il préconise la mise en œuvre d'un véritable droit à pension de retraite ;
- il substitue au terme '*vieillard*', alors usité, celui de '*personne âgée*' ;
- il pose le principe du maintien à domicile en favorisant le développement des aides ménagères (créées en 1954) et la participation de la personne âgée à la vie sociale.

En 1971, le rapport de l'*Inter Groupe Personnes Agées*, présidé par Nicole Questiaux, confirme les préconisations du rapport Laroque, tout en dénonçant la dichotomie entre le

secteur sanitaire et médico-social, opérée un an plus tôt par la loi du 31 juillet 1970 portant réforme hospitalière.

La loi 75 534 *d'orientation en faveur des personnes handicapés* est publiée le 30 juin 1975. Elle crée l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP). On raisonne alors sur la notion de handicap et pas encore sur la notion d'autonomie (ou de perte d'autonomie). De ce fait, les personnes âgées sont exclues de cette prestation.

D'autres rapports, s'intéressant aux conditions de vie des personnes âgées et leur situation économique, seront publiés à la fin des années 1970. Mais le véritable tournant des politiques publiques aura lieu à partir des années 1980.

1.2.2 La mise en œuvre d'une politique catégorielle liée à la dépendance.

La prise de conscience politique des enjeux liés au vieillissement de la population et des coûts inhérents à la prise en charge de la dépendance par les finances publiques a lieu dès 1980. Acte politique fort décidé par le président François Mitterrand, le premier secrétariat d'Etat aux personnes âgées est mis en place dans le gouvernement Mauroy dès le 21 mai 1981⁹.

Pour réaliser une promesse électorale, l'ordonnance du 25 mars 1982 abaisse l'âge de la retraite de 65 à 60 ans.

Un rapport de la Commission Nationale d'Etude sur les Personnes Agées (1987) focalise la question de la dépendance sur sa prise en charge financière. Un rapport de Théo Braun¹⁰, ministre chargé des personnes âgées, propose la création d'une assurance dépendance en nature se substituant à l'ACTP. Cette proposition ne sera pas retenue.

Les politiques consacrées aux personnes âgées sont surtout impactées par le processus de décentralisation engagé dès 1983. Ainsi, la loi du 23 Juillet 1983 donne aux Conseils Généraux la gestion de l'aide sociale légale, auparavant gérée par l'Etat. La loi du 06 janvier 1986, dite '*loi particulière*', transfère aux assemblées départementales des compétences de planification et d'évaluation des besoins médico-sociaux dans le cadre d'un schéma départemental. L'acte II de la décentralisation, par la loi organique du 28 mars 2003, confirmera ce modèle départementaliste, faisant du Conseil Général le chef de file de l'action sociale et médico -sociale. Cependant, en termes de compensation de la dépendance, le régime toujours en place à la fin des années 1980 était celui, très exclusif, de l'ACTP. Il faudra attendre dix ans encore pour voir se développer des dispositifs propres aux personnes âgées.

⁹ Joseph FRANCESCHI sera le premier secrétaire d'Etat aux personnes âgées, du 21 mai 1981 au 17 Août 1982.

¹⁰ BRAUN T., STROURM M., 1988 '*Les personnes âgées dépendantes*'. Rapport remis au secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité Sociale

1.2.3 De la Prestation Spécifique Dépendance au 5^{ème} risque.

En 1994, le gouvernement expérimente dans douze départements volontaires la Prestation Expérimentale Dépendance (PED). Celle-ci se compose :

- de l'ACTP
- de prestations servies par les caisses de retraite au titre des dépenses d'aide-ménagère à domicile.

Cette prestation est soumise à condition de ressources et son montant est plafonné.

La loi du 24 Janvier 1997 généralise ce dispositif en créant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Il s'agit d'une prestation en nature, versée par les Conseils Généraux aux personnes âgées dépendantes d'au moins 60 ans, classées de GIR 3 à 1, sous condition de ressources. Comme la PED, la Prestation Spécifique Dépendance est plafonnée et fait l'objet d'un recours sur succession pour la partie de l'actif supérieure à 300 000 €.

Très critiquée en raison des écarts importants de traitements des bénéficiaires d'un département à l'autre, la PSD est remplacée à partir du 1^{er} janvier 2002 par l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), créée par la loi du 20 juillet 2001.

En 2003, pour faire face à l'afflux de demandes et l'explosion des dépenses (3,7 milliards de dépenses au lieu des 2,5 milliards initialement prévus en 2002), les plafonds d'exonération de participation du bénéficiaire l'APA furent réformés, passant de 900 € à 600 € de ressources. Mais le financement de l'APA reposant sur les Conseils Généraux, les disparités géographiques demeurent toujours, en particulier en ce qui concerne les montants moyens des plans d'aide.

En 2009, un million de personnes bénéficiaient de l'Aide Personnalisée d'Autonomie. 39% de ces personnes présentaient une déficience physique et la même proportion souffrait à la fois de troubles physiques et de troubles psychiques (DRESS 2009).

Suite à la canicule de 2003 et au drame sanitaire et humain qu'elle provoqua, est créée la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie (CNSA). Elle est chargée de financer toute aide en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. On assiste alors à un premier pas vers une convergence des dispositifs de compensation des conséquences du handicap et de celles de la dépendance, convergence réaffirmée, un an plus tard, par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Alimentée par une part additionnelle des ressources de la CSG –CRDS, un abondement de l'Assurance Maladie et la journée de solidarité, la CNSA joue principalement le rôle de collecteur puis de répartiteur des fonds à destination des Conseils Généraux et des Agences Régionales de Santé.

Les projections démographiques faisant apparaître une augmentation importante du nombre de personnes âgées dépendantes, on voit alors émerger l'idée d'un 5^{ème} risque, par référence aux quatre risques déjà couverts par la Sécurité Sociale (maladie, vieillesse, famille et accidents du travail – maladies professionnelles). Dès 2007, un rapport du Sénat intitulé « *Construire le 5^{ème} Risque* »¹¹, avançait l'idée d'un financement collectif des coûts futurs de la dépendance. Lancé en 2011 par l'ancien Président de la République, ce débat est bientôt mis en suspens et la réforme qui en découlera n'est toujours pas arrêtée dans ses termes et ses engagements, le gouvernement actuel s'étant engagé à faire des propositions à l'automne 2013.

1.2.4 La prise en compte des maladies dégénératives dans les politiques publiques.

Les questions relatives à la maladie d'Alzheimer et aux autres démences sont intervenues dans la sphère politique il y a une douzaine d'années. Auparavant, les politiques publiques en faveur des personnes âgées ne comportaient pas de mesures spécifiques en faveur des personnes atteintes de maladies dégénératives. Cette prise de conscience a suivi les avancées de la médecine, et en particulier des progrès de la neurologie. La mobilisation des familles, au travers de grandes associations, telle France Alzheimer, créée en 1985, a également permis de mettre en lumière les problématiques sociales et sociétales des maladies dégénératives.

En 2000, un rapport de François Girard¹² avance douze propositions parmi lesquelles la facilitation de l'accès au diagnostic par le développement de consultations spécialisées ou l'amélioration de la coordination des différents services proposés aux malades et à leur famille. Ce rôle est joué par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et, depuis 2008, par les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA).

En 2004, la maladie d'Alzheimer devient une Affection Longue Durée (ALD) (ALD n°15), reconnue par la Sécurité Sociale, ce qui participe à sa reconnaissance et à son 'autonomisation'¹³ par rapport à la dépendance à laquelle elle était assimilée depuis longtemps.

Du rapport Girard, trois plans seront mis en œuvre au début des années 2000 :

¹¹ Rapport d'information n° 447 (2007-2008) de M. Alain VASSELLE fait au nom de la Mission commune d'information dépendance, déposé le 8 juillet 2008. Consulté sur internet <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-1.html>

¹² Rapport Public de Jean François GIRARD et Ana CANESTRI ; 2000 'La Maladie d'Alzheimer' Ministère de l'emploi et de la solidarité.

¹³ NAGTCHA – RIBERT L., février 2009, 'Image de la maladie d'Alzheimer : entre permanence et mutations.' *Document Cleirpa* n°33.

- Un premier plan, adopté en 2001 pour quatre ans, préconisait des mesures en faveur de l'aide au diagnostic et au soutien des familles, ainsi qu'au développement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Le plan vise également l'amélioration de la qualité des EHPAD.

- Un second plan a été adopté en 2004 pour une durée de quatre ans. Celui-ci complétait le premier et mettait également l'accent sur la reconnaissance des droits des malades. L'accès aux consultations mémoire était également renforcé. Par ailleurs, des outils d'information et de formation ont été diffusés à destination des professionnels, dans les établissements et services d'aide à domicile.

En 2005, un rapport parlementaire de Cécile GALLLIEZ¹⁴ pointe l'épuisement des proches et l'insuffisance de diagnostic.

En 2007, la Maladie d'Alzheimer est déclarée grande cause nationale.

- Un troisième plan quinquennal a été adopté en 2008. Il prévoit :

- de développer la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social ;
- de favoriser l'expérimentation des « unités de soins et d'activité Spécifique » au sein des EHPAD (qui deviendront les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) ;
- la création des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA) dans les départements.

Le 21 septembre 2012, le Président de la République a reconduit ce 3^{ème} plan et l'a élargi à toutes les maladies neurodégénératives, sans condition d'âge.

Au niveau de l'Europe, sous l'impulsion de la France alors à la Présidence du Conseil Européen, l'Union Européenne s'est saisie de cette problématique. Le 12 novembre 2009, le Parlement Européen adopte une résolution sur la programmation conjointe des activités de recherche européenne pour lutter contre les maladies neurodégénératives.

1.3 La FCEs et la résidence 'Les Champs Blancs'.

Evoquons à présent la Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité (FCEs), organe à la fois gestionnaire et politique de l'établissement que je dirige, avant de présenter la résidence 'Les Champs Blancs', dans ses dimensions environnementales, architecturales, sociales et des personnes âgées accueillies.

¹⁴ Rapport de l'Assemblée nationale n° 2454 (2004 – 20 05) de Mme Cecile GALLEZ '*La Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.*' Consulté sur internet <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp>

1.3.1 La Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité (FCEs), un acteur national au service des plus fragiles¹⁵.

La FCEs a été créée en 2001 à l'initiative de quatre Caisses d'Epargne Régionales. Elle a obtenu la reconnaissance d'utilité publique le 04 avril 2001, dont l'objet d'intérêt général est **la lutte contre toutes les formes de dépendance liées à l'âge, la maladie ou le handicap.**

Juridiquement indépendante du groupe Banque Populaire - Caisses d'Epargne (BPCE), la FCEs gère aujourd'hui 112 établissements et services, en grande majorité des EHPAD, mais également quatre ESAT, quatre Etablissements de soins de suite et de réadaptation ainsi que deux plateformes de télé-assistance à domicile. Cela représente 6 880 places d'accueil médico-sociales et 5 120 patients reçus en 2012 dans les établissements sanitaires. 11 220 personnes âgées bénéficient des services des services de télé-assistance. La Fondation est présente sur l'ensemble du territoire national, y compris en Guadeloupe et en Martinique.

1.3.1.1 Gouvernance de la Fces.

La Fondation est dirigée par un conseil d'administration composé de 15 membres répartis en trois collèges :

- Les représentants du gouvernement (ministère de la santé et de l'action sociale, représentants du ministère de l'intérieur et des finances) ;
- Les personnalités qualifiées ;
- Les Fondateurs représentants des conseils d'orientation et de surveillance ainsi que des directeurs des dix sept Caisses d'Epargne Régionales.

Le Conseil d'administration est administré par un bureau, composé

- d'une présidente ;
- d'une vice-présidente en charge des questions liées à l'autonomie ;
- d'un vice-président en charge des questions liées à l'illettrisme ;
- d'un conseiller expert.

1.3.1.2 La dirigeance des établissements et services.

Au niveau opérationnel, le Directeur Général est assisté dans ses fonctions par :

- un directeur des établissements et services, qui est le supérieur hiérarchique des Directeurs Régionaux et des directeurs d'établissements ;
- un directeur administratif et financier ;
- un directeur des ressources humaines.

¹⁵ Site internet : www.fces.fr

Les directeurs des établissements rendent compte aux Directeurs Régionaux et au Directeur des Etablissements et Services. Compte tenu du nombre important d'établissements gérés par la FCEs, la subdélégation de pouvoirs¹⁶ que j'ai signée en 2008 précise que :« *En raison de l'impossibilité matérielle pour le Président ou la Direction de la Fondation d'exercer personnellement le contrôle de l'activité de l'établissement, le délégataire, dans le cadre de ses fonctions, a tout pouvoirs pour prendre toutes mesures et toutes décisions en vue d'appliquer ou de faire appliquer l'ensemble des lois et règlements au sein de l'établissement.* »

Sur le plan administratif et financier, je négocie librement et sous le contrôle du directeur régional, les budgets de l'établissement. Il en va de même pour toute autre négociation avec les autorités de tarification et de contrôle (convention tripartite par exemple). Cette relative 'indépendance' s'accompagne bien entendu de la responsabilité sur ces dossiers. Néanmoins, la Fondation s'est dotée d'une architecture organisationnelle d'assistance et de contrôle des directeurs.

1.3.1.3 Organisation administrative de la FCEs.

Les activités de la Fondation sont organisées en quatre régions. Chaque région administrative est dirigée par un ou une Directeur(trice) Régional(e), principal(e) interlocuteur(trice) des Directeurs(trices) des établissements. Un Centre administratif Régional apporte un soutien logistique (comptabilité, paye) aux établissements.

Au niveau départemental, le Conseil d'Administration de la FCEs a souhaité créer des conseils d'orientation au niveau de chaque établissement. En effet, en raison de son implantation nationale et de son implication historique avec le réseau des Caisses d'Epargne (même si aujourd'hui, la FCEs est juridiquement et financièrement indépendante du groupe Banque Populaire - Caisses d'Epargne), il a paru important de conserver des liens avec les Caisses d'Epargne locales. Véritable organe de co-dirigeance des établissements, le Conseil d'Orientation est composé de représentants des Caisses d'Epargne locales et de personnalités, telles que le maire de la commune d'implantation de l'établissement et des représentants d'associations œuvrant dans le champ de la gérontologie.

Le Conseil d'Orientation est un véritable lien entre l'établissement et le conseil d'administration de la FCEs, par le rapport établi à chaque réunion du Conseil d'Orientation.

Le Conseil d'orientation se réunit une à deux fois par an, à l'invitation du Directeur d'Etablissement. Le Directeur fait un rapport sur les projets en cours ou à venir. Dans certains cas, cela aboutit à une aide financière consentie par la Caisse d'Epargne locale

¹⁶ On trouvera cette délégation de pouvoirs en annexe de cette étude.

sur des fonds dédiés à l'action sociale, telle que la participation au financement d'un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite. Le Conseil d'Orientation émet un avis consultatif et joue un rôle important dans l'implantation de l'établissement dans la vie institutionnelle locale : il est, à ce titre, un organe politique important, même s'il n'a ni la nature, ni les pouvoirs du conseil d'administration.

1.3.2 Présentation de la Résidence 'Les Champs Blancs'.

La résidence 'Les Champs Blancs' a été créée en 1991 à l'initiative du Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple (SIVOM) de Sergines afin d'accueillir les personnes âgées des onze communes du canton. A l'époque, seule existait à proximité la maison de retraite de Pont sur Yonne, distante de 12 kilomètres.

Conçu comme une Maison Rurale pour Personnes Agées (MARPA), l'établissement était originellement destiné à accueillir 83 personnes. L'ensemble des lits était alors habilité à l'aide sociale. En 1999, cependant, le gestionnaire de l'époque demande la réduction du nombre de ces lits: d'une habilitation totale, l'établissement ne conserve plus que 18 lits habilités à l'aide sociale.

En 1996, une section de cure médicale de 20 lits est ouverte. Cette section de cure médicale disparaît en juillet 2002, par la transformation de la MARPA en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). A cette occasion, une première convention tripartite est signée entre l'établissement, le Conseil Général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Yonne.

En 2005, en raison d'une sous-occupation chronique, la capacité autorisée est ramenée de 83 à 78 lits. Depuis le 1^{er} janvier 2006, la Résidence 'Les Champs Blancs' a été reprise en gestion par la FCEs.

L'établissement dispose désormais d'un agrément de 78 lits en hébergement permanent dont 18 lits habilités à l'aide sociale.

L'établissement est situé à Sergines, commune rurale de 1 200 habitants, au nord de la Bourgogne et à 20 kms au nord de la ville de Sens. La proximité géographique des départements de la Seine et Marne (10 kms au nord), de l'Aube (25 kms à l'est) et du Loiret (30 kms à l'ouest) explique la présence de résidents originaires de différents départements, bien que la majorité des personnes accueillies sont originaires du canton de Sergines.

Sur le plan architectural, la résidence se compose d'un bâtiment R+2 construit en 1991, comportant une partie centrale et deux ailes (nord - ouest et sud - est).

La superficie totale (Rez-de-chaussée et étages) du bâtiment est de 3 934 m².

L'établissement dispose de 70 chambres dont les superficies sont comprises entre 20 m² et 30 m². Quatre studios de 48 m² sont destinés à accueillir des couples. Chaque

chambre dispose d'une salle de bain accessible aux personnes à mobilité réduite, avec douche à l'italienne (siphon au sol).

Sur le plan des locaux communs, au rez-de-chaussée, se trouvent :

- une salle à manger où les résidents pouvant s'alimenter seuls prennent leur repas (le petit déjeuner est servi en chambre) ;
- une salle qui sert de salle à manger pour les personnes âgées les plus dépendantes, ne pouvant s'alimenter seules ou qui déambulent. L'après-midi, elle est utilisée comme salle d'animation.

Aux étages, on trouve un salon attenant à l'office, permettant aux personnes et à leur famille de se retrouver.

Il faut préciser que la vocation première de l'établissement a conditionné son architecture et donc que les locaux communs permettant de vivre ensemble sont rares (dans les MARPA, on privilégiait les surfaces de la chambre du résident). De plus, jusqu'alors, l'établissement ne comportait aucun secteur spécifique pour limiter la déambulation des résidents déments.

Deux logements de fonction avaient été prévus au rez-de-chaussée de l'aile Nord-Ouest, initialement réservés au Directeur et à l'Infirmier. Ces deux logements étaient inoccupés et l'un des deux se trouvait dans un état de délabrement important en raison d'une fuite d'eau survenue il y a plusieurs années. L'autre logement, en meilleur état, était utilisé comme lieu de réunion pour les instances représentatives du personnel.

La gouvernance de l'établissement s'appuie sur deux éléments :

Le projet d'établissement 2011-2016 de la résidence.

Se fondant sur le travail mené depuis 2008, ce projet émane d'une réflexion collective, au travers de groupes de travail pluridisciplinaires. Plutôt qu'un projet ambitieux, nous avons voulu tenir compte du passé et des avancées des quatre dernières années. L'objectif principal du projet est de consolider les acquis concernant la prise en soin des résidents et d'inscrire des marges de progrès dans nos domaines d'activités (hébergement, prévention de la dépendance physique et psychique et soins)

Les grandes lignes de ce projet sont les suivantes :

- Une refonte de nos modes de fonctionnement sur le plan hôtelier ;
- Une réhabilitation des locaux, en coopération avec le Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple (SIVOM) de Sergine, qui est propriétaire des murs ;
- Un projet de soins tenant compte des besoins évalués des résidents, de l'obligation de continuité et de la sécurité des soins et du travail en réseau.

La convention tripartite 2012 - 2016.

Après quatre années de négociation et de demandes infructueuses de renouveler notre première convention tripartite avec le Conseil Général et l'ARS, nous avons obtenu en 2011 un nouveau conventionnement pour cinq ans.

Cette convention s'appuie sur le Projet d'Etablissement et fixe des objectifs en termes d'amélioration de la qualité des prestations.

Par elle, nous obtenons le financement de Trois Equivalent Temps Plein (ETP) d'aides-soignantes, 0.5 ETP de psychomotricien et 1 ETP d'ergothérapeute, qui viennent compléter notre effectif (Cf. 1.3.5).

1.3.3 Environnement de l'établissement.

Le département de l'Yonne est l'un des mieux pourvus en Bourgogne en ce qui concerne l'offre de services et d'hébergement à destination des personnes âgées. Avec 75 établissements pour personnes âgées (EHPAD et EHPA, soit 5 640 lits), il se place juste après le département de la Côte d'Or et juste avant les départements de la Saône et Loire et de la Nièvre. Cette situation s'explique sans doute par la part des personnes âgées dans la population ycaunaise, telle que nous l'avons évoqué précédemment.

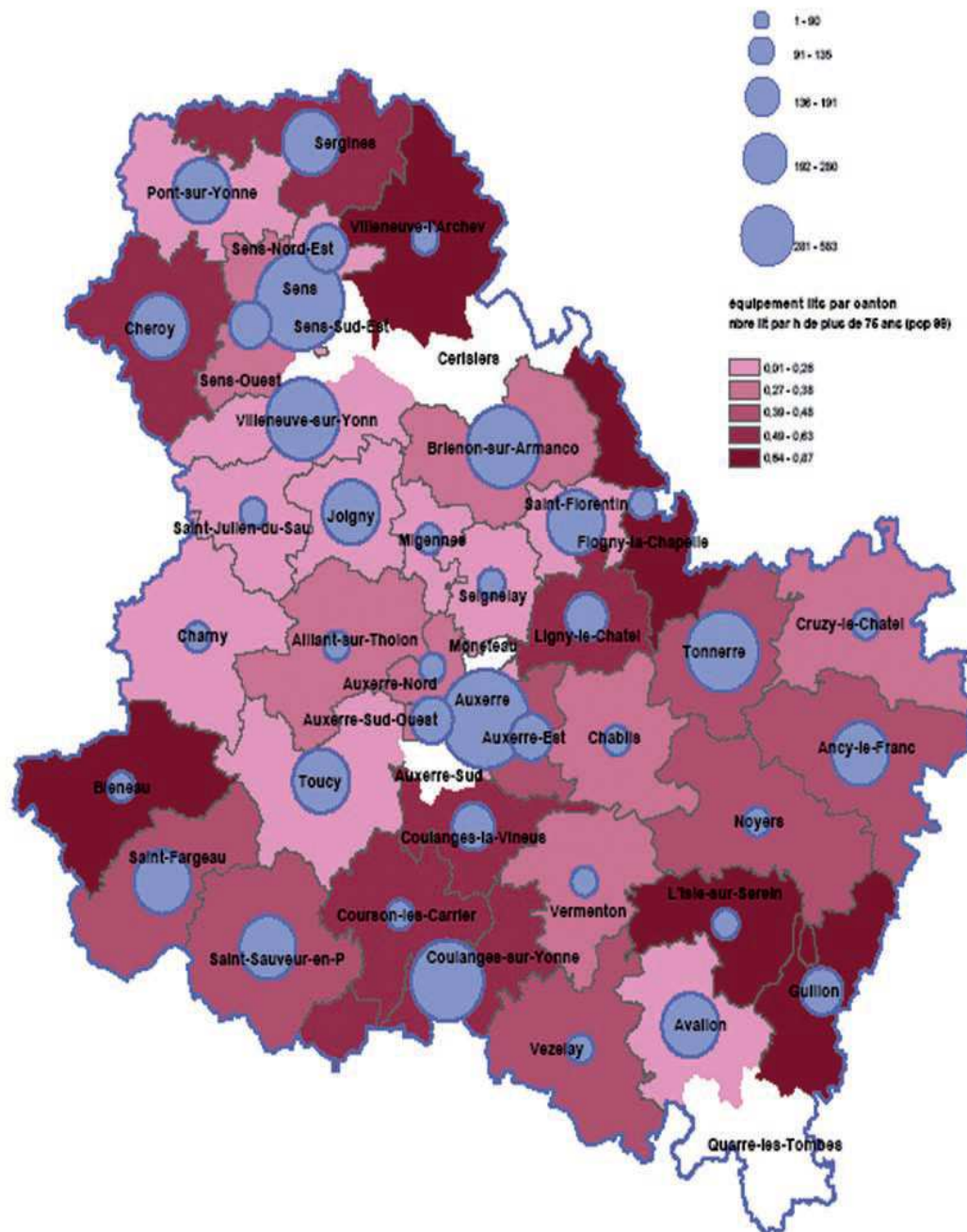
Le ratio de places médicalisées est supérieur à la moyenne nationale avec 157 lits médicalisés en établissement pour 1 000 habitants.

Le Schéma départemental en faveur des personnes âgées du Conseil Général de l'Yonne (2011) fait ce constat avec décision afférente : « Au vu d'un taux d'équipement très élevé dans l'Yonne et d'une répartition homogène des établissements pour personnes âgées sur l'ensemble du territoire, aucune place nouvelle ne sera créée sur le département dans les cinq prochaines années. »¹⁷.

Le schéma fait également état d'un taux d'occupation moyen pour les EHPAD de l'Yonne de 92.66 %, ce qui illustre bien cette situation d'offre pléthorique. Par ailleurs, le schéma favorise l'implantation des réseaux de maintien à domicile, en particulier de l'ADMR (Association de Service à Domicile) et de l'UNA (Union Nationale d'Aide et de Soins à Domicile). Cette politique a pour effet une entrée plus tardive des personnes âgées en institution (84 ans en moyenne aujourd'hui), qu'il faut prendre en compte dans notre fonctionnement.

Une carte, présentée page suivante, indique la répartition par canton du nombre de lits autorisés en EHPAD.

¹⁷ Conseil Général de l'Yonne, 2011, 'Schéma Départemental en faveur des Personnes Agées 2009-2014', volume 3 p 81.



Source : Conseil Général de l'Yonne 'Schéma Départemental en faveur des personnes âgées 2009-2014' p 80.

La Résidence 'Les Champs Blancs', bien que située en zone rurale, est implantée dans un secteur où de nombreux EHPAD, publics ou privés, sont présents. Dans un rayon de 20 kilomètres, on ne compte pas moins de huit résidences pour personnes âgées dépendantes, listées dans le tableau ci-dessous :

Localité	Nom	Statut	Capacité	Tarifs journaliers en €				
				1 lit	2 lits	Gir 1/2	Gir 3/4	Gir 5/6
Bray sur Seine (77)	EHPAD le Fil d'Argent	public	90 lits	50.75		25.34	12.21	5.10
La Chapelle sur Oreuse	Le Manoir de la Pommeraie	privé	43 lits	71	53	19.59	12.57	5.16
Saint Agnan	Résidence Flore	privé	43 lits	45		16.71	10.61	4.49
Saint Clément	Korian Villa d'Azon	privé	68 lits	74.20	65.30	16.24	10.30	4.38
Saint Maurice aux Riches Hommes	EHPAD le Bois Lancy	associatif	72 Lits	50.62	48.62	16.47	10.44	4.43
Serbonnes	EHPAD Les Douces Heures	privé	46 lits	65	59.5	12.29	7.8	3.31
Pont sur Yonne	EHPAD de Pont sur Yonne	public	92 lits	49.52	46.47	17.02	10.80	4.58
Thorigny sur Oreuse	Résidence Jasmin	Privé (co propriété)	Résidence service	-	-	-	-	-
Total des lits disponibles			454 lits					

Par ailleurs, les réseaux de maintien à domicile sont bien développés sur le secteur où les deux fédérations UNA et ADMR gèrent 12 associations d'aide à domicile réparties sur le territoire icaunais.

Un Service de Soins Infirmier à Domicile est également présent sur la commune de Pont sur Yonne.

L'établissement, autrefois isolé, bénéficie aujourd'hui des compétences et des aides apportées par nos partenaires extérieurs.

Comme le prévoit la loi *Hôpital Patient Santé Territoire* du 21 juillet 2009, une convention a été signée avec le Centre Hospitalier de Sens. Cette convention règle notamment la question des hospitalisations des résidents et la transmission des données administratives et médicales aux services hospitaliers via le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU). Cela assure aux résidents un accès aux services de médecine ou de chirurgie sans passer systématiquement par les urgences.

Nous prenons en charge les personnes âgées en fin de vie grâce au réseau de soins palliatifs, lequel nous apporte des connaissances techniques (formations) et intervient, sur prescription des médecins traitants, dans le cadre de la lutte contre la douleur et l'accompagnement de la fin de vie.

En ce qui concerne la prise en soins des résidents souffrant de troubles de comportement, nous faisons appel à deux structures icaunaises :

- l'Unité Cognitive Comportementale:

La convention avec l'UMG comprend l'accueil des résidents de l'EHPAD dans l'unité cognitive comportementale (réservée aux résidents ayant des troubles cognitifs et en cas de crise), annexe de l'hôpital de Sens. Ces séjours, de deux à huit jours, ont pour objectif de faire une évaluation de l'état de santé du résident et, le cas échéant, d'adapter le traitement. Elle offre à l'équipe de la Résidence un moment de répit lorsque la prise en charge devient difficile en raison du comportement de la personne.

- le Centre Hospitalier Spécialisé d'Auxerre (sectorisation psychiatrique) :

La convention avec le CHS d'Auxerre a été signée en 2007 et a été renouvelée en 2011. Elle prévoit l'intervention d'un(e) infirmier(ère) référent(e) psychiatrique au moins une fois par mois, sur une durée minimum de deux heures. Ce professionnel assure des prestations telles que le soutien auprès des résidents que nous identifions comme prioritaire ou sur la demande d'un résident ou d'une famille. Il conseille l'équipe sur la prise en charge de pathologies psychiatriques particulières.

1.3.4 Le public accueilli à la résidence.

La Résidence 'Les Champs Blancs' dispose d'un agrément pour accueillir des personnes âgées de 60 ans et plus, quelque soit leur niveau d'autonomie fonctionnelle ou psychique. Historiquement, l'établissement, ayant le statut de MARPA, hébergeait des personnes valides, vivant le plus souvent dans un habitat rural dispersé et isolé.

La médicalisation complète de la résidence a consacré un état de fait constaté depuis plusieurs années : les résidents accueillis étaient de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants, requérant d'avantage de soins médicaux.

La première convention tripartite, signée en juillet 2004, a permis l'embauche de dix aides-soignantes et de deux infirmières. En 2004, le GIR Moyen Pondéré (GMP) était évalué à 430, le PATHOS Moyen Pondéré, établi à partir de 2008, fut évalué à 155.

Le Groupe Iso Ressource (GIR) est un indicateur destiné à mesurer l'autonomie des résidents sur les différents aspects de la vie quotidienne (alimentation, toilette, déplacements). Il permet d'évaluer le temps d'aide nécessaire apporté par les aides-soignantes à chaque résident ; Chaque GIR est additionné dans un indicateur appelé GIR Moyen Pondéré. Celui-ci détermine le niveau moyen de dépendance de l'établissement..

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) quant à lui, est un indicateur mesurant la charge en soins en fonction des pathologies des personnes âgées. Chaque année, le médecin coordonnateur réalise ce que l'on appelle une 'coupe Pathos', qui est une image globalisée de la charge en soin de l'établissement. C'est cette coupe qui permet de déterminer le montant de la dotation soins, versée par l'Assurance Maladie.

Outre un aspect purement financier, ces deux indicateurs permettent également d'avoir une représentation globale de la charge de travail des personnels soignants, forcément plus sollicités en temps de prise en charge (TPC) et en contraintes physiques et psychiques lorsque les résidents sont moins autonomes et victimes de plusieurs pathologies.

Les cotations GIR et PATHOS peuvent également être utilisées dans le calcul d'un temps de travail prévisionnel, si l'on admet qu'un résident dépendant nécessite 3 h 30 de TPC par jour et par soignant, un résident valide ne représentant que 15 minutes de TPC. Cependant, ce calcul ne prend pas en compte les périodes de pointe d'activité, une grande partie des Temps de Prise en Charge sont effectuée le matin (lever des résidents, aides au petit déjeuner et à la toilette ou à la douche).

A ce jour, les conditions d'accueil ont évolué. Sur le plan des motivations à l'entrée en établissement, celles-ci relèvent désormais plus de la nécessité que d'un véritable choix. Dans quatre-vingt dix pour cent des entrées, la santé et l'état de dépendance des personnes rendent nécessaire cette admission. A titre illustratif, la grande majorité des résidents entrant ont connu une hospitalisation consécutive d'un événement traumatique à domicile (chute, détresse sociale, décompensation). Pour beaucoup de personnes âgées, l'EHPAD représente le deuil du domicile. Cela pose la question du libre choix et du consentement, que G. LAROQUE évoque comme une « *utopie nécessaire* »¹⁸.

On constate un net recul de l'âge moyen à l'entrée en établissement. L'analyse des âges moyens par sexe des résidents entrant montre une évolution lente mais significative de cette entrée de plus en plus tardive.

	2010	2011	2012	2013
Age moyen	81.48	81.82	82.45	81.44
hommes	78.62	79.03	79.68	79.38
femmes	84.35	84.62	85.03	83.51*

* accueil de deux personnes de – de 60 ans.

¹⁸ LAROQUE G., Décembre 2009, 'Le Libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire' *Gérontologie et société* p 45 -51.

La moyenne d'âge au 1^{er} janvier 2013 est de 86.5 ans, la personne la plus jeune étant âgée de 53 ans, la plus âgée de 101 ans.

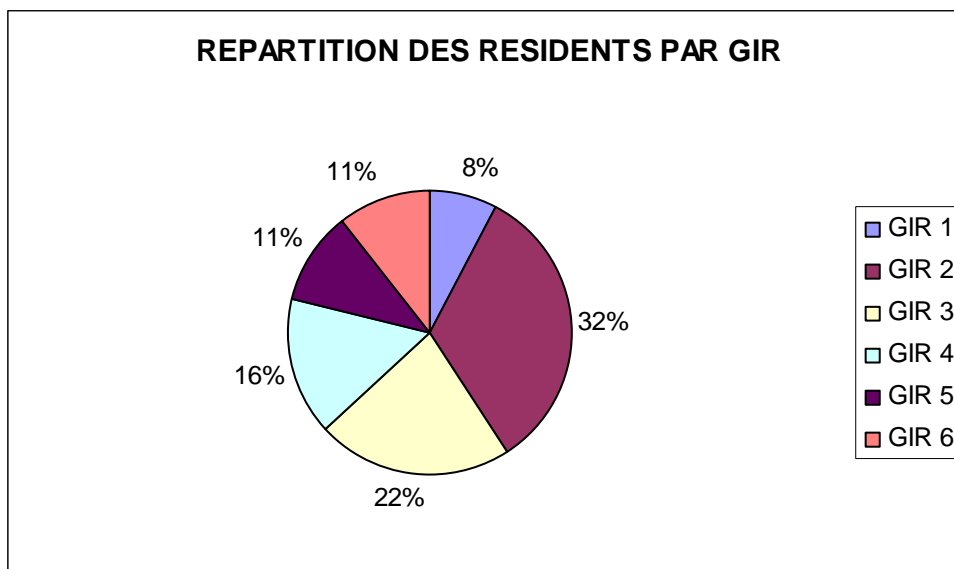
Nous accueillons actuellement deux résidents n'ayant pas 60 ans (ayant obtenu une dérogation d'âge donnée par le Conseil Général), mais dont la situation sociale était critique. Or, il n'existe pas de solution d'hébergement pour ces personnes dans le nord de l'Yonne (si ce n'est la sectorisation psychiatrique).

La répartition Homme / Femme en juin 2013 était de 22 hommes et 54 femmes.

Sur le plan de la dépendance, le (GMP) a été validé par le service médical du Conseil Général de l'Yonne en Août 2011 à 608, ce qui correspond à une dépendance moyenne.

Les résidents se répartissent ainsi :

GIR 1 (dépendant) :	6 personnes	GIR 4 (semi valide) :	12 personnes
GIR 2 (dépendant) :	25 personnes	GIR 5 (autonome) :	8 personnes
GIR 3 (semi valide):	17 personnes	GIR 6 (autonome) :	8 personnes



En revanche, la charge en soins mesurée par le PMP est importante puisque évaluée actuellement à 215 alors que la moyenne nationale est de 140.

40% des résidents présents au mois de juin 2013 présentent des troubles cognitifs sévères, même si le diagnostic n'est pas formellement posé dans beaucoup de cas (Maladie d'Alzheimer ou autres maladies dégénératives). En Juin 2013, l'étude des dossiers des résidents montre que, parmi les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs importants,

- 16 sont atteints de la Maladie d'Alzheimer ;
- 11 sont atteints de démence mixte (Alzheimer et vasculaire) ;
- 14 sont atteints de syndrome confusionnel ;
- 9 sont atteints de psychose.

J'ajoute que, depuis le début de l'année 2013, la totalité des dossiers de demande d'admission concerne des personnes présentant des troubles cognitifs. Nous ne sommes pourtant pas un établissement spécialisé. En fait, les autres établissements du secteur connaissent également une situation similaire, ce qui démontre les besoins existant dans l'accueil et la prise en soins de ces personnes âgées sur le bassin sénonais.

87% des résidents sont originaires du bassin sénonais, et principalement des communes du canton de Sergines. Comme nous l'avons précisé, du fait de l'emplacement géographique de l'établissement, l'attractivité de la Résidence 'Les Champs Blancs' s'exerce sur trois départements limitrophes.

La durée moyenne de séjour s'établit désormais à 42.7 mois, soit trois ans et demi, même si plusieurs personnes sont présentes depuis l'ouverture de la résidence, en 1991. L'âge d'entrée plus tardif en EHPAD explique la diminution de la durée moyenne de séjour. Il nous est arrivé, à plusieurs reprises, ces cinq dernières années, d'accueillir des personnes qui sont décédées dans le mois suivant leur admission.

J'ajoute enfin que quatre couples sont actuellement présents dans l'établissement, occupant deux studios et deux chambres.

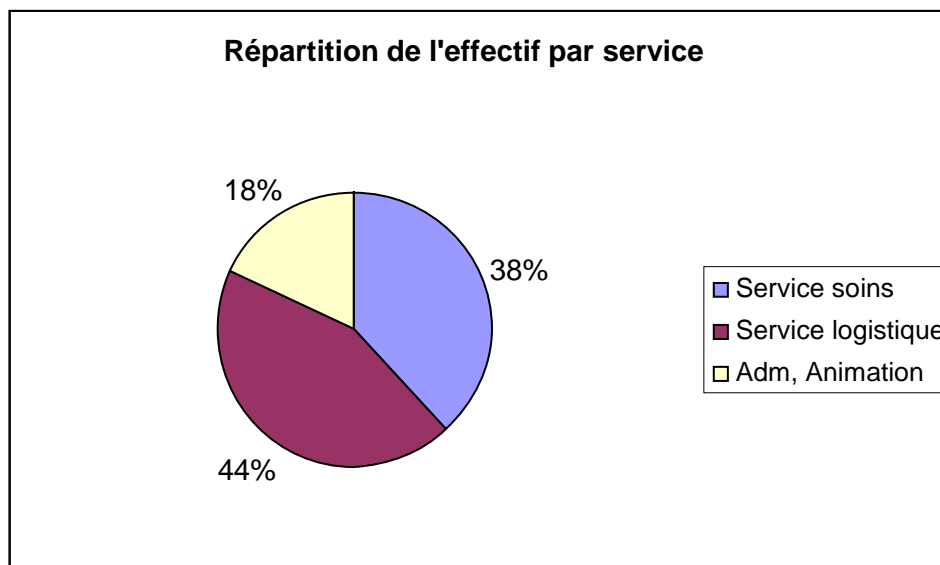
1.3.5 Le personnel de la résidence.

1.3.5.1 Les effectifs autorisés.

Au 01/05/2013, l'effectif de la Résidence est de 44.40 ETP, répartis comme tel:

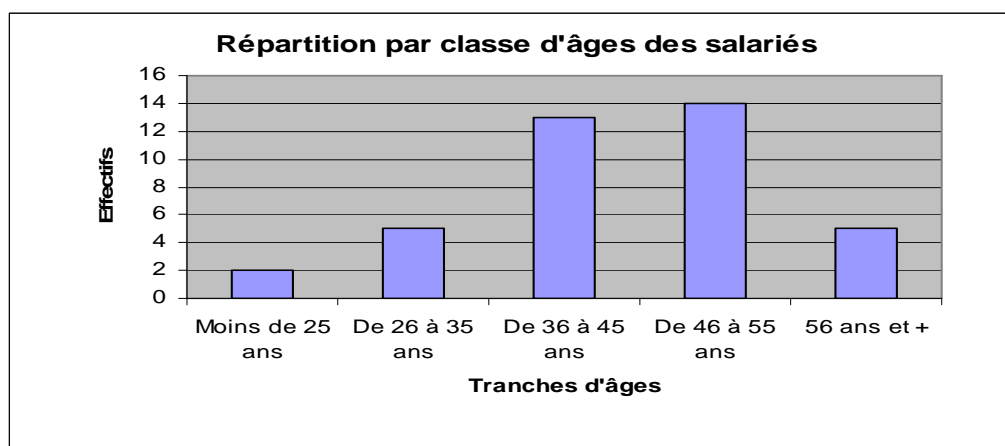
EMPLOI	Hébergement	Dépendance	Soins	TOTAL	Ratio
Direction et Administration	3			3	0.04
Services Généraux	1			1	0.01
Animation	1			1	0.01
ASH	12.88	5.52		18.40	0.24
AS		4.50	10.50	15.00	0.19
IDE			4.00	4.00	0.05
Ergothérapeute			1.00	1.00	0.01
Psychomotricien			0.50	0.50	0.01
Médecin			0.50	0.50	0.01
TOTAL	17.88	10.02	16.50	44.40	0.57

La répartition par service (soins, logistique et administratif – animation) est la suivante



1.3.5.2 Les caractéristiques du personnel.

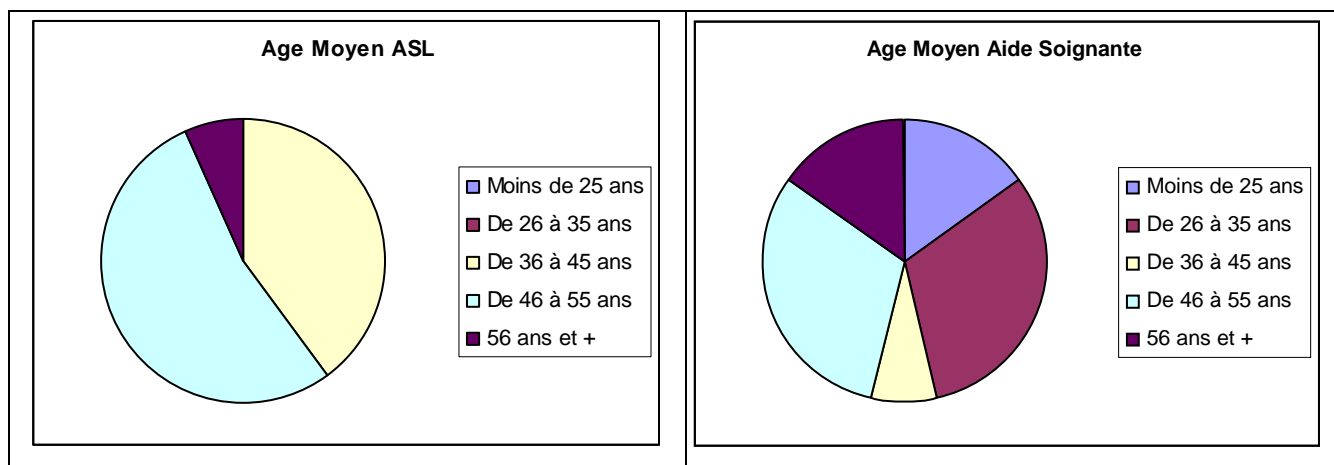
- ancienneté (pyramide des âges).



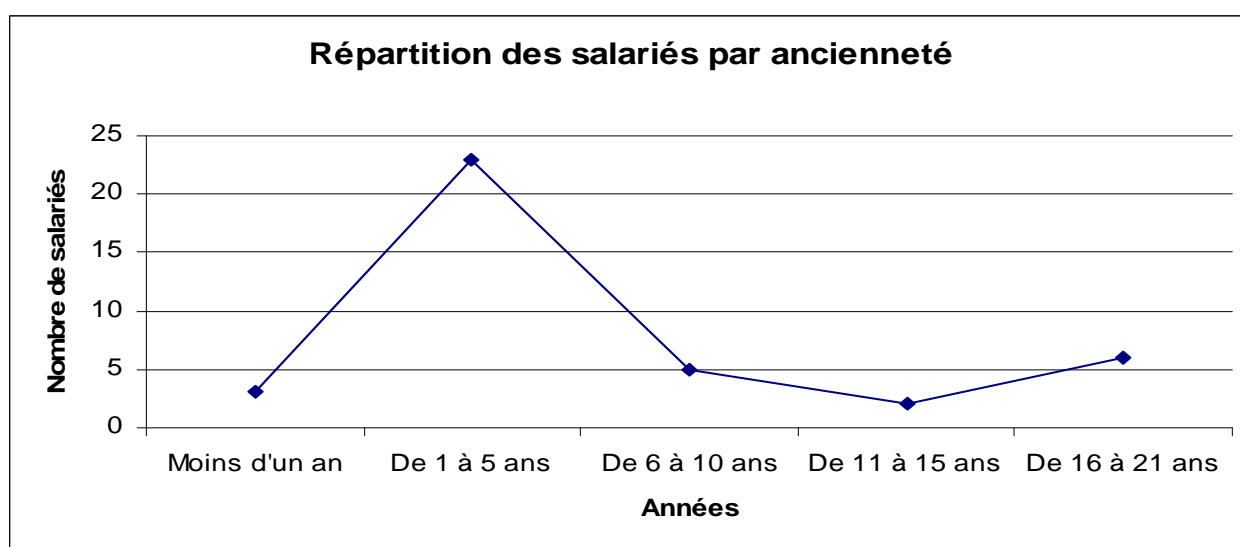
On constate une sur-représentativité du personnel âgé de 46 à 55 ans (36.18%), alors que les jeunes salariés (25 ans ou moins) ne représentent que 2 % de l'effectif.

Si l'on s'intéresse aux moyennes d'âge par catégorie de personnel (aides-soignantes et agents de service logistique), on constate une plus grande hétérogénéité des âges dans l'effectif des aides soignantes du fait du recrutement de jeunes diplômées sur les deux dernières années.

Seuls deux agents de service logistique ont été recrutées en CDI depuis deux ans, dont une personne ayant 52 ans.



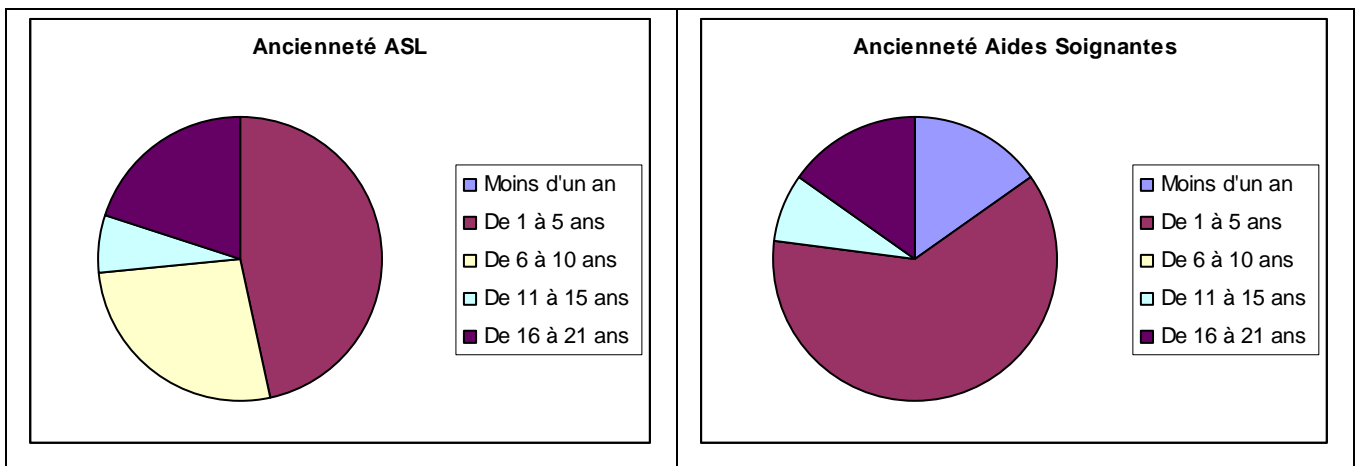
- ancienneté dans le poste :



67 % des salariées de l'établissement ont moins de cinq ans d'ancienneté. Sur les dernières années, l'ensemble du personnel administratif a été renouvelé:

- l'assistante de direction a été embauchée fin 2007.
- l'IDEC a été embauchée en 2008.
- le directeur (moi-même) a pris ses fonctions en septembre 2008.
- le médecin coordonnateur a été embauché en mars 2011, après une vacance de poste de près de deux ans.
- deux des trois infirmières ont moins d'un an d'ancienneté.

Si l'on s'intéresse à l'ancienneté par catégorie de personnel (aides-soignantes et agents de service), on obtient les résultats suivants:



- départs en retraite prévisionnels

Sur la période 2011 - 2016, si on se fonde sur l'hypothèse d'un départ à la retraite à l'âge légal (65 ans), aucun salarié n'aura atteint cet âge en 2016.

Néanmoins, deux salariés sont susceptibles de faire valoir leurs droits en 2012 - 2013, compte tenu de leurs années de cotisations antérieures.

1.3.5.3 Représentation du personnel.

Les dernières élections des représentants du personnel (Délégués du Personnel) ont eu lieu en septembre 2011. Une seule liste a été présentée, comportant deux titulaires et deux suppléants. Depuis cette date, une salariée titulaire a quitté l'établissement pour suivre une formation d'infirmière.

Des Représentants centraux des établissements sont élus par les délégués des établissements et se réunissent avec le Directeur Général et le Responsable des Ressources Humaines à date régulière (tous les trois mois). Les accords d'entreprise sont négociés à ce niveau et applicables ensuite dans les établissements. Les délégués du personnel de Sergines ne sont pas délégués centraux. Une des DP est cependant déléguée syndicale.

Le climat social s'est pacifié depuis cinq ans. Les Délégués du personnel sont représentatifs au sein de l'équipe. Du fait du dialogue constructif que nous avons établi, j'ai l'habitude de les associer régulièrement aux décisions stratégiques que je prends. Je considère qu'en raison de leur implication professionnelle et de nos habitudes de travail depuis cinq ans, les délégués du personnel, constituent un soutien sur lequel je peux m'appuyer et, de ce fait, constituent un canal de communication fiable.

Conclusion de la première partie.

La première partie de cette étude m'a permis de contextualiser le projet d'ouverture d'un Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés. Celui-ci prend place dans un environnement où les besoins sont identifiés et où les politiques publiques, comme j'ai tenté de le montrer, se sont emparées de la question du vieillissement et de la dépendance.

La résidence 'Les Champs Blancs' a connu plusieurs évolutions depuis sa création. J'œuvre depuis plus de deux ans pour prendre en compte l'entrée plus tardive des personnes âgées dans l'établissement et l'augmentation des résidents souffrant de troubles cognitifs importants.

Je propose, dans une seconde partie, une analyse plus fine du contexte et des difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Cette analyse me conduira à formuler une problématique.

2^{ème} PARTIE :CONSTATS ET PROBLEMATIQUE.

Le contexte précédemment présenté dans la première partie nous permet de dégager une problématique générale qui trouve son origine dans plusieurs causes :

- une augmentation statistique des cas de démence liée à la progression, au sein de la résidence, du nombre de personnes très âgées et dépendantes (1) ;
- un climat social tendu en raison des difficultés de prise en soins des résidents déments déambulants (2) ;
- une architecture de l'établissement vieillissante et qui ne répond plus aux besoins actuels de confort et de sécurité (3) ;
- une offre insuffisante de places en EHPAD dédiées à l'accueil de personnes souffrant de dégénérescence cognitive, telle que la maladie d'Alzheimer et un déploiement des PASA géographiquement déséquilibré (4).

2.1 La dépendance et la démence des résidents en augmentation.

2.1.1 Des résidents de plus en plus dépendants.

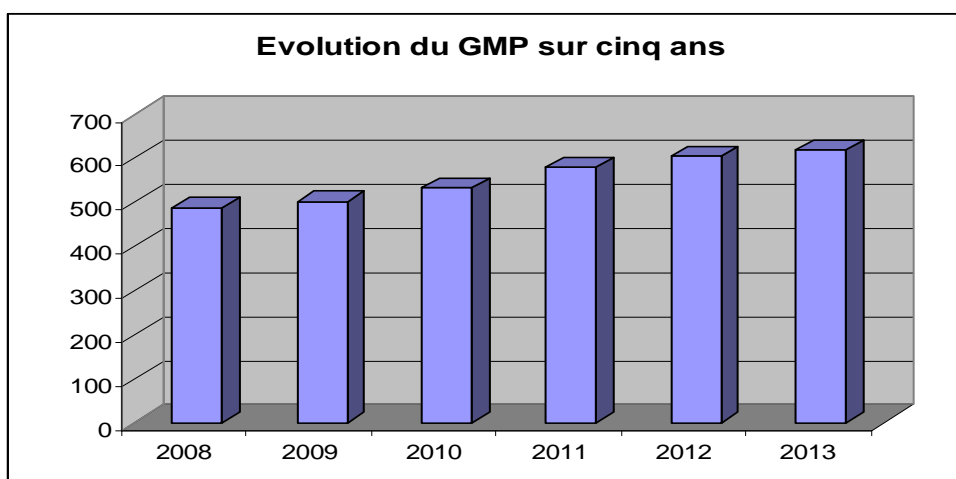
Comme nous l'avons expliqué précédemment, une campagne d'évaluation individuelle du niveau d'autonomie est réalisée annuellement par le médecin coordonnateur. Les relevés individuels sont ensuite compilés par un logiciel spécifique développé par l'Assurance Maladie : GALAAD. Ce logiciel calcule ensuite le GIR Moyen Pondéré de l'établissement ainsi que le PATHOS Moyen Pondéré.

Ces données sont transmises au Conseil Général et à l'Agence Régionale de Santé de l'Yonne, qui peuvent faire un contrôle sur pièce ou dans l'établissement, avant de valider ces données et de les traduire ensuite de manière comptable par la détermination des tarifs dépendance et de la dotation soins pour l'année à venir.

L'étude comparée de ces données montre que la Résidence 'Les Champs Blancs' connaît, depuis plusieurs années, une augmentation du niveau de dépendance des résidents.

Le GMP a augmenté depuis 2008, passant progressivement de 489 à 608 en 2012. Nous évaluons celui-ci à 620 au 30 juin 2013.

Un graphique, page suivante, illustre cette augmentation.



La répartition des personnes par Groupe Iso Ressource a également évolué : la part des personnes valides diminuant fortement au profit des personnes semi valides (GIR 3 et 4) et dépendante (GIR 1 et 2).

GIR	1/2	3/4	5/6	Total
2008	28,00	33,00	17,00	78,00
2009	32,00	26,00	20,00	78,00
2010	34,00	35,00	9,00	78,00
2011	35,00	36,00	7,00	78,00
2012	38,00	32,00	8,00	78,00
2013	39,00	33,00	6,00	78,00

Ce phénomène n'est pas seulement dû au vieillissement des résidents présents depuis longtemps dans l'établissement et qui perdent de l'autonomie, mais surtout à l'accueil de plus en plus nombreux de personnes déjà très dépendantes. Ainsi, si l'on s'intéresse aux caractéristiques en termes de dépendance des résidents au moment de l'admission, on constate que la part des personnes dépendantes (GIR 1 et 2) est en forte augmentation par rapport au nombre total d'admission dans une année.

En 2008, sur 24 personnes accueillies, 8 personnes étaient évaluées en GIR 1 ou 2 au moment de l'admission. En 2012, sur 33 personnes accueillies, 17 personnes étaient classées GIR 1 ou 2 à l'entrée. Pour les six premiers mois de l'année 2013, nous avons accueilli 18 personnes (sur 30 dossiers reçus). Toutes ces personnes étaient très dépendantes et souffraient de troubles cognitifs importants.

2.1.2 Le nombre de personnes souffrant de démence en nette augmentation.

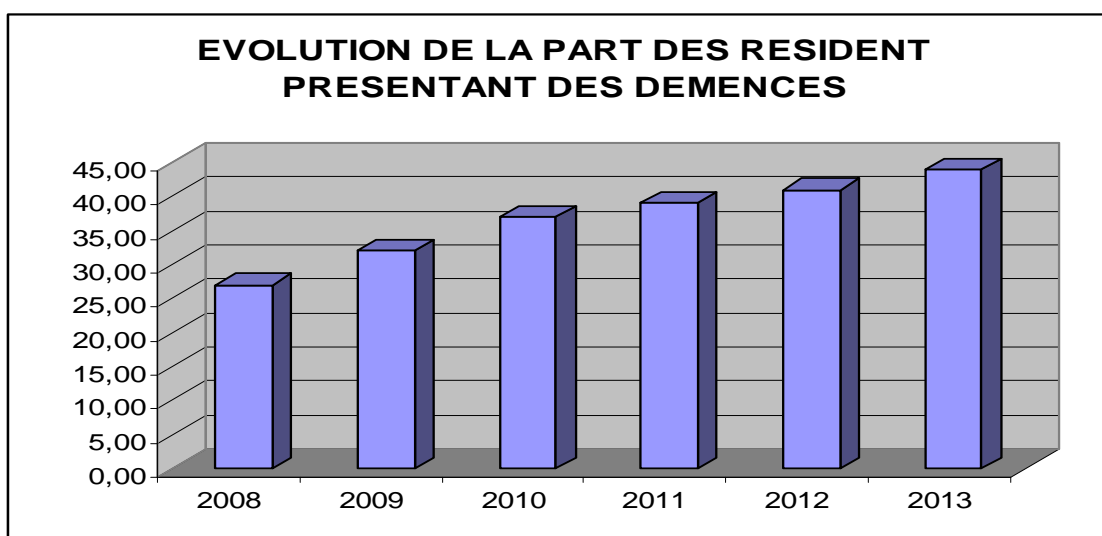
L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes s'accompagne également d'une évolution du nombre de résidents présentant des troubles cognitifs importants. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées n'est pas toujours posés sur le dossier médical d'admission. C'est pourquoi notre médecin coordonnateur reçoit en entretien chaque nouveau résident, environ une semaine après son admission. L'objectif est d'évaluer les capacités cognitives de la personne par des tests simples tels que

- le test de l'horloge ;
- le MMS (Mini Mental State).

En cas de besoin nous pouvons faire appel à un médecin psychiatre de l'Unité Cognitive Comportementale de l'hôpital de Sens pour confirmer un diagnostic. Cette démarche se fait en accord avec la famille et le médecin traitant du résident. L'avis de ce dernier est également sollicité, s'il est en capacité de l'exprimer.

Les données PATHOS collectées par le médecin coordonnateur montrent que de plus en plus de résidents présentent des démences de type Alzheimer ou apparentées. Ce phénomène est en grande partie dû au fait que nous accueillons de plus en plus de personnes présentant des troubles cognitifs. Du fait de l'impossibilité pour ces personnes de rester à domicile, les familles ou les professionnels (médecins, assistantes sociales) se tournent vers nous en vue d'un placement, même si notre établissement n'avait pas, jusqu'à présent, de projet adapté pour l'accueil de ces personnes.

Sur un plan statistique, la part des personnes entrantes souffrant de démence est en augmentation depuis quatre ans.



Actuellement, la résidence compte plus de 40 % des personnes âgées accueillies souffrant de démence cognitive. Depuis le début de l'année 2013, l'intégralité des

dossiers de demande d'admission concerne des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, soit environ 30 demandes. Nous sommes donc amenés à sélectionner les dossiers et à refuser certaines entrées, alors même que des places sont disponibles dans l'établissement. En effet, l'augmentation rapide du nombre de résidents déments entraîne divers problèmes en termes d'accueil et de prise en charge.

2.1.3 Les conséquences de cette situation.

2.1.2.1 La déambulation.

La déambulation est souvent associée aux démences, comme syndrome psycho-comportemental.

La déambulation peut se définir comme un besoin irrésistible de marcher, dans une forme d'errance, sans forcément que la personne ait un but. La déambulation peut avoir plusieurs causes. Certains résidents recherchent un proche, vivant ou disparu. D'autres veulent quitter l'établissement pour rentrer chez eux, ce qui conduit à un risque que je qualifierais de fugue.

Certaines personnes démentes ont une déambulation compulsive, refaisant jour après jour le même parcours, évitant les obstacles, bousculant les personnes se trouvant sur leur chemin.

La déambulation nocturne constitue également une problématique connue à la résidence.

La déambulation a plusieurs conséquences :

- Conséquences pour le résident :

La personne déambulante se met en danger, car la déambulation conduit à un épuisement physique, souvent ignorée par la personne elle-même, jusqu'à la dernière limite (risque de déshydratation et de dénutrition). Les risques de fugue et de se perdre seront évoqués ultérieurement et des stratégies de sécurisation ont déjà été mises en place. S'ajoute également un risque de chute dans les escaliers de secours, dans les couloirs ou à l'extérieur.

- Conséquences pour les autres résidents :

Du point de vue des autres résidents, l'intrusion d'une personne dans leur chambre, le chamboulement de leurs affaires personnelles dans leurs armoires, voire la substitution de leurs biens conduisent à des attitudes agressives de défense, voire de la brutalité. Elle peut aussi engendrer des conséquences graves pour la santé de ces résidents, telle qu'agitation, insomnie, perte d'appétit et peur.

- Conséquence pour les personnels :

Du point de vue des personnels, la déambulation constitue un élément très anxiogène. La survenue d'une fugue constitue d'ailleurs un événement grave, engageant la mise en œuvre de la procédure de crise. Outre l'épuisement professionnel, cette déambulation peut générer également de l'agressivité, par lassitude par exemple d'être suivi durant leur

travail ou en raison de l'intrusion d'une personne entrant dans la chambre durant les soins d'un résident.

Nous indiquerons ultérieurement que l'agressivité et la déambulation des usagers ont été identifiées, dans l'enquête sur les risques psychosociaux menée en 2011, comme une source de stress des salariés, en particulier au moment des repas.

2.1.2.2 La fugue.

Au-delà de la déambulation dans les murs de l'institution, la fugue est considérée comme la déambulation hors des murs, c'est-à-dire dans un environnement qui peut se révéler dangereux : (une route, une rivière, le froid...). Selon la littérature médicale, la fugue est, en ce qui concerne les personnes sans discernement, un symptôme de la démence, d'une peur, voire l'expression de souvenirs passés (aller chercher ses enfants à l'école par exemple ou prendre son train...)

La fugue obéit à deux critères que sont :

- l'imprévisibilité : les personnes désorientées peuvent quitter l'établissement à n'importe quelle heure de la journée ;
- la gravité : toute fugue est un événement grave, qui doit être traité comme tel par l'établissement. Jusqu'à présent, les résidents de l'établissement manquant à l'appel ont été retrouvés dans la demi-heure qui suit le moment où l'on s'aperçoit de leur disparition. Néanmoins, en 2009, deux cas de personnes âgées décédées suite à une fugue dans des EHPAD du sud de la France ont défrayé la chronique et la jurisprudence a rappelé que l'établissement engageait sa responsabilité contractuelle en cas de conséquence mortelle (Arrêt de la Cour d'Appel de Toulouse du 26 juin 2007).

La question de la fugue pose la question de la liberté d'aller et venir et celle de l'obligation de sécurité supportée par l'établissement. Cette question a récemment été relancée par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui, dans son rapport de 2013, demandait un contrôle par ses services des EHPAD et des lieux de contention¹⁹. La liberté d'aller et de venir est un droit fondamental de notre société, qui est garanti par la Constitution et qui est affirmé dans plusieurs lois récentes telles que la loi du 02 janvier 2002 *renovant l'action sociale et médico-sociale*, la loi du 04 mars 2004 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Ajoutons également la loi du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, qui, même si elle ne comporte pas de disposition spécifique à ce sujet, porte en filigrane ce principe.

¹⁹ Le *Monde*, édition du 25 février 2013.

Pour autant, comme évoqué précédemment, la sécurité de la personne peut être mise en danger par cette liberté.

Nous avons établi des protocoles concernant la contention, limitée à certains cas précis. Par ailleurs, le parc est sécurisé et l'entrée de la résidence donnant sur la route est protégée par un portail à code. Cependant, l'architecture de la résidence, et notamment les grandes baies vitrées largement ouvertes en période estivale, favorise l'accès à l'extérieur. Nous connaissons trois à quatre fugues en dehors de l'enceinte de l'établissement par an. Ce nombre a chuté depuis 6 mois avec l'installation du portail, sécurisant l'accès à la route. Néanmoins, nous ne négligeons pas ce risque et une action de sensibilisation a été menée auprès du personnel et des familles pour accentuer la vigilance. Par ailleurs, lors de l'entretien d'admission, la question du risque de fugue est abordée avec le résident et sa famille. Mais cela ne garantit pas pour autant l'établissement d'une exonération de surveillance et de son obligation de sécurité.

Pour le personnel, la fugue est génératrice de stress et de culpabilité

- stress dans la recherche de la personne ;
- culpabilité dans le fait de ne pas avoir pu éviter cet événement.

De ce fait, la question de la contention est souvent évoquée par le personnel pour les résidents 'fugueurs'.

2.1.2.3 La violence.

Le dictionnaire LAROUSSE donne cette définition de la violence : 'Fait de contraindre quelqu'un par la force ou l'intimidation. Quant au Bureau International du Travail, il définit la violence au travail comme celle qui « englobe les insultes, les menaces, les agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mette en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être »

L'on évoque régulièrement la violence des soignants envers les personnes vulnérables, à domicile ou en institution. Moins médiatique, mais tout aussi réelle, est la violence que subit le personnel, du fait des usagers, voire de certaines familles. Nous n'évoquerons pas dans ces lignes les comportements volontaires, les actes réfléchis visant tel ou tel dans un moment de *décharge émotionnelle*, et que le salarié reçoit sans pouvoir nécessairement répondre. Ces actes sont fort heureusement en diminution. Nous n'évoquons ici que la violence de la part du résident en réponse à une perception de la réalité que la démence transforme, à l'occasion d'un soin ou de l'aide à la toilette par exemple.

Cette violence envers le personnel peut prendre plusieurs formes :

- violence verbale : insultes...
- violence physique : coups, crachats.

Elle touche aussi les autres résidents, par les cris incessants, les bousculades, les coups échangés à l'occasion d'une rencontre dans un couloir.

Celle-ci peut intervenir à tout moment de la part des résidents déments, pour qui la toilette, la douche, voire la prise de médicament peuvent être vécus comme un acte intrusif. La violence est toujours un acte de défense contre un acte non souhaité (la toilette, le repas), contre un geste trop rapidement effectué ou qui surprend.

Cela pose le problème du consentement au soin et de la communication (verbale ou non verbale) qui permet à la personne âgée de comprendre l'acte du soignant et à l'identifier comme un acte de non-agression.

Cela touche à la notion d'intimité, comme l'écrit Jean Pierre Durif-Varembont « *Quiconque [donc] approche le corps d'un autre pénètre dans cet espace [de l'intimité], dans cette bulle protectrice qui, selon les sujets, est plus ou moins solide et sécurisante, fragile ou restreinte. Il est nécessaire d'y rentrer avec toute la prudence et le respect nécessaires sous peine d'exercer une violence qui s'ignore et de redoubler les pathologies de l'intimité.* »²⁰.

2.2 Un personnel en grande difficulté.

2.2.1 Un personnel insuffisamment formé à la prise en soins de la démence.

Nous accordons une grande attention à la formation, outil à la fois de management et de progression sociale. Le programme annuel de formation intègre la démarche qualité et la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) de l'établissement.

Depuis 2008, nous nous sommes attachés à bâtir un plan de formation cohérent dans le temps et visant à assurer à chacun une remise à niveau de ses compétences, un développement de ses connaissances et une évolution de ses pratiques.

La formation prend plusieurs aspects:

- des formations **théoriques** et **d'analyse de la pratique**, permettant une prise de conscience collective des fondements de notre action (loi 2002.2, bientraitance, prise en charge de la douleur);
- des formations **pratiques**, dans la chambre du résident, soit pour le personnel soignant (manutention des personnes) ou hôtelier (bio nettoyage)
- des formations **opérationnelles** telles que des formations au management ou à la conduite de projets pour le médecin ou l'infirmière coordonnatrice.

²⁰ DURIF- VAREMBONT J. P., 2010 'La rencontre de l'autre dans la proxi-intimité' in 'Le Corps Vécu chez la personne âgée et la personne handicapée' sous la direction de Pierre ANCET Dunod p 123 - 138.

- des formations **en continu**, assurées par le médecin coordonnateur, en lien avec une problématique identifiée.

Depuis plusieurs années, plusieurs salariées ont également suivi, avec succès, des formations diplômantes d'aide-soignante et d'aide médico-psychologique (AMP).

Cependant, les deux enquêtes menées en 2011 et 2012 sur le vécu au travail et les risques psycho - sociaux (nous développerons ces deux questions ultérieurement) ont mis à jour plusieurs questions :

- liées à la connaissance de la maladie d'Alzheimer et aux autres types de démences : les symptômes, les processus physiologiques ;
- liées aux réponses à apporter en termes de prise en soins ;
- liées à la gestion de la violence verbales et physique, à la posture du soignant, à la bientraitance ;
- liées à la communication, en particulier non verbale, avec la personne démente.

Les problématiques liées à la démence, que nous avons précédemment évoquées, sont source d'interrogation pour le personnel. Ainsi, la question de la contention physique ou chimique, ressurgit régulièrement dans ces débats. A mon sens, la contention ne règlera pas le problème, car elle aboutit à une confrontation directe entre le résident et le soignant. Selon moi, la solution est à chercher dans une conception différente des soins et dans le respect de choix, à chaque instant, du résident, même dément. Une approche éthique doit être privilégiée.

Nous avons initié un partenariat avec le centre Ethique de l'Hôpital Cochin à Paris. Celui-ci met à la disposition des résidents, comme des soignants, une aide et un accompagnement dans la prise de décisions médicales « éthiquement » difficiles, nourris par une activité interne pluridisciplinaire de recherche et d'enseignement. Malgré cela, la prise en soins de la démence au quotidien est problématique pour les soignants, source de questionnement auquel il est quelque fois difficile d'apporter des réponses concrètes.

Bien qu'un programme annuel de formation ait été mis en oeuvre, en particulier sur les problématiques de la démence et des attitudes agressives, les salariés éprouvent un mal être dans leur travail. Certaines d'entre elles ont exprimé de la peur quant il s'agit de prendre en soins certains résidents qui ont des accès de violence soudaine.

A cette difficulté, s'ajoutent des problèmes internes liées au le fonctionnement des services.

2.2.2 Communication et ambiance de travail.

Les échanges entre les salariées des différents services sont peu fréquents, bien qu'elles se côtoient chaque jour.

L'équipe soignante de jour a peu de contact avec les personnels des autres services en raison des plages horaires (mais ce n'est pas la seule raison).

Dès lors, des dysfonctionnements se sont révélés, par exemple, en ce qui concerne la transmission d'informations portant sur la santé des résidents à l'ensemble des agents en contact tels que les agents de service logistique ou l'animatrice). Il existe trois temps de transmissions le matin (07h00), l'après - midi à 14h00 et le soir (21h00). L'absence des personnels logistiques lors de ces réunions (à l'exception de l'animatrice, qui participe aux transmissions de 14h00) a pour conséquence une rupture de la communication. Le personnel non soignant ne peut pas passer à l'équipe soignante des informations qu'il possède car il n'y a ni espace, ni temps formalisés pour favoriser ce type d'échange. De plus, les ASL ne peuvent alimenter le dossier du résident sur le logiciel de soins, pour des raisons d'accès aux données et de protection des informations des données médicales.

S'ajoute à cela un manque de considération de l'information donnée en fonction du statut du salarié. Régulièrement, les agents de services logistiques se plaignent que leur signalement d'un fait particulier concernant un résident soit rarement pris en compte par les aides-soignantes. Parmi le personnel non soignant, plusieurs salariés souhaiteraient avoir plus d'informations sur l'état de santé des résidents partis en hospitalisation et sur leur éventuel retour.

Le soutien entre collègues de l'équipe de soins est également défaillant. Il y a quelques mois, un conflit est survenu entre l'équipe d'aides-soignantes de jour et l'équipe de nuit à propos du nombre de résidents à aider au coucher. L'équipe de nuit se plaignait d'avoir à aider de plus en plus de personnes âgées, et souvent les plus dépendantes ou les plus exigeantes. Tout travail non terminé par une équipe était alors perçu par l'autre l'équipe comme une volonté d'entraver ou de reporter volontairement la charge de travail. Pour régler ce conflit, l'infirmière coordonnatrice et moi - même avons dû intervenir à plusieurs reprises, en organisant des réunions. Par ailleurs, nous avons modifié les plannings de manière à ce que des personnels de jour assurent le remplacement des personnels de nuit lors de leurs congés. Ce dispositif est apprécié des salariés car, outre l'aspect financier (prime de nuit), cela permet au personnel de jour de connaître les contraintes liées au travail de nuit. Cependant, bien que ce conflit ait eu lieu il y a plusieurs mois, il en subsiste encore des traces et les relations restent tendues.

L'ambiance au sein de l'équipe soins est également altérée par deux éléments :

- certaines aides-soignantes dénigrent leurs collègues agents de soins, non diplômées, ainsi que les agents de service logistique.

- les aides-soignantes les plus anciennes rejettent les nouvelles qui refusent de se placer sous leur autorité, voire qui remettent en cause leurs pratiques. Au cours du temps, ce phénomène de clanisme a été endigué par l'arrivée de nouvelles aides-soignantes et le départ de deux anciennes AS ayant plus de dix ans d'ancienneté. Mais cette pratique subsiste encore et je constate que même certaines nouvelles embauchées adhèrent à ce clanisme.

Ces conflits découragent également les nouvelles salariées embauchées. Ainsi, au cours de l'année 2011, deux AS ont été recrutées et ne sont pas restées au delà de leur période d'essai. Il s'avère que celles-ci ont été accueillies froidement par l'équipe au sein de laquelle elles étaient postées, ce qui n'a pas favorisé leur insertion professionnelle. Par exemple, il est arrivé qu'à leur prise de poste du week-end end, l'une d'elle voit ses collègues partir en pause cigarette en la laissant à l'étage gérer seule les toilettes du matin, et ce durant près de trois quart d'heure !

2.2.3 Les conséquences identifiées inhérentes à cette situation.

Le contexte décrit précédemment permet de qualifier la situation de travail comme dégradée par:

- un élément interne à l'équipe : le manque de communication et les rivalités entre services
- un élément externe à l'équipe : des usagers présentant des troubles du comportement de plus en plus sévères, générant des situations de violence.

Nous avons réalisé une enquête sur les conditions de travail et les risques professionnels en 2012, afin de mettre à jour le document unique de prévention des risques professionnels.

Nous désignerons le risque comme l'exposition d'un salarié à d'éventuels dommages ou pathologies en raison de facteurs liés à sa situation de travail.

Parmi les risques identifiés à la résidence, nous avons repérés :

- des risques liés à la nature et à l'exigence du travail ;
- des risques liés au collectif de travail et à l'organisation des tâches.

2.2.3.1 La démotivation et le risque d'usure.

Le Dictionnaire Larousse définit la motivation comme un « *processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement* » (Larousse, 2000). A l'inverse, la démotivation, c'est l'arrêt de ce processus en raison de la perte du sens de l'action et de l'insatisfaction des attentes espérées.

Comme le souligne M. LORIOT « *le travail sur l'humain, notamment lorsqu'il s'agit de porter secours à celui qui est fragilisé par la maladie ou la pauvreté, est nécessairement porteur d'une forte charge émotionnelle. L'idéologie professionnelle des travailleurs de ces secteurs [santé et médico-social] ne peut que valoriser l'importance de la mission et de l'engagement personnel de celui qui s'y consacre* »²¹. Le risque de démotivation est donc important pour les soignants chez qui la relation d'aide peut se révéler décevante, surtout face à la démence.

La motivation est liée à la question du sens de son action, de son travail. Dans le secteur social et médico-social, la question du sens est exacerbée puisque nos actions sont tournées vers l'aide aux personnes, qui même si elles sont dépendantes ou démentes, n'en restent pas moins humaines. La question du sens se rapproche également de celle d'utilité. Comme l'écrit Jean Louis FOUCHARD²². « *Dans notre secteur social, fortement sollicité par le nombre et la qualité des services à rendre auprès des personnes adultes dépendantes, notre utilité ne fait aucun doute et c'est bien pour cela que l'usure est un risque à haute probabilité* ». Or, l'utilité se confronte bien souvent avec la réalité. Dans nos institutions, l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes, dont l'état de santé va, malgré les soins prodigués et l'aide apportée, vers la dégradation et la mort, met à mal cette utilité. Ainsi, depuis janvier 2013, nous avons connu plus de vingt décès, ce qui est difficile pour les soignants et les personnels qui côtoient les résidents chaque jour.

La démotivation, la perte de sens, les comportements routiniers peuvent conduire à nier l'individualité de la personne âgée que nous accueillons et risquent d'aboutir à la maltraitance. Dès lors, le salarié comme le résident souffrent de cette situation.

2.2.3.2 Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS).

La littérature médicale définit les troubles musculo-squelettiques comme des maladies qui affectent les tissus situés autour des articulations. Ils résultent d'un déséquilibre entre les capacités fonctionnelles des personnes et les exigences des situations de travail (une exposition répétée à des contraintes posturales ou au stress). Durant l'activité de travail se créent des microlésions dont l'auto-réparation dépend des possibilités de récupération. Certaines TMS sont liées aux risques psycho-sociaux que nous évoquerons ultérieurement.

Ces TMS peuvent se révéler sous la forme :

- accidentelle : manifestation immédiate qui sont prises en compte en tant qu'accident du travail ;

²¹ LORIOT M., Octobre 2009, 'Le Burn Out des Infirmières.' in *Problèmes Politiques et Sociaux* n° 965 p 56 à 62

²² FOUCHARD J. L., 2008, 'De la motivation à l'érosion. L'usure professionnelle' in *Les cahiers de l'actif* n°296/297 p 219.

- chronique, associées à des douleurs quotidiennes de plus en plus importantes et invalidantes, plus ou moins irréversibles.

La majorité des TMS sont répertoriée dans les tableaux 57 et 97 et 98 des maladies professionnelles et éventuellement reconnues par la Sécurité Sociale.

Les TMS s'expriment par la douleur, avec pour conséquence de la raideur, de la maladresse et de la perte de force.

Dans un objectif de réduction des risques, nous avons équipé l'établissement :

- de lits médicalisés électriques pour l'ensemble des chambres
- de lève personnes et de verticalisateurs

Une formation à la manutention des personnes dépendantes est également organisée chaque année.

Ces mesures, si elles permettent d'éviter certains accidents, ne sont complètement efficace. Sur un plan statistique, nous avons enregistré, ces quatre dernières années, un nombre d'accidents de travail en augmentation:

	2009	2010	2011	2012
Nombre d'AT	6	8	12	11

Selon l'enquête sur les Risques Psycho-sociaux (2012), sur les douze derniers mois :

- Vingt et un salariés évoquent des douleurs de type lombaires ;
- Dix huit salariés évoquent des douleurs de type dorsales ;
- Sept salariés évoquent des douleurs aux mains.

Même si ces douleurs sont principalement liées aux activités de mobilisation des résidents souffrant de dépendance physique (transfert lit fauteuil ou mobilisation lors de la toilette), l'état psychologique des résidents intervient également dans la compréhension et dans la participation du résident dans cette mobilisation. Le résident peut être actif dans ces mobilisations, ou alors passif, voire opposant. La démence constitue une difficulté supplémentaire, qui favorise, dans une certaine mesure, l'apparition des TMS. S'ajoute à ces contraintes les questions du temps et des cadences que nous évoquions précédemment.

2.2.3.3 Les Risques Psycho - Sociaux.

Le terme 'Risques Psycho-Sociaux' est un terme générique utilisé pour différencier certains risques liés au travail des risques 'classiques' tels que les TMS. Selon le ministère du travail, les Risques Psycho-Sociaux se définissent comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

L'INSERM désigne plusieurs facteurs de RPS, à l'intersection des dimensions collectives, individuelles et d'organisation du travail.

Les Risques Psycho-Sociaux sont pris en compte depuis une dizaine d'années par la législation du travail (loi de modernisation sociale de 2002, le Plan Santé Travail 2005-2009).

Parmi les RPS les plus souvent identifiés, on trouve le stress. La définition du stress que donne l'Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail est la suivante : *toute situation où il existe un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face.*

Le stress affecte aussi bien le bien-être psychologique d'une personne que sa santé physique. L'état de stress n'est pas considéré comme une maladie en soi, ce sont les conséquences du stress qui sont reconnues médicalement

Les sources de stress sont multiples et sont principalement liées :

- à l'organisation du travail ;
- aux relations de travail et aux rapports sociaux ;
- au contenu du travail ;
- aux exigences du travail lorsqu'elles sont importantes ;
- à l'autonomie et à la marge de manœuvre quand elle est insuffisante pour faire face aux exigences de travail ;
- aux conflits de valeurs ;
- à l'insécurité de l'emploi.

A l'occasion de l'enquête réalisée en 2012 sur les RPS et les conditions de travail, les salariées ont admis que l'accueil de résidents de plus en plus dépendants sur le plan psychique engendrait du stress. Celui-ci est dû notamment à la violence (verbale et physique) subie lors des soins. Certaines salariées expriment leur peur de venir travailler, en particulier lorsqu'elles sont en poste le matin, au moment des toilettes. D'autres s'interrogent sur l'avenir de l'institution, allant jusqu'à demander à la Direction de ne plus accepter de personnes âgées démentes. La gestion du temps constitue un autre élément à l'origine du stress, les aides-soignantes et les infirmières devant gérer les nombreuses sollicitations des résidents (appels malades), les déambulations 'intempestives' dans la chambre des résidents au moment des toilettes ou des soins. Une mauvaise coordination pour gérer les urgences accroît ces difficultés.

Il est délicat de distinguer, parmi les arrêts de travail, ceux dûs aux RPS. Ci-dessus l'évolution du nombre d'arrêts de travail sur les quatre dernières années. Selon nos

évaluations, on peut dire que 25 % des arrêts de courte durée (trois jours au plus) sont la conséquence directe des RPS.

	2009	2010	2011	2012
Arrêt maladie en jours	544 jours	458 jours	937jours	588 jours

Nous comptabiliserons dans le tableau ci-dessus les arrêts de travail, hors ceux qui trouvent leurs origines dans des accidents de travail, présenté précédemment.

Ces arrêts de travail sont comptabilisés en jours. On constate une stabilité de ces arrêts, mais il est difficile d'en déterminer la nature exacte : sont-ils dûs à des risques psychosociaux ou attribuables à d'autres causes ? Afin de ne pas fausser les données, j'ai retiré les longs arrêts (de plus de un an).

2.3 Un établissement dont l'architecture n'est plus adaptée à la dépendance des résidents.

2.3.1 Des locaux spacieux mais non adaptés.

Le bâtiment, d'une superficie de 3 934 m², a l'avantage d'offrir des superficies confortables, en particulier en ce qui concerne les chambres. Les superficies de ces dernières varient de 20 m² à 48 m² et elles sont toutes équipées d'une salle de bain avec douche à l'italienne.

Le point faible de l'établissement réside néanmoins dans sa conception architecturale, pensée pour un foyer logement. Les locaux communs, si importants en EHPAD pour favoriser le lien social et lutter contre l'isolement, sont désormais trop exigus et ne sont plus adaptés à la dépendance physique et psychique. Ainsi, par exemple, la salle à manger, pourtant spacieuse, ne peut plus accueillir les 78 résidents maintenant qu'un tiers d'entre eux se déplacent en fauteuil roulant et que d'autres utilisent un déambulateur. De plus, durant les repas, la cohabitation difficile entre les résidents dans un espace clos, est source de tensions.

La salle d'animation pose également ce problème, excluant de facto certains résidents, faute de place. Beaucoup de résidents restent dans le hall d'entrée, pour fuir la salle d'animation trop bruyante à leur goût ou faute de place.

Les chambres de 20 m², les plus demandées en raison du tarif, ne permettent que difficilement l'utilisation d'aides techniques tels que lèves-malades ou verticalisateurs pour la mobilisation des personnes les plus dépendantes physiquement.

Les longs couloirs de plus de 30 m, qui séparent les deux ascenseurs desservant les étages du bâtiment, constituent des obstacles pour les résidents à mobilité réduite. Cette architecture mobilise également fortement le personnel, en particulier vers 11h30, moment où les résidents sont descendus en salle à manger pour le repas. Il faut faire de constants allez-retours pour les accompagner de leur chambre à la salle à manger. Les couloirs sont pris d'assaut par les résidents et les ascenseurs sont très sollicités sur cette période.

Les deux salles de bain communes, équipées chacune d'une baignoire à sabot, ne sont plus du tout fonctionnelle. Elles servent désormais de lieux de stockage des produits d'incontinence.

Le diagnostic accessibilité a été réalisé en avril 2011, conformément à la loi du 05 février 2005. Le rapport fait état de plusieurs améliorations à apporter, particulièrement en ce qui concerne l'éclairage des couloirs, trop sombres et manquant de luminosité artificielle.

Par ailleurs, la couleur uniforme des murs à tous les niveaux de l'établissement ne favorise pas le repérage des lieux par les résidents. Enfin, la signalétique interne de l'établissement (numérotation des portes de chambres, indication des étages), vieille de 20 ans, n'est plus adaptée pour les personnes âgées en fauteuil roulant (les éléments de cette signalétique sont placés trop haut) ou pour celles qui souffrent d'une déficience visuelle.

2.3.2 Des difficultés à garantir l'intimité et la sécurité des résidents inhérentes au bâtiment.

La sécurité et l'intimité sont des droits fondamentaux garantis notamment aux résidents par la loi du 02 janvier 2002, mais également par tous les règlements de sécurité, tels que celui concernant la sécurité incendie.

D'un point de vue immobilier, le bâtiment présente plusieurs faiblesses mettant en jeu l'intimité et la sécurité des pensionnaires.

Sur le plan de l'intimité, la déambulation quotidienne de certaines personnes constitue également une limite concernant le « vivre ensemble ». Celle-ci est aggravée par le fait que certains verrous de plusieurs chambres sont hors d'usage. Ces verrous fonctionnent avec une clé individuelle, remise au résident, mais également avec un passe dont disposent certains membres du personnel. La remise en état de ces verrous impose la mise en œuvre d'un nouvel organigramme et le changement de toutes les serrures. Une négociation est en cours avec le propriétaire. Dans l'attente, certaines portes de chambres n'ont plus de serrures, d'autre ont des verrous qui fonctionnent mal. Plusieurs résidents ont perdu leurs clés et nous n'avons plus de double.

De ce fait, ils se plaignent d'intrusion dans leur logement, du fait des personnes déambulantes, qui, soit les dérangent, soit dérobent des objets rangés dans les armoires ou sur les tables de chevet. Ce désagrément fait l'objet d'un mécontentement récurrent et de plaintes de familles.

Sur le plan de la sécurité, comme je le précisais, l'établissement et ses alentours présentent des limites concernant la sécurité des résidents. Précisément, l'absence de sectorisation et l'ouverture du bâtiment vers l'extérieur offre aux personnes âgées désorientées des possibilités de fugue dans le vaste parc. Les abords de ce parc peuvent présenter des obstacles pour des personnes à mobilité réduite (pente, gravier, bordure des trottoirs délimitant le parking) Un système « détection magnétique » par bracelets, installé sur la porte principale de la résidence a été testé, il y a quelques années. Mais les autres sorties en rez-de-chaussée sont nombreuses, si bien que ce système s'est révélé inefficace et a été abandonné depuis.

2.4 Des disparités régionales et locales dans le déploiement des PASA.

2.4.1 Une politique régionale d'offre en places de PASA insuffisante au regard des besoins.

L'Instruction ministérielle du 07 janvier 2010, relative à l'application du volet médico-social du Plan Alzheimer 2008 – 2012 prévoyait l'ouverture de 50 PASA en Bourgogne d'ici 2012.

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés a été créé par le Plan Alzheimer 2008 – 2012 (mesure 16). Ce pôle permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles modérés du comportement. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

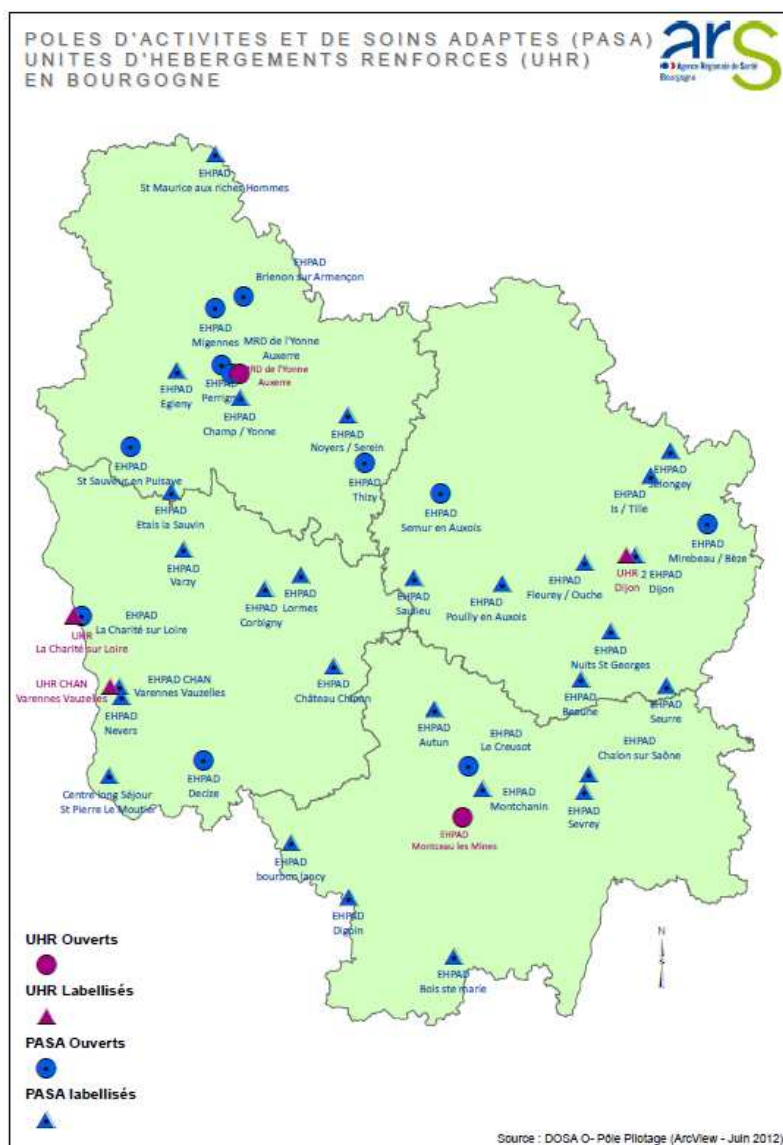
- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles modérés du comportement ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

L'orientation 7 du Schéma Départemental de l'Yonne en faveur des personnes âgées reprend cette programmation sans pour autant chiffrer la création de places de PASA. Il

s'agit plutôt d'identifier et de labelliser les unités Alzheimer existantes et ce, afin de « Répondre au mieux aux besoins de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer et de sa famille, qu'elle soit à domicile ou en établissement. »

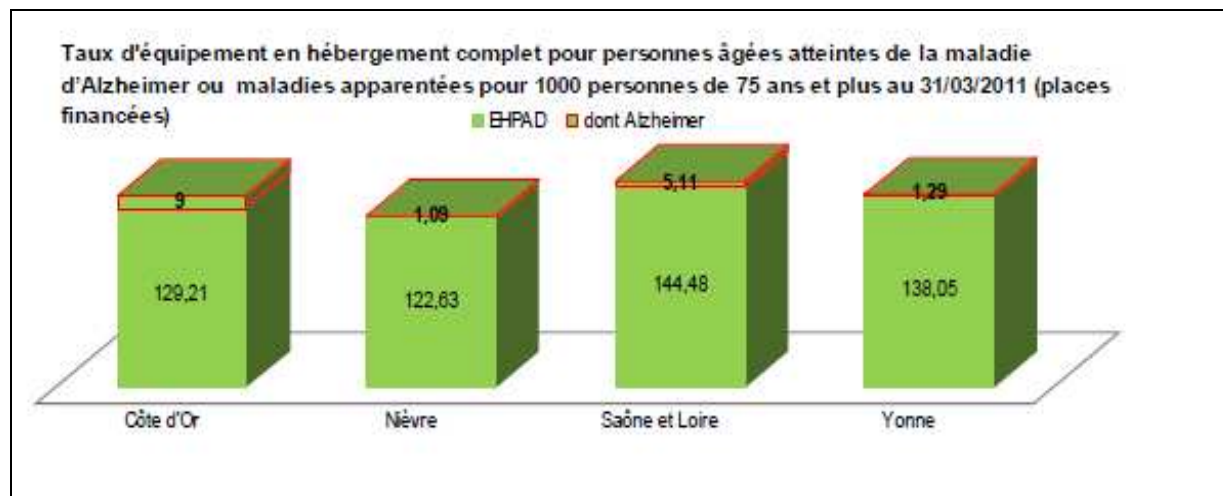
Trois objectifs opérationnels sont fixés par le schéma :

- améliorer la liaison entre les différents acteurs et coordonner les interventions ;
- développer de véritables structures de répit pour les autres résidents, en journée ;
- harmoniser l'unité Alzheimer en répondant au cinq critères nationaux du plan.



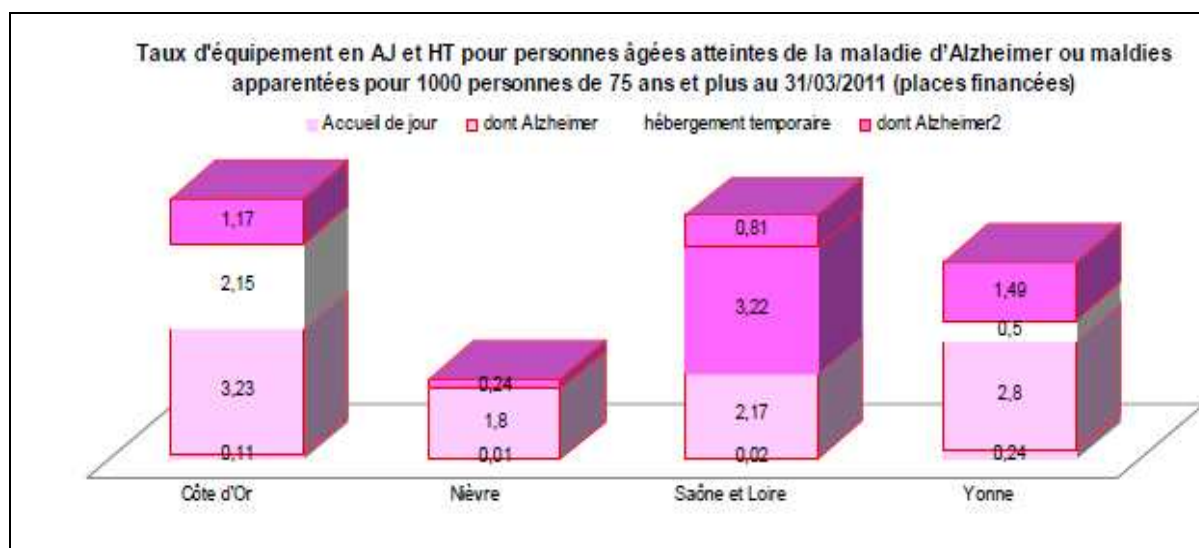
Au 31 mars 2011, 25 PASA étaient ouverts et fonctionnaient en Bourgogne, dont dix PASA labélisés par le Conseil Général de l'Yonne et l'ARS. En 2012, 15 dossiers de création de PASA ont été acceptés par l'ARS, en deçà pourtant des objectifs fixés par l'instruction ministérielle. Le potentiel de labélisation des dossiers de PASA à la fin de l'année 2013 serait de 49 PASA en Bourgogne.

La carte fait cependant apparaître des disparités régionales, l'Yonne (et notamment le sénonais) étant le département le moins bien doté en place de PASA, avant les départements de la Nièvre et de la Côte d'Or, comme le montre le graphique suivant :



Source Données ARS Bourgogne

Les mêmes disparités apparaissent en termes d'accueil de jour ou de places en hébergement temporaire spécifiques aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.



Source Données ARS Bourgogne

Le nord de l'Yonne, et en particulier le sénonais, fait figure de parent pauvre dans la répartition des places dédiées à la maladie d'Alzheimer et apparentées. Pourtant, les besoins sont identifiés.

Cela me conduit à qualifier de *paradoxal* l'environnement dans lequel est implanté la résidence 'Les Champs Blancs'.

2.4.2 Un environnement paradoxal.

Comme nous l'avons présenté dans la première partie, la résidence 'Les Champs Blancs' se situe dans un département fortement doté en lits d'EHPAD. Nous avons d'ailleurs indiqué que le schéma départemental gérontologique du Conseil Général de l'Yonne faisait état d'un taux d'occupation moyen des établissements de 92.66 %. De ce fait, nous connaissons une file active de demandes d'admission très tendue. Les demandes d'accueil se raréfient sur certaines périodes et nous connaissons des difficultés pour assurer l'équilibre financier de l'établissement. Par exemple, les quatre premiers mois de l'année 2013, huit lits ont été inoccupés, non par manque de demandes mais parce que nous ne pouvions accueillir les personnes du fait de leur dépendance psychique (résidents déments violents).

Paradoxalement, le manque de places dédiées aux démences conduit les familles à se tourner vers des établissements 'généralistes' tels que le nôtre. Les prescripteurs nous sollicitent également pour des placements de cette nature. Du fait d'un important maillage des associations de maintien à domicile, les personnes physiquement dépendantes sont prises en charge à leur domicile. Ne sont orientées vers les établissements que les personnes qui ne peuvent plus rester chez elles du fait de leur dépendance psychologique. Or, peu de places sont disponibles en unités spécialisées pour les accueillir. De ce fait, ces personnes sont accueillies dans les établissements tels que 'Les Champs Blancs', sans que leur soit proposées des prestations spécifiques.

Pour pallier au manque de places en unités spécialisées et améliorer la prise en charge à domicile de personnes âgées souffrant de démences, le Conseil Général de l'Yonne a mis en œuvre une série de mesures issues du Plan Alzheimer 2008-2012.

Ainsi, en 2011, a été créée une Maison d'Accueil et de l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) suite à un appel d'offre de la CNSA (mesure n°4 du Plan Alzheimer). L'objectif est de créer un guichet unique et de coordonner le parcours des personnes âgées entre le domicile et le secteur hospitalier. L'enjeu est d'éviter le parcours fragmenté que connaissent souvent les personnes âgées, entre le domicile, l'hospitalisation et éventuellement l'EHPAD. Cette MAIA couvre l'intégralité du territoire de l'Yonne, avec une file active potentielle de 600 cas par an. Chaque usager ou famille éprouvant des difficultés dues à la maladie (placement en EHPAD ou besoin d'un plan d'aide à domicile) est suivi par un gestionnaire de cas, qui assure la coordination avec les différents intervenants. Actuellement trois gestionnaires de cas assurent cette coordination, mais le Conseil Général a obtenu la création d'une MAIA 2 avec trois gestionnaires de cas supplémentaires pour faire face à la montée en charge des demandes.

Par ailleurs, trois équipes spécialisées Alzheimer à domicile ont été créées dans l'Yonne en 2011 (mesure n°6 du Plan Alzheimer), dont une équipe installée sur le sénonais. Ces

équipes comprennent des assistants en gérontologie, des psychomotriciens et des ergothérapeutes. Ces professionnels sont regroupés au sein d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ils interviennent sur prescription médicale et assurent à la fois l'éducation thérapeutique, le bilan d'adaptation du logement, la réhabilitation et la stimulation cognitive.

Les dispositifs de maintien à domicile se développent au profit du malade et de sa famille. Mais, dans certains cas, le maintien à domicile trouve ses limites face au comportement ou face à la dépendance de la personne. Le manque de place en établissements spécialisés constitue alors un obstacle à la prise en charge efficace et bénéfique pour la personne âgée et sa famille. On estime que près de 45 % des personnes âgées icaunaises souffrant de troubles cognitifs ne sont pas suivies par la MAIA et ne sont pas prises en charge par une structure adéquate (accueil de jour ou hébergement permanent). Beaucoup sont renvoyées à domicile, après un séjour à l'hôpital, faute de place. Seules les situations les plus urgentes ou dramatiques trouvent une solution d'entrée en établissement.

Le paradoxe réside dans le fait, alors que l'Yonne est dotée d'un nombre important de lits en EHPAD, les personnes âgées et leur famille peinent à trouver de la place en raison du manque de lit en établissements spécialisés dans la prise en charge des troubles cognitifs. Les établissements ont des faibles taux d'occupation car leur prise en charge n'est pas adaptée à l'accueil de personnes atteintes de troubles cognitifs. Et ils doivent donc refuser des demandes.

2.4.3 Des demandes d'accueil inadaptées à notre offre de service.

Les difficultés que connaissent les familles qui recherchent un lieu d'accueil dans les rares établissements comportant une unité Alzheimer nous amènent à accueillir de plus en plus de personnes souffrant de troubles cognitifs pour maintenir l'activité et l'équilibre financier. L'image même de l'établissement est altérée, marquée par ce phénomène. J'ai pu ainsi lire récemment sur un site internet permettant de trouver une place en maison de retraite que la résidence était spécialisée dans l'accueil de personnes souffrant de désorientation. Parce que nous acceptons régulièrement des personnes souffrant de troubles cognitifs, nos prescripteurs nous identifient comme établissement spécialisé.

La Résidence 'Les Champs Blancs' est située dans un territoire où les places en PASA manquent cruellement, puisque le seul Pôle labélisé se trouve à la résidence 'Le Bois Lancy' à Saint Maurice aux Riches Hommes. Cet établissement est situé à 22 kilomètres de Sergines. Les autres établissements à proximité de la Résidence 'Les Champs Blancs' n'ont pas de structure dédiée à la maladie d'Alzheimer et connaissent les mêmes préoccupations que les nôtres.

De plus, les structures spécialisées Alzheimer (CANTOU ou PASA) situées au sud de la Seine et Marne connaissent également un manque de places face à la demande de la région parisienne. La demande est donc forte en ce qui concerne la prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs sur les établissements du nord icaunais.

J'ai déjà indiqué que près de 40 % des résidents de l'établissement souffraient de troubles cognitifs, ce qui constitue un élément favorable à la création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés aux Champs Blancs.

Dans la continuité du Plan Alzheimer 2008-2012, poursuivi par le président de la République, le rapporteur à l'Assemblée Nationale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 indiquait que « *le gouvernement à l'intention de continuer à financer les structures créées par le Plan Alzheimer, comme les MAIA et les PASA, et même continuer à les développer* ».

La circulaire du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées indique que la campagne budgétaire 2013 s'inscrit dans la mise en œuvre des grands plans nationaux tels que le plan Alzheimer. Une enveloppe de 583 333 € a été attribuée par la CNSA à l'ARS de Bourgogne pour le financement et le déploiement de quatre MAIA dans la région (dont celle de l'Yonne). Des crédits ont également été débloqués pour le financement des PASA, à hauteur d'un forfait annuel de 4 557 € par place.

Nous avons eu l'occasion de déposer un projet de labélisation de PASA, ce qui est cohérent avec les besoins sur le territoire et les potentialités qu'offre la résidence 'Les Champs Blancs'.

Conclusion de la seconde partie.

Nous avons évoqué, dans les pages précédentes, les conditions dans lesquelles se trouve l'établissement, tant sur le plan interne, que sur celui de l'environnement qui caractérise le nord de l'Yonne.

Nous sommes dans une transition où cohabitent dans les murs de l'EHPAD deux populations différentes :

- les personnes semi-autonomes ou dépendantes physiquement, qui conservent leurs capacités intellectuelles,
- les personnes atteintes de maladie touchant leurs capacités cognitives et leurs activités relationnelles et sociales.

Nous devons prendre en compte cette évolution et la faire connaître et partager par les résidents et leurs familles, les personnels et les autorités qui nous gouvernent, nous

contrôlent et nous financent également. Cela implique un changement dans notre approche et dans notre organisation.

Cette démarche de changement est longue, elle obéit à des étapes que je me propose de décrire dans la troisième partie de ce mémoire, en réponse à la question suivante :

Comment faire évoluer la résidence, dans son organisation et son fonctionnement, pour répondre à l'accueil des résidents déments déambulants, tout en respectant les principes de l'accueil intégratif et du vivre ensemble qui fonde l'esprit d'un établissement tel que le nôtre ?

3^{ème} PARTIE : PRECONISATION ET PLAN D'ACTION.

Depuis deux ans, je m'interroge sur les possibilités de sectoriser l'accueil pour améliorer la prise en soins des personnes souffrant de troubles cognitifs. Le projet d'établissement prévoyait, dans le cadre des travaux de réhabilitation du bâtiment, la création d'une unité fermée de 14 lits intitulée 'Unité de Soins Spécifiques Alzheimer' (USSA).

Cette hypothèse n'a pas été retenue par le Conseil Général et l'ARS lors de nos premières rencontres à ce sujet. Il m'a été indiqué que désormais, en conformité avec le plan Alzheimer, seule l'habilitation des Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés était programmée dans le schéma gérontologique de l'Yonne, à l'exception de toute autre modèle de prise en charge.

Après avoir échangé avec ma directrice régionale et présenté cette hypothèse de travail lors d'un Conseil d'Orientation en septembre 2012, j'ai mobilisé les équipes sur l'écriture d'un projet de service PASA et le dépôt préalable, fin 2012, d'un dossier de labélisation. J'ai mis en place un Comité de Pilotage, chargé du pilotage stratégique du projet et de la préparation du dossier de labélisation. Pour rédiger le projet de service du PASA, un groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni. Ce groupe, d'une quinzaine de personnes, était dirigé par l'Infirmière Coordinatrice et s'est réuni une dizaine de fois entre septembre 2012 et février 2013. Ce travail s'est mené également en collaboration avec le COPIL chargé de la démarche qualité. Un schéma en annexe présente l'organisation de la démarche.

Dans cette troisième partie, je présenterai en premier lieu la création du PASA selon ses différents aspects (projet de service, architecture, budget) (1).

Je montrerai ensuite comment j'ai conduit le changement dans le cadre de ce projet (2), avant de présenter les modalités d'évaluation du projet (3).

3.1 Améliorer les conditions d'accueil des résidents déments déambulants.

Ma priorité concernant le plan d'action développé dans les pages suivantes est en premier lieu d'améliorer l'accueil et la prise en soins des résidents déments qui déambulent la journée dans les locaux. L'ouverture du PASA en juin 2013 a aussi été l'opportunité de travailler sur nos pratiques et nos modes de prise en charge.

En premier lieu, je m'attacherai à présenter la démarche de sectorisation, que nous ne pratiquions pas jusqu'alors (1). Je présenterai ensuite le projet de service élaboré par le groupe de travail et validé par le COPIL (2). Enfin, j'aborderai les questions architecturales (3) et budgétaires du PASA (4).

3.1.1 Sectoriser l'accueil en journée par la création d'un PASA.

Le projet d'établissement 2011 – 2016 de la résidence prévoit dans sa partie '*Projet de Soins*', la création d'une unité que nous avons appelée à l'époque « *Unité de Soins Spécifique Alzheimer (USSA)* ». L'objectif est d'aménager notre accueil intégratif, non pas en isolant les personnes atteintes de démence des autres résidents, mais en créant des moments de répit et de soins adaptés pour les uns comme pour les autres.

Le groupe de travail constitué en 2012 pour rédiger le projet de service du PASA a d'ailleurs indiqué que « *l'objectif du PASA est de proposer des activités spécifiques aux résidents déments déambulants, en veillant à ce que celles-ci soient adaptées à leurs envies et leurs capacités cognitives, sans nuire à leur intégration sociale, à leurs liens avec leurs proches et les autres résidents de l'établissement* ».

Pour garantir à la personne âgée accueillie au PASA le respect de ses droits fondamentaux, issus de la loi 2002-2, nous nous appuyerons sur son projet individualisé. Institué par la loi du 02 Janvier 2002, nous nous sommes engagés dans cette démarche de projet individualisé en 2010, en référence à la recommandation de l'ANESM de 2008²³. Un comité permanent assure l'élaboration des projets individuels des résidents.

Dès les premiers jours suivant l'entrée de la personne dans nos murs, une aide-soignante, une AMP ou une infirmière est nommée référente de cette personne et veille à sa bonne intégration dans l'établissement. Dans la mesure du possible, l'histoire de vie et les premiers souhaits de la personne sont consignés et serviront de base au Projet de Vie Individualisé (PVI). Dans les six mois qui suivent l'admission, ce projet de vie est établi avec le concours du résident, ses proches et le salarié référent. Ce document, volontairement court (deux à trois pages), est ensuite présenté à l'équipe pour permettre sa mise en œuvre. Le projet de vie est revu à la demande du résident ou de ses proches ou si la situation du résident évolue. Nous assurons ainsi la place centrale due aux personnes âgées dans les choix et les décisions qui les concernent.

Dans le cadre de l'admission d'un résident au Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, le PVI servira de base aux activités proposées et sera adapté pour être au plus près des souhaits actuels de la personne et de ses capacités cognitives (en termes d'activités personnalisées). Le projet de vie individualisé, ainsi modifié, est annexé au contrat de séjour et sera amendé en cas de modification de la situation du résident ou de sa sortie définitive du PASA.

²³ ANESM Février 2008 'Les attentes de la personne et le projet personnalisé'.

L'admission dans le PASA est proposée par le médecin coordonnateur à la famille . Cette proposition doit être validée par un diagnostic médical établi par le médecin traitant de la personne ou une équipe de géro-psycho-geriatrie hospitalière.

Le PASA sera réservé aux résidents Alzheimer ou souffrants de démences apparentées, avec des troubles dérangeants du comportement et dont l'autonomie fonctionnelle motrice est conservée (risque de fugue).

L'admission dans le PASA n'est pas définitive. Elle est revue tous les six mois ou dans le cas de perte de l'autonomie fonctionnelle motrice ou d'une amélioration des troubles du comportement. Si le maintien du résident au PASA ne se justifie plus, du fait d'un changement de comportement par exemple, la sortie est prononcée par le médecin coordonnateur. Le médecin traitant est associé à cette décision et la famille est informée de l'arrêt de la prise en charge au PASA . Si la situation le nécessite, le résident peut de nouveau être accueilli au PASA suivant la procédure précédemment décrite.

Comme dans tout autre service de l'établissement, les familles ont leur place dans le PASA.:

- elles reçoivent un soutien, une écoute par le médecin coordonnateur, moi-même, l'infirmière coordonnatrice et les autres professionnels. Un partenariat avec France Alzheimer permet désormais aux familles d'être informées sur la maladie, de rencontrer d'autres familles et d'échanger avec d'autres professionnels de notre réseau.

J'ai pris l'initiative d'organiser fin mars 2013, une première soirée d'informations et d'échange sur la maladie d'Alzheimer, le fonctionnement du PASA et le projet de service. Une quinzaine de familles, concernées par l'ouverture du PASA, sont venues.

- elles peuvent participer à la vie du PASA, en proposant et en animant des ateliers, avec le concours de l'aide-soignante présente ou seule si la personne le demande.

Dans le futur, je souhaite que les bénévoles intervenant dans l'établissement puissent aussi participer à la vie du PASA, en proposant des activités spécifiques, complémentaires à celles réalisées par l'équipe.

3.1.2 Le projet de service du PASA.

Parallèlement à la préparation du dossier de labélisation du PASA et à son dépôt à l'Agence Régionale de Santé, un groupe de travail pluridisciplinaire²⁴ s'est réuni de septembre 2012 à janvier 2013 pour rédiger le projet de service. Ce groupe de travail était composé :

- de l'infirmière coordonnatrice (IDEC)
- d'une infirmière

²⁴ Un organigramme de la démarche est présenté en annexe.

- de quatre aides-soignantes et AMP
- de quatre agents de service logistique
- de l'animatrice.

Le médecin coordonnateur, un représentant du Conseil d'Orientation et l'assistante administrative composent le COPIL, chargé de valider les travaux du groupe de travail. L'IDEC faisait le lien entre le groupe de travail et le COPIL. Je suis plus particulièrement chargé du suivi des travaux et de la communication externe.

Le groupe de travail s'est appuyé sur le projet d'établissement 2011-2016 de la résidence, ainsi que sur les recommandations de l'ANESM et sur le « *Cahier des Charges relatif au PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement*, », publié par la DGAS.

Les grandes lignes de ce projet de service sont les suivantes :

- Proposer à la personne démente des activités adaptées à ses capacités cognitives et permettant, au quotidien, de limiter les pertes ;
- Respecter la vie et les rythmes de la personne accueillie au PASA. Cet accueil peut être sur une demi-journée ou une journée, voire jusqu'à sept jours par semaine. Les horaires peuvent être flexibles, en fonction des habitudes de vie du résident et des circonstances journalières ;
- Garantir le lien de la personne accueillie au PASA avec l'environnement extérieur, sa famille et ses amis. L'accueil au PASA, même s'il répond également à une exigence de sécurité, ne doit pas être enfermante.

L'accompagnement au sein du PASA, comme dans l'ensemble de la Résidence, peut avoir un effet thérapeutique, par la mobilisation des capacités cognitives et physiques restantes. Nous envisageons l'animation comme étant un soin à part entière. L'animation en EHPAD consiste à permettre à la personne âgée de maintenir ses capacités d'autonomie physique, psychique et sociale à travers des activités adaptées à ses besoins, à ses capacités et à ses attentes. De sa racine latine *anima-ae* (souffle), *animusi* (l'âme), *animare* signifie donner la vie. « *L'animation est entendu comme un moyen de donner la vie, de susciter ou activer un processus vital par lequel un sujet ou un groupe s'affirme et se met en marche, c'est insuffler ou révéler un dynamisme qui est à la fois biologique et spirituel, individuel et social* »²⁵.

Notre approche relève à la fois d'une activité de divertissement et de création ou de maintien du lien social, mais également dans le cadre plus large d'une prise en soin,

²⁵ Florence DUFOUR RENOUF ; 2006 '*Développer un projet d'animation en EHPAD au service de la vie sociale des résidents*' Mémoire CAFDES EHESP.

d'une aide au maintien de l'autonomie, voire du développement de certaines compétences ou sources d'intérêt (re-motivation).

Sur le plan du fonctionnement, le Pôle d'Activité et de Soins Adapté a été conçu pour fonctionner sept jours par semaine, sur une plage horaire allant de 10 h 00 à 17 h00.

Les résidents sont donc accompagnés après leur toilette et leur petit déjeuner. Ils restent dans l'unité toute la journée et prennent leur déjeuner et leur goûter dans le pôle. Ils sont accompagnés en salle d'animation vers 17 h 00, leur repas étant prévu à 18 heures. Ils peuvent néanmoins en sortir si le besoin s'en fait sentir.

Un programme d'activités est proposé aux personnes ayant des troubles du comportement ou des troubles de la mémoire. Chaque atelier est programmé à jour et heure fixe, afin de donner des repères aux résidents. Une séance ne dure pas plus de ¾ d'heure et peut être séquencée en plusieurs temps sur la journée.

- Atelier mémoire :

A partir de la lecture du journal, l'animatrice propose d'échanger sur les souvenirs, l'histoire, le passé de chaque résident.

Cet atelier se déroule deux jours par semaine, en après-midi.

Il regroupe une dizaine de personnes.

- Zoothérapie :

Un groupe de cinq à dix personnes, souffrant de désorientation ou de troubles cognitifs graves, participe régulièrement à l'atelier de zoothérapie au sein du PASA. Une autre séance de zoothérapie est proposée aux résidents non accueillis au PASA.

- Jardin Thérapeutique :

Aux beaux jours, un jardin thérapeutique est créé. Les résidents choisissent les fleurs ou les légumes à planter. L'objectif est de stimuler la mémoire par les odeurs, les couleurs, de retrouver la ruralité connue autrefois les résidents.

- Ouverture vers l'extérieur :

Des possibilités d'ouverture du PASA vers l'extérieur sont mises en œuvre, notamment

⇒ Au travers d'un accompagnement, comme des sorties en ville par petits groupes, pour effectuer des achats;

⇒ Au travers d'échanges avec les autres structures proposant une prise en charge de ce type sur une journée ou une demi-journée, par exemple au travers d'animations.

⇒ Au travers de la participation des familles.

Comme nous l'avons dit, les familles ont une place importante dans le fonctionnement du PASA. Nous favorisons leur participation régulière aux activités, mais développons

également la démocratie participative. Chaque projet d'animation collective fait l'objet d'une réflexion par le Conseil d'animation, mis en place en 2011. Ce conseil d'animation, qui regroupe des résidents, des familles, une AS et l'animatrice, est chargé de développer ou de proposer des animations, personnalisées ou collectives, d'en décrire l'intérêt et les visées thérapeutiques attendues (maintien du lien social, maintien des capacités cognitives, gestion de l'agressivité ou de la violence) et d'en définir, le cas échéant, le coût. Après validation par moi-même, l'activité est présentée au Conseil de la Vie Sociale puis mise en œuvre.

3.1.3 Architecture et travaux de mise aux normes du PASA.

Répondant au cahier des charges des PASA et des UHR de la DGAS, nous avons transformé les deux logements de fonction situés au rez-de-chaussée en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

Je décrirai, dans un premier temps, l'organisation architecturale du PASA, avant de présenter le coût des travaux de transformation des logements et le financement des travaux.

3.1.3.1 Organisation architecturale du PASA.

Le cahier des charges des PASA et UHR indique que « *L'environnement architectural est le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé précédemment. Il répond à 3 objectifs :*

- *créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant,*
- *procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,*
- *offrir des lieux de vie sociale pour le groupe en permettant d'y accueillir les familles »²⁶.*

Nous nous sommes également appuyés sur les recommandations de l'ANESM²⁷ dans la conception des espaces. Notre projet présente les caractéristiques suivantes :

☞ La superficie du local est de **112 m²** et se situe au rez-de-chaussée et est accessible par l'intérieur du bâtiment. Il est situé à l'extrémité de l'aile ouest et sa délimitation est distincte de celle des autres parties de l'établissement.

☞ L'entrée (4.47 m²), accessible à partir du bâtiment, est ouverte sur la salle principale :

Le PASA dispose :

→ d'un espace repas avec office qui peut aussi servir de salle d'activité (41.03 m²).

²⁶ DGAS, Cahier des charges des PASA et URH précité.

²⁷ ANESM, Février 2009, 'L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement'.

Conformément au cahier des charges, la prise de repas se fait au sein du Pôle ce qui permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur durant la journée.

→ d'un espace salon qui sert de salle de repos et de salle de télévision (14.75 m²)

→ d'un espace dédié à des activités individuelles ou collectives (31.55 m²) : activités manuelles, jeux avec la possibilité de sortie sur un espace extérieur clos

➤ Les espaces extérieurs :

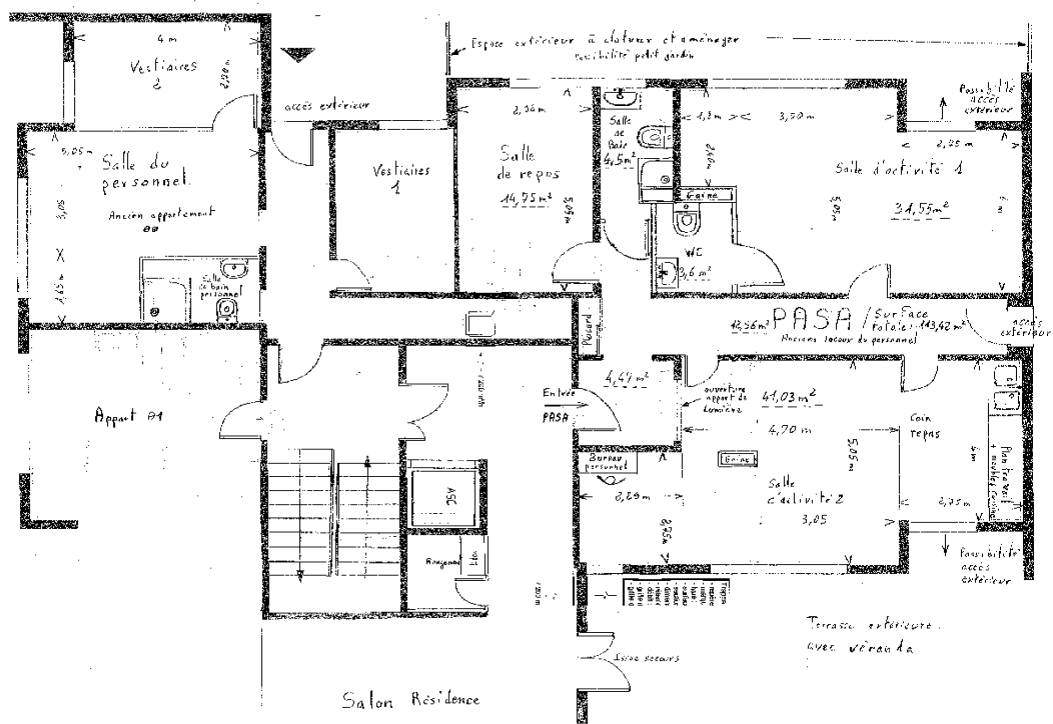
Le PASA offre un accès direct sur le parc arrière de l'établissement. Un circuit de déambulation est en cours de création, afin de favoriser la déambulation à l'extérieur dans des conditions parfaites de sécurité et de confort.

➤ Les espaces de service :

Des toilettes avec lavabos sont accessibles aux résidents. Une salle de bain avec douche est disponible. Un placard fermé à clef a été prévu pour entreposer le matériel de nettoyage.

Sur le plan de la sécurité et de l'accessibilité, le PASA répond à la réglementation des Etablissements Recevant du Public (ERP) type J (arrêtés du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) ainsi qu'à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1^{er} août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Une visite de conformité des services de sécurité a eu lieu en avril 2013 et à donner lieu à un avis favorable à l'ouverture du PASA.

Un plan, ci-dessous, présente la disposition architecturale du PASA.



3.1.3.2 Coût et financement des travaux et des équipements.

Sur un plan financier, la restructuration des deux logements de fonction et leur transformation en pôle d'accueil et de soins adaptés présentent un coût de 96 700 € HT répartis ainsi :

Nature des Travaux	Coût HT
Création de l'entrée du PASA (SAS d'entrée)	8 700 €
Réfection des sols	16 800 €
Création de la salle d'animation 1	13 500 €
Création de la salle d'animation 2	22 800 €
Création de la cuisine (arrivée d'eau et électricité)	4 900 €
Création de la salle de repos	10 800 €
Mise aux normes de sécurité incendie (détection et désenfumage)	19 200 €
TOTAL	96 700 €

Soit un total TTC de **115 653 €** financés par les provisions pour travaux du propriétaire. Nous avons répondu ainsi à l'objectif demandé par le conseil d'administration de la Fondation de ne pas impacter le prix de journée hébergement (62 €) par les travaux du PASA. Une demande de subvention CNSA a été déposée. Une réponse est en attente.

Les travaux de peinture et de décoration intérieure ont ensuite été réalisés par l'ouvrier d'entretien de la résidence, pour un total de 5 900 € en matériel.

Un programme d'équipement a été approuvé par le Conseil d'Administration de la FCEs à l'occasion du budget 2013 de l'établissement. Celui-ci s'établit à **39 000 € TTC**, répartis ainsi :

Nature des équipements	Coût
Mobilier (tables, chaises, fauteuils de repos, lit, meubles de rangement).	31 500 €
Chariot de repas.	4 800 €
Aménagement du coin cuisine (four et micro-onde, plaques de cuisson, réfrigérateur, lave-vaisselle).	1 500 €
Télévision grand écran.	1 200 €
TOTAL	39 000 €

Ces équipements sont financés par auto-financement, sur le programme pluri-annuel d'investissements de l'établissement. Ils seront amortis sur cinq ans (à l'exception du téléviseur amorti sur trois ans).

3.1.4 Budget prévisionnel de fonctionnement du PASA.

Le budget prévisionnel du PASA s'appuie sur la circulaire budgétaire du 31 mai 2010 qui fixe les modalités de tarification des Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés²⁸.

Cette circulaire indique notamment que les postes nécessaires au fonctionnement du PASA sont couverts intégralement par le forfait soins (Assurance Maladie):

- Psychomotricien ;
- Ergothérapeute ;
- Aides-soignantes et AMP ayant la formation d'Assistante de Soins en Gériatrie ou, par exception, les AS et AMP faisant fonction d'ASG dans l'attente de leur formation.

Le fonctionnement du PASA se fera par affectation de 2.5 ETP d'AS et d'AMP sur le PASA et de 0.20 ETP de psychomotricien déjà financés dans le budget de l'établissement.

Les hypothèses prévisionnelles pour 2013 sont les suivantes :

- Application de la CCN 1951
- Valeur du point 4.451
- Taux de charge : 22 %

	coefficient	Prime fonctionnelle	Total coefficient	Ancienneté moyenne	ETP	Coût €	Coût brut chargé
AS	351	11	362	4 ans	1	22 057 €	26 910 €
AS	351	11	362	4 ans	1	22 057 €	26 910 €
AS (mi-temps)	351	11	362	4 ans	0.5	11 028 €	14 950 €
PSYCHOMOTRICIEN	487		487	4 ans	0.20	5 147 €	6 280 €
TOTAL						75 050 €	

Le coût total du Groupe II en charge de personnel sera entièrement financé par la dotation de soins de l'établissement dès que le PASA aura été labellisé. Une fois ce financement obtenu, cela allégera la section dépendance de 30 % des charges relatives aux AS et AMP, soit une économie de 20 630 €

Les formations spécifiques à la professionnalisation des Aides-Soignantes en Assistantes en Gériatrie seront financées sur l'excédent soins 2012 affectés à cet effet par l'ARS (Cf. Formations III .2).

²⁸ Circulaire inter ministérielle N° DGS/5C/DSS/1A/20 10/179 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Dépenses budget de fonctionnement	Hébergement	Dépendance	Soins
Fournitures (animation)	1 000,00 €		
Prestation de prestataires extérieurs	2 000,00 €		
TOTAL GROUPE I	3 000,00 €		

Rémunération d'intermédiaire (analyse de la pratique)	2 500,00 €		
Rémunération du personnel			60 289 €
Charges fiscales et sociales sur rémunération			14 761 €
TOTAL GROUPE II	2 500,00 €	0 €	75 050 €

Amortissement matériel	7 800,00 €		
TOTAL GROUPE III	7 800,00 €		
TOTAL	13 300,00 €		75 050 €

Le surcoût de la section hébergement sera intégré dans le budget global de l'établissement, soit par journée 13 300 € / 27900 journées = 0.47 €

La circulaire budgétaire du 31 mai 2010 prévoit l'application d'un forfait annuel par place de 4 557 €, soit pour 12 places : 54 684 €, en complément de la dotation soins initiale que nous percevons déjà. Celle-ci inclut les salaires et charges des aides-soignantes. Ce forfait annuel est versé dès la labélisation du PASA obtenue. Cette dotation permettra le financement du poste de psychomotricien et, éventuellement, l'intervention d'un ergothérapeute à mi-temps sur le PASA (une réponse de l'ARS est en attente sur ce point. A ce jour, cette intervention est financée par des crédits non reconductibles).

3.2 Conduire le changement dans nos pratiques d'accueil.

3.2.1 Insuffler le changement dans les pratiques d'accueil et de prise en soins des résidents.

Nous avons évoqué, dans la seconde partie, les difficultés auxquelles le personnel était confronté, tant sur le plan de l'organisation que des relations de travail. Nous traiterons spécifiquement de la formation et de la professionnalisation des agents dans la section suivante. Je traiterais dans cette partie de la démarche que j'ai adoptée, pour insuffler des changements dans les pratiques des équipes et concrétiser la nouvelle organisation de service.

3.2.1.1 La méthodologie de projet comme outil du changement.

Le diagnostic que nous avons posé dans la seconde partie de cette étude, qui présente les difficultés auxquelles nous sommes confrontés, mais aussi les opportunités qui s'offrent à nous, fonde et légitime la logique de changement que nous adoptons. Ce diagnostic répond à la question *Pourquoi changer ?* Il me semble que cette logique de changement, ce besoin en quelque sorte, est partagé par la majorité des acteurs de l'établissement :

- les salariés, qui subissent une situation de travail ;
- les résidents, qui vivent au quotidien et 24 heures sur 24 des difficultés relationnelles ;
- certaines familles, qui revendiquent le droit à une amélioration des conditions d'accueil de leurs parents.

Mais ce diagnostic ne répond pas à la question de la conduite du changement, c'est-à-dire *Comment Changer ?* La conduite du changement est complexe, car les changements ne se décrètent pas, ils obéissent à des logiques plus complexes. Comme l'écrit Jean René LOUBAT « *les changements programmés ne se réalisent pas d'un coup, ils se font progressivement en obéissant à des cycles complexes, à la fois cognitifs et psychologiques au plan individuel et psychosociologiques et culturels au plan de la dynamique des groupes et des institutions* »²⁹.

La logique de changement passe en premier lieu par une dynamique commune, qui associe l'ensemble des acteurs de la structure, quel que soit leur degré d'implication. J'appuie mon management sur l'écoute et la participation des personnels et des résidents, au travers de diverses instances (Réunions de services, rencontres des IRP, réunion d'expression, CVS). **Je pose le postulat que si le sens de l'action est défini, les objectifs posés et clairement explicités et la démarche construite collectivement, le changement peut s'opérer sans grand heurt.** Bien sûr, il existe toujours des résistances au changement ou l'expression d'une volonté « d'aller contre ». La résistance peut être une manière pour un individu de s'affirmer dans le groupe. Elle peut aussi être due à la peur de changer, de remettre en cause un fonctionnement acquis (même s'il n'est plus adapté). L'objectif du directeur est de susciter l'adhésion du plus grand nombre bien qu'il soit illusoire de vouloir l'adhésion de tous. Je peux agir sur la peur de changement par l'explication et la communication. La dynamique de groupe est un levier qui peut avoir raison de les résistances, qui sont le fait de quelques uns. Il faut trouver ce levier et enclencher le processus de changement s'appuyant sur une méthodologie claire et compréhensible par les salariées.

²⁹ LOUBAT J. R., 2006 '*Penser le management en action sociale et médico-sociale*' Dunod p 53.

Ayant suivi une formation en gestion de projet, j'applique à chaque dossier une méthodologie permettant d'atteindre les objectifs fixés, toujours dans l'intérêt des résidents et du personnel. Mais je n'agis jamais seul, sauf si l'urgence l'exige, tout en gardant le droit de trancher qui légitime le pouvoir de direction. La méthodologie de la conduite du projet a l'avantage de mobiliser les personnes, de les faire réfléchir collectivement, et de les impliquer activement dans la démarche. Ainsi, le changement devient « *le produit d'une co-construction entre acteurs* »³⁰. La constitution de groupes projet, la détermination d'objectifs SMART (Simples, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporalisés) sont des éléments indispensables pour amener la réussite du projet et donc le changement. L'inscription dans un calendrier et l'évaluation qui est menée à terme inscrivent le changement dans une temporalité régulière.

Cette démarche 'projet' est menée en continu depuis 2010 à la résidence 'Les Champs Blancs'. Elle s'inscrit dans l'évolution des politiques publiques qui impose désormais l'évaluation permanente de nos pratiques et le réajustement au bénéfice des attentes et besoins des usagers. Sur le plan managérial, les groupes de travail et la réflexion commune qui en découle valorisent les salariées, qui s'impliquent d'autant mieux dans cette démarche que les problématiques traitées sont concrètes, touchent à leur quotidien et à leur travail. Elle s'accompagne d'un plan d'investissement permettant l'acquisition de matériels et de logiciels.

La conduite de changement passe également par un plan de communication.

3.2.1.2 La communication comme vecteur de changement.

Dans le cadre du management du changement et la méthodologie de projet, la communication tient une place primordiale.

Communiquer est un acte politique : par l'échange, la communication permet le partage d'une même vision, la compréhension du projet, les objectifs poursuivis.

Communiquer, c'est aussi faire connaître les règles et les procédures qui conduisent le changement et les modalités d'action.

Communiquer, c'est enfin impliquer les acteurs, les rendre actifs.

Ne pas communiquer conduit à la démotivation des acteurs, l'abandon du projet et donc, l'échec de la démarche.

Dans le cadre du projet de création du PASA, j'ai utilisé une méthode de communication en quatre étapes appelée **CAAP** :

³⁰ EYNARD C., PIOU O. et VILLEZ A., 2009 '*Conduire le changement en gérontologie*' Dunod p 327.

- **Compréhension** : lors des deux réunions de services du mois de septembre 2012, j'ai expliqué l'objectif du projet et les échéances fixées pour sa réalisation et le dépôt du dossier de labélisation.
- **Adhésion** : la constitution du groupe projet par appel à candidature visait à regrouper des personnes qui ont adhéré au projet de changement en fonction des informations données en première intention et qui trouvent un intérêt personnel au projet.
- **Appropriation** : le groupe de travail s'est approprié le projet, dans le cadre qui lui est donné. Chaque membre du groupe s'implique dans la démarche et la fait sienne, ce qui permet de le motiver. Une démarche collective se met en œuvre.
- **Propagation** : le groupe de travail informe le COPIL de l'avancée des travaux. Le COPIL assure la diffusion de l'information à l'ensemble des acteurs du projet (salariés, résidents et familles, institutions et réseaux).

La communication interne était pilotée par le COPIL, avec mon aval. Je me chargeai directement de la communication externe.

Celle-ci s'est opérée sur deux plans.

- en interne, à l'occasion des réunions mensuelles de service. Un point a été fait sur l'avancée des travaux d'aménagement et projet de service. Deux visites de chantier ont été organisées pour permettre au personnel de se projeter dans les futurs locaux. Les instances Représentatives du Personnel ont également été informées des changements organisationnels, notamment des modifications de plannings de travail (Cf. III.2.3.2 'Cycles de travail').
- en externe, à destination des résidents et des familles, deux CVS ont été consacrés à l'ouverture du PASA en novembre 2012 et mars 2013. L'objectif du PASA, les modalités d'accueil et de prise en soins ont été présentés. Une visite des locaux est prévue lors du CVS en septembre 2013. Le Conseil Général et l'ARS ont été tenus régulièrement informés de l'avancée du dossier, jusqu'à l'envoi du dossier de labélisation.
- à l'ouverture du PASA, les familles ont reçu un courrier d'information. Les familles plus particulièrement concernées par le placement de leur proche au Pôle ont été reçues par le médecin coordonnateur et moi-même pour expliquer la démarche et obtenir leur accord.

Cette démarche se décline également dans un volet 'formation et professionnalisation des équipes'.

3.2.2 Professionnaliser les équipes.

Face aux évolutions constantes du secteur médico-social, l'obligation de professionnalisation des équipes se fait de plus en plus pressante. Les révolutions qu'ont été (et que sont encore) la loi 2002.2, la démarche qualité, l'évaluation interne et externe interrogent les compétences de chacun, de l'agent hôtelier au directeur. Dans ce contexte, la formation devient un enjeu considérable. Celle-ci accompagne le changement, elle peut même le précéder. C'est un véritable outil dans la conduite de changement (1). Nous avons engagé des formations diplômantes en assistantes de soins en gérontologie (2). Par ailleurs, nous poursuivons notre politique de professionnalisation des personnels peu diplômés (3).

3.2.2.1 La formation comme outil de changement.

L'accompagnement des personnes fragilisées impose à la fois des connaissances techniques (dites 'de base', telles que les soins, l'hygiène), mais également une approche éthique et relationnelle. Les questions liées à la bientraitance, à la fin de vie par exemple, sont régulièrement abordées dans nos murs. L'opportunité de travailler en collaboration avec le Centre d'Ethique Clinique de l'hôpital Cochin nous aide à prendre du recul face à des situations particulièrement complexes et favorise une approche éthique de nos pratiques.

Cette approche est bien illustrée par J. R. LOUBAT : « *En réponse aux facteurs liés aux publics accueillis, il s'avère capital de revaloriser et de redonner du sens à l'intervention auprès de personnes très stigmatisées et connaissant des progrès faibles. Afin de lutter contre le sentiment d'impuissance, il est indispensable de transformer une attitude passive (la sensation de subir) en attitude active [...]. Cela signifie former le personnel à enrichir qualitativement leurs modes d'observation et d'appréciation des comportements et performances des personnes accueillies* »³¹.

La démarche continue de formation, qui trouve son expression, du point de vue de l'établissement, dans le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF) et, du point de vue du salarié, dans une démarche volontaire (contrat de professionnalisation, VAE), constitue un outil de mobilisation des personnels, permet de réinterroger les pratiques et de « *faire émerger une culture pluri-disciplinaire du vieillissement* »³².

Cependant, la formation n'est pas une fin en soi : elle n'est qu'un outil au service du professionnel pour valider (ou invalider) des savoirs faire, des savoirs être, des

³¹ LOUBAT J. R., 2006 '*Penser le management en action sociale et médico-sociale*' Dunod p 246

³² EYNARD C., PIOU O. et VILLEZ A., 2009 '*Conduire le changement en gérontologie*' Dunod p 40 et 41

comportements individuels ou collectifs. En ouvrant un espace de réflexion, la formation permet de lutter contre la routine, l'épuisement professionnel.

Depuis 2008, j'ai favorisé dans les plans de formation, en accord avec les instances représentatives du personnel, trois types de formations :

- des formations relatives à la réflexion sur les pratiques et la connaissance du public (connaissance de la personne âgée en 2009, bienveillance en 2009 et 2010). Ces formations se poursuivent sur 2013 et 2014 puisque le plan de formation prévoit des actions en lien avec la démence et la gestion de la violence ;
- des formations-actions, telle que les postures de travail et les techniques de mobilisation et de manutention des personnes. Ces formations sont programmées chaque année, au titre de la prévention des risques professionnels ;
- des formations relatives au travail en équipe, à la cohésion de groupe. Sur les années 2013 et 2014, nous prévoyons des actions liées à l'amélioration de la communication.

Cette démarche de formation en continu (deux à trois actions collectives par an, pour chaque catégorie de personnel) a permis, au fil des ans, de modifier nos pratiques, d'amorcer des changements de fond, voire organisationnel (la formation informatique a permis, en 2012, d'informatiser le dossier de soins). Cette démarche, s'appuyant sur la démarche qualité, sera poursuivie dans les années à venir. Elle sous-tend la démarche de projet que j'ai évoqué précédemment. Elle est le ciment des processus de changement initié dans l'établissement.

Je souhaite également développer la mobilisation de nos réseaux dans la formation. A ce jour, nos partenaires, tels que le réseau de soins palliatifs, interviennent au sein de l'établissement pour dispenser une formation aux salariés. A de rares occasions, ces salariés ont pu se déplacer dans d'autres établissements et participer à des groupes multi-établissements. Il est vrai que les frais de déplacement sont un frein à la mobilité géographique des personnes, dans cette période où les budgets de formation sont serrés. Mais toutes les salariées qui ont profité de cette expérience ont souligné l'intérêt d'être 'hors les murs', avec d'autres professionnels dans d'autres lieux. L'adhésion au réseau Alzheimer et aux formations qu'ils proposent permettra de multiplier ces rencontres entre professionnels. Par ailleurs, nous réfléchissons à des actions communes de formation avec l'établissement FCEs de Saint Georges sur Baulches, situé à 80 kilomètres.

J'envisage aussi de permettre au personnel d'effectuer des périodes de stage dans d'autres structures, voire d'organiser des échanges temporaires de salariées avec d'autres établissements . Mais cela soulève un certain nombre de questions (sur le plan

de la législation du travail et de la responsabilité notamment). L'ouverture vers l'extérieur est pourtant un formidable levier de changement et de re-mobilisation des personnels.

3.2.2.2 La formation d'Assistant de Soins en Gériatrie.

Le cahier des charges des PASA de la DGAS indique qu'en complément du personnel déjà présent dans l'EHPAD, l'équipe qui est dédiée au PASA est obligatoirement composée :

- d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute,
- d'assistants de soins en gériatrie

Cette nouvelle fonction a été créée par le Plan Alzheimer 2008 – 2012 (mesure 20).

L'annexe 5 du cahier des charges du PASA donne une définition de la fonction et du contexte d'intervention : *« L'assistant de soins en gériatrie intervient auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Son intervention s'effectue dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social, soit au domicile au sein d'un SSIAD, soit en établissement, en EHPAD, notamment dans les unités spécifiques, ou éventuellement à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptations cognitivo-comportementales et les USLD. »*

Une instruction interministérielle du 27 novembre 2009 ³³ précise les contours de la formation.

Elle est destinée aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'assistant de Soins en Gériatrie réalise des soins d'hygiène et de confort adaptés aux personnes présentant des troubles cognitifs. Il aide et accompagne les personnes dans les actes de la vie courante et mobilise ses capacités cognitives. Le référentiel de formation fait mention *« d'une relation d'empathie, attentive et sécurisante »*, afin de limiter les troubles du comportement et de rompre l'isolement.

La formation s'organise sur 7 mois (140 heures), à raison de six sessions mensuelles de trois jours et d'une session de deux jours. Cette formation donne lieu à une attestation de suivi de la formation (sans condition d'examen de validation). La validité de la formation dépend donc de l'assiduité aux cours.

³³ Instruction ministérielle n° DHOS/DGAS/RH/2009/359 du 27 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de la mesure 20 du plan Alzheimer sur les assistants de soins en gériatrie. , en annexe.

Dans le cadre de l'ouverture de notre PASA en juin 2013, nous avons engagé une politique de formation envers les aides-soignantes et AMP de l'établissement. J'ai donc privilégié la mobilité interne des personnels, sur la base des entretiens annuels d'évaluation. Dès novembre 2012, la question des affectations au PASA et des formations d'assistantes en gérontologie a été abordée avec chaque salarié, y compris le personnel de nuit, et leurs souhaits ont été relevés.

Six AS et AMP se sont montrées particulièrement intéressées par le projet et se sont portées volontaires pour suivre la formation d'assistante en gérontologie. Chacune a été reçue individuellement par l'infirmière coordonnatrice et moi-même, pour valider leur projet et définir ensemble un calendrier de formation, étant entendue que l'on ne pouvait pas envoyer six personnes en formation en même temps.

Sur le plan financier, j'ai obtenu de l'Agence Régionale de Santé que l'excédent réalisé sur la section 'soin' en 2011 ne soit pas repris mais utilisé pour le financement d'actions de formation. Nous disposons donc d'une enveloppe de 150 000 € pour financer les formations d'assistante de soins en gérontologie, dont le coût unitaire (hors remplacement et frais de déplacements) est de 1 610 €.

Depuis juin 2013, deux AS sont en formation. Un autre binôme débutera sa formation en novembre 2013. Un calendrier de formation a été établi, que je souhaite étendre à toutes les aides-soignantes et AMP (quinze personnes) à moyen terme (3 – 4 ans).

3.2.2.3 La professionnalisation des agents de soins.

L'histoire de l'établissement et la pénurie, à une époque aujourd'hui révolue d'aide-soignante diplômée, a conduit à l'embauche de personnel agents de soins, non diplômés, mais ayant une expérience de plusieurs années dans les soins de nursing et de confort auprès des personnes âgées.

Par ailleurs, l'établissement emploie des agents de service logistique qui souhaitent devenir aide soignante ou AMP.

Aujourd'hui, si la Convention Collective FEHAP reconnaît la fonction d'agent de soins (coefficient 306), les autorités de tarification n'acceptent pas le financement de ces postes sur les forfaits dépendance (financé par le Conseil Général) et soin (budget de l'Assurance Maladie) au même titre que les aides-soignantes. Ils émargent donc sur le prix de journée hébergement. De ce fait, de moins en moins d'établissements acceptent l'embauche de personnes faisant fonction d'AS (sauf en cas de remplacement). Il est donc difficile pour ces personnes, issues du territoire local, d'être mobiles professionnellement

Le métier d'agent de soins n'a pas de définition légale, à la différence de celui d'aide-soignant. En effet, l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant, modifié par l'arrêté du 08 février 2007 donne la définition suivante du métier d'AS :

« L'aide-soignant dispense, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation, d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne. »

Par rapport à cette définition, l'agent de soins assiste les aides-soignants dans leur activité d'accompagnement et de soutien aux personnes accueillies et dans l'aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne.

L'agent de soins travaille en binôme avec l'aide-soignant.

Depuis 2008, nous offrons la possibilité aux agents de soins qui le souhaitent de passer leur diplôme d'aide-soignant ou d'AMP.

Deux voies sont possibles :

- le contrat de professionnalisation pour les jeunes de moins de 25 ans. Ce contrat a l'avantage d'alterner période de travail et période de cours (ou de stage). L'un des freins de ce contrat est l'obtention des financements par notre OPCA., car il faut compter en moyenne quatre ans. La formation d'aide-soignant en contrat de professionnalisation dure deux ans, dans un Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS). Une personne a obtenu son diplôme en 2009 grâce à cette voie.
- la Validation des Acquis de l'Expérience, mise en œuvre par la loi du 17 janvier 2002 portant rénovation sociale³⁴. Elle s'adresse à des personnes ayant trois ans d'expérience minimum (soit 4 200 heures sur les douze dernières années), dans un métier ayant un rapport direct avec les soins d'hygiène et de confort (toilette, habillage, élimination, prise des repas et déplacement). Le diplôme d'aide-soignante s'obtient après validation du livret 1 (livret d'admissibilité), la présentation d'un livret 2 (dossier de présentation des acquis) et sa soutenance devant un jury. La VAE porte sur les huit modules qui composent le diplôme d'aide-soignant :

Module 1 : accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne

Module 2 : l'état clinique d'une personne

Module 3 : les soins

³⁴ Loi n°2002-73 du 17/01/2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002 page 1008

Module 4 : ergonomie

Module 5 : relation-communication

Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers

Module 7 : transmission des informations

Module 8 : organisation du travail

Etant moi-même jury pour ce diplôme depuis cinq ans, j'encourage le personnel à obtenir la qualification d'AS par cette voie. Les délais d'entrée en formation sont plus courts que par l'entrée en IFAS. Nous accompagnons actuellement deux personnes dans la rédaction de leur dossier de présentation. L'objectif, dans les trois prochaines années, est de diplômer cinq personnes.

3.2.3 Réorganiser les services.

La création du PASA nous donne l'occasion de repenser, collectivement, l'organisation interne de l'établissement.

En premier lieu, j'ai favorisé le travail en binôme, associant aide soignante et agent de service logistique (1).

La révision des plannings, intégrant le fonctionnement hebdomadaire du PASA, a également permis la mixité des équipes (2).

Le fonctionnement du PASA mobilise également notre réseau de partenaires et me donne l'occasion d'initier de nouvelles collaborations (3).

3.2.3.1 Favoriser le travail en binôme.

Afin de favoriser la cohésion des équipes et de favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire, j'ai institué un fonctionnement en binôme, tel que celui que j'ai mis en place en 2009 pour la distribution des petits-déjeuners. De 7h 30 à 9 h 30, sur chaque étage, un agent de service préposé à la préparation et à la distribution de petits-déjeuners travaille en collaboration avec une aide-soignante : chaque salarié a une fiche de tâches précises à effectuer. L'agent de service prépare le plateau du résident, coupe les tartines, pendant que l'AS lève le résident et l'installe pour que ce dernier puisse prendre son petit déjeuner.

Nous avons reproduit cette organisation lors des repas des résidents du PASA. Ainsi, à 11h 30, deux agents de service se rendent en cuisine pour prendre livraison des repas du Pôle et de la vaisselle. Elles livrent les chariots de repas au Pôle et installent les tables où les résidents vont prendre leur repas. Elles aident l'aide-soignante présente à installer les résidents à table.

A midi, une seconde AS se rend au PASA pour assister sa collègue dans l'aide au repas. Les agents de service participent également, en réchauffant les plats si nécessaire.

Puis, vers 13 heures, les aides-soignantes installent les résidents dans la salle de repos (en salle de télévision ou dans une pièce prévue pour la sieste) tandis que les deux agents de service débarrassent les tables, nettoient la salle à manger et font la vaisselle.

Cette organisation en binôme permet de décloisonner le fonctionnement de l'établissement et de raisonner 'en service' plutôt qu'en terme de fonction. Je souhaite privilégier l'importance du travail en équipe au service du résident et ainsi valoriser chaque membre du personnel, quel que soit son rôle. Cette organisation vise aussi à ce que chaque salariée, quelque que soit sa fonction, connaisse le travail de sa collègue et mesure la place que chacun occupe dans l'organisation de l'établissement.

3.2.3.2 Les cycles de travail.

J'ai validé le choix du COPIL, de maintenir le temps de travail appliqué dans l'établissement pour les AS, les AMP et les agents de service, à savoir sept heures de travail journalier. Un passage en huit voire dix heures comme le demandaient certains personnels, aurait généré trop de difficultés dans la gestion des plannings, en particulier lors des roulements. Les plannings de travail du PASA ont ensuite été validés par les délégués du personnel.

Compte tenu des besoins déterminés pour faire fonctionner le PASA, le groupe de travail a souhaité qu'un cycle soit établi sur huit semaines, c'est-à-dire que les salariées soient affectées au PASA durant huit semaines, puis qu'elles réintègrent les autres services de l'établissement durant huit semaine également.

L'objectif de ce roulement est double :

- limiter le phénomène d'usure professionnelle que l'on peut ressentir au contact des personnes souffrant de troubles cognitifs et que j'ai évoqué dans la seconde partie. Les périodes 'hors du PASA' constituent des pauses ;
- favoriser le partage de connaissance entre le personnel soignant en multipliant les expériences au sein du PASA ;
- permettre à chaque AS de ne pas se couper de l'établissement et de connaître tous les résidents par un changement régulier de service (toutes les huit semaines).

Le cycle de travail, établi sur deux semaines, est le suivant :

Semaine 1

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AS 1	M	M	RH	M	M	J	J
AS 2	S	S	S	RH	S	RH	RH
AS 3 (mi-temps)	JNT	JNT	M	S	RH	S	S
Animatrice		S			S		
Psychomotricien	M			S			

Semaine 2

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AS 1	S	S	RH	S	S	RH	RH
AS 2	M	M	M	RH	M	J	J
AS 3 (mi-temps)	JNT	JNT	S	M	RH	RH	RH
Animatrice		S			S		
Psychomotricien	M			S			

Horaires :

M : 10 h – 14 h (4h)

S: 14 h – 17 h (3h)

J: 10 h – 17 h (7 h) (horaire du week end)

JNT : Jour non travaillé

RH: Repos Hebdomadaire

Les aides-soignantes présentes au PASA sont détachées du roulement de l'établissement sur les semaines où elles sont affectées sur ce service. Elles prennent leur poste à 07h00 et participent à la distribution du petit-déjeuner, avant de rejoindre le PASA à 09h00 pour préparer les activités du matin et accueillir les résidents. Elles quittent le pôle à 14h00 et sont relevées par leurs collègues, en poste l'après-midi. Après 17h00, les aides-soignantes accompagnent les résidents du PASA en salle de repos. Elles aident les résidents lors du repas du soir et participent au coucher des résidents, entre 19 h30 et 21 h00.

L'animatrice est présente deux après-midi par semaine au Pôle, afin de réaliser des ateliers personnalisés en petits groupes. Ces journées correspondent à ceux où les intervenants extérieurs proposent aux autres résidents de la gymnastique douce ou de la zoothérapie.

Le psychomotricien, présent à mi-temps sur l'établissement, se détache deux jours par semaine sur le PASA, voire plus si cela est nécessaire.

Par cette organisation, nous assurons une présence quotidienne et continue de deux personnes dans le PASA sur les horaires d'ouverture.

3.2.3.3 Travail en réseau.

La loi 2002.2 a institué dans la section 4 '*De la coordination et de la coopération*', un ensemble de dispositifs³⁵ visant à la coordination des moyens dans un objectif de continuité de la prise en charge. Depuis plus de 10 ans maintenant, le fonctionnement des EHPAD doit mobiliser un ensemble d'acteurs extérieurs au profit des résidents.

Le cahier des charges des PASA de la DGAS dispose que « *En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, les EHPAD qui créent un pôle d'activités et de soins adaptés travaillent en partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie,...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée. Il est souhaitable que ce partenariat soit formalisé sous la forme d'une convention.* ».

Ce cahier des charges prévoit également la coordination avec le secteur gériatrique : « *La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés nécessite la mise en place d'une coordination active entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sous l'impulsion du médecin coordonnateur.* »

L'intégration de la Résidence 'Les Champs Blancs' dans les réseaux du nord sénonais (hôpital, soins palliatifs, prise en charge de la douleur...) est une préoccupation importante pour moi depuis ma prise de fonction en 2008. J'ai cherché à l'extérieur les moyens et les compétences qui manquaient en interne. Depuis maintenant cinq ans, l'établissement est connu et reconnu pour sa fidélité avec ses partenaires. J'ai ainsi pu également répondre à la nécessité de conforter l'établissement dans son environnement, pour enfin développer de nouveaux services au travers du PASA.

Le projet d'ouverture du PASA a été l'occasion de mobiliser notre réseau et d'initier de nouveaux partenariats, avec France Alzheimer en particulier.

Nous avons donc fait le choix d'associer nos partenaires au fonctionnement du PASA, pour compléter la prise en soins des résidents :

- les prestataires intervenant pour animer des ateliers de gymnastique douce ou de zoothérapie proposeront, en 2014, des séances personnalisées (avec un ou deux résidents) tous les 15 jours, au sein du PASA.

³⁵ Tels que les Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), qui complètent des dispositifs déjà existants : Groupement d'Intérêt Economiques (GIE), Groupements d'Intérêts Publics (GIP).

- Une convention avec France Alzheimer Yonne prévoit, outre la formation, la possibilité pour les familles de les rencontrer sur rendez-vous, au sein de l'établissement, pour dialoguer et répondre à leurs questions.

Le réseau doit également être un outil d'apprentissage. Par les échanges que je développe avec nos partenaires (France Alzheimer), les contacts que j'ai pu prendre avec les écoles de formations d'aide-soignant et d'infirmière, l'équipe de la résidence acquiert des connaissances nouvelles et remet en cause ses pratiques. En ouvrant le PASA comme lieu de stage pour les étudiants en Brevet d'Etude Professionnel 'carrière sanitaire et social', aide-soignant ou infirmière, nous nous ouvrons à de nouvelles pratiques, nous réactualisons nos connaissances.

J'ai déjà évoqué également la possibilité pour les salariés de l'établissement de bénéficier de formations dans d'autres établissements, soit de la Fondation, soit implantés sur notre secteur géographique. Je mobilise pour cela les réseaux gérontologiques de l'Yonne ou la FEHAP, qui organisent régulièrement des rencontres inter-établissements sur le département.

Par ailleurs, l'ouverture du PASA peut être considérée comme une nouvelle offre de service sur le nord sénonais. Bien qu'elle ne permette pas la création de nouvelles places, dans un département qui est déjà sur-doté, elle offre des possibilités d'accueillir des personnes souffrant de troubles cognitifs. Afin de mobiliser notre réseau de prescripteurs (médecins, pharmacien, assistantes sociales) et de faire connaître le PASA de la résidence 'Les Champs Blancs', j'ai appliqué une stratégie de communication et d'information dès le mois de mars. Au vu des réponses obtenues et des dossiers d'entrée reçus depuis cette date, je peux dire que le PASA devient une offre de service complémentaire sur le nord de l'Yonne et qu'il remplit ses objectifs en termes de réponse à un besoin.

3.3 La démarche d'évaluation.

La démarche d'évaluation de la qualité a été instituée pour les EHPAD par la réforme de la tarification de 1997³⁶. Elle a été renforcée et généralisée au secteur social et médico-social par la loi du 02 janvier 2002. Elle se fonde sur le respect des droits des usagers et la réponse apportée par les institutions aux attentes et besoins de ces personnes.

Au-delà de l'obligation légale, j'envisage le processus d'évaluation comme une démarche collective qui doit se transformer en dynamique institutionnelle, transcendant les acteurs (1).

³⁶ Décret n°99317 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Je traiterai ensuite de la démarche qualité et d'évaluation continue, mise en œuvre dans la résidence depuis 2009 (2), avant d'envisager la labélisation du PASA que nous avons ouvert (3).

3.3.1 L'évaluation comme dynamique institutionnelle.

L'évaluation, c'est la comparaison d'une situation objective et réelle par rapport à une situation subjective et attendue. On évalue toujours quelque chose (ou quelqu'un) à l'aune de quelque chose d'autre (ou de quelqu'un d'autre). La première démarche dans l'évaluation est de définir ce que l'on cherche à évaluer, de circonscrire l'objet de l'évaluation.

Dans le secteur social et médico-social, la loi a défini l'objet de l'évaluation à l'article L 312.8 du Code de l'Action Sociale et des Familles :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 [dont les EHPAD] procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux ».

Dans le cadre de cette démarche d'évaluation, l'ANESM a publié, depuis 2008, plusieurs recommandations de bonnes pratiques. Comme je l'ai déjà indiqué, nous nous sommes appuyés sur plusieurs d'entre-elles pour écrire le projet de service du PASA. D'autres référentiels apparaissent (de l'ANAP par exemple sur les indicateurs médico-économiques), qui renforcent cette démarche en se plaçant sur d'autres approches (médico-économique pour l'ANAP).

La résidence 'Les Champs Blancs' entamera, à partir d'octobre 2013, la démarche d'évaluation externe, conformément à la loi du 02 janvier 2002 et au décret du 15 mai 2007. En vue de cette démarche, qui ouvre une période cruciale de six mois pour l'établissement, je m'appuierai sur la politique d'évaluation continue de la qualité que nous avons initié avec la démarche qualité. Celle-ci s'est poursuivie dans le cadre des projets que nous avons menés ces dernières années telle que l'écriture du projet d'établissement, le programme MOBIQUAL que j'évoquerai ultérieurement, l'informatisation du dossier de soins et l'écriture des projets de vie individualisés. J'ai souhaité intégrer cette démarche d'évaluation de la qualité dans mon mode de management et ainsi de transformer cette démarche qualité en dynamique institutionnelle. Comme l'écrivent C EYNARD, O PIOU et A VILLEZ, « *la démarche qualité co-construite est un atout qui favorise la dynamique entre acteurs car elle intègre deux leviers pour une collaboration collective et une cohérence dans les pratiques :*

- *la consultation des acteurs concernés [...]*
- *la construction et le partage d'une culture commune [...]* »³⁷

L'évaluation s'intègre dans une démarche projet telle que je l'ai mise en œuvre dans l'établissement. C'est une démarche qui devient culturelle à partir du moment où tout projet et toute action intègrent systématiquement une phase d'évaluation et de réajustement. L'évaluation conduit au changement dans une démarche continue d'amélioration du travail et du service rendu à l'utilisateur.

3.3.2 La bientraitance, fondement de la démarche qualité et d'évaluation.

J'envisage les démarches d'amélioration de la qualité et d'évaluation continue de nos prestations comme étant des outils au service de la promotion de la bientraitance de nos résidents.

Nous avons engagé une démarche de promotion de la bientraitance par le biais du programme MOBQUAL, développé par la CNSA. Il s'agit d'un outil de réflexion, au travers de situations filmées, sur le travail des soignants. L'objectif est de favoriser la prise de conscience, par les soignants, que certains actes du quotidien (lever, aide aux repas, aide à la toilette) peuvent être mal vécus par les résidents, alors même que le soignant n'a pas conscience de cette perception.

Cette démarche de réflexion s'est poursuivie sur deux ans, par groupes de travail sur différentes thématiques liées au moment de la journée (réflexion sur l'organisation de la distribution des petits déjeuners par exemple). Elle s'est accompagnée d'un programme de formations consacrées à la bientraitance. Cette démarche s'est déroulée concomitamment avec la démarche qualité. Le COPIL 'Qualité' traite, pour chaque projet, le volet qualité, en s'appuyant sur le référentiel de la FCEs. Depuis 2011, la réflexion issue de notre travail sur MOBQUAL a alimenté l'écriture de notre projet d'établissement, la réfection architecturale du bâtiment et le projet de PASA.

L'évaluation et la démarche qualité nous permettent de trouver des solutions originales adaptées aux problématiques identifiées. Il n'y a pas de recettes miracles adaptables à toutes les situations. Comme l'écrivent C EYNARD, O PIOU et A VILLEZ « *En effet, la conception de la démarche qualité dans notre secteur ne doit pas être la recherche d'une solution clef en main, mais une réflexion et une élaboration collective afin d'envisager un changement dans les pratiques de travail qui procure une meilleure qualité de vie aux*

³⁷ C. EYNARD, O. PIOU et A. VILLEZ 'Conduire le changement en gérontologie' Dunod 2009 p 242 -243

personnes accompagnées ». ³⁸ Selon moi, l'association des salariés, des résidents, mais également des familles, constituant une démarche de co-construction des prestations délivrées, initie la démarche qualité et d'évaluation continue des pratiques. Comme le définit la recommandation de l'ANESM relative à la bientraitance, « *la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service.* » ³⁹

Parmi les moyens mis en œuvre dans l'établissement afin d'évaluer les actions et projets, je privilégie en premier lieu les enquêtes :

- enquête de satisfaction auprès des résidents : celle-ci est réalisée tous les ans par les membres du CVS. Elle porte sur les conditions d'accueil, l'hébergement, la restauration, la fonction lingerie, l'animation et les soins délivrés dans l'établissement.

- enquête de bien-être au travail, réalisée en 2011 et 2012. Après la finalisation de la révision de notre document unique de prévention des risques professionnels, je souhaite institutionnaliser cette enquête chaque année, afin de combler l'absence de Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dans l'établissement.

Dans le cadre du projet d'ouverture du PASA et de sa labélisation, je distinguerai deux catégories d'indicateurs :

- une première série d'indicateurs visant à vérifier la participation des acteurs dans la démarche projet :
 - o la démarche a-t-elle engagé les acteurs dans une démarche de projet ?
 - o les propositions du groupe projet ont-elles été prises en compte ?
 - o les résidents et familles ont-ils été bien informés du projet ?
 - o les propositions des résidents et familles (CVS) ont-elles été suivies par le COPIL ?
- une seconde série d'indicateurs portant sur les résultats obtenus à l'ouverture du PASA en termes de fonctionnement et de résultats :
 - o la labélisation a-t-elle été obtenue ?
 - o les conditions d'accueil ont-elles été améliorées par une prise en soins adaptée ?
 - o l'agressivité des résidents déments est-elle canalisée par leur passage dans le PASA la journée ?
 - o le nombre de fugue est-il en diminution ?.

Une première évaluation aura lieu en décembre 2013, soit six mois après l'ouverture du PASA. Elle sera suivie d'une seconde en juin 2014 pour devenir annuelle.

³⁸ EYNARD C., PIOU O. et VILLEZ A., 2009 'Conduire le changement en gérontologie' Dunod p 242.

³⁹ ANESM, 2008, 'La bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre',

3.3.3 Vers la labélisation du PASA.

La démarche d'évaluation doit, je l'espère, nous permettre de valider, sur un plan pratique, notre mode d'organisation et également mesurer les effets bénéfiques de la sectorisation pour les résidents.

Je souhaite également que la visite de fonctionnement, qui se déroulera en octobre ou novembre, aboutisse à une confirmation de cette labélisation de notre PASA pour 2014. Elle signera l'aboutissement de notre projet.

Comme je l'indiquais dans la partie financière de cette étude, la confirmation de la labélisation de notre PASA entraînera le financement de cette activité par le versement du forfait 'soins'. Le Directeur Général de l'ARS Bourgogne et le Président du CG (conjointement) modifieront alors l'arrêté d'autorisation de l'établissement.

Cependant, la décision de labélisation peut être assortie de réserves concernant le fonctionnement du PASA, par exemple, le projet de service ou, plus grave, les locaux. En cas de non obtention de la labélisation, l'autorisation de l'établissement resterait inchangé et le forfait PASA ne serait pas versé. Ce sont là deux scénarios que je ne souhaite évidemment pas voir se produire.

Les efforts fournis par l'équipe, j'en suis sûr, aboutiront à la labélisation définitive de notre PASA. L'évaluation interne, puis externe, confirmeront le bien fondé de nos choix et la validité de notre travail.

Conclusion de la troisième partie.

Dans cette troisième partie, j'ai tenté d'apporter une réponse à la problématique posée, à savoir faire évoluer l'organisation et le fonctionnement de la résidence 'Les Champs Blancs' pour répondre à l'accueil des résidents déments déambulants. Le PASA m'a paru être une alternative à notre projet d'Unité Spécialisée en Soins Alzheimer, la seule qui soit acceptable pour les autorités de tarification.

Le projet a permis de mobiliser une fois encore le personnel, dans une démarche projet amorçant le changement.

C'est cette démarche et les moyens que j'ai mobilisés dans sa mise en œuvre que j'ai décrit dans cette troisième partie.

Conclusion.

La problématique à laquelle est confrontée la Résidence 'Les Champs Blancs' n'est pas spécifique à cet établissement. Pour preuve, un grand nombre de mes prédécesseurs, étudiants CAFDESIENS, ont choisi comme sujet de mémoire la maladie d'Alzheimer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques.

Les statistiques présentées en seconde partie de cette étude sont parlantes. En tenant compte du développement des réseaux de maintien à domicile (ce dont on peut se réjouir pour le bien-être des personnes âgées), les EHPAD ont désormais vocation à accueillir les personnes dont le maintien à domicile est devenu trop lourd, voire impossible à poursuivre du fait de l'importance des troubles du comportement et des atteintes des capacités cognitives et sociales du malade. Par ailleurs le nombre de personnes âgées atteintes par des pathologies dégénératives augmente.

L'enjeu pour les EHPAD est de répondre à ces besoins.

Jusqu'alors, l'établissement avait fait le choix d'un accueil intégratif, sans sectorisation, au nom du 'vivre ensemble'. Mais ce modèle est devenu inadapté et il a dû évoluer.

Comme je l'ai indiqué dans l'introduction, en choisissant les termes de '*résidents déments déambulants*', j'ai voulu cerner le thème de ce mémoire et traiter un aspect de la démence : la déambulation, ses conséquences pour les résidents, les salariés et l'établissement. C'est cette déambulation qui posait les problèmes les plus importants et engendrait les conséquences que j'ai décrit dans la seconde partie.

L'opportunité d'ouvrir un PASA s'est présentée et nous l'avons saisie. Le projet a été l'occasion de poursuivre une démarche de progrès et d'adapter nos prestations pour répondre aux attentes de nos résidents et des familles et offrir une solution aux familles démunies qui cherchent une place en établissement pour leur parent.

A ce jour, le PASA fonctionne depuis quatre mois et montre quelques résultats : sur le plan de la prise en soins des résidents déments, nous constatons une nette amélioration depuis l'ouverture du PASA : les situations de violence entre résidents ont nettement diminué et l'ambiance est plus calme dans les locaux de la résidence. Par ailleurs, certains résidents déments, autrefois très anxieux, sont apaisés après une journée au PASA.

Je souhaite que ce projet nous ouvre d'autres opportunités. Une réflexion est en cours pour réfléchir à l'accueil des aidants, via une plateforme de répit. Cette réflexion projette la résidence 'Les Champs Blancs' dans l'avenir et confirme son utilité sociale dans son bassin d'implantation.

Bibliographie

Ouvrages consultés :

COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J. B. 2005 '*Le métier de directeur : techniques et fictions*'.

Rennes 3^{ème} édition Edition ENSP 260 pages.

EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A. 2009 '*Conduire le changement en gérontologie Principes, méthodes et cas pratiques*'.

Paris Dunod 272 pages .

FOUDRIAT M., 2011 '*Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*'.

Rennes 2^{ème} édition Edition Presses de l'EHESP 313 pages.

LOUBAT J.-R., 2006, '*Penser le management en action sociale et médico-sociale*'

Paris, Dunod 391 pages.

MARGUERET G., 2005 '*L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*'.

Rennes Edition ENSP 119 pages.

MIRAMON J.-M., 2009 '*Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*'.

Rennes Edition ENSP 216 pages.

Articles consultés :

ENNUYER B., Août 2004 'Dépendance, le vocable de la vieillesse qui va mal '

Problèmes politiques et Sociaux n°903 pp 31-32.

FOUCHARD J.- L., 2008 'De la motivation à l'érosion. L'usure professionnelle'

Les cahiers de l'actif n°296/297 pp 219 - 242.

GABBAI P.,2012 '*Problématiques comportementales et psychopathologies dans les établissements sociaux et médico-sociaux*'.

Les cahiers de l'actif n°434/437 p 9 - 25

LAVALLAT B. ; Décembre 2008 ' Les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer'

Actualité et Dossiers en Santé Publique n°65

LORIOU M., Octobre 2009 'Le Burn Out des Infirmières'

Problèmes Politiques et Sociaux n°965 pp 56 - 62

MIRAMON J.- M., 2009 'Promouvoir le changement'

Les cahiers de l'actif n°314-317 pp 211- 219

PIOT C., BRISON C., Février 2008 'S'approprier des outils pour soutenir le personnel'

DIRECTION n°49 pp 16 – 18.

POIRIER P., Septembre 2008 'Donner, recevoir, rendre : un autre modèle pour diriger '

DIRECTION n°55 pp 41 – 42.

RAVON C., DECROP G., ION J., LAVAL C., VIDAL-NAQUET P, Juillet 2008 'L'usure professionnelle, signe de mutation du travail social'

DIRECTION n°54 pp 43 – 44.

SANTILLI D., Février 2009 'Projet d'établissement, projet de management'

DIRECTION n°60 pp 42 – 43.

STRUBEL D., CORTI M, Décembre 2008 'La déambulation chez les patients déments'

Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement n°4

Articles consultés sur internet :

ANAES – FHF Conférence de consensus Novembre 2004 '*Liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*'

Visité sur internet le 24/04/2013 , disponible sur internet

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-daller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite

BARBERGE- GATEAU P., FABRRINGALE C. ; 2004 '*L'étude PAQUID permet de mieux appréhender la dépendance et le vieillissement en France*'

CNRS Bordeaux.

Visité sur internet le 14/03/2013, disponible sur internet

<http://www.mget.fr/NR/rdonlyres/6493FC6E-7ED9-41CB-BB7B-970AC841CD32/3696/...>

DUPAQUIER J. *Le vieillissement de la population dans le monde,*

Visité sur internet le 14/03/2013 disponible sur internet

<http://www.rayonnementducnrs.com/bulletin/b42/vieillissement.pdf>

Textes Juridiques :

Loi 2002-02 du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2002-73 du 17/01/2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002 page 1008

Décret n°99317 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Circulaire interministérielle N° DGS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DGOS/SDR n° 2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en oeuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Instruction N° DHOS/DGAS/RH2/2009/359 DU 27 Novembre 2009 relative à la mise en oeuvre de la mesure 20 du plan ALZHEIMER sur les assistants de soins en gérontologie.

Recommandations autres documents consultés :

ANESM, Juin 2008, 'La bientraitance : définitions et enjeux pour la mise en oeuvre'

ANESM, Février 2009, 'L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social'

ANAES – FHF Conférence de consensus 24 et 25 Novembre 2004 'Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité' Paris

CNSA Rapport d'activité 2011, octobre 2012, 'Equipes spécialisées Alzheimer à domicile, Pôles d'Activités et de Soins Adaptés, Unités d'Hébergement Renforcées' Paris

Conseil Général de l'Yonne, 2011, 'Schéma Départemental en faveur des Personnes Agées 2009-2014'.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : SUBDELEGATION DE LA FCEs.

ANNEXE 2 : Organigramme du projet PASA.

ANNEXE 3 : Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DGOS/SDR n° 2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

ANNEXE 4 : Instruction N° DHOS/DGAS/RH2/2009/359 du 27 Novembre 2009 relative à la mise en œuvre de la mesure 20 du plan ALZHEIMER sur les assistants de soins en gériatrie.

Fondation



CAISSES D'ÉPARGNE
pour la solidarité

SUBDELEGATION DE POUVOIRS

Vu les statuts de la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité, reconnue d'utilité publique par décret du 11 avril 2001, dont le siège social est à Paris (75007) 5 rue Masseran, et notamment l'article 13 ;

Vu le règlement intérieur de la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité et notamment les articles 7.1 – 7.2 – 7.4 – 7.5 – 9.1 à 9.4 ;

Vu la délégation de pouvoir du président Charles MILHAUD à Didier-Roland TABUTEAU, directeur général, en date du 3 novembre 2005 ;

Vu la délégation de pouvoirs de Didier-Roland TABUTEAU directeur général à Jean-Claude GERARD directeur des Etablissements et Services, en date du 9 octobre 2006,

Le soussigné,

Jean-Claude GERARD, directeur des Etablissements et Services

Après avoir rappelé que

Monsieur Christophe JEAMBRUN

Demeurant : Résidence Parodienne, Appartement D 315, rue Marcel Angier – 71600 Paray-Le-Monial, occupe les fonctions de Directeur de l'établissement **Résidence Les Champs blancs, rue de la Tour – 89 140 Sergines**, dont les principales missions consistent à diriger, organiser, animer l'établissement ci-dessus conformément aux instructions des directions du siège de la Fondation et dans le cadre des missions généralement dévolues aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux et relatives à la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées.

Dans ce contexte, **Monsieur Christophe JEAMBRUN**

- exerce personnellement le contrôle de l'activité de l'établissement.
- a la responsabilité du fonctionnement hôtelier et de la restauration de l'établissement.
- définit et mets en œuvre avec ses équipes le projet de l'établissement (projet de vie et projet de soins des personnes accueillies ou accompagnées, projet social).
- est tenu de signaler à la direction régionale et/ou au cadre d'astreinte, dans les meilleurs délais, tout fait ou incident sortant de la vie normale de l'établissement;
- est responsable de la conservation et de l'entretien du patrimoine de l'établissement.
- est comptable des denrées et matières.
- est responsable de l'exécution du budget de l'établissement.
- effectue un contrôle budgétaire mensuel et en tient informée la direction régionale et la direction de l'administration générale et des finances par la production du tableau de bord (au plus tard le 10 du mois suivant).

54 5
Fondation reconnue
d'utilité publique
décret du 11 avril 2001

Siège administratif
9, avenue René Coty
75014 Paris

tél. 01 58 40 31 30
fax 01 58 40 31 49
n° Siren 439 975 640

1/3

- ordonnance autant que nécessaire les opérations de centralisation des excédents de trésorerie.
- fait tenir, sous sa responsabilité, la comptabilité de l'établissement, conformément aux instructions, procédures et au plan comptable de la Fondation.
- est responsable de la gestion du personnel, dans le respect du droit du travail, des dispositions réglementaires ou conventionnelles et des instructions de la direction
- est tenu d'organiser les élections des différentes représentations du personnel (comité d'entreprise, délégués du personnel, CHSCT, etc.) et de réunir selon les dispositions réglementaires ces instances. Il est chargé de recevoir les représentants du personnel.
- a tous pouvoirs pour prendre toutes mesures et toutes décisions en vue d'appliquer ou de faire appliquer au sein de l'établissement, la réglementation du travail et de la main d'œuvre, l'ensemble des prescriptions prévues par les lois et règlements, les règlements spécifiques applicables au sein de cette unité.
- poursuit les activités de l'établissement et développe des activités nouvelles, conformément aux plans d'évolution et de restructuration qui seront définis par le conseil d'administration de la Fondation.
- facilite la mission du conseil d'orientation de l'établissement.

Délègue à **Monsieur Christophe JEAMBRUN**, les pouvoirs pour :

Représenter l'établissement auprès de tous tiers, et notamment de toutes administrations ; faire souscrire à ce titre toutes déclarations, prendre tous engagements, acquitter tous droits, taxes et redevances, introduire toutes demandes en exonération, réduction ou remise desdites taxes, droits et redevances; présenter et signer toutes pétitions ainsi que tous mémoires ;

Tenir ou faire tenir, sous sa responsabilité, tous les livres, registres ou états prévus par la loi ou la réglementation applicable à l'établissement;

Mettre en oeuvre, sous le contrôle de la direction régionale, l'organisation générale de l'établissement et de la discipline générale ;

Prendre toute décision qui lui paraît convenable pour la bonne marche des services et pour la défense des intérêts de l'établissement;

Embaucher, sanctionner et congédier le personnel de l'établissement dans le cadre de l'autorité dont il est investi sur l'ensemble du personnel de l'établissements supra, à l'exclusion des cadres et médecins dont le recrutement est organisé selon la procédure de la Fondation et le contrat de travail signé conjointement par la direction des ressources humaines et par la direction des établissements et services ;

Exécuter le programme d'investissements approuvé par la direction et les autorités de tarification et de contrôle s'il y a lieu.

Cette subdélégation s'exerce dans le cadre des statuts, du fonctionnement et des activités habituelles de la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité, ainsi que des procédures d'ordonnancement des décisions – notamment budgétaires – relatives aux missions confiées au délégataire, des directives du directeur général, des directions du siège de la Fondation, des

vc
Fondation reconnue
d'utilité publique
décret du 11 avril 2001

Siège administratif
9, avenue René Coty
75014 Paris

tél. 01 58 40 31 30
fax 01 58 40 31 49
n° Siren 439 975 640

2/3



décisions du conseil d'administration et du respect des principes de séparation entre les fonctions d'engagement et celles de paiement.

En raison de l'impossibilité matérielle pour le président et la direction de la Fondation d'exercer personnellement le contrôle de l'activité de l'établissement, le délégataire a, dans le cadre de ses fonctions, tous pouvoirs pour prendre toutes mesures et toutes décisions en vue d'appliquer ou de faire appliquer l'ensemble des lois et règlements au sein de l'établissement.

Disposant de l'autorité, de la compétence et des moyens nécessaires pour ce qui a trait à ses missions, le délégataire déclare connaître la réglementation en vigueur, ainsi que les sanctions pénales applicables en cas de non-respect de cette réglementation. Il lui appartient donc de prendre toutes les mesures en conséquence et de s'assurer qu'elles sont effectivement respectées.

Cette délégation de pouvoirs constitue également une délégation de responsabilité et la responsabilité pénale personnelle du délégataire sera susceptible d'être engagée en cas d'infraction commise par le délégataire ou par un membre du personnel placé sous son autorité. En outre, la responsabilité pénale éventuelle de la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité sur le fondement de l'article L 121-2 du code pénal n'exclut pas la mise en œuvre de la responsabilité du délégataire. Il appartient au délégataire de prendre toutes mesures en conséquence et de s'assurer qu'elles sont effectivement respectées.

La présente délégation comporte l'obligation pour le délégataire de rendre compte régulièrement de son mandat selon des modalités convenues avec le délégant.

Le délégataire déclare expressément accepter ce pouvoir.

Les parties conviennent que les attributions ainsi définies soient modifiées ou complétées par simples notes ou instructions des directions du siège de la Fondation, afin d'adapter en permanence la fonction du délégataire à l'évolution de la politique de la Fondation.

Le délégataire répondra de son action au délégant.

Il ne peut, sans l'autorisation préalable et écrite du délégant, déléguer ses pouvoirs à l'un ou à plusieurs de ses collaborateurs.

Les pouvoirs délégués s'exercent dans les limites du budget autorisé par la Fondation et les autorités de contrôle et de tarification s'il y a lieu.

Le présent pouvoir est conclu à compter du **22 septembre 2008**.

Fait en double exemplaire, à Paris le 9 septembre 2008

Le délégant (1)
Jean-Claude GERARD

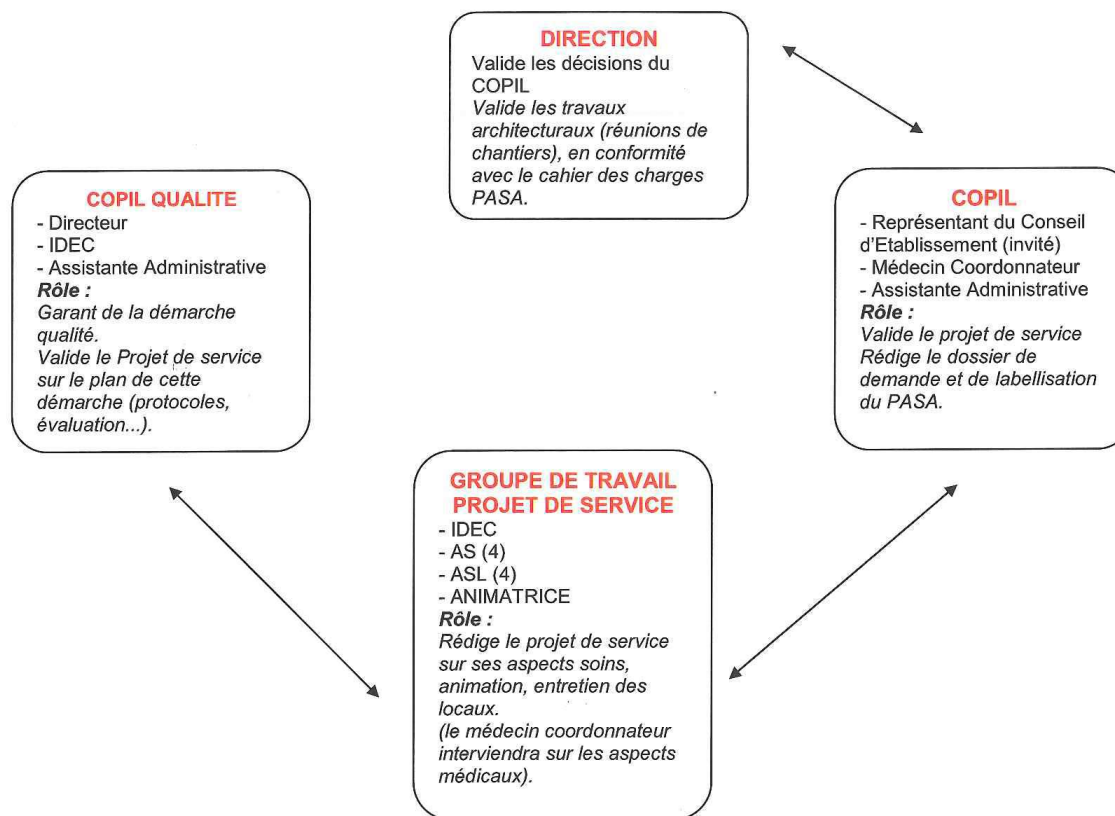
Le délégataire (2)
Christophe JEAMBRUN

Bon pour pouvoir
(1) Mention manuscrite « Bon pour pouvoir »

(2) Mention manuscrite « Lu et approuvé - Bon pour acceptation de pouvoir »

*Bon pour acceptation de pouvoir
R 22/09/08*

PROJET PASA – ORGANIGRAMME



JEAMBRUN

Christophe

Novembre 2013

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION: IRTS Paris Parmentier

**CREER UN POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES EN EHPAD POUR
AMELIORER L'ACCUEIL DES RESIDENTS DEMENTS DEAMBULANTS**

Résumé :

Je dirige depuis cinq ans La résidence 'Les Champs Blancs', un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) située au nord du département de l'Yonne. Initialement conçu comme un foyer logement, la résidence accueille désormais de plus en plus de résidents qui souffrent de pathologies de type démence, maladie d'Alzheimer ou apparentées.

Beaucoup de résidents déambulent dans les locaux de l'établissement Cette situation conduit à une cohabitation difficile entre personnes âgées dépendantes et personnes âgées démentes déambulantes. Les locaux ne permettent plus d'assurer la sécurité des résidents en cas de fugue. Par ailleurs, le personnel est mal préparé à la prise en charge de personnes démentes, quelques fois violentes.

La signature, début 2012, de la Convention Tripartite Pluriannuelle de deuxième génération ne prévoit pas de moyens humains supplémentaires pour faire face à ces nouveaux besoins.

L'opportunité nous a été donnée, en 2012, de déposer un dossier de création d'un Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA), conformément à la mesure 16 du Plan Alzheimer 2008 – 2012. Après travaux, ce PASA a ouvert en juin 2013 et accueille 12 personnes âgées atteintes de démence.

Nous attendons désormais la visite de conformité, qui doit aboutir à la labélisation du PASA.

Mots clés :

Personnes âgées – Déambulation - Besoins des usagers – Démence - Maladie d'Alzheimer Management - Conduite de changement – Démarche qualité – Evaluation (interne et externe).

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