



**PROMOUVOIR LA CONTINUITÉ DES PARCOURS EN  
AMONT ET AU SEIN DE L'ACCOMPAGNEMENT DES  
RÉSIDENTS EN E.H.P.A.D.**

**LORSQUE L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE QUESTIONNE LES  
RELATIONS EXTERNES ET LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT**

*Catherine HUGONNET épouse FELLI*

**2014**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je remercie :

Monsieur FONTAN et Madame ZANOLLA, mes tuteurs de mémoire pour leurs éclairages et guidances.

Monsieur LEMAIGNAN, Directeur de l'A.R.A.F.D.E.S. pour ses conseils perspicaces.

Madame FONTAINE, Directrice du C.C.A.S. de Bron, pour m'avoir accordé un entretien.

Madame CHARPENAY, Directrice de l'E.H.P.A.D. Les Landiers ainsi que l'équipe Cadre et soignante pour leurs encouragements.

Et enfin, mon mari et mes deux enfants qui m'ont soutenue durant ma formation qui m'a permis de m'enrichir de connaissances et de nouvelles perspectives.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>1 L'E.H.P.A.D. Les Landiers : un établissement cloisonné remis en question par l'évolution de la dépendance de ses résidents.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Une évolution institutionnelle centrée sur les pratiques spécialisées .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Une histoire institutionnelle innovante mais sécuritaire.....	7
1.1.2 Un projet d'établissement basé sur la sectorisation .....	8
1.1.3 Une communication tarie, une relative passivité de réflexion en équipe .....	9
<b>1.2 L'évolution de la dépendance questionne le projet d'établissement .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Le public accueilli et sa répartition au sein de l'établissement .....	11
1.2.2 Une identité d'appartenance défensive renforcée par la crainte du changement d'étage.....	13
1.2.3 Le paradoxe des ruptures d'accompagnement pour les résidents du 2 <sup>ème</sup> étage.....	15
1.2.4 Une nécessaire réorganisation induite par l'évolution de la dépendance.....	16
<b>1.3 Des besoins de territoire non satisfaits et une nécessaire ouverture institutionnelle.....</b>	<b>18</b>
1.3.1 La lourdeur de la procédure de gestion des listes d'attentes .....	18
1.3.2 Le constat d'un manque de coordination et de liens de territoire .....	19
1.3.3 La référence aux recommandations réglementaires .....	21
<b>1.4 Le constat d'un écart : l'évolution de la dépendance met en évidence une rupture de parcours et une nécessaire ouverture institutionnelle .....</b>	<b>22</b>
<b>2 Une conduite de changement orientée sur la continuité des parcours ...</b>	<b>24</b>
<b>2.1 La problématique .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 La notion de parcours : quelques repères et incidences pratiques .....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Les orientations tutélaires : du parcours de soin au parcours de vie.....	24
2.2.2 Entre rupture et continuité : les impacts sur les usagers et les perspectives ressources .....	26
<b>2.3 La stratégie d'évolution du projet d'établissement.....</b>	<b>32</b>
2.3.1 Les dispositifs groupaux : un axe de compétences fort .....	32
2.3.2 Promouvoir la continuité des parcours en amont et au sein de l'établissement .....	34

2.4	<b>Mes leviers d’actions de Direction internes et externes .....</b>	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>La mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles et des liens de territoire .....</b>	<b>36</b>
3.1	<b>Accompagner la relecture du projet d’établissement centré sur la logique de parcours .....</b>	<b>37</b>
3.1.1	La validation du projet : le C.A., le C.V.S., les I.R.P. ....	37
3.1.2	Les personnels et les services impactés .....	38
3.1.3	Une politique d’information et de concertation.....	40
3.2	<b>Les liens de partenariat avec le territoire.....</b>	<b>43</b>
3.2.1	Une politique d’ouverture institutionnelle qui vise la collaboration des services de proximité et une mutualisation des compétences.....	43
3.2.2	Un dispositif d’accompagnement en faveur des Brondillants et de leurs aidants.....	45
3.3	<b>Les incidences budgétaires .....</b>	<b>46</b>
3.4	<b>Un plan d’action structuré et évalué qui vise la continuité du parcours de vie en amont et au sein de l’E.H.P.A.D. ....</b>	<b>48</b>
3.4.1	Un plan d’action structuré dans le temps .....	48
3.4.2	Des indicateurs qui facilitent suivi et réajustement .....	50
	<b>Conclusion .....</b>	<b>52</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- A.A.P.A.P.D.** : Agent d'Accompagnement auprès des Personnes Âgées et des Personnes Dépendantes
- A.G.G.I.R.** : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
- A.M.P.** : Aide Médico-Psychologique
- A.N.A.P.** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- A.N.E.S.M.** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- A.D.P.A.** : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
- A.R.A.F.D.E.S.** : Association Rhône Alpes pour la Formation des Directeurs d'Etablissement du Secteur social
- A.R.S.** : Agence Régionale de la Santé
- A.P.A.** : Allocation personnalisée d'autonomie
- A.S.** : Aide-Soignant
- A.S.H.** : Agent de Service Hospitalier
- A.V.C.** : Accident Vasculaire Cérébral
- C.A.** : Conseil d'Administration
- C.A.N.T.O.U.** : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
- C.A.F.D.E.S.** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
- C.C.A.S.** : Centre Communale d'Action Sociale
- C.G.** : Conseil Général
- C.H.S.C.T.** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- C.L.I.C.** : Centre Local d'Information et de Coordination
- C.N.S.A.** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- C.R.O.S.M.S.** : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
- C.V.S.** : Conseil de la Vie Sociale
- D.R.E.E.S.** : Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- D.U.** : Document Unique
- D.U.P.** : Délégation Unique du Personnel
- H.P.S.T.** : Hôpital Patient santé Territoire
- E.H.P.A.D.** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- E.T.P.** : Equivalent Temps Plein
- G.I.R.** : Groupes Iso-Ressources
- G.M.P.** : G.I.R. Moyen Pondéré

**G.P.E.C.** : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences  
**H.A.C.C.P.** : Hazard Analysis Critical Control Point  
**I.D.E.** : Infirmier Diplômé d'Etat  
**I.D.E.C.** : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur  
**I.N.S.E.E.** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
**I.R.P.** : Instances Représentatives du Personnel  
**M.A.I.A.** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer  
**M.A.S.A.** : Maladie d'Alzheimer et Syndromes Apparentés  
**M.A.P.A.D.** : Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes  
**P.M.P.** : Pathos Moyen Pondéré  
**P.R.I.A.C.** : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
**P.R.S.** : Plan Régional de Santé  
**S.R.O.M.S.** : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
**S.S.I.A.D.** : Service de Soins Infirmiers À Domicile  
**U.S.L.D.** : Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Ouvert en 1993, l'E.H.P.A.D. Les Landiers, situé à Bron dans l'Est lyonnais, accueille 120 résidents en chambres individuelles sur 3 niveaux : rez-de-chaussée, 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage.

40 lits sont habilités à l'aide sociale.

Fondé par l'association de l'Infirmier Protestant sur une base de valeurs humanistes, l'établissement est géré par l'association de gestion Les Landiers depuis 2003, loi 1901, à but non lucratif et a son habilitation E.H.P.A.D. depuis 2007. Le budget 2013 est de 4 504 K€ et les comptes sont équilibrés.

Le projet d'établissement est centré sur le projet de vie porté par des dispositifs de socialisation sur bases de repères à l'échelle groupale. Les principes de dignité, d'équité et de protection des plus faibles sont des valeurs fortes traduites concrètement dans les accompagnements et l'organisation en unités spécialisées.

L'évolution de la dépendance des usagers constatée au 2<sup>ème</sup> étage de l'E.H.P.A.D. vient questionner à présent la continuité des parcours d'accompagnement afin d'éviter des déménagements internes de résidents inhérents à une organisation sectorisée et fait ressortir les limites d'un établissement auto-centré sur ses pratiques.

Une stratégie de Direction s'impose afin de remettre du lien et du sens dans l'accompagnement à l'échelle institutionnelle en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques mais également au niveau des liens de territoire presque inexistant.

Je suis Psychologue Gérontologue dans cet établissement depuis 1996 et j'ai participé de façon active aux projets institutionnels centrés sur la cohérence d'équipe dans ses accompagnements. Une étroite collaboration avec la Directrice en poste m'a amenée à faire la formation C.A.F.D.E.S. afin de prendre sa succession suite à son départ à la retraite. La problématique que je soulève dans ce mémoire est pour moi l'opportunité de faire une analyse à distance de ma pratique de terrain actuelle et d'anticiper les leviers d'actions opportuns à ma prochaine prise de fonction de Directrice.

Dans un premier temps, je présenterai l'établissement et son public accueilli, l'évolution de ses organisations dans son contexte d'histoire institutionnelle et de liens de territoire. Ils pourront expliquer le constat de ruptures d'accompagnement à la fois internes et externes et la nécessaire ouverture institutionnelle afin de promouvoir la continuité des parcours de vie des résidents.

Dans une deuxième partie, la problématique posée me permettra de présenter mes leviers d'actions de Direction sur des bases de points forts et faibles institutionnels existants. Je pourrai ainsi définir ma stratégie d'évolution du projet de l'établissement centrée sur la logique de parcours de vie.

Enfin, j'exposerai dans la troisième partie ma stratégie de mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles centrée sur une conduite de projet institutionnel adapté à la continuité des parcours de vie en amont et en aval de l'entrée des nouveaux résidents au sein de l'E.H.P.A.D.

Cette stratégie se déclinera en trois axes : celui de l'accompagnement des équipes autour du projet ; celui des incidences de la réorganisation architecturale des pratiques sur les usagers et leurs aidants ; et enfin celui des liens et de l'inscription dans le réseau gérontologique local.

**« La volonté ne peut se manifester que par des actions »  
Victor Hugo**



# **1 L'E.H.P.A.D. Les Landiers : un établissement cloisonné remis en question par l'évolution de la dépendance de ses résidents**

## **1.1 Une évolution institutionnelle centrée sur les pratiques spécialisées**

### **1.1.1 Une histoire institutionnelle innovante mais sécuritaire**

#### **A) Une logique « d'aide » rassurante en sortie de crise**

La première Directrice a occupé son poste de 1993 à 1999. La logique était alors domestique, de gouvernance paternaliste. Elle portait les valeurs protestantes de l'association fondatrice de l'établissement : l'Infirmier Protestant.

Entre 1997 et 1998, Les Landiers connurent une crise institutionnelle. La mésentente entre la Directrice et l'infirmière coordinatrice fut une source de clivage d'équipe important, chaque personnel devant choisir son camp... La Directrice ainsi que le Médecin coordonnateur démissionneront. Actuellement, 7 salariés embauchés avant 1999 sont toujours en poste dont 2 Cadres, porteurs de l'histoire institutionnelle.

En 1999, la Direction fut assurée par un membre du C.A. pour une période transitoire et depuis 2000, la Directrice nommée est toujours en poste. Une période de stabilité de gouvernance s'en suivit. Actuellement, la logique d'aide prévaut, le service aux résidents passe avant tout. De formation I.D.E., la Directrice se revendique autodidacte et de terrain. Elle prend régulièrement une fonction de soignante dans les services. Figure charismatique, elle supervise les organisations et la division du travail est verticale.

#### **B) Les autorités de tarification**

Jusqu'en 1999, il existait une répartition de la tarification binaire de l'hébergement et des soins au sein des maisons de retraite, qui ne tenait pas compte de la dépendance.

L'arrêté du 26 avril 1999 fixa le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle relatif aux modalités de tarification et de financement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et la tarification devint ternaire.

La Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes (M.A.P.A.D.) Les Landiers signa en 2007 sa convention tripartite et devint alors E.H.P.A.D.

Ses deux autorités de tarification sont le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé : Le Conseil Général finance l'aide sociale du forfait hébergement, celui-ci étant sinon à la charge de l'usager. Il finance également le tarif dépendance relatif à l'A.D.P.A. et aux G.I.R. 1 à 4 [Voir partie 1.1.2 Une nécessaire réorganisation induite par l'évolution de la dépendance], un ticket modérateur restant à la charge des usagers équivalent aux G.I.R. 5/6.

L'A.R.S. verse une dotation globale à l'établissement par l'assurance maladie correspondant au tarif soins en fonction d'options tarifaires. Celle des Landiers est le tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur.

Selon l'étude de KPMG<sup>1</sup>, le coût net moyen d'un résident en E.H.P.A.D. s'établit à 88 € par jour, soit 2676 € par mois. Les tarifs de l'E.H.P.A.D. Les Landiers pour les usagers sont ainsi répartis en tarif hébergement (56,11 €) et dépendance : Gir 1/2 (16,77 €), Gir 3/4 (10,64 €), Gir 5/6 (4,51 €). Ils approchent ceux de la moyenne départementale et restent très attractifs sur le territoire.

### **C) 2003 : L'agrandissement et l'indépendance associative**

En 2003, la réalisation du projet d'ouverture de 40 lits de long séjour (anciennement U.S.L.D.) est autorisée par le Préfet du Rhône par arrêté du 15 octobre 1996. L'établissement augmente sa capacité d'accueil de 80 à 120 résidents. Les lits U.S.L.D. seront transformés en lits E.H.P.A.D. en 2007 lors de la signature de convention tripartite après avis favorable du C.R.O.S.M.S. Rhône-Alpes du 17 novembre 2006.

L'établissement qui a distingué depuis son ouverture des lieux de vie en fonction de la dépendance physique et psychique des résidents affine et structure alors davantage son savoir-faire.

L'établissement Les Landiers rachète le terrain de l'Infirmierie Protestante et devient autonome : « association de gestion les Landiers ». Trois des huit membres actuels du C.A. sont des membres fondateurs, garants des valeurs de l'Association Protestante.

Très peu de membres du personnel en dehors des Cadres connaissent ce pan de l'histoire institutionnelle, les formalisations institutionnelles écrites diffusées dans les services se limitant aux incidences sur les pratiques d'accompagnement des résidents.

#### **1.1.2 Un projet d'établissement basé sur la sectorisation**

L'E.H.P.A.D. s'est progressivement inscrit dans une logique de sectorisation, répartissant ses résidents les plus dépendants physiquement et psychiquement en 6 unités situées au rez-de-chaussée et au 1<sup>er</sup> étage. Leur particularité est d'accueillir chacune un groupe de 12 à 16 résidents, de bénéficier d'un espace restauration et salon.

Les spécialisations d'accompagnement se sont progressivement structurées amenant un savoir-faire institutionnel sur les prises en charge des troubles dégénératifs de type

---

<sup>1</sup> K.P.M.G., janvier 2013, *Observatoire des EHPAD*, Direction Nationale Economie Sociale et Solidaire, Paris, 68 p. , disponible sur le site [http:// www.kpmg.com](http://www.kpmg.com)

Alzheimer et vasculaires, de la dépendance physique et des décompensations psychiatriques tardives.

Cette orientation institutionnelle centrée sur l'accompagnement des résidents a cloisonné progressivement les pratiques, les équipes et les résidents dans leurs unités respectives. Seuls les cadres garderont une vision transversale des besoins institutionnels dans leur organisation.

Satisfaisant aux attentes des besoins de prise en charge des usagers grâce à ses savoir-faire et services spécialisés, l'établissement s'est progressivement éloigné de ses interlocuteurs de territoire locaux. Bénéficiant d'une excellente réputation : 78% des résidents et familles interrogés se disent pleinement satisfaits de l'établissement, la liste d'attente des futurs résidents permettait un taux d'occupation de 98,6%, toujours d'actualité.

Lors de la signature de la convention tripartite en 2007, les deux tutelles Conseil Général et A.R.S. ont reconnu la qualité d'accompagnement quantifiable par des indicateurs tels que le faible taux de chutes, d'utilisation de psychotropes et de charge de travail comparativement à la dépendance, ou encore le peu de turn over d'équipe... et ont validé la logique de sectorisation.

Cette convention, d'une durée de 5 ans, a fixé les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et les moyens financiers de fonctionnement. Son renouvellement fixé initialement au 31 janvier 2013 a été repoussé à une date indéterminée par les tutelles.

### **1.1.3 Une communication tarie, une relative passivité de réflexion en équipe**

#### **A) Un climat social stable mais l'initiative de terrain n'existe plus**

L'établissement a connu 3 phases de concertation d'équipe à l'échelle institutionnelle menées en interne:

- En 2000 : la réflexion autour de l'écriture du projet de vie suite au décret du 26 avril 1999 est suivie d'une formation interne de l'ensemble du personnel sur le thème de la maladie d'Alzheimer.

- L'écriture des référentiels de la pratique décrivant les prises en charge de terrain par spécialisation est finalisée fin 2007 en conformité avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les outils tels que la charte des personnes âgées dépendantes, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement sont mis en place.

La même année, une auto-évaluation est faite en interne grâce à l'outil Angélique qui précède la signature de la convention tripartite pluriannuelle.

Cette mobilisation des équipes est suivie d'une formation interne de l'ensemble du personnel sur le thème de la psychiatrie du sujet âgé.

■ En 2013, l'évaluation interne est effectuée à partir du questionnaire « Pratique E.H.P.A.D. ». Une réunion préparatoire a été suivie de 3 groupes de travail intitulés : Direction, Soins et vie et Qualité.

■ Chacun a fait un état des lieux de la situation existante puis a étudié des propositions d'amélioration, d'écriture de protocoles. Toujours en cours afin de finaliser un projet à soumettre pour l'évaluation externe prévue le dernier trimestre 2014, ce travail ne mobilise que très peu de personnels et est davantage suivi par les cadres.

L'évaluation interne est révélatrice d'une très faible mobilisation, sur base de volontariat, des équipes.

Concernant les effectifs :

Ils ont doublé lors de l'agrandissement de l'établissement en 2003 et les I.R.P. furent créées : D.U.P. et C.H.S.C.T.

Les syndicats ne furent représentés que lors de la signature de l'accord collectif interne en 2009. Aucun salarié n'est syndiqué depuis.

Le climat social est stable et semble du même coup étouffé. Il devient un indicateur à risque pour l'avenir.

La communication ascendante est presque inexistante, les I.R.P. sont peu actives et ont du mal à mobiliser les personnels.

Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels a été formalisé par les seuls membres du C.H.S.C.T.

L'étude des effectifs montre un personnel très stable jusqu'en 2009, puis un léger turn over qui s'explique par des départs en formation diplômante et une politique de recrutement davantage axée sur l'embauche de personnel soignant qualifié.

101 personnes de 36 ans en moyenne représentent les 74,32 E.T.P. (base 2014), soit un taux d'encadrement de 61,93% supérieur à la moyenne nationale (54% en 2011.<sup>2</sup>)

Il n'existe pas d'entretien d'évaluation de fin d'année avec les personnels et le suivi personnalisé est essentiellement informel, traité dans la proximité de relation au quotidien avec la Directrice, ou sur demande.

Depuis 2007, la politique de formation est organisée en inter-établissements ou individuelle et ne mobilisent plus les équipes sur des projets communs.

---

<sup>2</sup> ÉTUDES ET RÉSULTATS DE LA D.R.E.E.S., février 2014, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, n°877, 6 p., disponible sur le site <http://www.dress.sante.gouv.fr>

Elle a concerné :

- La formation d'agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et des personnes dépendantes (A.A.P.A.P.D.) jusqu'en 2009 : cette formation, validée par un Certificat Professionnel, donnait un premier niveau de qualification aux personnels sans diplôme et constituait ainsi un tremplin pour une qualification professionnelle ultérieure.

- La formation d'A.M.P. à raison d'un agent par an

- La formation de 15 agents sur le thème de la prévention du suicide organisée au Centre de Prévention du suicide dans le cadre de la 2<sup>ème</sup> phase d'action de prévention du suicide en E.H.P.A.D.

- 8 agents furent également formés au toucher-massage

## **B) Une communication descendante quasi inexistante**

La communication transversale prévaut dans le mode de gouvernance : les temps d'élaboration de la pratique, seuls temps hebdomadaires de relèves organisés par la Psychologue (0,8 E.T.P) et suivis par secteurs sont régulièrement utilisés pour la transmission des directives institutionnelles, biaisant ainsi la liberté d'expression.

Les recommandations des bonnes pratiques ne sont pas mises à disposition des équipes dans les salles de soins. Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne de façon autonome : les comptes rendus sont tenus à disposition mais ne sont pas affichés, seuls le règlement intérieur et le livret d'accueil indiquent son existence... Les espaces de liberté de communication, de concertation et d'information manquent.

## **1.2 L'évolution de la dépendance questionne le projet d'établissement**

### **1.2.1 Le public accueilli et sa répartition au sein de l'établissement**

L'E.H.P.A.D. Les Landiers accueille des personnes de plus de 60 ans, ou plus jeunes sur dérogation.

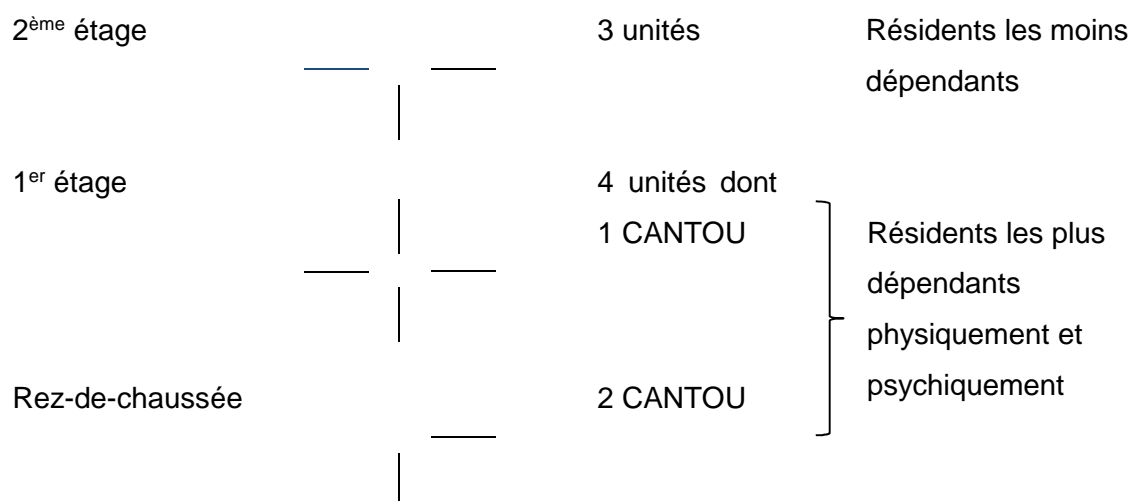
En 2013, 38,4% des résidents venaient de l'hôpital, tendance en constante progression depuis trois ans. 27 % venaient d'autres E.H.P.A.D. pour se rapprocher de leurs familles ou pour insatisfaction de la prestation et 34,6% d'entre eux venaient directement de leur domicile.

Les motifs d'entrée actuels recensés aux Landiers sont directement liés à l'impossibilité du maintien à domicile et concernent pour 20,83% d'entre eux : l'aggravation de la dépendance physique ; pour 37,50% : l'aggravation de dépendance cognitive et pour 41,66% : une dépendance mixte.

La moyenne d'âge de l'ensemble des résidents est actuellement de 88,12 ans, supérieure de 2,3 ans à la moyenne nationale<sup>3</sup> et la moyenne de séjour est de 1500 jours en 2013, soit un peu plus de 4 ans.

L'E.H.P.A.D. a dès l'origine accueilli des résidents dépendants et/ou atteints de démence de type Alzheimer, vasculaire ou mixte et organisé pour eux de petites unités de vie.

Depuis 2003, les résidents sont répartis au sein de 3 lieux de vie aux Landiers :



■ 3 unités de vie situées au 2<sup>ème</sup> étage accueillent 36 résidents « les moins dépendants ».

Leur espace restauration se trouve au rez-de-chaussée.

■ 3 unités C.A.N.T.O.U. : 2 au rez-de-chaussée, 1 au 1<sup>er</sup> étage accueillent des malades d'Alzheimer.

Le mot Cantou signifie « coin du feu » en occitan et fait référence aux anciennes maisons provençales qui possédaient une cheminée au centre du lieu de vie familial.

Devenu un sigle, le Cantou signifie : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles. L'E.H.P.A.D. a gardé cette appellation pour ses unités spécialisées bien que d'autres soient davantage d'actualité : Unité d'Hébergement Renforcée, Unité de Vie protégée...

Cette configuration se retrouve dans le lieu de vie institutionnel à travers de petites unités à l'échelle du groupal et non du collectif accueillant entre 12 et 15 résidents. Un salon et un espace cuisine/restauration sont le plus contenant possible sur le plan architectural et très limités en superficie. Cela permet de compenser la désorientation des résidents accueillis malades d'Alzheimer.

---

<sup>3</sup> C.N.S.A., octobre 2013, *Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos*, disponible sur le site <http://www.cnsa.fr>

■ 3 unités situées au 1<sup>er</sup> étage, sur le même modèle architectural que les unités C.A.N.T.O.U., accueillent des résidents dépendants : l'une d'elle est spécialisée dans l'accompagnement post – A.V.C. et infarctus et des démences vasculaires ; les 2 autres dans celui de personnes poly-pathologiques avec complication (diabète, maladie de Parkinson, troubles cognitifs) présentant un profil somatique lourd.

### **1.2.2 Une identité d'appartenance défensive renforcée par la crainte du changement d'étage**

La logique de sectorisation a répondu à son origine à un besoin de protection des résidents les plus dépendants et atteints de troubles dégénératifs, rejetés des personnes les moins dépendantes, agressées elles-mêmes par la perspective de leur propre devenir...

L'appellation des résidents « de la maison de retraite » est restée inchangée dans le langage institutionnel depuis l'origine et qualifie les résidents atteints d'une dépendance modérée. Cette appellation les a toujours différenciés des résidents plus dépendants dans la représentation des équipes mais aussi dans celle des résidents, créant ainsi une réelle identité d'appartenance élitiste collective.

Cette identité est construite sur des bases défensives. En effet, seuls les résidents du 2<sup>ème</sup> étage peuvent être amenés à déménager dans les services spécialisés du rez-de-chaussée et du 1<sup>er</sup> étage si leur dépendance devient trop importante favorisant angoisse et déni défensifs pour les résidents et leurs familles et la difficile évaluation des besoins de déménagement pour les équipes.

La décision de « descendre » un résident est en effet prise en équipe, elle est argumentée le plus souvent par la lourdeur de prise en charge qu'occasionne l'évolution de la dépendance. Les principaux arguments évoqués sont :

■ La difficulté de surveillance médicale car le pôle médical est identifié au 1<sup>er</sup> étage bien qu'une salle de soins existe à chaque étage. Cette centralisation des soins se traduit également dans l'organigramme [Annexe 7] avec la distinction « Infirmière Référente » et « Soins infirmiers. Infirmières » qui n'apparaît pas aussi clairement dans les 2 autres étages. Pourtant, dans la pratique, un I.D.E. est identifié comme référent à chaque étage.

■ La difficulté de gestion des cohabitations entre les résidents comme des demandes, plaintes ou encore le rejet parfois agressif d'un résident par les autres ...

Il est arrivé que le chantage au déménagement d'étage soit utilisé par l'équipe, signifiant le manque d'objectivité dans l'analyse des besoins et l'utilisation d'enjeux d'influence préjudiciables : « si vous continuez à ..., alors nous vous descendrons »...

Si l'adhésion du résident et de sa famille au projet de changement d'étage est recherchée, elle se limite souvent dans les faits à une information, ces règles de fonctionnement leur étant clairement évoquées dès l'entrée dans l'établissement et notamment légitimées par une cohérence de prise en charge institutionnelle écrite dans un référentiel de la pratique qui leur est remis.

La Directrice en poste mit un frein à ces déménagements internes fin 2009 qui concernent néanmoins depuis encore 3 résidents par an.

Cette pratique se trouve en décalage avec les directives européennes promouvant la dignité, l'autonomie et la citoyenneté. L'Union Européenne promeut en effet la justice et la protection sociale, l'égalité des hommes et des femmes et la solidarité.

Le Conseil de l'Union Européenne, déclare : « le droit des personnes âgées à vivre dans la dignité et de manière autonome et à participer à la vie sociale, économique, culturelle et civique est au cœur de l'engagement de l'Union Européenne en faveur du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, tout comme la nécessité d'une société pour tous les âges »<sup>4</sup>.

Le sujet est pensé dans son intégrité et non dans la fragmentation de ses besoins qui font échos aux contraintes d'organisation de l'institution.

A l'échelon régional, la pratique des déménagements se trouve en décalage et en non-conformité avec l'orientation 5 du Projet Régional de Santé (P.R.S.) Rhône-Alpes 2012 – 2017 priorisant la prévention des ruptures dans le parcours d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées<sup>5</sup>.

Le Plan Régional de Santé publique indique l'un des enjeux de la politique régionale : l'amélioration des parcours de vie des patients et des personnes accompagnées.

Son orientation 5 vise en effet à : « Promouvoir, dans le respect de la bientraitance et des droits des personnes, la cohérence et la continuité des accompagnements des personnes en perte d'autonomie du fait de leur handicap ou du vieillissement ».

---

<sup>4</sup> CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE. Déclaration du Conseil relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012) : la voie à suivre. Bruxelles, 7 décembre 2012, disponible sur le site <http://register.consilium.europa.eu>

<sup>5</sup> A.R.S. Rhône – Alpes. Novembre 2012, *Schéma régional d'organisation médico-sociale. Projet Régional de Santé Rhône – Alpes 2012 – 2017*. 260 p., disponible sur le site <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>



Dans la mesure où les résidents concernés interrogés expriment leur vécu subi du changement d'étage et regrettent leur ancienne chambre synonyme de leur autonomie perdue, cette pratique se trouve également en décalage avec le schéma départemental du Rhône qui développe le concept de « citoyen acteur de sa vie » : « Il entend valoriser l'autonomie de la personne quels que soit son âge, son lieu de vie et son handicap, au travers d'une approche capacitaire. La personne conserve à tout moment une capacité à penser ses choix, dont certains peuvent induire une prise de risque »<sup>6</sup>.

Le schéma départemental du Rhône est un schéma de 3<sup>ème</sup> génération qui met la personne au centre de l'action en prenant en compte son environnement dans son ensemble. Il a la particularité de présenter une approche commune aux deux populations : âgées et handicapées, dans un souci de recherche de problématiques communes et d'intégrer la personne dans son environnement. Ses principaux axes sont la rupture de l'isolement et de la solitude, le bien vieillir et la prévention des risques suicidaires.

### **1.2.3 Le paradoxe des ruptures d'accompagnement pour les résidents du 2<sup>ème</sup> étage**

Cette pratique de changement d'étage se trouve également en décalage avec le projet de vie de l'établissement centré sur la socialisation et les repères, notamment du « chez soi ». Un travail d'accompagnement des familles est fait lors de l'entrée pour qu'elles aménagent la chambre de leur parent avec ses mobiliers et décorations dans le but de l'aider à réaliser son emménagement et à s'approprier sa chambre [Annexe n°3]. Les repères d'installation sont ainsi facilités. Dès lors, un changement d'étage représente un réel nouveau déménagement pour le résident, même s'il s'effectue en interne.

Le projet de vie de l'établissement a voulu protéger ses résidents les plus vulnérables. L'exemple des C.A.N.T.O.U. en est un exemple signifiant puisque l'E.H.P.A.D. a la particularité de garder les résidents de ces unités spécialisées quelle que soit l'évolution de leur dépendance, contrairement à la grande majorité de ces unités existantes qui les orientent vers des lieux de vie différents au stade de démence sévère.

Le projet de vie des 3 unités C.A.N.T.O.U. n'est ainsi clairement pas centré sur la capacité « à faire » des résidents mais sur celle « à être » ensemble.

Cette logique de protection doit être réévaluée à présent pour les résidents du 2<sup>ème</sup> étage, l'illusion d'un étage autonome et donc moins vulnérable s'estompant...

---

<sup>6</sup> RHÔNE LE DÉPARTEMENT. Schéma départemental 2009 – 2013. *Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées*. P.8 Disponible sur internet : <http://www.rhone.fr>

#### 1.2.4 Une nécessaire réorganisation induite par l'évolution de la dépendance

Le G.I.R. est le principal indicateur de mesure de la dépendance. Il est défini grâce à la grille A.G.G.I.R. qui évalue et classe les personnes en six niveaux de dépendance. Plus le G.I.R. est élevé, moins le niveau de la dépendance l'est. Ainsi le G.I.R. 1 désigne la plus grande dépendance, le G.I.R. 6 la plus faible [Grille A.G.G.I.R. en annexe 2].

La répartition des résidents des Landiers selon leur G.I.R. indique une évolution de la dépendance significative chaque année et une prévalence des G.I.R. 1/2 qui, déjà largement supérieurs à la moyenne nationale en 2011, représentent 77% du G.I.R. total en fin d'année 2013.

%	G.I.R. 1	G.I.R. 2	G.I.R. 3	G.I.R. 4	G.I.R. 5	G.I.R. 6
Les Landiers 2013	26	51	23	15	0	0
Les Landiers 2012	23,53	38,33	16,81	15,13	0	0
Les Landiers 2011	22,50	38,33	21,67	17,50	0	0
EHPAD privés à but non lucratifs 2011 <sup>7</sup>	17	34	15	20	7	7

Le G.I.R. Moyen Pondéré (G.M.P.) est le cumul de l'ensemble des G.I.R. de l'établissement. Il est ainsi l'indicateur du niveau moyen de dépendance des résidents. Plus le G.M.P. est élevé, plus il indique un fort taux de dépendance.

Le pathos moyen pondéré (P.M.P.) permet l'évaluation du besoin en soins sous forme de points pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes. Elle est réalisée grâce à l'outil Pathos par le médecin coordonnateur de l'établissement, tout comme le G.M.P.

---

<sup>7</sup> Etudes et résultats de la D.R.E.E.S., février 2014, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, n°877, 6 p., disponible sur internet : <http://www.dress.sante.gouv.fr>

La C.N.S.A. constate que sur le territoire national, « les indicateurs G.M.P. et P.M.P. suivent une tendance identique : ils sont en constante augmentation sur ces 5 dernières années »<sup>8</sup>. Depuis 2000, le G.M.P. des Landiers a progressé de 512 à 793, de façon plus prononcée que la tendance nationale et régionale. Sur la même période, le G.M.P. national progresse en effet de 677 à 717 et le G.M.P. régional de 713 à 719<sup>9</sup>.

Cette forte augmentation a concerné également le 2<sup>ème</sup> étage tout particulièrement depuis 2009, période depuis laquelle il n'y a plus de G.I.R. 5/6. Le G.M.P. est à présent de 619 et le P.M.P. de 229, le P.M.P. national étant de 198 (source C.N.S.A.).

Selon les rapports médicaux annuels rédigés par le Médecin coordonnateur, tous les nouveaux résidents du 2<sup>ème</sup> étage ont plus de 90 ans depuis 2011 et sont atteints de multi-dépendance, sujets à une grande vulnérabilité physique.

### 3 autres indicateurs quantitatifs internes alertes sur l'évolution de la dépendance :

■ Le nombre annuel d'hospitalisations est significatif : sur 33 hospitalisations en 2013 d'une durée moyenne de 10 jours, 42% concernait des résidents du 2<sup>ème</sup> étage. Les causes principales d'hospitalisation étaient l'A.V.C., la décompensation cardiaque, l'hémorragie.

■ L'augmentation des troubles du comportement des résidents du 2<sup>ème</sup> étage : L'équipe se dit confrontée depuis 2008 à d'avantage de demandes et d'agressivité de la part des résidents, de troubles du comportement. Elle exprime des difficultés pour gérer des résidents présentant des pathologies diversifiées touchant les troubles dégénératifs, somatiques et parfois psychiatriques.

■ Le tableau de suivi des résidents par activités proposées dans le cadre de l'animation indique un écart de participation progressif ces dernières années à cet étage. Le nombre de résidents participants aux activités qui mobilisent le plus d'aptitudes cognitives et physiques, comme les ateliers mémoire, de création, journal, certaines sorties... est en baisse.

Certains résidents, surtout parmi les plus dépendants, ne participent à aucune activité en dehors de l'animation thérapeutique hebdomadaire au sein de leur unité.

---

<sup>8</sup> C.N.S.A., octobre 2013, *Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos*, p. 16, disponible sur le site [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

<sup>9</sup> RHÔNE LE DÉPARTEMENT. Schéma départemental 2009 – 2013. *Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées*. Disponible sur internet : <http://www.rhone.fr>

## **1.3 Des besoins de territoire non satisfaits et une nécessaire ouverture institutionnelle**

### **1.3.1 La lourdeur de la procédure de gestion des listes d'attentes**

La procédure actuelle de gestion des demandes d'admission est directement impactée par la logique de sectorisation de l'établissement.

Chaque demande d'admission est étudiée par le Médecin coordonnateur et la Psychologue qui indiquent pour chacune une orientation sur l'une des listes d'attentes : « la maison de retraite », les unités du premier étage ou celles C.A.N.T.O.U. au vue des indications médicales et comportementales indiquées [Annexe 4].

Un courrier est alors adressé au demandeur lui indiquant son inscription sur la liste d'attente de son unité.

En moyenne, 59 dossiers de demande d'admission par mois en 2013 ont ainsi été étudiés, en constante augmentation ces dernières années (50 en 2012). A titre d'indication, il a y eu 24 entrées en 2012, 26 en 2013, des chiffres très en deçà de la demande.

La gestion de plusieurs listes d'attente a été mise en place pour garantir une meilleure orientation des résidents en fonction de leur unité pressentie, les résidents les moins dépendants étant inscrits sur la liste d'attente du 2ème étage.

Cependant, les demandes d'entrée dans l'établissement concernent à présent pour 85% les unités C.A.N.T.O.U. et celles du 1<sup>er</sup> étage. Proportionnellement au nombre de résidents accueillis, elles ne devraient représenter que 66% des demandes.

Je constate que le besoin des futurs résidents vise plus particulièrement l'accompagnement de la dépendance physique et démentielle.

Les différentes sources statistiques confirment les mêmes perspectives d'évolution d'ici 2020. Selon le Schéma départemental du Rhône 2009-2013, la progression du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans dans le département serait de 29, 4% contre 22, 1 % en France et dans la zone Est lyonnais, l'évolution des personnes de plus de 85 ans est estimée à 99,8%.

Par ailleurs, l'I.N.S.E.E. prévoit pour la zone Est lyonnais que « la part des 60 ans et plus augmenterait de plus de 40%, soit une hausse plus forte que dans le département »<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> RODRIGUEZ N., *La population du Rhône en 2020 : croissance et vieillissement*, I.N.S.E.E., disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

De plus, le volet 3 du projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement<sup>11</sup> prévoit qu'une meilleure prise en charge à domicile permettra de prioriser et de limiter les entrées en E.H.P.A.D. aux G.I.R. 1 et 2, ce qui laisse entrevoir une bien plus grande médicalisation des établissements.

Ces perspectives d'évolution confirment une nécessaire stratégie d'adaptation d'accueil des résidents du 2<sup>ème</sup> étage pour répondre aux nouveaux besoins des usagers qui entrent à des âges de plus en plus avancés de par le développement du maintien à domicile jusqu'à un niveau de dépendance plus élevé qu'auparavant. Les résidents du 2<sup>ème</sup> étage deviennent similaires à ceux du 1<sup>er</sup> étage aussi bien en terme de niveau de dépendance que de besoin. La gestion des listes d'attentes est donc à réinterroger.

Par ailleurs, la capacité d'accueil des 3 unités C.A.N.T.O.U spécialisées dans les maladies neuro-cognitives correspond bien aux besoins du territoire car le Schéma départemental du Rhône 2009-2013 prévoit une hausse à l'horizon 2020 comprise entre 39 et 77% des malades d'Alzheimer et syndromes apparentés (M.A.S.A.) dans le département, sachant que la majorité des personnes atteintes vivent actuellement dans l'agglomération lyonnaise et plus particulièrement dans l'Est lyonnais, tendance qui sera toujours d'actualité.

### **1.3.2 Le constat d'un manque de coordination et de liens de territoire**

Le C.A. des Landiers est en cours de négociations de mutualisation des moyens et des compétences avec ceux de 3 autres E.H.P.A.D. lyonnais protestants : Déthel, Fleur d'Automne et Morlot. Ce regroupement représentera à terme 260 lits dans l'Est lyonnais, l'E.H.P.A.D. Morlot ayant un projet de reconstruction à Décines, une commune voisine, et l'E.H.P.A.D. Déthel se situant dans l'Ouest lyonnais.

Ce projet est en pourparler depuis 10 années et son lien, son suivi est assuré sur la base de participations d'administrateurs aux différents C.A. : un administrateur de chaque établissement l'est également dans chacun des 3 autres établissements. Concrètement, sur les 11 administrateurs du C.A. des Landiers, 3 le sont également des autres C.A.

L'établissement fait partie des 10 E.H.P.A.D. de plus de 120 lits du département du Rhône sur les 160 comptabilisés. Pour indications : les E.H.P.A.D. de plus de 100 lits représentent 19% des E.H.P.A.D. du territoire<sup>12</sup> national.

---

<sup>11</sup> UNE LOI D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT – DOCUMENT DE CONCERTATION, 29 novembre 2013, p. 9, disponible sur le site <http://www.social-sante.gouv.fr>

<sup>12</sup> C.N.S.A., octobre 2013, *Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos*, p. 16, disponible sur le site [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

L'E.H.P.A.D. Les Landiers est le seul implanté sur la commune. La carte du territoire [Annexe 1] indique par codes couleurs le taux d'équipement en lits médicalisés gériatriques : celui de Bron est au plus bas.

Pour rappel, le taux d'équipement indique le nombre de places pour 100 personnes, en l'occurrence de 75 ans et plus. Il est un indicateur de l'accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

En 2008, selon les sources du Schéma départemental du Rhône<sup>13</sup>, le taux d'équipement du département était de 15,19% avec de fortes inégalités de territoire et celui de Bron de 9,11%.

En 2020, le taux de la zone Est lyonnais est estimé à 2,9% à partir des données prévisionnelles du nombre d'habitants. Les besoins de territoire seront donc encore plus importants qu'aujourd'hui...

Paradoxalement, en 2013, 24,79% des résidents des Landiers provenaient de la commune et 65,81% du département, soit un faible pourcentage qui interroge sur les rapports de l'E.H.P.A.D. avec ses besoins de territoire de proximité.

Lors de l'étude des dossiers de pré-admission, la priorité n'est pas donnée aux Brondillants. Pour autant, le pourcentage des nouveaux résidents provenant de la commune tend à augmenter, un début de sensibilisation interne étant en cours, atteignant 38% en 2013. Les résidents Brondillants des Landiers interrogés expriment à l'unanimité leur satisfaction de résider sur leur commune, se sentant ainsi moins déracinés par leur déménagement en maison de retraite.

#### **Pourcentage de provenance annuelle des nouveaux résidents :**

	Bron	Rhône
2010	22,85	68,57
2011	31,25	56,25
2012	16,66	75
2013	38	62

Il est à noter que le lieu d'habitation indiqué dans ce tableau est parfois celui d'un enfant si le résident habitait déjà chez lui dans le cadre d'un rapprochement familial antérieur.

---

<sup>13</sup> RHÔNE LE DÉPARTEMENT. Schéma départemental 2009 – 2013, *Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées*. Disponible sur le site <http://www.rhone.fr>

J'ai pu rencontrer au mois de mars 2014 Madame FONTAINE, Directrice du C.C.A.S. de Bron, en poste depuis 7 ans. Le C.C.A.S. gère 3 foyers-logement représentant 124 places, un domicile collectif de 18 chambres, un S.S.I.A.D. et un Accueil de jour. Son action est ainsi centrée sur l'accompagnement des personnes relativement autonomes. Madame FONTAINE me confirma le manque de coordination avec Les Landiers, sous-entendant une rupture du dialogue depuis déjà trois ans et un travail social d'orientation des personnes dépendantes davantage fait avec 4 autres communes de l'Est lyonnais.

En 2012, un constat de manque de place en E.H.P.A.D. a été exprimé par les Brondillants et une pétition a été adressée au Ministère en ce sens.

Si une démarche de mutualisation avec trois autres E.H.P.A.D. dont deux situées dans l'Est lyonnais est en cours, je ne peux que constater un manque de coordination et de liens de territoire de proximité en décalage avec les besoins exprimés et prévisionnels des Brondillants.

### **1.3.3 La référence aux recommandations réglementaires**

#### **A) Une logique d'adaptation interne inversée**

La recommandation de l'A.N.E.S.M. concernant le concept de la bientraitance<sup>14</sup> insiste sur l'individualisation et la personnalisation de la prise en charge impliquant l'adaptation à chaque situation.

En devant déménager en fonction de l'évolution de sa dépendance, le résident doit s'adapter aux contraintes de l'organisation des soins. La logique de prise en charge est ainsi inversée et s'éloigne d'une singularisation de l'accompagnement. Il implique de repenser les missions de l'établissement à partir de ses pratiques en se référant aux textes réglementaires, aux recommandations et aux liens avec son territoire.

#### **B) Un manque d'ouverture et de coordination avec le C.C.A.S.**

La recommandation de l'A.N.E.S.M. au sujet de l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement<sup>15</sup> insiste sur le double mouvement : l'établissement est en appui sur l'environnement et en devient une ressource. Les professionnels de l'E.H.P.A.D. ont ainsi à s'ouvrir à la personne accompagnée, ses proches mais également aux acteurs du territoire.

---

<sup>14</sup> A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)

<sup>15</sup> A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)

Actuellement, aucun de ces liens n'existe. L'E.H.P.A.D. n'est pas dans une dynamique d'échange avec les professionnels de la commune intervenants au domicile ni avec ceux des différentes institutions voisines.

Pour autant, le C.C.A.S. s'inscrit dans une logique de parcours de vie et développe son réseau associatif d'aide à domicile.

J'ai fait remarquer à Madame FONTAINE que le site internet de la Ville de Bron ne mentionnait pas l'existence des Landiers, ce qui a depuis été remédié.

J'analyse que l'établissement fonctionne à présent sur un mode cloisonné et en autonomie, certainement conforté par son environnement non concurrentiel et ses pratiques avangardistes.

Son manque d'ouverture sur l'extérieur était pourtant le point majeur à améliorer relevé dans le rapport de signature de convention tripartite avec seulement 13% d'objectifs atteints. Depuis, 3 conventions furent signées (en 2012) avec des hôpitaux lyonnais partenaires mais encore aucun lien de réel réseau travaillé.

#### **1.4 Le constat d'un écart : l'évolution de la dépendance met en évidence une rupture de parcours et une nécessaire ouverture institutionnelle**

J'ai choisi une approche systémique d'analyse institutionnelle inspirée notamment des travaux de R. KAES<sup>16</sup>. Familière dans ma pratique professionnelle, elle me permet une vision globale des différents niveaux complexes mobilisés : à la fois touchant les organisations, les enjeux d'appartenances identitaires, la particularité de l'histoire institutionnelle et de ses liens avec le territoire...

Ainsi, mon diagnostic institutionnel montre que l'évolution de la dépendance des résidents du 2<sup>ème</sup> étage remet en question l'ensemble des organisations soignantes existantes sur le principe de sectorisation et met l'établissement face à ses limites d'accompagnement bientraitant. Le manque d'adaptation institutionnelle pour garantir la continuité d'un accompagnement singularisé sans rupture au sein de l'E.H.P.A.D. interroge plus largement le dispositif des parcours.

---

<sup>16</sup> KAËS R., BLEGER J., ENRIQUEZ E., FORNARI F., FUSTIER P., ROUSSILLON R., VIDAL J.-P., 1988, *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*, Paris : Dunod, 211 p.



Il s'agit à présent de s'adapter aux résidents et non l'inverse en uniformisant les pratiques autour du parcours de vie sans rupture et en développant des liens d'ouverture de l'établissement en adéquation avec les orientations tutélaires.

Cette nouvelle étape d'évolution est constructrice car elle prend son sens dans une logique institutionnelle historiquement en dynamique de réflexion sur ses pratiques qui a vécu sur ses acquis depuis 2009.

## **2 Une conduite de changement orientée sur la continuité des parcours**

### **2.1 La problématique**

Je pose ma problématique sur la base d'un double constat de rupture d'accompagnement :

#### ■ En amont de l'entrée en institution

Les besoins d'accompagnement du territoire en matière d'évolution de la dépendance ne sont pas satisfaits du fait d'un manque de liens d'information et d'orientation pour les personnes âgées et les aidants, de concertation entre les services du dispositif global d'accompagnement du domicile à l'E.H.P.A.D.

#### ■ Au sein de l'E.H.P.A.D.

Des déménagements internes interrogent le projet d'établissement et la nécessaire réorganisation de la qualité d'accompagnement confirmée par l'évolution de la dépendance des résidents, l'entrée tardive en institution et l'analyse des demandes d'admission.

Je promeus dans ma position de future directrice la continuité des parcours d'accompagnement en amont et au sein de l'établissement.

### **2.2 La notion de parcours : quelques repères et incidences pratiques**

#### **2.2.1 Les orientations tutélaires : du parcours de soin au parcours de vie**

Véritable enjeu sanitaire, la priorité du parcours de soin coordonné est promue par le Programme Régional de Santé. Il se décline en actions et en mise en œuvre opérationnelle dans le S.R.O.M.S. (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale)<sup>17</sup>, créé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (H.P.S.T.) du 21 juillet 2009, visant à assurer la cohérence de l'organisation territoriale de la prise en charge.

Document unique et transversal, il regroupe les soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que la prévention et la prise en charge médico-sociale. Il est accompagné d'un outil de programmation : le programme interdépartemental des handicaps et de la perte d'autonomie (P.R.I.A.C.).

La priorité est donnée à l'articulation entre le sanitaire et le médico-social en prenant en compte les risques sanitaires particulièrement forts dans la région et à l'amélioration des

---

<sup>17</sup> A.R.S. Rhône – Alpes. Novembre 2012, Schéma régional d'organisation médico-sociale. *Projet Régional de Santé Rhône – Alpes 2012 – 2017*. 260 p. Disponible sur le site [www.ars.rhonealpes.sante.fr](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr)

parcours de vie. Il s'agit ainsi de retarder les conséquences sur la personne du processus qui conduit à la dépendance. La coordination entre tous les acteurs est recherchée pour éviter les ruptures de parcours en assurant une meilleure coordination des dispositifs sanitaires et médico-sociaux grâce à une logique de parcours.

Les 27 filières gérontologiques en Rhône-Alpes, animées par un comité de filière, visent cette démarche de parcours de proximité sans rupture et de prise en charge globale en regroupant hôpitaux, E.H.P.A.D., équipes mobiles, services d'aide à domicile et professionnels de santé libéraux.

Si la notion de parcours de soin émane du sanitaire et s'inscrit à l'origine bien en amont de l'entrée en E.H.P.A.D., elle tend ainsi à s'élargir avec la notion de parcours de vie :

La C.N.S.A.<sup>18</sup>, qui a une double fonction de financement et d'animation en garantissant l'efficacité et l'équité dans la prise en charge de la perte d'autonomie, « privilégie l'expression parcours de vie au détriment du parcours de soins ou parcours de santé ». Cette notion repose davantage sur le vécu de la personne dans son environnement et elle met l'accent sur le besoin de continuité des diverses formes d'accompagnement.

Le Conseil de la C.N.S.A. à travers ses treize préconisations « préconise une évolution en profondeur de nos politiques de santé vers une organisation plus intégrée. L'enjeu : la continuité des parcours de vie (moins de rupture), la cohérence de ces parcours avec le projet de chacun (des choix moins contraints) », impliquant une organisation intégrée des acteurs locaux.

Ces enjeux sont à la fois économiques en terme de responsabilité collective et individualisés dans une logique de continuité des accompagnements visant la participation des usagers. Ces préconisations s'inscrivent dans la continuité de l'article L.116-1 du Code de l'action sociale et des familles qui promeut l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, la citoyenneté et la prévention des exclusions.

Le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement évoque également la nécessité d'un accompagnement global et parle de « parcours de vie et de santé [...] articulé avec l'offre de service de proximité sur les territoires... »<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> C.N.S.A., 2012, Promouvoir la continuité des parcours de vie, disponible sur le site [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

<sup>19</sup> UNE LOI D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT – DOCUMENT DE CONCERTATION, 29 novembre 2013, p. 10, disponible sur le site <http://www.social-sante.gouv.fr>

Je ne citerai qu'un des nombreux ouvrages qui illustrent ces enjeux<sup>20</sup> : « Le champ de la santé est un espace où parcours de vie et parcours de soins s'entrecroisent de manière cruciale », « La notion de parcours de vie est adaptée pour désigner le ou les modèles socio-culturels qui organisent la trajectoire de la vie des individus dans une société et une période historique donnée : ensemble de règles qui organisent les dimensions fondamentales de la vie sociale de l'individu, c'est-à-dire une institution »

C'est dans cette logique que s'inscrit la charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. Elle stipule dans son article 2.2 : « Vous avez le droit d'être consulté-e et de prendre part à toutes les décisions qui vous concernent. Vous avez le droit de choisir de vivre dans un lieu adapté à vos besoins, que ce soit chez vous ou dans un établissement d'hébergement ou de soins »<sup>21</sup>.

Ces directives sont précisées dans l'article XIII de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance<sup>22</sup> qui indique que « Tout changement de maison de retraite ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé ».

Ainsi, la logique de parcours de vie s'inscrit bien de l'amont de l'installation en E.H.P.A.D. jusqu'au sein de ce nouveau lieu de vie et mérite une réflexion globale sur la continuité de nos accompagnements à la fois internes mais également externes.

La notion de parcours de vie invite à travailler sur la continuité afin d'éviter les ruptures d'accompagnement en prenant en considération les choix non contraints.

### **2.2.2 Entre rupture et continuité : les impacts sur les usagers et les perspectives ressources**

Quitter son domicile est une étape difficile pour la personne âgée qui s'apparente à une épreuve de réalité : celle de sa dépendance, synonyme alors pour elle d'incapacité. La dépendance place en effet du côté de la perte.

---

<sup>20</sup> THOMSIN L., VRANCKEN D., 2008, *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, Louvain-la-Neuve : Bruyant-Academia s.a., p. 2 et 80.

<sup>21</sup> Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, juin 2010, disponible sur le site <http://www.age-platform.eu>.

<sup>22</sup> Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. 2007. <http://www.social-sante.gouv.fr>

La définition européenne désigne par dépendance « un état dans lequel se trouvent les personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes, afin d'accomplir les actes courants de la vie »<sup>23</sup>.

C'est parce qu'elle ne peut plus, qu'elle n'est plus capable de, que la personne âgée se résigne le plus souvent à entrer en institution. Les témoignages des résidents fluctuent entre un discours de dépossession, de perte ou de déni, défense ultime de leurs faiblesses que permet plus particulièrement la pathologie démentielle.

M. DORANGE parle d'« orientation par défaut<sup>24</sup> » en institution en raison de la résignation de la personne qui influe sa décision, même personnelle, d'entrer en institution. L'auteur souligne également l'épreuve que constitue l'entrée en institution, y compris pour ceux et celles qui l'ont choisie, qu'il qualifie d'« étape déstabilisatrice » sur le plan des repères identitaires, familiaux, et qui mobilise du côté de la dépendance et de la fin de vie.

« Concernant les personnes âgées, l'habitat peut aussi constituer un lieu de rupture, par nécessité souvent plus que par volonté »<sup>25</sup>. R. VERCAUTEREN associe ainsi la rupture ressentie du domicile à l'institution à une « fracture » assimilable aux autres pertes associées à la vieillesse comme la « perte d'un conjoint, perte des enfants, pertes physiques et des rôles sociaux »

La décision d'entrer en E.H.P.A.D. semble finalement toujours subie, au moins dans la résignation. Le domicile est chargé de souvenirs et il représente l'autonomie et la vraie liberté de choix pour la personne, venant relativiser l'article I de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance préconisant le respect de la liberté du choix de mode de vie pour toutes les personnes âgées dépendantes<sup>26</sup>.

Souvent le fruit de négociations et d'enjeux d'influences entre la personne âgée et sa famille, l'entrée en institution pose des questions éthiques identiques à celles des

---

<sup>23</sup> CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation n° R (98) 9 du Comité des Ministres aux Etats Membres relative à la dépendance, 18 septembre 1998, p. 100, disponible sur le site <https://wcd.coe.int>

<sup>24</sup> DORANGE M., février 2007, « De passage en rupture... », *Gérontologie et société*, n° 121, pp. 31-43

<sup>25</sup> VERCAUTEREN R., 2010, Dictionnaire de la gérontologie sociale, Toulouse : ÉRÈS, p. 123 et 126

<sup>26</sup> CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ÂGÉES EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE, 2007, disponible sur le site <http://www.social-sante.gouv.fr>

changements de chambres internes car dans les deux cas, la capacité à dire « non » de l'usager est en jeu. L'accompagnement pensé du point de vue de la dépendance prendra en considération la perte des capacités et le besoin d'aide, celui pensé du point de vue de l'autonomie renverra au contraire au désir du sujet à penser ses propres choix, légitimant le droit au risque... Dire « non » permet de montrer que l'on existe en se confrontant aux désirs de l'autre.

Dès lors en E.H.P.A.D., l'accompagnement au moment de l'accueil, de l'installation, prend toute son importance afin d'aider le nouveau résident à (re)prendre une place sociale réhabilitée, qui lui garantisse sa dignité humaine. C'est dans ce soucis que des procédures d'accompagnement du nouveau résident ont été mises en place aux Landiers : sa présence à la visite de pré-admission, son accompagnement par un référent d'équipe, l'aménagement de sa chambre au plus près du « chez-soi », l'aide à son intégration sociale par le biais d'animations thérapeutiques groupales hebdomadaires dans chaque unité de vie...

Ces pratiques systématisées depuis plus de 15 ans, ont été mises en place suite à des cas cliniques de décompensation qui ont interrogés les équipes soignantes. L'entrée en institution n'est pas une issue fatale et ne s'inscrit pas dans l'incapacité, la malchance, ou encore la faute à projeter sur les membres de sa famille, réactivant alors des conflits familiaux parfois très anciens... Elle peut aussi se vivre dans une continuité de sens de vie. La réunion de bilan d'installation, organisée 2 mois environ après la date d'entrée du résident, permet de verbaliser ces enjeux de sens de vie et de continuité en inscrivant le résident dans un projet individualisé. D'abord mise en pratique dans les unités Alzheimer C.A.N.T.O.U. dès 1998, cette réunion a rapidement été généralisée à l'ensemble des nouveaux résidents de l'établissement au vu des bénéfices relationnels constatés. Elle s'inscrit en conformité avec les recommandations de l'A.N.E.S.M., particulièrement celle sur le thème de l'accueil<sup>27</sup>.

Le résident est réuni avec sa famille, composée au moins du référent familial et sans limite de participants, et l'équipe soignante composée du Médecin coordonnateur, de la Directrice, de la Psychologue, de l'I.D.E.C., de l'I.D.E. et du soignant référent d'accueil.

La réunion permet de clarifier les enjeux d'installation, le vécu de rupture ou encore de dépossession, les problématiques familiales ou encore l'intégration du nouveau résident en groupe. Elle permet également de discuter au sujet du bilan médical et de recueillir l'histoire

---

<sup>27</sup> A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)

de vie du résident dont les propos sont complétés par sa famille, particulièrement dans le cas d'un déficit cognitif. La réunion débouche sur un projet d'accompagnement individualisé. Son compte rendu est remis au référent familial, au résident et un exemplaire est à la disposition des équipes dans le dossier de soin.

L'objectif est de placer l'institutionnalisation dans une continuité de vie aux yeux du résident, de sa famille et des soignants qui peuvent ainsi affiner la prise en charge en fonction des habitudes de vie et désirs du résident.

Cette réunion constitue un point fort institutionnel. La triangulation résident – famille- équipe facilite la cohérence de fonctionnement.

Elle a lieu également en cas de déménagement interne. Cette pratique s'est là encore généralisée suite à des cas de décompensation. Nous avons en effet parfois constaté une baisse massive de l'état général d'un résident nouvellement déménagé...

#### **A) Le cas de Mme S : le constat des limites des procédures institutionnelles de continuité pour les déménagements internes**

Mme S est entrée aux Landiers en janvier 2008 au 2<sup>ème</sup> étage.

Agée alors de 84 ans, veuve depuis un an, elle a 7 enfants qui l'entourent. En G.I.R. 5, elle ne présente pas de déficit cognitif ni de dépendance somatique particulière. Elle entre en établissement dans un contexte de chute au domicile sur composante anxieuse et a besoin d'être rassurée.

Accompagnée par le dispositif d'accueil précédemment cité, elle prendra sa place au sein de son unité de vie et plus largement de son étage.

En mai 2014, elle est hospitalisée suite à un A.V.C. et reviendra aux Landiers directement dans une chambre au 1<sup>er</sup> étage, 2 mois plus tard, pressentie comme trop déficitaire pour revenir à son étage au vu des rapports médicaux : elle ne marche plus, mange mixée, et a besoin d'aide pour tous ses besoins quotidiens.

Mme S est informée par l'hôpital et sa famille de son retour aux Landiers à un autre étage. Toutes les chambres étant sur le même modèle, ses affaires et mobiliers sont aménagés à l'identique dans sa nouvelle chambre, seule son orientation diffère.

A son arrivée, elle dit être très heureuse d'être revenue et fait rapidement de grands progrès d'autonomie au point que l'équipe soignante se dit qu'elle aurait pu revenir au 2<sup>ème</sup> étage. Cependant, presque 3 semaines après, Mme S redevient dépendante comme à son retour d'hospitalisation, les équipes soignantes ne comprennent pas cette régression.

Mme S tient un discours dépressif, elle s'auto-dénigre : « je ne sais plus rien » et se désinvestit de son environnement.

Son bilan d'installation sera alors rapidement organisé, son repli faisant crainte un syndrome de glissement.

Informée de la réunion, Mme S dira ne pas en attendre grand-chose et pour autant, elle se souviendra par la suite de la date prévue précisément... Lors de la réunion, le contexte d'hospitalisation sera repris ainsi que les raisons de son installation au 1<sup>er</sup> étage. Mme S participera activement à la réunion et dira qu'on l'a mise au 1<sup>er</sup> étage parce que quelqu'un d'autre s'est installé dans sa chambre « là-haut » pendant son hospitalisation parce qu'elle a bien failli mourir...

Son vécu de remplacement permettra de verbaliser sa crainte de mourir et également sa valeur à nos yeux : c'est pour lui garantir un meilleur accompagnement qu'elle a été mise au 1<sup>er</sup> étage et non parce que quelqu'un voulait sa chambre... Les différences d'interprétations sont éloquentes.

Mme S réagira dans les semaines qui suivront en se stabilisant dans un compromis de dépendance : suffisamment en deçà de son potentiel, comme pour légitimer sa place à l'étage, ce dont elle est consciente...

Le cas de Mme S corrobore l'étude de FAURE J. et OSIURAK F.<sup>28</sup> qui souligne l'importance du sentiment de contrôle pour un résident en E.H.P.A.D. sur chacun des deux espaces de vie : l'espace privé associé à la chambre et l'espace collectif partagé par l'ensemble des résidents. « L'appropriation du nouveau « chez soi » passe par l'action du sujet sur l'espace, ce qui met encore une fois l'accent sur le contrôle qu'il exerce sur cet espace. »

Sans pour autant parler du sujet des déménagements internes, d'ailleurs très peu évoqué dans la littérature, ces auteurs ont pu démontrer que l'espace privé est « significativement plus investi que l'espace collectif ».

Cela me confirme la nécessité de travailler sur la stabilité repérée de la chambre et de l'inscrire dans la logique de parcours de vie sans déménagement.

## **B) Gérer une situation de rupture suppose des capacités d'adaptation altérées chez le sujet âgé**

Changer implique de s'adapter mais plus la personne avance vers le grand âge, plus ses capacités d'adaptation sont limitées. La résistance au changement devient alors de plus en plus importante pour permettre de trouver des repères stabilisants et donc rassurants. Les capacités d'adaptation diffèrent d'un adulte à l'autre et elles influenceront sur le degré d'organisation des stratégies protectrices et défensives du grand âge, de fait singulières,

---

<sup>28</sup> FAURE J., OSIURAK F., juin 2013, « L'appropriation de l'espace chez les personnes âgées dépendantes résidants en EHPAD », *Pratiques psychologiques*, vol. 19, pp. 135-146, disponible sur Internet : <http://www.sciencedirect.com>



pouvant aller jusqu'à la ritualisation. Les rituels deviennent alors rassurants pour la personne. Ils peuvent se cristalliser sur la toilette corporelle, le moment du coucher, un rangement très précis...

BOUISSON J., REINHARDT J.-C. précisent que « Le sujet âgé, psychologiquement vulnérable, et qui présente une abrasion progressive de ses capacités d'ajustement à son environnement sous l'effet de facteurs tels que la fatigue, la maladie, l'isolement [...] se trouverait, justement, dans une situation qui ne pourrait que favoriser un renforcement des mécanismes de résistance au changement »<sup>29</sup>. Ces auteurs développent le concept de routinisation comme fonction défensive adaptative.

Les travaux de CYRULNIK B. sur la résilience font échos pour les professionnels travaillant en gériatrie et permettent d'entrevoir notamment l'avancée dans une pathologie démentielle comme une sorte de protection défensive en cas d'histoire chargée de ruptures très anciennes : un placement, un abandon, un drame familial... La résilience serait en effet un processus à la fois biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permettrait un nouveau développement après un traumatisme psychique.

Lorsque les traumatismes du passé font retour avec l'âge lors du travail de bilan de vie, alors que les capacités sont moindres, une rupture de plus peut faire décompenser le sujet. L'entrée en établissement, un déménagement interne peut ainsi entraîner la réactivation après-coup d'un traumatisme bien plus ancien. De nombreux cas cliniques illustrent leurs différentes formes possibles : régression, syndrome de glissement, dépression, angoisse de mort, délire de persécution, décompensation psychotique...

CYRULNIK B. et PLOTON L.<sup>30</sup> indiquent les trois niveaux d'interventions nécessaires en institution : « Le premier niveau concerne l'action directe auprès du patient, du point de vue médical et psychologique. Le deuxième niveau concerne l'action directe auprès du ou des aidants. Il s'agit de développer ici des capacités d'attention et de sollicitude auprès d'un entourage impacté par les problèmes de l'âgé. Le troisième niveau est celui des interactions entre le patient et son entourage. » Ce dernier niveau fait lien avec la nécessaire ritualisation répétitive du quotidien en réaction au sentiment de dépossession.

Le travail de cohérence et de régularité de la prise en charge prend ainsi tout son sens en E.H.P.A.D. : en garantissant le même rythme, la même façon d'accompagner, le soignant sécurise le résident et évite ainsi des réactions comportementales pathogènes. C'est dans cette logique que les référentiels de la pratique ont été travaillés, gage d'un savoir-faire non

---

<sup>29</sup> BOUISSON J., REINHARDT J.-C., 2001, *Vieillesse, rites et routines*, Paris : L'Harmattan, p. 62

<sup>30</sup> CYRULNIK B., PLOTON L., 2014, *Résilience et personnes âgées*, Paris : Odile Jacob, p. 69

seulement pérenne mais également chargé des valeurs et de sens pour les équipes. Ils constituent un point fort institutionnel à garder.

## 2.3 La stratégie d'évolution du projet d'établissement

### 2.3.1 Les dispositifs groupaux : un axe de compétences fort

Les auteurs comme J. GAUCHER, P. CHARAZAC<sup>31</sup>, nous apprennent que la vieillesse est un stade qui résulte du processus de vieillissement marqué par la traversée d'une crise identitaire. Cette crise de la vieillesse, connotée de marqueurs d'âges sociaux davantage que biologiques puisqu'il n'y pas d'âge pour être vieux, mobilise trois niveaux identitaires :

- L'image de soi : comment aménage-t-on son rapport au corps qui vieillit ? Quelle stratégie face à la première ride, aux premiers cheveux blancs ?
- La dépendance : va-t-on vouloir garder à tout prix la maîtrise de ce que l'on subit ?
- L'appartenance sociale : la retraite, première rupture sociale, pose la question du « à quoi sert-on ? » en lien avec les autres lorsque l'identité professionnelle n'est plus là pour se donner une valeur d'existence...

C'est cette dernière problématique qui a tout particulièrement amené le projet d'établissement à placer l'animation au centre du projet de vie de l'établissement.

Le positionnement groupal s'apprend inconsciemment et très précocement chez toute personne socialisée : très tôt en effet, l'enfant est placé en groupe par le biais de la scolarisation et il prend un rôle.

« Le principe des rôles sociaux est étroitement lié à l'utilité sociale et relève d'un même fonctionnement. [...] L'être humain se définit par plusieurs composantes et, sur le plan social, par les rôles qu'il a, ceux qu'on lui attribue ou qu'il prend à l'égard des siens ou de la société. C'est la définition des rôles sociaux »<sup>32</sup>

En permettant au nouveau résident de prendre une place dans un groupe, il prend ainsi un rôle social et existe en qualité de personne et non plus en fonction de ce que sa dépendance lui renvoie.

Les sociologues ont bien identifiés ces rôles groupaux que l'on retrouve dans tout groupe, un groupe étant composé de 2 à 15 personnes. Présentés en Annexe 5, ils sont garants du fonctionnement de toute organisation, de toute forme de regroupement.

---

<sup>31</sup> CHARAZAC P., 2005, *Comprendre la crise de la vieillesse*, Paris : Dunod, 184 p.

<sup>32</sup> VERCAUTEREN R., 2010, Dictionnaire de la gérontologie sociale, Toulouse : ÉRÈS, p. 224

La pratique aux Landiers a pu démontrer que ces automatismes sont bien présents chez tous les résidents, quelle que soit la pathologie et le déficit.

La gestion de ces rôles est travaillée lors des animations thérapeutiques hebdomadaires, ce qui permet une culture commune professionnelle, étant donnée la participation des soignants, et une approche des troubles du comportement non médicamenteuse.

Prendre une place groupale permet au résident de se (re)trouver socialement à travers un sentiment d'appartenance où chacun est repéré. Il est d'ailleurs fait référence dans le schéma départemental au maintien du lien social comme un des facteurs essentiel au maintien des capacités d'autonomie des personnes.

J.-M. LE BOT<sup>33</sup> introduit la notion de lien social comme base du sujet et de l'individualisation. L'intériorisation de ce lien permettrait ainsi à la personne de se (re)trouver et ainsi de se « réapproprier ».

Mais lorsque l'institution tend vers cette sécurité identitaire en garantissant la notion de place, de respect et d'équité comme des valeurs fortes institutionnelles, elle se contredit dans les faits en faisant déménager certains de ses membres...

Elle réactive alors les enjeux de séparation et d'insécurité et biaise les rôles groupaux en renforçant les pôles forts défensifs : le résident doit à tout prix rester du côté du moins dépendant pour ne pas risquer l'exclusion... ce qui explique en partie l'importance des troubles du comportement auxquels sont confrontées les équipes soignantes du 2<sup>ème</sup> étage. Il s'agit d'une injonction paradoxale...

Je souhaite faire évoluer le projet d'établissement en gardant cette base de travail groupal, garante dans les pratiques du lien entre valeurs institutionnelles et compétences de terrain. Elle permettra d'aider les équipes du 2<sup>ème</sup> étage à s'investir davantage dans un travail d'unité sans déménagement, plutôt que collectif. En effet, l'organisation actuelle ne prévoit pas de référents d'équipe par unité comme dans les autres étages, et les soignants se répartissent de façon aléatoire sur les 3 unités existantes. Le collectif prime sur le groupal et les animations thérapeutiques ne sont pas assurées par des soignants référents comme ailleurs, dispersant de fait les compétences et les implications par un manque de suivi.

Je promeus un changement des pratiques au 2<sup>ème</sup> étage qui s'inscrive le plus naturellement possible dans la continuité de celles existantes dans les autres étages. Il s'agit davantage d'une harmonisation des pratiques qui permettra une meilleure identité soignante institutionnelle et un projet d'établissement centré sur les mêmes valeurs d'accompagnement sans distinction, pour ne pas dire discrimination, en fonction de la

---

<sup>33</sup> LE BOT J.-M., 2002, *Aux fondements du « lien social »*. Introduction à une sociologie de la personne, Paris : L'Harmattan, 201 p.

dépendance. L'utilisateur pourra ainsi être replacé au centre des préoccupations soignantes en considérant son autonomie au même plan que sa dépendance et que ses besoins inhérents.

### **2.3.2 Promouvoir la continuité des parcours en amont et au sein de l'établissement**

Le titre de mon mémoire aurait pu être élargi à la notion de parcours de vie. Il oriente ma stratégie de Direction basée sur un constat d'analyse institutionnel que je peux résumer comme suit :

#### Le vécu des résidents

- Déménager du domicile renvoie à un vécu de perte, de dépossession et de rupture.
- Ce déménagement mobilise des capacités d'adaptation moins performantes chez la personne âgée.
- Un déménagement interne réactive ces mêmes enjeux au vu du positionnement groupal et des repères du « chez soi » travaillés institutionnellement.

#### Des points forts institutionnels existent et sont à pérenniser

- Les référentiels de la pratique contribuent à la cohérence interne d'accompagnement. Ils sont issus d'un dispositif participatif des équipes et alimentent les compétences soignantes.
- Une procédure d'accompagnement interne au moment de l'accueil du nouveau résident vise les repères du « chez soi » et collectifs, la dynamique familiale, la position active de l'utilisateur grâce notamment au bilan d'installation.
- Un dispositif performant de gestion de dynamique de groupe à l'échelle institutionnelle, même s'il reste à optimiser au 2<sup>ème</sup> étage, aide à l'inscription sociale des résidents, à la régulation des tensions et mobilise les soignants sur leur champ des compétences et d'implication au quotidien.

#### Des points à améliorer

- La non-continuité de la logique d'accompagnement en déménageant des résidents du 2<sup>ème</sup> étage.
- Le dispositif d'accompagnement exclusivement interne qui ne s'adapte pas à l'évolution de la dépendance des résidents ni aux besoins des demandes du territoire de proximité.

## **2.4 Mes leviers d'actions de Direction internes et externes**

Dans la continuité de ma problématique, je choisis une stratégie d'approche systémique afin d'agir sur l'ensemble des niveaux concernés par mes leviers d'action.

### **Mes leviers d'action :**

Je vais orienter ma stratégie de Direction sur l'adaptation institutionnelle à la continuité des parcours de vie des résidents en interne et sur le territoire :

Une stratégie avant tout managériale sur un plan interne : je vise à mobiliser les équipes impactées, à la fois soignantes, administratives et fonctions supports autour du nouveau projet d'établissement.

Je vais accompagner le changement dans la continuité de l'histoire institutionnelle afin de continuer à garantir du sens dans les pratiques.

Ce projet s'inscrira également dans un réaménagement architectural du 2<sup>ème</sup> étage.

Une politique de proximité sur un plan externe : je vise à développer des liens de réseau de proximité qui permettent de répondre aux besoins des usagers de la commune en inscrivant l'E.H.P.A.D. comme établissement et compétences ressources du territoire. Pour ce faire, je développerai l'image et les relations des Landiers sur la commune grâce notamment à l'amélioration des liens politiques et le développement d'échanges entre les différents professionnels qui interviennent dans la logique de parcours du territoire.

Ce dernier aspect permettra de travailler des dispositifs d'accompagnement de transition afin d'éviter un vécu de rupture lors de l'entrée en établissement.

Ma politique de proximité sera menée parallèlement aux négociations en cours de mutualisation des moyens et des compétences avec les 3 autres E.H.P.A.D. lyonnais protestants qui, à moyen terme, contribueront au réseau de proximité sur l'Est lyonnais au vu des projets de restructuration en cours.

Je vais développer mes leviers d'action dans la 3<sup>ème</sup> partie de mon mémoire centrée sur la mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles et des liens de territoire.

### **3 La mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles et des liens de territoire**

La problématique institutionnelle est centrée sur les besoins des usagers et implique la mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles et des liens de territoire. Si l'entrée en établissement mobilise des capacités d'adaptation pour la personne âgée, il en sera de même pour les équipes face aux changements de leurs pratiques.

Il est donc nécessaire de penser des dispositifs d'accompagnements pour les personnels afin qu'ils puissent adhérer au projet, le mettre en application au quotidien et de façon pérenne, en minimisant les défenses générées par les résistances au changement.

En effet, « Le changement est présenté pour les organisations, notamment sociales et médico-sociales, avec une double injonction : « il faut conduire le changement », « le changement ne se décrète pas »<sup>34</sup>. GACOIN D. souligne la nécessité de désigner et de décréter le changement pour qu'il soit conduit sans pour autant penser qu'il suffise de le décréter pour qu'il se réalise...

Je garderai également en point de vigilance les postulats de l'analyse stratégique de BERNOUX P. qui invitent à prendre en considération la « liberté relative des acteurs » et « la rationalité limitée » des stratégies mobilisées au sein des jeux de pouvoir. En effet, « L'individu va donc déterminer son comportement en fonction de ses intérêts par rapport à ce que l'environnement peut lui offrir »<sup>35</sup>.

Il est important que les professionnels soient placés en position d'acteurs et trouvent leurs intérêts individuels et collectifs au sein des réaménagements envisagés.

Je vise ainsi une politique d'information à la fois interne et externe tout en mobilisant les acteurs afin de favoriser leur implication, même si les liens de territoire seront davantage concrétisables grâce à une volonté de Direction.

La position active et la liberté de choix déjà évoquées pour les usagers doit également prévaloir pour les personnels impactés afin d'éviter le même vécu de déposssession ou de résignation, bien que potentiellement mobilisables pour des enjeux apparemment différents.

---

<sup>34</sup> GACOIN D., 2006, *Conduire des projets en action sociale*, Paris : Dunod, p. 164

<sup>35</sup> BERNOUX P., 2009, *La sociologie des organisations*, 6<sup>è</sup> éd., Paris : Seuil, 466 p.

Je veillerai également à garder une vision globale des organisations afin d'harmoniser un fonctionnement global et d'éviter les sectorisations à la fois des pratiques et des fonctions. Les liens de sens et de partenariats seront au centre de mes préoccupations.

Une estimation des coûts et de l'incidence budgétaire permettra de valider la faisabilité du projet.

Enfin, une prévision d'outils d'évaluation garantira la mesure des impacts du projet à moyen et long terme et permettra, au vu d'indicateurs, de le réajuster si besoin.

#### Description du projet interne :

- Les résidents du 2<sup>ème</sup> seront pris en charge dans la même logique que ceux des autres unités, à savoir répartis dans trois unités de vie autonomes de 12 résidents, sans déménagement.
- Les unités seront équipées d'un espace salon et de restauration et gérées chacune par une équipe soignante référente.
- Le pôle de soin ne sera plus centralisé au 1<sup>er</sup> étage.

#### Description du projet externe :

- L'étude des demandes d'admission se fera selon des critères de proximité prioritaires.
- Un lien systématique sera fait lors de la visite de pré-admission avec les services d'accompagnement au domicile.
- Un travail d'ouverture de l'E.H.P.A.D. avec un réseau de proximité sera entrepris visant les passerelles et la mutualisation des compétences avec les professionnels d'accompagnement de la commune et l'ouverture à la sensibilisation des Brondillants concernant une entrée dans l'E.H.P.A.D.

### **3.1 Accompagner la relecture du projet d'établissement centré sur la logique de parcours**

#### **3.1.1 La validation du projet : le C.A., le C.V.S., les I.R.P.**

Le projet centré sur le parcours de vie de l'utilisateur s'inscrit dans la continuité de l'évaluation interne réalisée aux Landiers durant l'année 2013.

Si les écritures de protocoles encore en cours n'ont mobilisé que peu de personnels de terrain, il en sera différemment pour la relecture du projet institutionnel grâce à une stratégie centrée sur une vision d'ensemble.

Il est tout d'abord prioritaire de soumettre le projet au C.A. afin de s'assurer de son adhésion.

Participant aux réunions mensuelles des membres du Bureau depuis le 2<sup>ème</sup> trimestre 2014 dans la perspective de ma future prise de fonction de Directrice, j'ai déjà évoqué ce projet. Les membres du Bureau sont conscients de l'intérêt de la réorganisation interne et de l'ouverture au territoire de proximité.

Une fois le C.A. favorable, je présenterai avec la Directrice le projet au C.V.S. qui se réunit tous les 3 mois. Parallèlement, les I.R.P. seront consultés. Leurs avis et propositions auront un impact favorable sur la mobilisation des équipes dont la stabilité s'explique essentiellement par leur implication dans la qualité des projets personnalisés des résidents. La notion de parcours s'inscrit dans la continuité du travail de terrain.

### **3.1.2 Les personnels et les services impactés**

L'E.H.P.A.D. Les Landiers salarie 74,32 E.T.P., soit 101 personnes. Pour accompagner les personnels autour du réaménagement du projet d'établissement, je définis les équipes et services impactées comme suit et l'organigramme [Annexe 7] permet de visualiser leurs liens :

- Les Cadres : Médecin coordonnateur, I.D.E.C., Directrice adjointe, Psychologue.

Ils constituent les personnes garantes et porteuses des valeurs institutionnelles auprès des équipes. Leur implication et participation est centrale pour garantir la mise en œuvre du projet.

- Les équipes soignantes de l'ensemble de l'E.H.P.A.D.

Leur adhésion est primordiale pour mener à bien les pratiques d'accompagnement de terrain et maintenir la paix sociale.

- L'animatrice

Un réaménagement des activités est nécessaire pour les adapter à la dépendance des usagers du 2<sup>ème</sup> étage comme l'indique l'écart constaté sur le tableau de suivi des résidents aux activités proposées.

Le rôle de l'animatrice est central pour apporter aussi bien le savoir-faire que le support d'organisation des animations nécessaires à l'étage sur le même principe que l'existant aux autres étages et selon les mêmes compétences.



#### ■ Le personnel de la cuisine centrale

La cuisine centrale des Landiers est interne, elle est aux normes et respecte les procédures d'hygiène en vigueur telles que définies par la méthode et norme H.A.C.C.P.

Le plan de maîtrise sanitaire est élaboré, les fiches de contrôles et de suivis sont mises en place.

La mise en plats est faite en cuisine centrale. Des chariots de liaison chaude assurent le lien entre la cuisine centrale et les offices des services aux différents étages.

Le nouveau projet d'établissement impactera la préparation des plats du 2<sup>ème</sup> étage qui devra se faire par unité et non plus globalement pour les 36 résidents comme c'est le cas actuellement avec la salle de restauration commune du rez-de-chaussée.

Les incidences sur le temps de préparation et d'organisation de la préparation, l'utilisation des outils de fiches alimentaires par unité, les accessoires et matériels seront évalués par une étude interne de faisabilité.

#### ■ Les services d'entretien, de lingerie

Ils seront également impactés dans le cadre d'une sensibilisation commune mais n'auront pas d'incidences logistiques particulières.

#### ■ Les services administratifs : secrétariat et accueil.

Le projet institutionnel aura une incidence au niveau de l'information à donner aux résidents, leurs familles, aux intervenants extérieurs. De ces services émanera la qualité des transmissions données aux usagers en amont et aval de leur entrée (courriers, contacts téléphoniques et échanges).

Je prévois un lien de secrétariat concernant la gestion des demandes de pré-admission. Actuellement, la fiche dont se servent le Médecin coordonnateur et la Psychologue pour étudier les dossiers d'admission [annexe n°3] n'indique pas la priorité de territoire ni l'existence de services d'accompagnement au domicile, ce à quoi il faut remédier.

Egalement, dans ma proposition d'une nouvelle fiche de suivi [annexe n°3], le terme « maison de retraite » est remplacé par celui du « 2<sup>ème</sup> étage » et la logique de sectorisation n'apparaît plus. Elle est seulement maintenue pour les unités C.A.N.T.O.U. spécialisées dans l'accompagnement des malades d'Alzheimer.

La secrétaire sera mobilisée pour inscrire les informations relatives au domicile du futur résident ainsi qu'aux éventuels services mobilisés du territoire. Pour ce faire, une recherche sera parfois nécessaire mais le gain de temps lié à la simplification administrative de la gestion des listes d'attente devrait largement compenser ce travail d'investigation.

### 3.1.3 Une politique d'information et de concertation

#### A) Les cadres, leur adhésion et participation

L'équipe des cadres, bien que composée de personnalités différentes, travaille habituellement en concertation. L'équipe est stable depuis 5 ans et largement reconnue par les personnels pour sa mobilisation et sa fiabilité.

Elle constituera un vecteur important pour la faisabilité de terrain. Je promeus un temps de réunion de concertation hebdomadaire pour échanger sur les avancées et freins éventuels au projet afin d'assurer un soutien d'équipe favorable. Un diagramme de GANTT sera élaboré pour suivre la progression du projet car cet outil permettra de planifier les tâches nécessaires à la réalisation du projet et d'en assurer un meilleur suivi prévisionnel.

#### B) L'ensemble du personnel : la mise en place d'une G.P.E.C. et d'une nouvelle politique de management

La mise en place d'une G.P.E.C. est impérative pour fédérer et mobiliser les équipes autour du projet d'établissement.

L'information des personnels est un axe prioritaire pour ce faire : deux réunions seront réalisées avec l'équipe du 2<sup>ème</sup> étage et l'animatrice afin de travailler les incidences concrètes de terrain au vu des besoins exprimés.

L'information donnée à l'ensemble du personnel sera faite à l'occasion d'une réunion générale ayant pour ordre du jour le projet institutionnel. Un compte rendu sera ensuite affiché dans les différents services (soignants et autres services). Chacun pourra ainsi avoir accès aux objectifs, méthodologie et à l'explication des incidences organisationnelles. Je vise l'amélioration de l'information des futurs nouveaux personnels par la création d'un livret d'accueil, en cours d'élaboration dans le cadre du suivi de l'évaluation interne, reprenant l'histoire et les valeurs institutionnelles fondatrices.

Parallèlement, les recommandations de l'A.N.E.S.M. seront mises à disposition dans les salles de soins et les comptes rendus du C.V.S. seront affichés dans un espace accessible à tous qui sera agencé au rez-de-chaussée, à proximité du hall d'accueil.

Je souhaite également mettre en place des entretiens annuels d'évaluations à ma prise de fonction de Directrice afin d'assurer un suivi individualisé des personnels et de pouvoir répondre au mieux à leurs besoins, notamment en matière de formation. Inscrire le thème « parcours de vie et bienveillance » au plan de formation continue sera un premier axe approprié pour redynamiser les équipes dans une réflexion commune porteuse de sens. Cette formation en intra servira de support à la mise en place du projet d'établissement.

Enfin, la politique du nouveau projet institutionnel ne sera plus celle de la sectorisation pour les résidents mais également pour les personnels des 6 unités du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> étage concernés, les résidents ayant les mêmes besoins d'accompagnement.

Penser un turn-over des personnels permettra de réduire le cloisonnement des équipes par étage, ce qui permettra d'insuffler un savoir-faire à l'échelle institutionnelle et de limiter les effets du burn-out inhérents au manque d'ouverture.

Toujours rester au sein d'une même équipe et s'occuper des mêmes résidents ne permet pas une vision globale de l'accompagnement et sclérose les pratiques tout en engendrant des défenses qui peuvent être symptomatiques de burn-out ou d'enjeux d'appartenance qui peuvent tous deux entraîner un manque d'objectivité dans l'analyse des besoins.

Il s'agit de définir un roulement qui permette un maintien des repères pour les personnels et les résidents pour ne pas les déstabiliser, ce qui constitue par ailleurs un axe fort du suivi de l'accompagnement des usagers.

Cette nouvelle politique de décloisonnement mobilise également la gestion des compétences.

Les équipes soignantes sont dissociées des équipes A.S.H. et il n'y a pas de glissement de tâche. Elles sont composées de 17,50 E.T.P. d'A.S. et d'A.M.P. et de 22,45 E.T.P. non diplômés. Les I.D.E. représentent 9,80 E.T.P.

Les E.T.P. soignants diplômés ou non sont supérieurs à la moyenne nationale de 10% et les E.T.P. I.D.E. équivalents avec 6,1%<sup>36</sup>.

#### Tableau des effectifs soignants en E.T.P. :

	A.S. / A.M.P.	Soignants non diplômés
2 <sup>ème</sup> étage	2 (A.S.)	7,75
Effectif total	17,50 (= 43,80%)	22,45 (= 56,20%)
Ecart proportionnel au G.I.R. du 2 <sup>ème</sup> étage	- 3,44	+ 2,59

L'équipe soignante du 2<sup>ème</sup> étage est en sous-effectif et manque de qualification car proportionnellement à la dépendance des autres étages, elle devrait être composée de 5,44 E.T.P. diplômés, au lieu de 2, et de 5,16 E.T.P. non diplômés, au lieu de 7,75, soit 10,6 E.T.P. soignants au lieu de 9,75.

<sup>36</sup> C.N.S.A., octobre 2013, Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos, disponible sur le site <http://www.cnsa.fr>

Il est à noter également qu'il n'y a pas d'A.M.P. au 2<sup>ème</sup> étage mais que les effectifs I.D.E. sont bien adaptés, proportionnels.

Je souhaite donc répartir les effectifs soignants A.S. et A.M.P. par service et étage en fonction des G.I.R. correspondants et à égale proportion.

La politique de recrutement d'agents diplômés A.S. et A.M.P. doit également être poursuivie car la grande majorité des soignants n'est pas diplômée (56,20%).

### **C) Les usagers, les aidants**

Les résidents du 2<sup>ème</sup> étage, déjà sensibilisés et adhérents au projet, seront tenus informés de son avancée dans le cadre des animations thérapeutiques hebdomadaires, espace d'échange d'information et de concertation repéré.

Il s'agit en effet d'accompagner les résidents au changement d'habitudes car ils prendront leurs repas à l'avenir dans leur unité de vie respective et non plus au rez-de-chaussée, entraînant un changement de voisins de table, d'ambiance et de lieu.

Les familles, et plus largement les aidants, seront concertés et informés formellement lors de leur réunion annuelle qui a lieu habituellement en début d'année mais dont la période pourra être modifiée si besoin pour ne pas être en décalage avec l'évolution du projet.

Chaque année en effet, trois réunions sont organisées pour les aidants des unités C.A.N.T.O.U., du 1<sup>er</sup> étage et du 2<sup>ème</sup> étage. Elles permettent de faire un bilan de l'année écoulée, d'informer sur les projets, les difficultés en cours, à venir... et de répondre aux questions des aidants en provoquant un temps d'échange, facilité par le nombre de participants abordable des réunions.

Il s'agit d'un esprit de transparence sur le fonctionnement institutionnel tout à fait approprié pour échanger autour du nouveau projet centré sur le parcours de vie sans rupture.

### **D) Le projet institutionnel et l'évaluation externe**

L'organisme SOCOTEC Certification, choisi pour effectuer l'évaluation externe, sera tenu informé de l'évolution en cours du projet d'établissement. Son intervention d'évaluation est prévue les 18 et 19 septembre 2014, trop tôt encore dans l'avancée de réajustements d'écriture du projet d'établissement.

Pour autant, sa finalisation devra être faite au plus tard lors de la nouvelle signature de la convention tripartite, non encore planifiée par les tutelles mais prévue à court terme.

## **3.2 Les liens de partenariat avec le territoire**

### **3.2.1 Une politique d'ouverture institutionnelle qui vise la collaboration des services de proximité et une mutualisation des compétences**

#### **A) Un dialogue politique**

Le travail d'ouverture de l'E.H.P.A.D. dans son réseau de proximité territorial est également indissociable d'une politique d'information et de communication.

Pour ce faire, je prévois d'informer Mme FONTAINE, Directrice du C.C.A.S. de Bron, de l'avancée de la mise en place du projet, ce qui renforcera nos liens avec la Mairie.

Je débiterai les liens de proximité en allant rencontrer préalablement les Directeurs de chacune des structures de Bron : les 3 foyers-logement, le domicile collectif, l'accueil de jour et tout particulièrement le S.S.I.A.D. qui intervient directement au domicile et avec lequel nous pourrons échanger sur d'éventuels dispositifs de liens domicile-institution.

L'inscription de l'E.H.P.A.D. dans le « paysage » politique est important pour développer une volonté de partenariat.

#### **B) Une invitation à la collaboration des partenaires locaux autour d'un dispositif de parcours de vie**

J'inviterai systématiquement les professionnels des services de maintien à domicile des nouveaux résidents Brondillants, préalablement signalés sur la fiche administrative interne de pré-admission, à la réunion de bilan d'installation.

Ce travail de collaboration permettra aux professionnels de Bron de connaître l'établissement et de transmettre sur le territoire notre politique d'ouverture.

Ce projet d'invitation des professionnels du territoire à la réunion de bilan d'installation a déjà été évoqué lors de la rencontre avec l'équipe composée du pilote et des gestionnaires de cas de la M.A.I.A. du Conseil Général Rhône filière gériatrique de Lyon Centre Est en juin 2014. Leurs locaux se situent à la Maison du Rhône de Lyon 8<sup>ème</sup>, arrondissement le plus proche de notre commune.

La M.A.I.A. coordonne les situations complexes du domicile sans condition d'âge pour les malades d'Alzheimer et de plus de 60 ans pour les grandes pertes d'autonomie fonctionnelle dues à une pathologie chronique évolutive impactée par l'environnement familial, économique ou encore l'isolement.

Créées à la suite du Plan Alzheimer<sup>37</sup>, les M.A.I.A. sont des guichets uniques qui concrétisent la coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social, base de la logique de parcours de vie sans rupture.

Les professionnels de la M.A.I.A. assurent la transition du domicile durant 3 mois après l'installation avec une souplesse du cas par cas de chaque situation. Leur présence au bilan d'installation prend ainsi tout son sens.

Plus largement, la présence au bilan d'installation des équipes du secteur ayant assuré un suivi préalable aidera à faire sens et lien dans une logique de continuité du parcours de vie aidé du nouveau résident.

Ainsi, la triangulation résident – famille – institution sera élargie dans sa dimension d'accompagnement et l'institution repérée dans sa fonction soignante et non plus seulement de dernier lieu de vie choisi par contrainte ou résignation. Susciter une alliance soignante dans une cohérence de parcours aide en effet à penser l'E.H.P.A.D. dans sa fonction structurante et rassurante soignante.

Des passerelles entre l'institution et les liens du domicile pourront être évoquées en projet personnalisé.

Grâce à ce partenariat de professionnels permis par le biais des préparations en amont et des premiers temps de l'installation, des liens de concertation pourront se développer plus facilement et des réunions de travail regroupant des représentants des différents services de la commune pourront se formaliser autour de la logique de parcours.

En effet, Mme FONTAINE m'a informée avoir organisé auparavant des réunions de concertation réunissant les différents services de la commune mais celles-ci, faute de centres d'intérêts communs perçus par les professionnels, se sont dispersées et ont fini par ne plus exister depuis plus de 3 ans.

La logique de parcours constitue un axe d'intérêt commun qui pourra être fédérateur de sens pour chacun.

Enfin, à des fins de transfert et de complémentarité de compétences, je prévois d'organiser la mutualisation des actions de formation sur notre commune entre établissements et services intervenants dans le domaine gériatrique.

Cette mutualisation de la formation continue permettra d'organiser plusieurs thématiques de formation en inter-établissements rapprochés géographiquement sur des problématiques communes et ainsi d'apporter une vision plus globale des besoins des

---

<sup>37</sup> PLAN « ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES » 2008 – 2012, 1<sup>er</sup> février 2008, disponible sur le site <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>

usagers dans une logique de parcours de vie par les accompagnants à des stades et lieux différents représentés.

Cette mutualisation inter-établissements représente également un intérêt budgétaire et une grande souplesse pour optimiser la rentabilité d'actions de formation organisées dans notre établissement ou d'autres peu éloignés, en détachant un nombre de salariés des services sans les désorganiser. En effet, constituer un groupe en intra de 12 à 15 stagiaires n'est pas toujours évident en gestion de personnels.

### **3.2.2 Un dispositif d'accompagnement en faveur des Brondillants et de leurs aidants**

#### **A) Une politique de Direction en faveur des Brondillants**

Afin de mettre en place un dispositif de continuité du parcours de vie en amont et au sein de l'E.H.P.A.D., il me semble important de privilégier l'entrée aux Landiers de personnes âgées habitants Bron.

Hors, je constate que seulement 24,79% de l'ensemble des résidents sont Brondillants en 2013 et 38% des nouveaux arrivants de l'année.

Ces statistiques peuvent être améliorées en donnant la priorité au territoire lors de l'analyse des dossiers de pré-admission, en adéquation avec la politique de réseau local proposée.

Je prévois également de créer un site internet de l'E.H.P.A.D. afin de diffuser nos pratiques, spécialisations et compétences. Si le site internet du C.C.A.S. mentionne à présent l'existence des Landiers, il pourra ajouter l'adresse du site en lien. Les Brondillants auront ainsi accès plus facilement à l'information d'une prise en charge globale sur leur commune, s'inscrivant dans une logique de parcours de vie. Je souhaite également que l'E.H.P.A.D. soit mentionnée dans la revue éditée par la mairie « Bron Séniors », source d'information locale des services et dispositifs destinés au public âgé.

Je prévois ce même lien internet et d'information au niveau de la Maison du Département qui s'occupe du C.L.I.C., Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique, car ce guichet d'accueil et d'orientation des personnes âgées à visée sociale et médico-sociale est un interlocuteur et un orienteur privilégié de proximité. Il constitue également un pôle intéressant de lien entre les acteurs locaux.

#### **B) Un dispositif d'accompagnement des aidants**

Je souhaite aussi créer une journée porte-ouverte annuelle pour laquelle l'information sera particulièrement diffusée sur la commune. Cette journée permettra d'expliquer nos

modalités d'accueil, notre projet d'établissement et les liens privilégiés avec nos partenariats locaux.

Pour l'occasion, un temps d'échange pourra être animé par un médiateur familial, les outils de la médiation favorisant la communication. Les expériences déjà existantes dans d'autres communes voisines sur ce principe, dans le cadre de l'aide aux aidants, sont très appréciées.

La famille n'est en effet pas le seul proche du résident et la notion d'aidant permet ainsi de penser l'accompagnement de voisins, amis... : « Le proche aidant ou aidant familial est donc cet homme ou cette femme, non professionnel, qui, par défaut ou par choix vient en aide à une personne dépendante de son entourage »<sup>38</sup>.

Les aidants sont composés pour 48% de conjoints, majoritairement une femme de 71 ans en moyenne ; pour 43% d'enfants, le profil type étant une fille de 55 ans sans emploi ou dans le social ; et pour 9% d'amis. Ils prennent en charge les activités, les tâches administratives et parfois les soins. 30% des personnes dépendantes de G.I.R. 1/2 sont estimées ne reposer que sur leur famille.

En moyenne, avant l'entrée en institution, l'aidant s'est occupé de la personne 50 mois. Son épuisement et sa culpabilité sont à prendre en considération et des actions à mener pour les soulager. Préparer l'aidant en amont de l'entrée du résident présente l'avantage pour l'E.H.P.A.D. d'être identifié comme un lieu de ressources pour l'aidant, un partenaire qui prend en considération l'action d'aide menée avant l'entrée en institution.

Le sentiment de ne pas être reconnu dans cette aide apportée préalable qui avait permis le maintien à domicile et le vécu de dépossession qui en découle, sont souvent des sources de conflits dans les enjeux d'installation du résident. Préparer l'aidant permet ainsi de prévenir d'éventuelles tensions potentielles.

### **3.3 Les incidences budgétaires**

L'impact du projet d'établissement centré sur la logique de parcours de vie est également budgétaire en terme d'investissements.

Aucune modification architecturale n'est nécessaire, les trois unités du 2<sup>ème</sup> étage étant construites sur le même modèle que celle des autres étages.

---

<sup>38</sup> Cofédération des Organisations familiales de l'union Européenne, 2007, *Charte Européenne de l'aidant familial*, disponible sur le site <http://www.cfhe.org>.



Les tables, chaises, couverts et ustensiles pour les repas pourront être récupérés de la salle de restauration du rez-de-chaussée existante sans frais supplémentaire.

Il s'agit néanmoins d'aménager les trois unités en créant pour chacune un espace cuisine/repas et salon. Des investissements sont donc nécessaires en mobiliers et cuisines intégrées.

Du matériel de cuisine doit être achetés : des plats de moindre contenance, sur le même principe que ceux des autres étages. Le chariot de liaison chaude est déjà existant ainsi qu'un office équipé à l'étage. L'annexe 5 présente les différents espaces concernés.

**Tableau prévisionnel budgétaire**

	Investissements amortissables sur 10 ans	Investissements en charge directe
3 cuisines intégrées	21 000	
36 fauteuils de salon (sans option)	19 700	
Bacs de cuisine gastronomique inox petites contenances		300
Total	40 700	

Les devis de cuisine [Annexe 9] et de mobilier de salon [Annexe 8] permettent d'anticiper les investissements nécessaires qui seront présentés au budget prévisionnel 2015 le 31 octobre 2014.

**Tableau prévisionnel de financement**

Comptes / charges	2015	2016 à 2024
606	300	
681	4 070	4 070
Résultat à intégrer au budget	4 370	4070

Selon le respect du principe comptable de la permanence des méthodes, les amortissements des cuisines et des fauteuils de salon seront linéaires et calculés sur 10 ans.

Inférieurs à 50 000 euros, ces investissements peuvent être autofinancés, l'établissement bénéficiant d'une capacité d'autofinancement suffisante, la C.A.F. s'élevant à 32 000 euros. Cette prévision de financement aura une incidence tarifaire. Une anticipation budgétaire permet d'estimer à 0,1% la hausse du tarif hébergement, restant modérée.

### **3.4 Un plan d'action structuré et évalué qui vise la continuité du parcours de vie en amont et au sein de l'E.H.P.A.D.**

#### **3.4.1 Un plan d'action structuré dans le temps**

Ayant défini ma stratégie de Direction qui vise la continuité du parcours de vie en amont et au sein de l'E.H.P.A.D., je vais la décliner à présent un plan d'action dans le temps afin de structurer la démarche de projet institutionnel et en garantir la bonne mise en place.

Je prévois un plan d'action visant à améliorer le parcours de vie du résident qui s'inscrit dans la continuité de l'évaluation interne concernant le projet personnalisé du résident.

Les échéances prévisionnelles indiquées tiennent compte de la faisabilité de terrain et mobilisent à la fois les démarches internes et externes. Les actions à mener au cours de la première année sont répertoriées par semestre afin d'en détailler plus précisément les priorités. Les actions à moyen terme visent quant à elles un travail de fond.

#### Les actions à mener à court terme : au cours du 1<sup>er</sup> semestre

- Evaluation externe 18 et 19 septembre 2014
- Présentations et validations du projet : le C.A., le C.V.S., les I.R.P.
- Septembre 2014 : inscription au plan de formation 2015 de la formation interne sur le thème « parcours de vie et bienveillance ».
- Mobilisation de l'équipe Cadre :
  - ✓ Elaboration du diagramme de GANTT pour la mise en place organisationnelle du projet
  - ✓ Réunion de concertation hebdomadaire
  - ✓ Etude de la gestion des compétences des équipes soignantes : redistribution des E.T.P. soignants proportionnelle aux G.I.R. par étage.
  
- Budget prévisionnel 2015 : plan d'investissement présenté au 31 octobre 2014
- Etude interne de faisabilité concernant la cuisine centrale
- Mise à disposition des recommandations de l'A.N.E.S.M. dans les salles de soins

- Politique de communication interne : réunions avec l'équipe du 2<sup>ème</sup> étage et l'animatrice
- Continuité de l'accompagnement/information des résidents lors des animations thérapeutiques hebdomadaires
- Aménagement d'un espace dans le hall d'accueil pour la mise à disposition des comptes rendus des réunions du C.V.S.
- Politique de communication externe : rencontres avec les acteurs locaux/politiques
  - ✓ Mme FONTAINE
  - ✓ Directeurs des différentes structures d'accompagnement de Bron
  - ✓ Responsable du C.L.I.C.
- La gestion des dossiers de pré-admission :
  - ✓ Priorité donnée aux Brondillants
  - ✓ Mise en service des nouvelles fiches administratives internes de pré-admission utilisées par le secrétariat, le Médecin Coordonnateur et la Psychologue
  - ✓ Invitation des services du maintien à domicile de la commune concernés aux bilans d'installation

#### Les actions à mener à court terme : au cours du 2<sup>nd</sup> semestre

- Fin des déménagements internes
- Aménagement des 3 unités de vie du 2<sup>ème</sup> étage : espaces cuisine et salon
- Politique de communication interne :
  - ✓ Réunion générale avec compte rendu affiché dans chaque service
  - ✓ Réunion annuelle des aidants
- Création du site internet
  - ✓ Lien d'information avec la Mairie, le C.L.I.C., les revues locales
- Entretiens annuels des personnels (échelonnés sur l'année)
- Etude du turn over des équipes entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> étage

#### Les actions à mener à moyen terme : au cours de la 2<sup>ème</sup> année

- Mise à jour du projet d'établissement
- Mise à jour du livret d'accueil des nouveaux personnels
- Suivi de l'avancée des C.A. concernant la politique de mutualisation avec les établissements protestants.
- Elaboration du plan de formation
  - ✓ Suite aux entretiens d'évaluation annuels des personnels
  - ✓ Suite aux résultats de l'évaluation externe et aux axes prioritaires
  - ✓ Politique de mutualisation des actions de formation avec les établissements et services locaux

- Réunion de travail avec les partenaires de la commune
- Mise en place des indicateurs de suivi et de réajustement
- Organisation de la journée porte ouverte annuelle

### 3.4.2 Des indicateurs qui facilitent suivi et réajustement

J'utiliserai des indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs qui pourront témoigner de l'adéquation des actions menées aux objectifs visés et/ou permettre leurs ajustements si nécessaire. Je prévois de les utiliser au cours de la 2<sup>ème</sup> année de mise en place du projet. Ces indicateurs seront de pertinence, pour vérifier l'adéquation des objectifs avec les besoins identifiés ; de cohérence, pour évaluer si le projet est cohérent au regard des moyens humains et matériels dont l'établissement dispose ; d'efficience, pour évaluer si les résultats obtenus sont à la hauteur des moyens humains et financiers mobilisés ; d'efficacité, pour vérifier si les résultats atteints sont conformes aux objectifs fixés.

- Les indicateurs de pertinence :

- L'évolution du G.M.P. de l'établissement et par service
- L'évolution des troubles du comportement au 2<sup>ème</sup> étage
- Le nombre annuel d'hospitalisations des résidents du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> étage
- Le tableau de suivi des résidents aux activités proposées

- Les indicateurs de cohérence :

- Les mesures du climat social dans la nouvelle organisation :
  - ✓ Le taux d'absentéisme par étage
  - ✓ Le nombre de démissions de salariés
  - ✓ Les demandes de temps partiels
- Les indicateurs de mobilisation des équipes
  - ✓ Le nombre de volontaires aux groupes de travail dans le cadre du processus d'évaluation interne et externe et de la mise à jour du projet d'établissement
- Le pourcentage d'entretiens annuels réalisés

- Les indicateurs d'efficience :

- Le nombre de formations proposées et suivies au plan de formation correspondant aux attentes exprimées lors des entretiens annuels des salariés
- Le nombre de formation mutualisée avec les établissements et services de la commune

■ Les indicateurs d'efficacité :

Le pourcentage annuel des nouveaux résidents provenant de Bron

Les pourcentages des services invités et venus au bilan d'installation

La mesure de l'adéquation de la répartition du nombre de soignants en fonction du G.I.R. par étage

L'évolution du pourcentage des soignants et non soignants dans l'établissement et par étage

La mesure du turn over modéré organisé en gestion d'équipe

L'avancée de l'écriture du projet d'établissement

L'avancée de la création du site internet

Au-delà des indicateurs cités, je souhaite estimer l'impact du projet institutionnel sur les usagers grâce à une enquête de satisfaction des résidents et des aidants mais également des salariés concernant leur avis sur leurs conditions de travail. Je souhaite également évaluer l'amélioration des relations politiques avec le C.C.A.S, la Mairie, la Maison du département ainsi que les services et établissements de la commune en recueillant leur avis sur la question.

## Conclusion

Tout d'abord, ce mémoire m'a permis de réaliser comment, à partir d'une situation d'évolution des besoins des usagers évaluée par des indicateurs de terrain, un système organisationnel peut être remis en questionnement.

Ce même système, enraciné dans les valeurs de son histoire institutionnelle, peut amener à la fois les équipes et les usagers à développer des défenses d'adaptation sur base d'identité d'appartenance, plutôt que de développer de nouvelles conduites plus adaptées qui conduiraient pour chacun à un fantasme de risque d'effondrement.

Ensuite, longtemps tiraillée entre ma fonction de Psychologue et celle à venir de Directrice, ce mémoire m'a permis de mûrir cette ambivalence en gardant les points de compétence de ma pratique actuelle et en faisant le deuil de mon regard de clinicienne.

Je garde mes outils d'approche systémique sur base psychanalytique complétés avec ceux de la théorie des organisations : leur association permet d'analyser les fondements identitaires collectifs et de les mettre en lien dans une perspective globale qui dépasse celle des organisations internes.

La première partie de ce mémoire était davantage descriptive et sciemment écrite de manière transversale afin de percevoir la complexité des interactions des systèmes à la fois identitaires, de la réalité des besoins internes et de territoire, et des recommandations tutélaires garantes des bonnes pratiques. Toutes étaient corroborées par la nécessité de garantir la continuité des soins et des accompagnements à l'utilisateur.

De nombreuses références bibliographiques ont alimenté ma réflexion afin de la cadrer dans un espace repéré qui permette des perspectives d'ouverture sur base d'apports de connaissances fondatrices.

J'ai ainsi voulu dégager dans ma deuxième partie l'approche conceptuelle des notions de parcours et de rupture à partir de ma problématique afin de pouvoir formaliser dans la dernière partie un plan d'action concret et réalisable autour du projet institutionnel.

J'ai souhaité garder une ligne de conduite cohérente centrée sur mon titre initial « Promouvoir la continuité des parcours en amont et au sein de l'accompagnement des résidents en E.H.P.A.D. Lorsque l'évolution de la dépendance questionne les relations externes et le projet d'établissement » car c'est de cette capacité à définir une ligne de conduite et à la tenir dans le temps de façon cohérente dont les équipes ont le plus besoin dans ce qu'elles projettent de la fonction de la Direction. Cette troisième partie m'a permis de m'affirmer dans cette posture de guidance grâce et tout au long de la progression d'écriture.

Je conçois ainsi mon poste de Direction dans la capacité à garder une vision globale des accompagnements, fonction première d'un E.H.P.A.D. centrée sur l'utilisateur, et dans celle à mettre en sens et en action les ressources adaptatives des équipes dans un cheminement perçu le plus naturellement pour chacun.

J'ai exposé une politique G.P.E.C. qui fixe les tendances d'évolution de notre établissement et prépare tous les acteurs aux enjeux d'évolution des besoins des usagers dans un cadre éthique respecté. J'ai ainsi pu rencontrer l'ensemble des équipes des Landiers car tous les services sont impactés par l'adaptation du projet institutionnel et me rendre compte de la richesse des potentiels de mobilisation...

En qualité de future Directrice, garante de la conformité de la démarche institutionnelle au cadre légal, des besoins des usagers individuels et collectifs et du territoire, je suis guidée par le souci d'un processus démocratique sur la base du vécu partagé, du participatif et de l'informatif.

J'attache une importance particulière à la régulation des tensions, la mobilisation et la motivation des équipes dans la continuité de l'histoire institutionnelle qui valorise et donne du sens dans la pratique professionnelle.

Pour conclure, je peux résumer mes aspirations institutionnelles comme suit : j'ai déterminé les étapes pour la mise en place du projet institutionnel centré sur la logique du parcours de vie à la fois interne et externe et prévu l'évaluation de son avancement grâce à des indicateurs déjà fonctionnels ou à développer.

J'inscris l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers dans la continuité de l'évaluation interne menée et de l'évaluation externe à venir en m'appuyant particulièrement sur les recommandations de l'ANESM : dynamique utilisée comme vecteur de changement.

Par le rapprochement avec des établissements et services de la commune, la logique de mutualisation des moyens avec les 3 E.H.P.A.D. lyonnais protestants, j'accompagne les effets de la Loi H.P.ST. visant les regroupements associatifs. J'utilise la formation continue comme outil d'approfondissement de compétences mais également d'accompagnement au changement.

Ainsi, la citation de Victor HUGO « La volonté ne peut se manifester que par des actions » m'a-t-elle inspirée pour poser en capacité d'agir ce que je ne m'autorisais jusqu'alors que dans la réflexion.

Si mes aspirations sont formalisées en actions concrètes, elles ne sont pas une finalité pour autant. D'autres ouvertures et perspectives viendront les alimenter et les compléter dans une logique de continuité cette fois-ci institutionnelle.

Je pense notamment aux dispositifs d'accompagnement au moment de l'accueil qui pourraient être élargis en lien de réseaux territoriaux au-delà de la commune si les indicateurs évaluent favorablement le dispositif d'accompagnement de la continuité du parcours de vie.

J'entrevois également les perspectives d'un C.P.O.M. qui pourraient remplacer la prochaine signature de convention tripartite et offrir une souplesse entre les différents groupes budgétaires, des orientations en terme de regroupements associatifs...

Enfin, de nouvelles formules intermédiaires, souples pourraient être créées pour favoriser le maintien à domicile et permettre de préparer l'entrée aux Landiers : une possibilité d'accueil temporaire pourrait être réfléchiée...

Autant de pistes de réflexion et d'actions qui alimentent la richesse de nos métiers d'accompagnement.



---

# Bibliographie

---

## ARTICLES

- ♦ BOUDJEMAÏ M., novembre 2013, « Risques psychosociaux, les mesures d'anticipation », *Direction*, n° 113, pp. 34-35, disponible sur le site <http://www.directions.fr>
- ♦ BROUSSY L., octobre 2013, « Un secteur public majoritaire, les résidents de plus en plus dépendants », *Le Mensuel des Maisons de Retraite*, n° 164, pp. 20-22.
- ♦ DARMON L., juin 2013, « Parcours de santé : vers une approche intégrée », *TSA*, n° 43, pp. 15-19.
- ♦ DORANGE M., février 2007, « De passage en rupture... », *Gérontologie et société*, n° 121, pp. 31-43
- ♦ FAURE J., OSIURAK F., juin 2013, « L'appropriation de l'espace chez les personnes âgées dépendantes résidants en EHPAD », *Pratiques psychologiques*, vol. 19, pp. 135-146, disponible sur Internet : <http://www.sciencedirect.com>
- ♦ JEANDEL C., février 2005, « Les différents parcours du vieillissement », *Les Tribunes de la santé*, n°7, pp. 25-35.
- ♦ LE BOULER S., février 2005, « Personnes âgées dépendantes : le temps de la planification », *Les Tribunes de la santé*, n°7, pp. 49-58
- ♦ LE MENSUEL DES MAISONS DE RETRAITE, octobre 2013, « Les groupes associatifs en quête d'un nouvel équilibre », n° 164, p. 18.
- ♦ RÉMI P., août-septembre 2013, « C'est toute une culture de la prise en charge des personnes âgées dont il faut imprégner les établissements », *EHPAD magazine*, n° 16, pp. 7-9.
- ♦ TAMERLO F., décembre 2013, « Vieillesse et dépendance », *ASH*, n° 2838, pp. 9-10.

## CHARTRE - ÉTUDES – RAPPORTS – SCHÉMA - RECOMMANDATIONS - LOI

- ♦ A.N.A.P., mars 2013, Parcours de personnes âgées : l'animation territoriale. Anticiper et comprendre l'essentiel, Paris, 10 p., disponible sur le site <http://www.anap.fr>
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpads (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)

- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpad (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpad (volet 3). Vie sociale des résidents en Ehpad, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpad (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Concilier en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repère pour la mise en oeuvre, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.N.E.S.M., février 2010, Revue de littérature relative à la qualité de vie en EHPAD. La qualité de vie en EHPAD approchée à partir des enquêtes statistiques françaises, disponible sur le site [www.anesm.santé.gouv.fr](http://www.anesm.santé.gouv.fr)
- ♦ A.R.S. Rhône – Alpes, novembre 2012, Schéma régional d'organisation médico-sociale. Projet Régional de Santé Rhône – Alpes 2012 – 2017, 260 p., disponible sur le site <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>

- ♦ CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ÂGÉES EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE, 2007, disponible sur le site <http://www.social-sante.gouv.fr>
- ♦ C.N.S.A., 2012, Promouvoir la continuité des parcours de vie, disponible sur le site <http://www.cnsa.fr>
- ♦ C.N.S.A., octobre 2013, Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos, disponible sur le site <http://www.cnsa.fr>
- ♦ CNSA, 15-16 février 2012, Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA : Aide à l'autonomie et parcours de vie, Paris : Mines-ParisTech, 64 p.
- ♦ ENQUÊTE AUPRES DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2011, juillet 2013, Ministère de l'économie et des finances. Ministère des affaires sociales et de la santé. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 5 p., disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- ♦ ÉTUDE DE LA D.R.E.E.S. – Octobre 2013. *Vivre en établissement d'hébergement*, Géroscope pour les décideurs en gérontologie, n° 38, p. 11.
- ♦ ÉTUDES ET RÉSULTATS DE LA D.R.E.E.S., février 2014, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, n°877, 6 p., disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- ♦ K.P.M.G., janvier 2013, *Observatoire des EHPAD*, Direction Nationale Economie Sociale et Solidaire, Paris, 68 p. , disponible sur le site <http://www.kpmg.com>
- ♦ PRÉVOT J., août 2009, *Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, Etude et résultats n°699, DREES, 8 p., disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- ♦ RAMOS-GORAND M., 2013, *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux*, Dossiers Solidarité et Santé, DREES n° 36, 54 p. , disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- ♦ RAPPORT FINAL DU GROUPE 1 SOCIÉTÉ ET VIEILLISSEMENT. RELEVÉ DE POSITIONS – GROUPE DE TRAVAIL N°1 VIEILLISSEMENT ET DÉPENDANCE, février 2011, disponible sur le site <http://www.social-sante.gouv.fr>
- ♦ PLAN « ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES » 2008 – 2012, 1<sup>er</sup> février 2008, disponible sur le site <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>
- ♦ RATTE Evelyne, juin 2011, *Débat national sur la dépendance : Synthèse des travaux du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »*, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, 50 p., disponible sur le site <http://www.cinquieme-risque.fr>

- ♦ A.R.S., mars 2012, *Repères 1 – Les filières gérontologiques*, 4 p., disponible sur le site <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>
- ♦ RHÔNE LE DÉPARTEMENT. Schéma départemental 2009 – 2013, *Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées*. Disponible sur le site <http://www.rhone.fr>
- ♦ RODRIGUEZ N., *La population du Rhône en 2020 : croissance et vieillissement*, I.N.S.E.E., disponible sur le site <http://www.insee.fr>
- ♦ UNE LOI D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT – DOCUMENT DE CONCERTATION, 29 novembre 2013, 8 p., disponible sur le site <http://www.social-sante.gouv.fr>
- ♦ VOLANT S., février 2014, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Etudes et résultats D.R.E.E.S., n°877, pp.1-6.

## EUROPE

- ♦ A.G.E., mars 2010, *Introduction aux institutions européenne et aux processus décisionnels qui concernent les personnes âgées*, 3<sup>e</sup> éd., Bruxelles, disponible sur le site <http://www.age-platform.eu>
- ♦ CHARTE EUROPÉENNE DE L'AIDANT FAMILIAL, 2007, Cofédération des organisations familiales de l'Union Européenne, disponible sur le site <http://www.cfhe.org>
- ♦ CHARTE EUROPÉENNE DES DROITS ET DES RESPONSABILITES DES PERSONNES ÂGÉES NECESSITANT DES SOINS ET UNE ASSISTANCE DE LONGUE DURÉE, juin 2010, disponible sur le site <http://www.age-platform.eu>
- ♦ CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation n° R (98) 9 du Comité des Ministres aux Etats Membres relative à la dépendance, 18 septembre 1998, disponible sur le site <https://wcd.coe.int>
- ♦ CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE, 7 décembre 2012, Déclaration du Conseil relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012) : la voie à suivre. Bruxelles, disponible sur le site <http://register.consilium.europa.eu>

## OUVRAGES

- ♦ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F, 1996, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 2<sup>e</sup> éd., Paris : Sociologie SEUIL, 244 p.
- ♦ BAUDURET J.-F., 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris : Dunod, 276 p.
- ♦ BERNOUX P., 2009, *La sociologie des organisations*, 6<sup>e</sup> éd., Paris : Seuil, 466 p.

- ♦ BOUISSON J., REINHARDT J.-C., 2001, *Viellissement, rites et routines*, Paris : L'Harmattan, 193 p.
- ♦ BRAMI G., 2014, *EHPAD-familles Une pratique professionnelle innovante : la mise en place d'une « charte de confiance EHPAD-familles*, Bordeaux : Les Études Hospitalières, 119 p.
- ♦ CHARAZAC P., 2005, *Comprendre la crise de la vieillesse*, Paris : Dunod, 184 p.
- ♦ CLEMENT J.-P., DARTHOUT N., NUBUKPO P., 2006, *Guide pratique de psychogériatrie*, 2<sup>e</sup> éd., Paris : Masson, 280 p.
- ♦ CREPET A.-M. et A., 1998, *Aides-soignant (e)s en gériatrie*, Lyon : Chronique sociale, 193 p.
- ♦ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Edition du Seuil, 500 p.
- ♦ CYRULNIK B., 2012, *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Paris : Odile Jacob, 291 p.
- ♦ CYRULNIK B., PLOTON L., 2014, *Résilience et personnes âgées*, Paris : Odile Jacob, 293 p.
- ♦ GACOIN D., 2006, *Conduire des projets en action sociale*, Paris : Dunod, 252 p.
- ♦ GUILLAUME J.-F., QUÉNIART A., 2004, *Engagement social et politique dans le parcours de vie*, Rennes et Saint-Martin-Montréal (Québec) : ENSP, 167 p.
- ♦ KAËS R., 1994, *La parole et le lien. Processus associatif dans les groupes*, 2<sup>e</sup> éd., Paris : Dunod, 364 p.
- ♦ KAËS R., BLEGER J., ENRIQUEZ E., FORNARI F., FUSTIER P., ROUSSILLON R., VIDAL J.-P., 1988, *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*, Paris : Dunod, 211 p.
- ♦ KHELLIL M., 1997, *Sociologie de l'intégration*, Paris : P.U.F., 127 p.
- ♦ KOTTER J., RATHGEBER H., 2008 : *Alerte sur la banquise ! Réussir le changement dans n'importe quelles conditions*, Paris : Pearson, 144 p.
- ♦ LE BOT J.-M., 2002, *Aux fondements du « lien social ». Introduction à une sociologie de la personne*, Paris : L'Harmattan, 201 p.
- ♦ MAISONDIEU J., 2005, *Le crépuscule de la raison*, Paris : Bayard, 307 p.
- ♦ MARTIN C., 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes : E.N.S.P., 368 p.
- ♦ MESSY J., 2002, *La personne âgée n'existe pas*, Paris : Payot et Rivages, 221 p.
- ♦ MINTZBERG H., 1989, *Le management. Voyage au centre des organisations*, Paris : Organisation, 703 p.
- ♦ ORGOGOZO I., 1988, *Les paradoxes de la communication : à l'écoute des différences*, Paris : Les éditions d'Organisation, 127 p.
- ♦ PLOTON L., 2013, *Ne pas avoir peur de la psychopathologie. Kit de suivi à l'usage des soignants*, Lyon : Chronique sociale, 176 p.

- ♦ TAVERNIER – VIDAL B., MOUREY F., 1991, *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. La régression psychomotrice*, Paris :Frison – Roche, 110 p.
- ♦ THOMSIN L., VRANCKEN D., 2008, *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, Louvain-la-Neuve : Bruyant-Academia s.a., 265 p.
- ♦ XIBERRAS M., 1996, *Les théories de l'exclusion*, Paris : Masson, 204 p.
- ♦ VERCAUTEREN R., 2010, *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, Toulouse : ÉRÈS, 280 p.
- ♦ VEYSSET B., 1989, *Dépendance et vieillissement*, Paris : L'Harmattan, 171 p.

---

## Liste des annexes

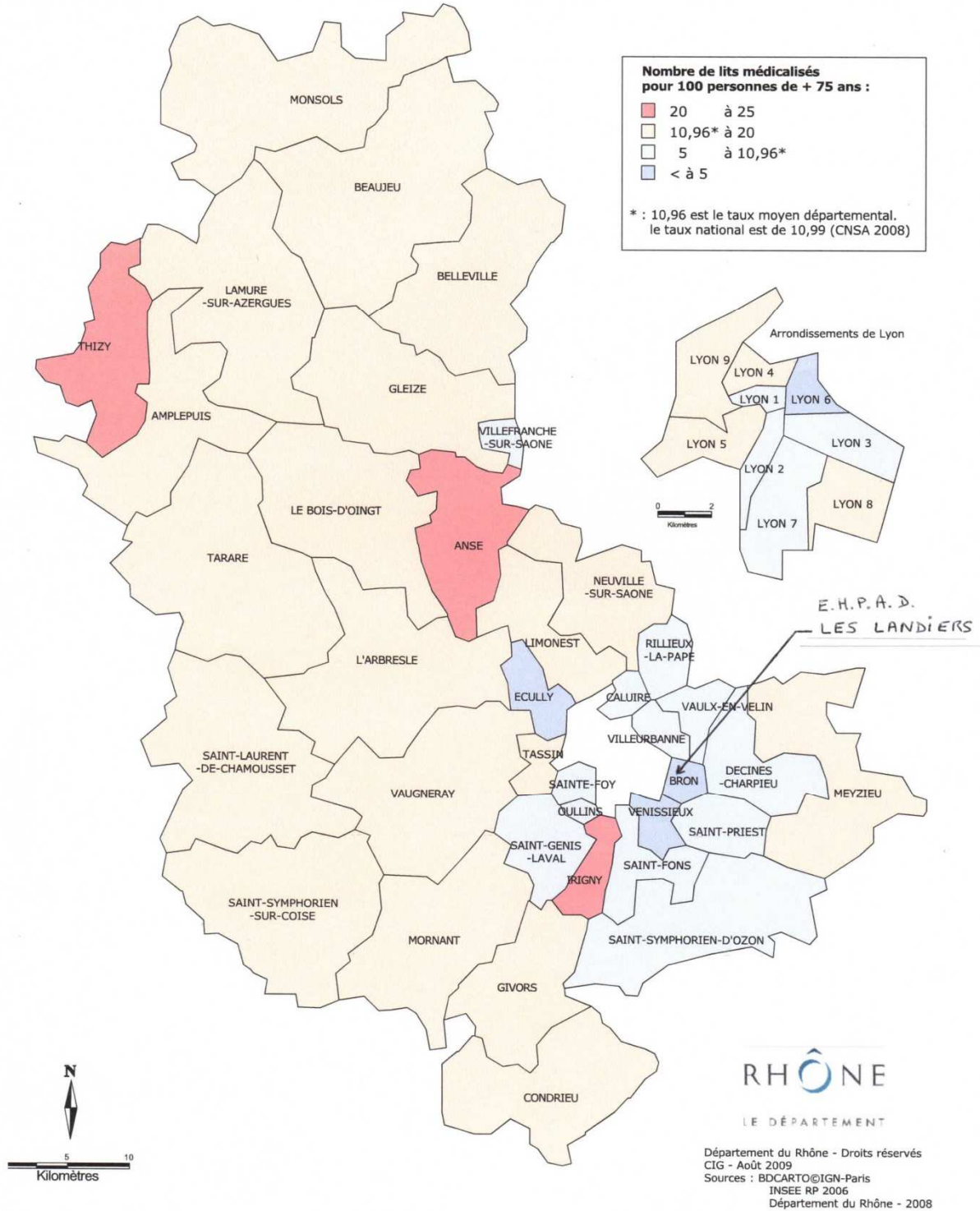
---

<b>Annexe 1</b>	<b>– Carte du territoire</b>	p. II
<b>Annexe 2</b>	<b>– Grille AGGIR</b>	p. III - IV
<b>Annexe 3</b>	<b>– Exemples de chambres aménagées dans la logique du chez soi</b>	p. V
<b>Annexe 4</b>	<b>– Fiche administrative interne de pré-admission</b>	p. VI
<b>Annexe 5</b>	<b>– Les huit rôles possibles dans un groupe ou une organisation</b>	p. VII - VIII
<b>Annexe 6</b>	<b>– Plan du 2<sup>ème</sup> étage E.H.P.A.D. Les Landiers</b>	p. IX
<b>Annexe 7</b>	<b>– Organigramme E.H.P.A.D. Les Landiers</b>	p. X
<b>Annexe 8</b>	<b>– Devis mobilier</b>	p. XI - XII
<b>Annexe 9</b>	<b>– Devis travaux cuisine</b>	p. XIII - XIV



## Annexe 1 – Carte du territoire

### ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE Taux d'équipement en lits médicalisés autorisés pour les plus de 75 ans - 2008





## Annexe 2

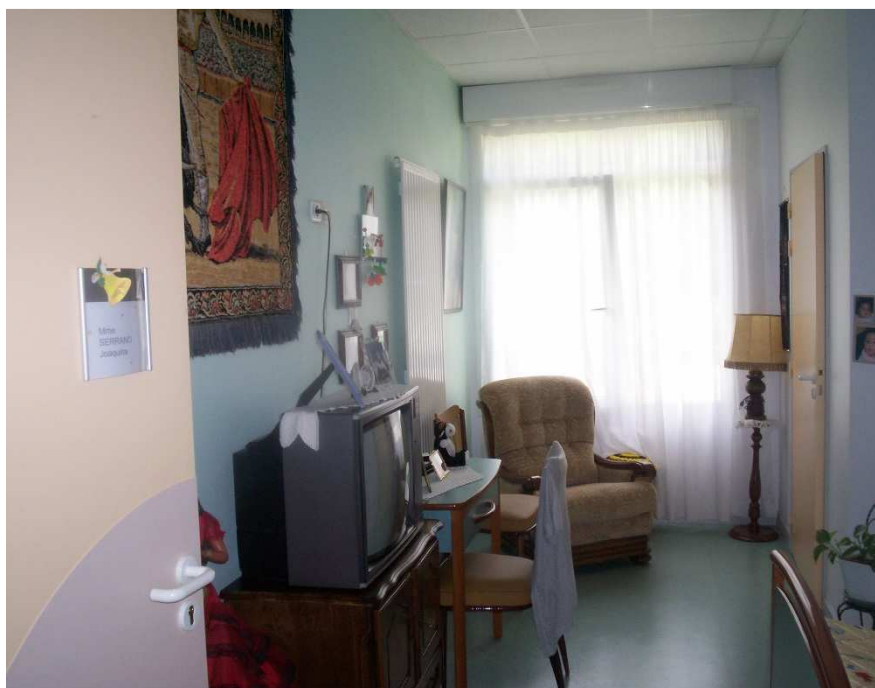
# GRILLE AGGIR

- A : Fait seul(e), totalement, habituellement, correctement  
B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement  
C : Ne fait pas

COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE DU HAUT DU CORPS : Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	
TOILETTE DU BAS DU CORPS : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	
HABILLAGE HAUT : Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	
HABILLAGE MOYEN : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	
HABILLAGE BAS : Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	
ELIMINATION URINAIRE : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
ELIMINATION FECALE : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

<b>GIR 1</b>	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
<b>GIR 2</b>	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer
<b>GIR 3</b>	Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle
<b>GIR 4</b>	Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement
<b>GIR 5</b>	Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
<b>GIR 6</b>	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

### Annexe 3 – Exemples de chambres aménagées dans la logique du chez soi



## Annexe 4 - Fiche administrative interne de pré-admission

### Fiche administrative interne de pré-admission existante :

DEMANDE D'ADMISSION
NOM D'USAGE
NOM DE NAISSANCE
PRENOM <span style="float: right;">Dépt de rés :</span>
DATE NAISSANCE
<u>Date de la demande :</u>
Situation actuelle :
<u>Aide Sociale :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ENVISAGEE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON PRECISE
<u>Avis médecin :</u> <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> M. de R. <input type="checkbox"/> CANTOU <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> étage
<u>Avis psychologue :</u> <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> M. de R. <input type="checkbox"/> CANTOU <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> étage
<u>Réponse à la demande :</u> <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> liste d'attente <input type="checkbox"/> visite de pré-admission à prévoir
<u>Date de la visite de pré-admission :</u>
<u>Date de confirmation après VPA :</u>
<u>Informations complémentaires :</u>

### Proposition de fiche administrative interne de pré-admission :

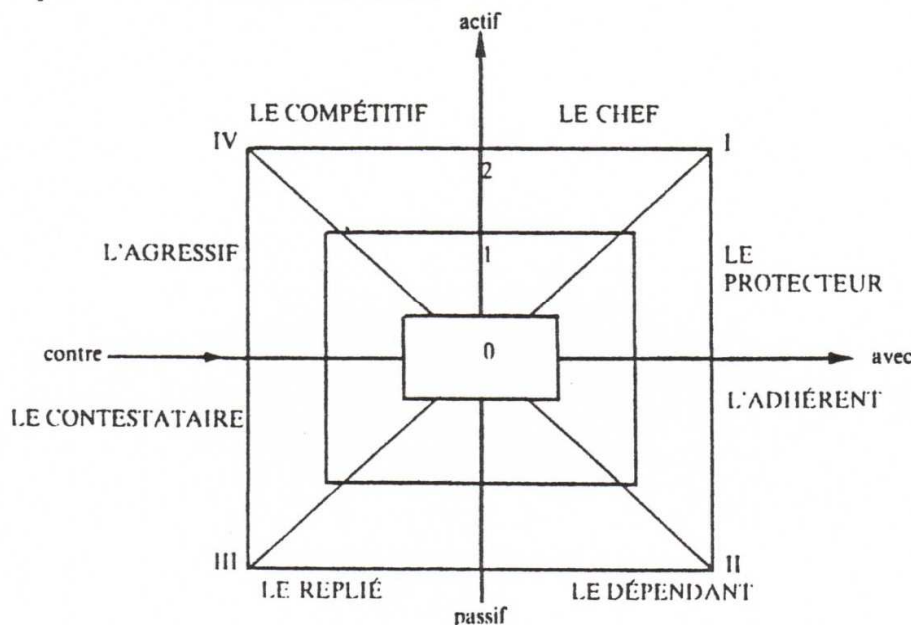
DEMANDE D'ADMISSION
NOM D'USAGE
NOM DE NAISSANCE
PRENOM
DATE NAISSANCE
<u>Date de la demande :</u>
<u>Lieu d'habitation (domicile) :</u> Bron <input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile <input type="checkbox"/> Rhône <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
<u>Situation actuelle :</u>
<u>Aide Sociale :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ENVISAGEE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON PRECISE
<u>Avis médecin :</u> <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> E.H.P.A.D. <input type="checkbox"/> CANTOU
<u>Avis psychologue :</u> <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> E.H.P.A.D. <input type="checkbox"/> CANTOU
<u>Réponse à la demande :</u> <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> liste d'attente <input type="checkbox"/> visite de pré-admission à prévoir
<u>Date de la visite de pré-admission :</u>
<u>Date de confirmation après VPA :</u>
<u>Informations complémentaires :</u>

## Annexe 5 - Les huit rôles possibles dans un groupe ou une organisation

*Les paradoxes de la communication*

### Les huit rôles possibles dans un groupe ou une organisation<sup>16</sup>

Dans les groupes organisés, les deux grands genres de relations produisent, schématiquement, huit types de rôles que Timothy Leary<sup>17</sup> a répartis de la manière suivante :



Ce tableau est divisé horizontalement entre un pôle *passif* et un pôle *actif*, et verticalement entre un pôle *contre*, à gauche, et un pôle *pour*, à droite. Il présente l'intérêt de combiner partiellement les relations symétriques et complémentaires. L'opposition actif-passif recouvre partiellement la relation complémentaire donner-recevoir, tandis que l'opposition contre-avec se rapproche de la relation symétrique. Cette classification nous permet ainsi de mieux saisir la structuration des interactions dans un groupe. Elle a également le mérite de faire ressortir le contenu positif des huit attitudes lorsqu'elles sont souples et évolutives, et leur aspect négatif lorsqu'elles se rigidifient.

Nous avons ainsi en zone I les deux formes de leadership, le chef garant de la loi et le protecteur, garant des bonnes relations dans le groupe. Dans la zone II, nous avons les adhérents qui suivent des idées et des dépendants qui ont besoin d'être protégés. Dans la zone III, le replié représente l'opposant silencieux tandis que le contestataire discute les idées du chef. Enfin, dans la zone IV, nous trouvons l'agressif qui

16. Ce paragraphe s'inspire d'un ouvrage de Ferdinand Cuvelier, *De Stad van Axen : een Topologische Verkenning, van de Krachten Tussen Neusen*, Kapellen, De Nederlandsche Boekhandel, 1976.

17. Timothy Leary collabora au Centre de recherche sur la personnalité à l'université de Harvard avant de se retrouver en prison pour apologie des substances hallucinogènes.

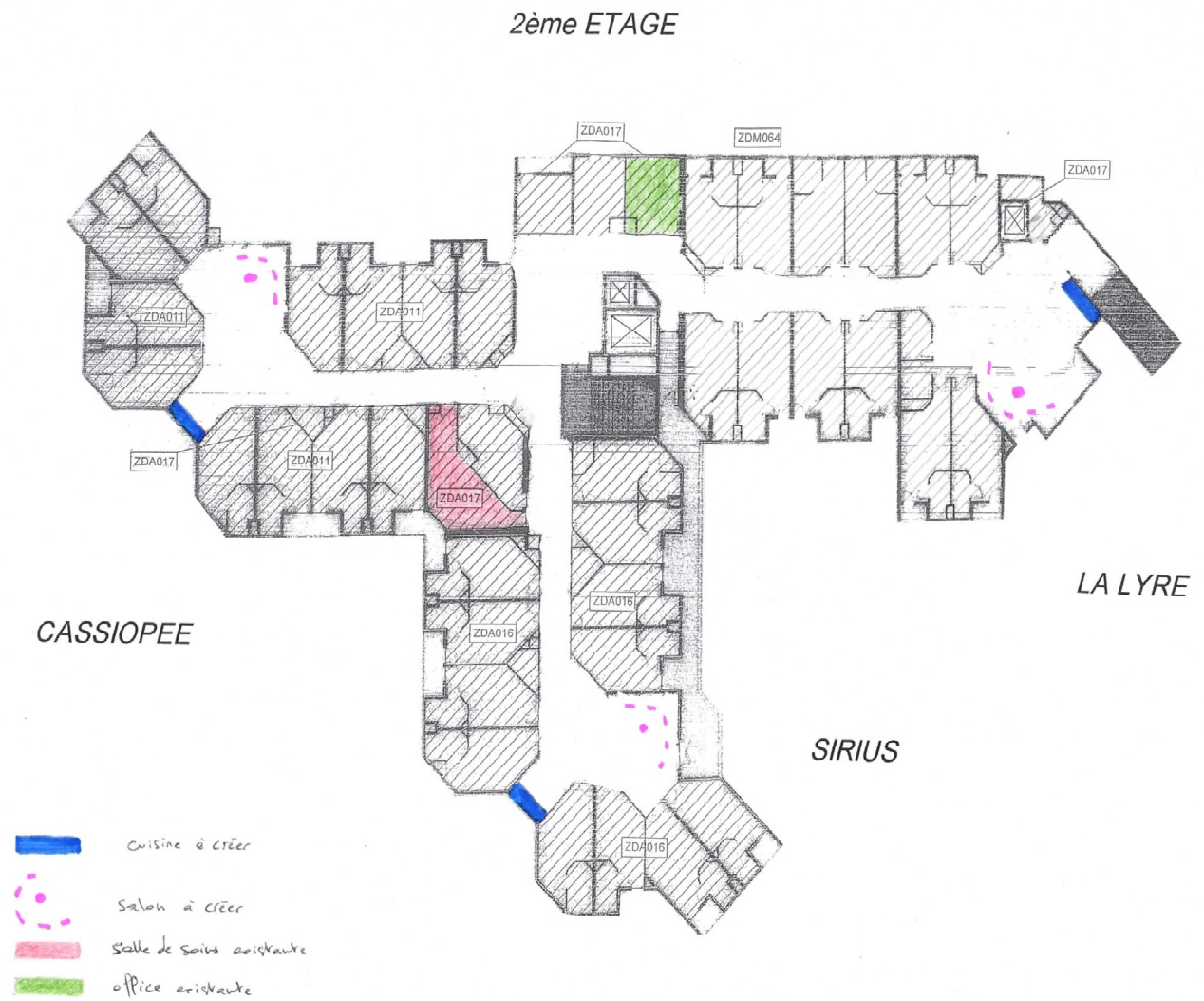
attaque les personnes ou les idées tandis que le compétitif tente de prendre la place du chef par envie incontrôlée du pouvoir. Pour bien fonctionner, un groupe a besoin que ces huit rôles soient remplis, ce qui ne veut pas dire qu'ils sont nécessairement représentés par des personnes. Une même personne peut changer de rôle souvent, et on peut même affirmer que l'aptitude à occuper successivement toutes les places est un des signes permettant de diagnostiquer un comportement mature. C'est la partie 0 du tableau. En revanche, si quelqu'un se retrouve en permanence dans le même rôle et dans le degré 2, il est clair que sa personnalité beaucoup trop rigide est restée à un stade infantile.

Dans le tableau ci-après, on trouvera le rôle social (degré 1) et le modèle inadapté (degré 2) de ces différents comportements ainsi que les réactions induites (ou comportements de réponse suscités), la perception que l'on a des autres lorsqu'on occupe un de ces rôles, et la fonction de chacun de ces rôles dans un groupe.

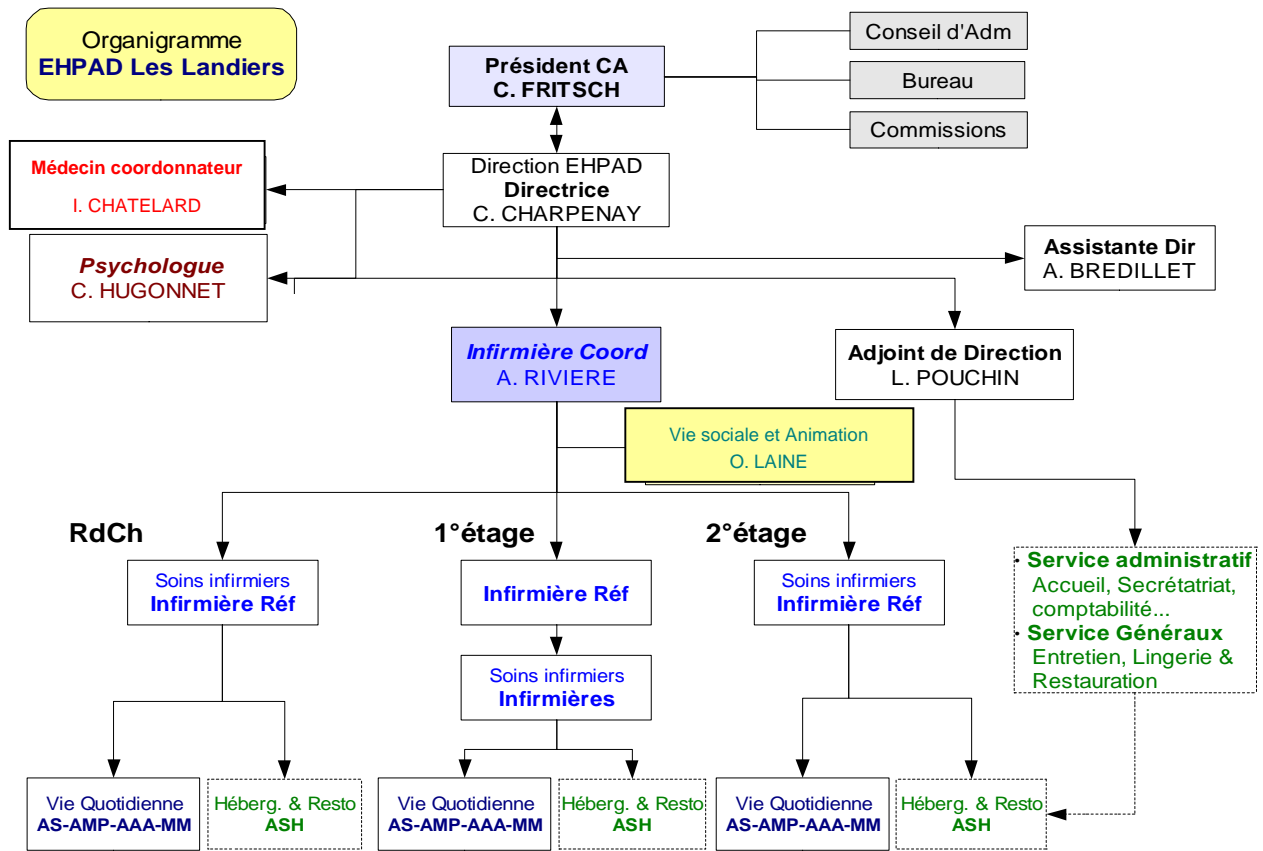
On peut repérer dans le tableau précédent différents types d'interactions symétriques et complémentaires : les relations entre le chef et le compétitif, le chef et le contestataire sont évidemment symétriques, de même que sont complémentaire les relations entre le protecteur et le dépendant, le chef et l'adhérent. Une des caricatures de ce modèle sont les relations entre le grand Schtroumpf et le Schtroumpf à lunettes, grand archétype des adhérents inadaptés, de même que le vizir Iznogoud est en relation symétrique avec le calife de Bagdad. Nous le voyons, aucun de ses rôles n'est bon ou mauvais en soi, cependant ils peuvent tous devenir néfastes pour le groupe et pour la personnalité s'ils se figent et deviennent des automatismes, entraînant instantanément une rigidification dans les interactions, ce qui a pour conséquence de diminuer l'adaptabilité du système aux évolutions extérieures et de tuer la créativité et l'invention dans le groupe.

Au niveau des sociétés et des États, ce sont des groupes sociaux qui occupent ces différents rôles et les mêmes risques de rigidification sont observables. Je laisse au lecteur le loisir de disposer les groupes sociaux de son pays selon ses propres convictions, et je suis persuadée qu'il pourra y trouver quelque amusement.

## Annexe 6 - Plan du 2<sup>ème</sup> étage - E.H.P.A.D. Les Landiers



## Annexe 7 - Organigramme E.H.P.A.D. Les Landiers





## Annexe 8 - Devis mobilier





**Arkadia**  
DONNER un SÈNE à votre S'AVOIR-FAIRE

95, rue de Séze - 69006 - LYON  
 Tél. : 04 78 24 48 72  
 Fax : 09 81 70 59 31  
 email : [contact@mobilier-arkadia.com](mailto:contact@mobilier-arkadia.com)  
 site Internet : [www.mobilier-arkadia.com](http://www.mobilier-arkadia.com)

### DEVIS MOBILIER

**EHPAD Les LANDIERS**  
 à l'attention de Mme Charpenay  
 13 rue Sigismond Brissy  
 69500 - Bron

LYON le 22 juillet 2014

PRIX du MOBILIER : Fauteuil de repos RELAX										
Vue	Référence	Nom du produit	Désignation	Prix Public	Total HT	Prix réservé	Total HT	TVA	Total TTC	
						avec remise				
						ARKADIA				
						20,00%				
 <p><b>OPTIONS :</b></p>   	ARK 1663-1R	Relax-1	Fauteuil de Repos Relax-1. Structure en hêtre massif. Accoudoirs arrondis ou en bec. Assise et dossier capitonnés. <b>Inclinaison dossier 130°, sans repose-pieds.</b> Coussin de 13 cm d'épaisseur. <b>Options : assise déhoussable, appui-tête, repose-jambes. Mécanisme manuel. Le repos relaxant dans une chambre ou un Salon. Notre modèle le plus représentatif de nos collections</b>	634,00 €	22 824,00 €	456,00 €	16 416,00 €	3 283,20 €	19 699,20 €	
	ARK 2638	AT-mt	Appui-tête Relax avec des oreillettes pour un bon maintien de tête. Attache par Velcro	116,00 €	4 176,00 €	84,00 €	3 024,00 €	604,80 €	3 628,80 €	
	ARK 2637	AT-smt	Appui-tête Relax à coussin ergonomique. Attache par Velcro	61,00 €	2 196,00 €	44,00 €	1 584,00 €	316,80 €	1 900,80 €	
	ARK 2641	RJ-articulable	Repose-jambes Relax adapté au fauteuil avec possibilité d'articuler l'avant	173,00 €	6 228,00 €	125,00 €	4 500,00 €	900,00 €	5 400,00 €	

**Aménagement d'Espaces de Vie pour Maisons de Retraite et Collectivités**  
Sauf au capital de 7500€ NAF 5145 RCS Lyon 440 920 973 00029 Tva Intra FR24 440 920 973

Nos prix se comprennent Produits livrés. Teintes de structure au choix. Qualité et teinte de revêtement au choix

Taux de Remise :	28,00%
------------------	--------

<b>PRIX Public H.T.</b>	<b>22 824,00 €</b>
<b>Remise ARKADIA</b>	<b>6 408,00 €</b>
<b>PRIX ARKADIA H.T.</b>	<b>16 416,00 €</b>
<b>TVA</b>	<b>3 283,20 €</b>
<b>TOTAL T.T.C.</b>	<b>19 699,20 €</b>

**Conditions de ventes :**

Revêtements :  
Teintes :  
Délais de fabr. :  
Port :

Offre :  
Règlement  
Autres

Tous nos prix tiennent compte d'un revêtement **lavable, imperméable et non feu standard à choisir**  
Structure en bois et revêtement au choix

**de 5 à 6 semaines au reçu du bon de commande**

**à partir de 2000 € ht : Franco**

**de 1000 à 2000 € ht : supplément de 5%**

**en dessous de 1000 € ht: supplément de 10% avec minimum forfaitaire de 80 €**

**Prix applicable à partir du 01/01/2014**

**30 % par chèque à la commande, solde à livraison**

**Nos marchandises voyagent aux risques et périls du destinataire.**

**Elles restent notre propriété jusqu'à paiement intégral (loi 80335 du 12/05/80)**

**La garantie est de 24 mois et concerne les défauts des matériaux ou des structures, sauf mauvaise utilisation du produit**

**NOTA BENE :**

Vous avez besoin de précisions, n'hésitez pas à nous contacter au :

Tel bureau : 04 78 24 48 72

Tel portable : 06 77 15 58 98

François JANSON  
Gérant

## Annexe 9 - Devis travaux cuisine

**Cuisines moreno**  
**692 avenue de la Libération**  
38290 La Verpillière  
Téléphone /06.37.05.76.71  
[Isa.bapsy@hotmail.fr](mailto:Isa.bapsy@hotmail.fr)

### DEVIS TRAVAUX

Référence : 0640  
Date : 23/07/2014  
N°client : 0640

**MAISON DE RETRAITE LES**  
**LANDIERS**  
69500 BRON  
A L'attention de Mme Charpenay

Elements de cuisine stratifiés DIVERS COLORIS GRIS ALU CUISINE  
La Verpillière le 23/07/2014

DESCRIPTION	QT	Montant ht	montant ttc
Dépose et pose cuisine REF PLAYADE avec raccord sur existant depose en decheterie		1300	<b>1 430,00 €</b>
	TVA 10%	130	
Dépose et pose cuisine REF VEGA avec raccord sur existant depose en decheterie		1400	<b>1 540,00 €</b>
	TVA 10%	140	
OBS/SI REJOUT DE FERMETURE SUR LES PORTES PLAYADE TROUS ET POSE COOMPTER SUPLEMENT DE 360 EUROS			<b>360,00 €</b>
	total ttc		<b>3330,00€TTC</b>

règlement 30% à la signature soit la somme de  
891,00€ + 360 € SOIT **1251,00€** reste la somme de  
2079 € à la fin des travaux

**3330,00€TTC**

Signature vendeur

Signature du client précédé de la  
mention "lu et approuvé"

Fait à LA VERPILLIERE LE 23 / 07 / 2014

SIRET 798 934 428 RCS VIENNE- APE 4759 A N°intracommunautaire FR 32 788 934 428

**Cuisines moreno**  
**692 avenue de la Libération**  
38290 La Verpillière  
Téléphone /06.37.05.76.71  
Isa.bapsy@hotmail.fr

## DEVIS TRAVAUX

Référence : 0640

Date : 23/07/2014

### MAISON DE RETRAITE LES LANDIERS

69500 BRON

A L'attention de Mme Charpenay

Elements de cuisine stratifiés DIVERS COLORIS GRIS ALU CUISINE ORION  
La Verpillière le 23/05/2014

DESCRIPTION	QT	Montant ht	montant ttc
Dépose et pose cuisine REF ORION avec raccords sur existant depose en déchetterie		1400	<b>1 540,00 €</b>
	TVA 10%	140	

Total ttc **1 540,00 €**

règlement 30% à la signature soit la somme de  
462,00€ reste la somme de 1 078,00 €  
à la fin de la pose

Signature vendeur

Signature du client précédé de la  
mention "lu et approuvé"

Fait à LA VERPILLIERE LE 23 / 07 /2014

SIRET 798 934 428 RCS VIENNE- APE 4759 A N°intracommunautaire FR 32 788 934 428

HUGONNET	Catherine	2014
<p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b></p> <p><b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES</b></p>		
<p align="center"><b>PROMOUVOIR LA CONTINUITÉ DES PARCOURS EN AMONT ET AU SEIN DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS EN E.H.P.A.D.</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>L'évolution de la dépendance des 36 résidents du 2<sup>ème</sup> étage de l'E.H.P.A.D. Les Landiers situé dans l'Est lyonnais vient réinterroger le projet institutionnel centré sur une sectorisation spécialisée des compétences d'accompagnement.</p> <p>Cette organisation, fondée sur des repères groupaux de socialisation, se trouve à présent en décalage avec l'évolution des besoins des résidents et dans une logique de rupture d'accompagnement à la fois interne et de territoire de proximité.</p> <p>A partir d'une approche systémique des enjeux identitaires inhérents à l'histoire institutionnelle et des organisations, une stratégie de Direction proposera une ouverture institutionnelle afin de promouvoir la continuité des parcours de vie des résidents.</p> <p>La mobilisation des équipes autour du projet, l'accompagnement des usagers et des aidants, les liens et inscription dans le réseau gérontologique local seront au cœur des problématiques.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>E.H.P.A.D., Dépendance, Logique de parcours de vie, Continuité, Rupture d'accompagnement, Territoire, Résidents, Identité, Projet institutionnel</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		