



**LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SERVICE
COMME ELEMENT DE CONSTRUCTION DU PARCOURS
DE VIE DES RESIDENTS D'UN EHPAD**

BOURLIERE HÉLÈNE

2015

cafdes



Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Monsieur Erwan HELOT, Directeur de l'EHPAD de St Ambroix, qui m'a largement encouragé dans ce travail et qui m'a laissé toute latitude pour prendre la place de directrice pendant la durée du stage.

Je souhaite également à remercier Monsieur Bruno MODICA, mon tuteur de mémoire, qui a dirigé mes écrits et qui a été d'une grande disponibilité et d'une grande écoute.

Enfin, merci à ma famille, pour leur patience et de leurs encouragements.

Sommaire

Introduction.....	1
TITRE 1 LA NOTION DE PARCOURS DE VIE : UNE IDEE DYNAMIQUE DANS UN ENVIRONNEMENT STABLE	4
1.1. La construction du parcours de vie au fil du temps.....	4
1.1.1. L'évolution du regard de la société sur la vieillesse et sur la dépendance : un curseur variable en fonction des époques, des cultures et des territoires	4
1.1.2. De la prise en charge familiale à la prise en charge institutionnelle.....	6
1.1.3. L'approche globale de l'accompagnement : le parcours de vie, de soin, de santé	9
1.2 Le positionnement de l'EHPAD dans le paysage de la prise en charge des personnes âgées.....	11
1.2.1 La poursuite de l'évolution en faveur du maintien à domicile pour prévenir la dépendance et maintenir une vie sociale (HAD, SSIAD...)	11
1.2.2 L'utilisation qui est faite de l'EHPAD par les usagers, les familles, les partenaires : une évidente hiérarchie des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées	14
1.2.3 Les missions confiées à l'EHPAD : le maintien de l'autonomie dans le respect des droits fondamentaux des personnes et l'individualisation de la prise en charge..	16
1.3 L'EHPAD de St-Ambroix : une identité forte et un fonctionnement d'exception	19
1.3.1 200 ans d'histoire de soins en zone rurale : de l'hôpital à l'EHPAD	19
1.3.2 L'identité actuelle : un établissement atypique d'après l'ARS	21
1.3.3 Les usagers de l'EHPAD : un public hétérogène attaché au territoire.....	24
TITRE 2 LA DIFFICULTE D'ADAPTATION DE L'ETABLISSEMENT A UN ACCOMPAGNEMENT FLEXIBLE EN PHASE AVEC LES BESOINS DES RESIDENTS.....	28
2.1 La préservation des droits fondamentaux des résidents remise en question par une adaptation maladroite des principes du service public	28
2.1.1 La dynamique du parcours de vie en opposition avec une offre de services trop uniforme.	28
2.1.2 L'interprétation de ces principes par les agents de la fonction publique : la gestion de données contradictoires.....	30

2.1.3 L'incidence de ces principes sur la vie des résidents : entre la singularité du parcours de vie et le contexte collectif	33
2.2 Le maintien de l'autonomie incompatible avec l'organisation de la prise en charge des résidents : la part médico-sociale dans l'accompagnement global	36
2.2.1 Le sentiment de bouleversement soudain et brutal avec la vie passée et familiale généré par l'accueil dans le service.	36
2.2.2 La difficulté pour les résidents de se projeter dans l'établissement : la place du parcours de santé dans l'accompagnement global	38
2.2.3 La prévention de la dépendance et le maintien de l'autonomie remises en cause par la gestion des risques à l'EHPAD.....	41
2.3 La dynamique de parcours freinée par un manque de communication à l'EHPAD	43
2.3.1 Le malentendu au cœur de la communication entre résidents et personnel.....	43
2.3.2 L'isolement social des résidents et des équipes généré par un isolement géographique et partenarial	46
2.3.3 La fluidité du parcours de vie remise en question par une organisation du travail trop rigide.	48
TITRE 3 DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES DANS LE RESPECT DU PARCOURS DE VIE DES RESIDENTS ET DANS UN OBJECTIF D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	52
3.1 Identifier les formes d'accompagnement les mieux adaptées au nouveau public accueilli à l'EHPAD en tenant compte de ses besoins et de ses pathologies .	52
3.1.1 Les objectifs et les enjeux visés par la diversification de l'offre de services.....	52
3.1.2 Le choix d'une offre de services complémentaire et alternative, ouverte vers l'extérieur.....	54
3.1.3 Le choix d'un travail en réseau pour compléter cette offre	56
3.2 La mise en place de l'offre de services : de l'adhésion à la réalisation.....	59
3.2.1 Mobiliser les salariés pour organiser le parcours de vie, de soin, de santé des futurs résidents.....	59
3.2.2 Organiser une communication construite pour évaluer les besoins présents et à venir en termes d'accompagnement alternatif	61
3.2.3. Prévoir le matériel technique et les aménagements nécessaires pour le confort et la sécurité des résidents	63

3.3. Les conséquences de la réorganisation des parcours de vie : la perspective d'un nouveau projet d'établissement	66
3.3.1 Evaluer le processus de diversification et ses conséquences sur la vie des résidents	66
3.3.2 Mettre en place des instances spécifiques avec les résidents pour garantir l'évaluation des nouvelles actions.....	69
3.3.3 Organiser un nouveau projet d'établissement en accord avec la diversification de l'offre de services et le parcours de vie des résidents	71
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	75
Liste des annexes.....	78

Liste des sigles utilisés

- A.G.G.I.R.** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
- A.I.T.E.C.** : Association Internationale de Techniciens, Experts et Chercheurs
- A.M.P.** : Aide Médico-Psychologique
- A.N.E.S.M.** : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale
- A.N.R.** : Agence Nationale de la Recherche
- A.P.A.** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- A.R.S.** : Agence Régionale de Santé
- A.S.** : Aide-Soignante
- A.S.H.** : Agent de Service Hospitalier
- C.A.S.F.** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- C.E.S.U.** : Chèque Emploi Service Universel
- C.H.U.** : Centre Hospitalier Universitaire
- C.H.S.C.T.** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- C.L.I.C.** : Centres Locaux d'Information et de Coordination
- C.N.A.V.** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- C.N.R.S.** : Centre National de la Recherche Scientifique
- C.N.S.A.** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- C.P.A.M.** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- C.R.E.D.O.C.** : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
- C.T.E.** : Comité Technique d'Etablissement
- C.T.P.** : Convention Tripartite Pluriannuelle
- C.V.S.** : Conseil de la Vie Sociale
- D.R.E.E.S.** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- D.A.F.** : Directeur Administratif et Financier
- D.R.H.** : Directeur des Ressources Humaines
- E.H.E.S.P.** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- E.H.P.A.D.** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- E.S.S.M.S.** : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- E.T.P.** : Equivalent Temps Plein
- G.C.S.M.S.** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
- G.I.R.** Groupe Iso Ressources
- H.A.C.C.P.** : Hazard Analysis Critical Control Points, en français : Analyse des Dangers, Points Critiques pour leur maîtrise
- H.A.D.** : Hospitalisation A Domicile
- H.C.A.A.M.** : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- I.D.E.** : Infirmière Diplômée d'Etat

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
M.A.I.A. : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
M.A.R.P.A. : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
P.S.D. : Prestation Spécifique Dépendance
R.B.P.P. : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles
S.S.I.A.D. : Services de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile
S.A.A.D. : Services d'Aide et D'Accompagnement à Domicile
U.R.I.O.P.S.S. : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs
Sanitaires et Sociaux
U.S.L.D. : Unité de Soins de Longue Durée
T.V.A. : Taxe sur la Valeur Ajoutée
W.O.U.P.S. : WOrkers Under Pressure and Social care

Introduction

Notre vision actuelle de la vieillesse est assimilée à l'état de dépendance. L'âge n'est rien tant qu'on est autonome. Aujourd'hui, on voit des personnes âgées actives, qui disposent de moyens financiers qui leur permettent d'entretenir leur forme physique et mentale. Elles se projettent dans une vie épanouie, elles profitent de leurs petits-enfants, voire de leurs arrière-petits-enfants. C'est l'ère du « successful aging » ou du « bien vieillir ». Et il est de bon ton de tout mettre en œuvre pour « s'entretenir », pour vivre heureux le plus longtemps possible.

Aussi, le temps de la dépendance est-il redouté. Il est assimilé à la maladie, à l'isolement, à l'institutionnalisation. C'est la rupture entre la vie à domicile, paisible et choisie et la brutale arrivée en établissement médicalisé, subie et déstabilisante. Alors que d'autres époques et d'autres cultures valorisent ce moment et l'envisagent comme un phénomène naturel et attendu, les sociétés occidentales l'appréhendent comme une période de grande fragilité qui survient brutalement à la fin de la vie et qu'il est nécessaire de protéger.

Il n'en a, cependant, pas toujours été ainsi. Autrefois, on travaillait jusqu'à ce que sa santé ne le permette plus. Puis la famille prenait soin des parents, dépendants. Vivre avec les plus âgés, chez soi, était le schéma classique. L'espérance de vie était de 40 ans en 1900. La prise en charge durait rarement plusieurs années.

Les personnes sans famille étaient placées en hospice où le confort et les conditions de vie étaient sommaires. La situation de la personne âgée, était, de toute façon, peu enviable. Complètement dépendante, elle était considérée comme une charge et souvent infantilisée. En famille ou à l'hospice, la personne n'avait aucun moyen, ni aucun droit.

La situation des personnes âgées évolue après la seconde guerre mondiale. C'est la résultante des politiques publiques menées en faveur des personnes âgées avec en mesures phares, l'instauration d'une pension retraite pour les personnes qui ne peuvent plus travailler, la prise en charge de la dépendance, et la rénovation du secteur social et médico-social favorisant le libre choix du projet de vie. La personne âgée peut désormais choisir de rester chez elle et de bénéficier d'une prise en charge globale, par des personnes qualifiées, qui prennent le relais de la famille, désormais moins disponible.

Mécaniquement, les lois favorisant le maintien à domicile des personnes âgées ternissent l'image de l'institutionnalisation. Parmi l'offre d'hébergement, l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est associé à la dépendance et à la fin de vie. Les personnes âgées ont peur d'y finir leurs jours, les familles trouvent que le coût est trop élevé.

Mais bien que la loi encourage le maintien de vie à domicile, cette forme de prise en charge connaît des limites. Les statistiques montrent que les familles restent très investies dans l'accompagnement et que rien n'est mis en place pour les soulager. Bien qu'aimantes et bienveillantes, elles n'amènent qu'une réponse partielle aux besoins de la personne. De plus, cette disponibilité permanente des « aidants » peut créer des tensions néfastes à la relation et cela peut entraîner des situations de maltraitance.

La prise en charge à l'EHPAD a l'avantage de fournir un cadre sécurisant et global. D'autant que la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, encourage la diversification de l'offre de service en EHPAD. Cela permet d'adapter les services de l'établissement au public reçu et d'inscrire l'usager dans le parcours de vie cohérent qui correspond à ses besoins. Ce parcours de vie est basé sur la coordination et la coopération de l'ensemble des intervenants dont aurait besoin le résident pour entretenir des liens sociaux, maintenir son autonomie et se sentir acteur de son histoire.

La prise en charge à l'EHPAD de St Ambroix, que je dirige depuis 3 ans, a beaucoup évolué en 200 ans. Etablissement public relevant de la fonction publique hospitalière, la structure a une histoire de soin ancrée dans le territoire. D'abord hôpital, puis hospice, il a accueilli les indigents locaux avant de devenir maison de retraite puis EHPAD. Situé en zone rurale, il accueille aujourd'hui un public varié aux besoins très différents. Habilité pour 130 résidents, je constate que le public reçu est plus jeune et moins dépendant que dans d'autres structures.

Ces personnes, dont le maintien à domicile semble compliqué, sollicitent l'EHPAD pour un hébergement. L'établissement a toujours reçu un public très varié, parfois refusé ailleurs. Tour à tour, maison de convalescence et service psychiatrique, il a une culture des séjours courts et il est ouvert à la coopération avec d'autres services dont les résidents auraient besoin. De plus, le personnel qualifié est en nombre suffisant pour permettre d'individualiser la prise en charge et les résidents apprécient l'engagement des salariés. Sa mission s'appuie sur les bases solides et fiables du service public.

Mais l'offre de services n'est pas complètement adaptée à leurs besoins ni à la mise en place d'un parcours de vie. Les résidents ne se sentent pas chez eux, ils participent peu à la vie sociale, ils ne s'approprient pas les lieux. Ils s'isolent, perdent leurs repères et leurs réseaux. Cela a des conséquences sur le maintien de leur autonomie, sur leur possibilité d'exprimer leur volonté et leurs émotions et au final sur leur santé.

Quels sont donc les freins à la mise en place d'un parcours de vie fluide à l'EHPAD ?

J'ai identifié des éléments qui posaient problème :

- Le service public admet des principes qui peuvent être sujets à une interprétation contradictoire avec la mise en place de ce parcours : Egalité n'est pas équité, continuité et adaptation ne sont pas permanence des soins et réponse à tous les besoins en interne à l'EHPAD. Cela entrave la mise en place d'un parcours de vie individualisé et bloque l'organisation d'une coopération avec l'extérieur.
- De plus, l'organisation même de l'EHPAD remet en question l'accompagnement dynamique de la personne. La phase d'accueil ne rend pas suffisamment lisible l'offre de services globale et la culture soignante sécurise le parcours de santé des personnes surtout dans l'environnement vétuste actuel. On prévient les chutes, les escarres, la douleur. Les rythmes des résidents sont ceux de l'EHPAD. L'image de l'établissement a du mal à se défaire de celle du lieu médicalisé au détriment du lieu de vie
- Enfin, comme dans de nombreuses structures, un défaut de communication interne et externe remet en question la coordination et la cohésion des acteurs du parcours de vie. Il crée des incompréhensions qui génèrent des situations de stress. Les relations entre acteurs du parcours de vie sont éprouvées par ces incompréhensions et sont finalement préjudiciables aux résidents.

Entre maintien à domicile et hébergement permanent à l'EHPAD, l'offre de services proposée sur le territoire est incomplète pour répondre à la logique de parcours. Je vais proposer de diversifier l'offre de services pour redynamiser le parcours de vie des personnes âgées.

Entre stabilité et rigidité de fonctionnement, l'apport d'une nouvelle offre de services permettra une meilleure prise en charge des résidents et une plus grande motivation des équipes à coût constant.

Dans une première partie, je déterminerai les éléments qui ont permis de penser le parcours de vie comme une notion primordiale dans la prise en charge des résidents d'EHPAD. Dans une deuxième partie, je dirai en quoi, l'EHPAD de St Ambroix a du mal à mettre en place un parcours de vie fluide pour ces résidents. Enfin, dans une troisième partie, je donnerai ma vision pour résoudre ce problème, c'est-à-dire la mise en place d'une diversification de l'offre de services, pensée pour améliorer la prise en charge des résidents et donner une autre image de l'EHPAD.

TITRE 1 LA NOTION DE PARCOURS DE VIE : UNE IDEE DYNAMIQUE DANS UN ENVIRONNEMENT STABLE

1.1. La construction du parcours de vie au fil du temps

1.1.1. L'évolution du regard de la société sur la vieillesse et sur la dépendance : un curseur variable en fonction des époques, des cultures et des territoires

Quand est-ce qu'on est vieux ? Quand est-ce qu'on est dépendant ? Ces interrogations varient en fonction de la perception qu'en ont les hommes. Les cultures, les territoires et les époques appréhendent différemment ces notions.

Thomas Louis Vincent¹ évoque le baptême en pays Serer, au Sénégal. La communauté formule des vœux pour l'enfant en ces termes « Qu'il vive longtemps, ait de l'intelligence, ait père et mère, ait plus de jours que les plus âgés du village. Qu'il soit vieux au point que sa tête soit toute fleurie, au point qu'il ne puisse plus marcher ». Vivre vieux est le plus bel espoir des individus y compris quand la dépendance s'installe. Celle-ci est naturellement prise en charge par la communauté. La vieillesse s'apprécie « comme un don des dieux et les hommes aiment se vieillir quand on les interroge sur leur âge ». Cette période de la vie d'un individu est un « âge doré » dans laquelle sa seule préoccupation est de prendre de l'âge.

De la même façon, à Okinawa, une inscription sur un rocher évoque la façon dont les Japonais conçoivent l'âge et la vieillesse : « À 70 ans, vous n'êtes qu'un enfant. À 80, vous êtes à peine un adolescent. Et à 90 ans, si les ancêtres vous invitent au paradis, demandez-leur d'attendre jusqu'à 100 ans, âge auquel vous reconsidérerez la question ».

Si l'on considère que le Japon a une population vieillissante², que le pays est connu pour avoir l'espérance de vie la plus longue³, et que l'île d'Okinawa compte le plus de centenaires au monde (voire de super-centenaires : plus de 110 ans), la notion de vieillesse devient relative. Elle est prégnante dans la société nipponne et elle se vit comme un parcours et non une échéance quel que soit le niveau de dépendance.

Les réseaux sociaux y sont solidaires, l'entraide et le partage sont valorisés. L'âge inspire aux plus jeunes un profond respect et nul ne se demande comment il va vivre à 100 ans. Les enfants gèrent les parents, parfois même les parents des autres. D'un autre côté, les parents ne changent pas leurs habitudes et ont une vision très positive de la vie.

¹ Thomas Louis-Vincent. La vieillesse en Afrique noire. In : Communications, 37, 1983, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1553

² En 2014, 25 % de la population a plus de 65 ans, 40% en 2060 (Wikipédia).

³ http://www.statistiques-mondiales.com/esperance_de_vie_par_pays.htm, 84 ans pour le Japon, 82 ans pour la France

Dans les pays occidentaux et en France en particulier, l'image de la personne âgée et dépendante s'est modifiée au cours des siècles. Montaigne (Essais II, 17) pense, comme la plupart des auteurs de la Renaissance, que l'homme est « engagé dans les avenues de la vieillesse » à 40 ans. Au XVII^{ème} siècle, les « arithméticiens politiques »⁴ décident que le « groupe des vieux » commencent à 60 ans et le groupe de la grande vieillesse à 70 ans⁵.

A l'exception du baby-boom ou « pic de natalité »⁶, (1945-1975), le vieillissement de la population française est constaté dès la fin du XVIII^{ème} siècle⁷. Les progrès alimentaires, l'amélioration de l'hygiène, les progrès médicaux (antisepsie, vaccination...) réduisent le taux de mortalité ; la diminution du besoin en main d'œuvre (recul de l'agriculture familiale), un meilleur accès à l'éducation et à l'école, le travail des femmes (...) réduisent le taux de natalité. L'espérance de vie double en un siècle : 40 ans en 1900, 78 ans en 2000.

Cette question démographique, de l'augmentation en nombre et en pourcentage des personnes âgées dans la population française, révolutionne l'approche de la vieillesse et également de la dépendance⁸. Celles-ci connaissent un glissement « de 10 à 20 ans », la grande vieillesse et l'âge des handicaps se situant désormais « autour de 80 voire 85 ans ». Les personnes âgées n'ont plus rien de commun avec celles d'hier. Les images mentales collectives véhiculent désormais l'image d'une première vieillesse active et riche puis d'une fin de vie couteuse, dépendante et angoissante.

A ce propos, Bernard Ennuyer, docteur en sociologie, pose un regard sévère sur l'interprétation qui est faite aujourd'hui de la dépendance⁹. Parmi tous les sens que le terme revêt, notamment celui d'« interdépendance et de lien social entre les individus », celui qui a été retenu par les gériatres dès 1973 est l' « incapacité à vivre seul » et selon l'article 348 du code de la sécurité sociale « l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie ». Cette vision médicale appelle des solutions curatives ponctuelles qui ne s'inscrivent pas dans un « parcours social et biologique » naturel nécessitant « une construction sociale adaptée ». Au contraire, elle

⁴ Qui travaillent sur les prémisses de la démographie contemporaine

⁵ Londres ou Paris ? Un grand débat dans le petit monde des arithméticiens politiques (1662-1759), Jacques Dupâquier, Population, 1-2. 1998, 311-326

⁶ Augmentation importante du taux de natalité dans certains pays, juste après la fin de la 2^{ème} Guerre mondiale, Wikipédia

⁷ Alfred Sauvy, Théorie générale de la population (2 vol.) – Paris : PUF, 370 p. et 397 p

⁸ Evolution de l'image des personnes âgées au cours du XX^e siècle par Philippe ALBOU, Comité de lecture du 25 mars 2000 de la Société française d'Histoire de la Médecine. Histoire des sciences médicales- Tome XXXV - N° 1 - 2001

⁹ La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social, Regards sur l'Actualité n°363, le 5 juillet 2010.

participe à la construction mentale d'un 5^{ème} risque¹⁰ qui aurait contribué à la ségrégation les personnes âgées dépendantes, s'il avait existé.

Cette approche est entérinée par les politiques sociales qui posent les principes d'une évaluation standardisée de la dépendance, la prennent en compte comme une charge économique pesante. La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 définit la dépendance dans les mêmes termes¹¹ et crée la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)¹². Puis la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 crée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)¹³, qui conforte l'idée d'une vieillesse « incapable » et coûteuse. Cette dépendance est mesurée au travers d'outils tels que la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources).

L'évaluation est basée sur 17 points de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, manger seul, se déplacer...et classe les personnes dans 6 groupes d'individus, du GIR 1, pour les plus dépendants, au GIR 6, pour ceux qui n'ont pas perdu leur autonomie. Deux enjeux principaux mènent cette normalisation de la dépendance.

Le premier est d'ordre économique : un million de personnes de plus de 60 ans sont alors dépendantes et représentent un coût financier en augmentation (1,8 millions de personnes prévues en 2040 d'après l'INSEE). Le deuxième tient à la qualité de vie des personnes par rapport à ces coûts : un des enjeux majeurs pour la société est de mettre en place des outils qui facilitent la vie des plus dépendants sans coût supplémentaire.

En effet, l'évolution de la notion de dépendance tient aussi au fait qu'autrefois, elle était entièrement assumée par la famille, et invisible au regard de la société. Mais cette prise en charge ne se faisait pas toujours dans les meilleures conditions, et l'institutionnalisation des personnes âgées est venue combler certaines lacunes et améliorer la qualité de vie des plus dépendants.

1.1.2. De la prise en charge familiale à la prise en charge institutionnelle

Un conte du moyen âge raconte qu'un homme ne pouvant plus s'occuper de son propre père, trop vieux et malade, le chasse de chez lui. Il fait froid et l'homme demande à son fils de lui donner un manteau. Le fils ne donne alors qu'une moitié de manteau à son grand père.

¹⁰ 5^{ème} branche de la sécurité sociale destinée à couvrir la dépendance et la perte d'autonomie après la maladie, l'accident du travail, la vieillesse et la famille, cf. Wikipédia

¹¹ « L'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière ».

¹² Loi 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

¹³ Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

L'homme demande alors des explications. Le fils, bouleversé par le départ de son grand père, répond : « l'autre moitié du manteau est pour toi. Quand tu auras l'âge de grand père, je te le donnerai et tu connaîtras le même sort que lui ». Finalement l'homme renonce et garde son père près de lui. Cette histoire, très violente, à l'instar des histoires sur les enfants abandonnés dans la forêt, était transmise pour sensibiliser la population au sort des plus faibles et notamment des personnes âgées. Elle illustre la détresse d'une époque, où la famille, seule soutien des plus fragiles, avait beaucoup de mal à assumer ceux qui ne travaillaient plus et ne les traitait pas toujours bien.

Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, s'occuper d'un proche âgé, bien que naturel, était une charge financière (si la personne n'avait pas de patrimoine) et morale parfois bien vécue, parfois difficile à vivre. La prise en charge familiale, quoiqu'aimante, était un bouleversement dans les habitudes et les rythmes de chacun, ce qui pouvait affecter la relation aidant-aidé. D'autre part, la personne âgée, complètement assistée, disparaissait comme sujet de droit et redevenait un enfant incapable de décider pour elle-même. Elle devait, dans la plupart des cas, se soumettre à une nouvelle autorité, celle de sa propre famille.

A partir de 1945, sous la pression démographique et financière, les pouvoirs publics mettent en place une politique d'assistance et de ressource destinée à couvrir la population contre l'insécurité du lendemain. Les parents ne sont plus financièrement « à charge ». La mise en place de la Sécurité Sociale marque un tournant dans la vie des personnes âgées. L'accès facilité aux soins puis l'accès au minimum vieillesse¹⁴ change la donne et entérine la volonté publique d'assistance aux plus fragiles. Le premier régime de retraite par répartition entre en vigueur en France en 1946¹⁵.

D'autre part, les familles sont moins disponibles pour s'occuper des aînés. Les femmes travaillent de plus en plus et bien qu'elles restent des « femmes providentielles »¹⁶ avec des enfants et des parents à charge, l'organisation domestique ne permet plus de gérer une charge familiale supplémentaire. Des solutions adaptées sont alors trouvées et notamment le placement en maison de retraite.

L'ensemble combiné de ces phénomènes fait penser, depuis lors, que la famille se désolidarise de ses aînés et démissionne de son rôle de soutien familial ancestral. Encore aujourd'hui, les médias véhiculent de nombreux clichés. Dans les mentalités, quand la personne âgée est trop dépendante, elle est confiée, dans le meilleur des cas, aux institutions spécialisées où elle décède rapidement, délaissée de tous. En fait, la réalité sociale est tout autre.

¹⁴ « Minimum vieillesse » étendu à toute personne de plus de 65 ans sans ressource dès 1956

¹⁵ Vote de la première assemblée législative élue après la Libération

¹⁶ Laufer Jacqueline, Silvera Rachel, « Femmes providentielles, enfants et parents à charge. », *Travail, genre et sociétés* 2/2001 (N° 6), p. 17-18 URL : www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-2-page-17.htm. DOI : [10.3917/tgs.006.0017](https://doi.org/10.3917/tgs.006.0017).

Plusieurs éléments atténuent l'idée reçue de l'institutionnalisation systématique des personnes âgées :

- Certes, le recours aux établissements spécialisés est en augmentation constante depuis 30 ans. Mais seulement 30% des personnes de plus de 90 ans est en institution ce qui signifie que « 70% des plus de 90 ans et plus, résident encore chez elles ou chez leurs proches »¹⁷.
- De plus, la famille reste investie : les personnes âgées sont entourées de nombreux bénévoles. Voisins, familles, amis interviennent régulièrement ou épisodiquement pour des actes de la vie quotidienne ou des événements exceptionnels dans la vie des personnes âgées. L'étude de la C.N.A.V précise que « 60% des personnes de plus de 75 ans ont dans leur entourage au moins une personne qui les aide régulièrement ». Il s'agit d'une aide non négligeable « estimée à 50 heures par mois soit trois fois plus que l'aide professionnelle »
- Enfin, le recours à l'institutionnalisation peut être la meilleure solution dans certaines circonstances. L'allongement de la vie et les progrès médicaux ont changé la prise en charge familiale au quotidien. Les aidés ont vieilli et les aidants aussi. Lorsqu'à 40 ans, on s'occupait de sa mère de 65 ans qui était déjà malade, il n'est pas rare aujourd'hui qu'à 65 ans, on prenne en charge ses deux parents âgés respectivement de 85 et 90 ans dont l'un souffre de pathologies chroniques dues à l'âge et l'autre d'un état démentiel de type Alzheimer. Sans parler des détresses émotionnelles et des angoisses du couple qui créent pour l'aidant une pression supplémentaire.

L'épuisement général de l'aidant peut affecter la relation avec l'aidé et créer des situations de maltraitance où l'aidant va finalement maintenir la personne âgée dans un rythme de vie qui ne lui correspond pas et encore l'isoler pour le protéger. Cela peut engendrer chez la personne âgée « l'apparition de troubles du comportement, l'aggravation des troubles cognitifs ainsi que des troubles physiologiques et moteurs... »¹⁸ qui participent à la perte d'autonomie et à l'augmentation de la dépendance.

Dans le cas de l'aidant apparaissent « des limites d'ordre physiques, psychologiques et sociales »¹⁹. Parfois, il développe lui-même des troubles du comportement tels, qu'il n'est pas rare qu'il disparaisse avant l'aidé. Cela fragilise, encore plus, la personne âgée.

¹⁷ Etude menée en 1988 par la CNAV dans le Doubs et la Loire- Atlantique sur. 2 000 personnes âgées de plus de 75 ans, vivant à domicile ou en institution.

¹⁸ Le juste temps du placement, Les limites du maintien à domicile, Mme Corine Ammar Scemama, médecin psychiatre, Mlle Faustine Vially, psychologue spécialisée en gérontologie, .M Benoît Michel, étudiant en psychologie, 2009, www.espace-ethique-alzheimer.org

¹⁹ Etude menée en 1988 par la CNAV dans le Doubs et la Loire- Atlantique sur. 2 000 personnes âgées de plus de 75 ans, vivant à domicile ou en institution.

Le recours aux établissements spécialisés ou à tout autre type d'accueil (accueil familial thérapeutique²⁰ ou social)²¹ peut alors prendre du sens. L'aidant, parfois lui-même en danger physique et moral, peut y trouver un répit. D'autre part, l'institutionnalisation des personnes âgées est encadrée par la loi et apporte une réponse professionnelle à des situations de dépendance parfois difficiles à gérer. Contrairement à la prise en charge familiale, cette réponse est globale.

Le service proposé en institution coordonne l'accompagnement de la personne dans tous les aspects de sa vie. Elle n'est pas qu'un patient, qu'une personne âgée, qu'une personne dépendante ; elle est un parent, un ami, un citoyen, une personne de droits et de devoirs. Les établissements spécialisés construisent donc une offre de services autour de prestations permettant d'exprimer toutes ces diversités, autour d'un parcours de vie.

1.1.3. L'approche globale de l'accompagnement : le parcours de vie, de soin, de santé

L'ARS, qui pilote et coordonne les secteurs sanitaires et médico-sociaux, définit d'abord le parcours comme « l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie,... avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix »²². Elle précise également qu'il nécessite l'action coordonnée de nombreux acteurs « de la prévention, du sanitaire du médico-social et du social »²³.

La notion de parcours a deux objectifs principaux que la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST ont soulignés. Le premier est relatif à l'optimisation des services (en termes de structure, de qualité de service et d'évaluation, de personnel, de lieu d'intervention...), le deuxième, à l'efficacité des actions en termes de coût pour l'utilisateur et la collectivité.

Il est notamment précisé, dans la loi 2002-2, que la personne doit avoir le choix des prestations qu'on lui propose et donc qu'il est important de mettre en œuvre des choix possibles. La loi encourage la diversification d'offres de services et des modes de prise en charge, évalués régulièrement pour maintenir un niveau de qualité suffisant. D'autre part, la loi HPST renforce

²⁰ L'accueil familial thérapeutique est un « mode de traitement sous la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins, offert à des malades mentaux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en famille d'accueil » : Jean Claude CEBULA, Guide de l'accueil familial, Paris, Dunod, 2000, p.21

²¹ L'accueil familial social correspond à « l'accueil par des particuliers, à leur domicile et à titre onéreux, de personnes âgées et handicapées adultes », Loi n°89-475 du 10 juillet 1989, <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000322092>

²² <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>

²³ Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z, ARS, septembre 2012

la coordination entre services sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur le territoire Cette coordination doit permettre de rendre lisible le schéma gériatrique, de simplifier et d'améliorer la continuité des parcours des usagers et des patients et éviter les doublons ou les manques coûteux pour la société. Cela suppose, en plus de la coordination, de la coopération.

La création des ARS constitue le point d'orgue de cette coopération multi disciplinaire. La notion de parcours va être déclinée en multiples notions combinables et complémentaires. Il s'agit par exemple du « chemin clinique » ou de la « filière de soins ». Et ce sont également des « parcours de soins coordonnés et personnalisés », des « parcours de santé » et plus généralement des « parcours de vie ». Toutes ces notions évoquent la rationalisation des interventions, la continuité du service et la prise en charge coordonnée et individualisée des personnes fragiles et des personnes âgées en particulier.

Le parcours de vie fait référence, à l'accompagnement global de la personne, « des étapes successives de la vie, à un moment donné de la vie »²⁴ : Un parcours de vie est. :

- Une histoire individuelle où l'avenir se construit avec la personne en fonction de son « profil biographique »²⁵ : (projet de vie, autonomie, santé, vie sociale...). Une étude personnalisée permet de connaître l'ensemble de ces éléments.
- Une histoire de choix : c'est la personne qui se positionne et qui sait ce qui est le mieux pour elle.
- Une histoire continue afin d'éviter toute rupture traumatisante pour la personne âgée.
- Une histoire à réguler : les différentes dimensions évoluent et un ajustement est souvent nécessaire.
- Une histoire coordonnée par l'ensemble des intervenants du parcours : de la prévention à la réparation en santé, en soins et en vie sociale (famille, amis, professionnels, partenaires, ...). L'ARS précise que c'est « un axe transversal structurant des systèmes de santé ».
- Une histoire de qualité évaluée : l'évaluation permet de maintenir la performance des réponses aux besoins de la personne, de la coordination pluridisciplinaire et des coûts.

L'approche « parcours » peut se résumer ainsi : une personne doit pouvoir recevoir « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût ».²⁶

²⁴ Définition CNSA, 2012

²⁵ Ibidem

²⁶ <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148180.0.html>

La qualité est primordiale, l'efficacité également et il ne faut pas oublier certains éléments plus subjectifs qui donnent à l'accompagnement une réelle plus-value éthique. Le parcours de vie, construit avec la personne dans la confiance et la bienveillance, a du sens pour elle et elle peut s'y projeter. Le chemin n'est forcément pas linéaire, il est même parfois incertain et peut brutalement s'interrompre mais il doit être pétri de vie et de projets.

Le périmètre des parcours de vie repose sur l'intervention de services et d'établissements sociaux et médico-sociaux. Tous ces acteurs ne répondent pas à la même logique de fonctionnement d'autant que le maintien à domicile est plébiscité par les personnes âgées et leur entourage. L'EHPAD est souvent l'établissement de la fin de vie.

1.2 Le positionnement de l'EHPAD dans le paysage de la prise en charge des personnes âgées

1.2.1 La poursuite de l'évolution en faveur du maintien à domicile pour prévenir la dépendance et maintenir une vie sociale (HAD, SSIAD...)

En 1962, le rapport Laroque pointe les problématiques des personnes âgées, qui deviennent un enjeu majeur des politiques sociales et médico-sociales. Pierre Laroque, alors Président de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, élargit le champ d'action des politiques publiques et propose d'organiser « le maintien à domicile et le maintien en activités ». Il veut favoriser une politique d'intégration des personnes âgées en proposant « la participation à la vie sociale et culturelle et l'amélioration de l'habitat des personnes âgées ».

Cette question du maintien des personnes à domicile devient centrale et les pouvoirs publics vont inciter les personnes âgées à rester chez elle, le plus longtemps possible, y compris les personnes souffrant de troubles cognitifs²⁷, en développant plusieurs actions visant la mise en place de services de proximité, l'amélioration de l'habitat²⁸ et le financement des frais engagés pour les interventions à domicile : adaptation du logement, portage de repas, accueil de jour, téléassistance...

La notion de domicile est élargie. Elle se définit comme l'endroit où habite le bénéficiaire (chez lui ou dans sa famille). La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie assimile le domicile des personnes « au domicile d'une famille d'accueil, aux établissements pour personnes âgées dépendantes, d'une capacité d'accueil inférieure à 25 places autorisées, au logement foyer pour personnes âgées qui accueille des personnes valides ».

²⁷ Objectif numéro 3 du plan Alzheimer 2008-2012, mesures 6 et 7 : « Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile ».

²⁸ Création de l'ANAH (agence nationale pour l'amélioration de l'habitat) en 1971

L'évolution des politiques publiques consacre, dans ce cadre, la recherche d'un accompagnement de qualité dans le respect des droits fondamentaux des personnes âgées :

- Dans le domaine de l'action sociale, l'aide à domicile se développe avec, d'abord, une incitation fiscale pour l'emploi des services à domicile (réduction d'impôts sur le revenu et baisse de la Taxe sur la Valeur Ajoutée, TVA)²⁹. Puis, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale donne un cadre légal à l'aide à domicile des personnes fragilisées avec notamment l'organisation de services prestataires d'aide à domicile.
- L'expression « services à la personne » est créée par la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005. Elle est intégrée dans le code du travail et met en place une organisation spécifique du secteur avec une procédure simplifiée pour l'embauche « d'aides à domicile », l'utilisation du Chèque Emploi Service Universel (CESU), et la mise en place d'un numéro de téléphone unique : le 3211 pour en faciliter les démarches.
- Le secteur s'organise autour de structures publiques ou privées dans le domaine sanitaire ou social : les Services de Soins Infirmiers A Domicile, SSIAD (décret n° 81-448 du 8 mai 1981), les Services d'Aide A Domicile, SAAD (Décret n°2004-613 du 25 juin 2004), l'Hospitalisation A Domicile, HAD (circulaire n°74-59 du 14 mars 1986 parue au J.O. du 19 mars 1986), les centres d'accueil de jour (régis par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002)... Ces structures se développent en réseau et maillent le territoire.
- Les organismes de coordination, Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), rendent lisible l'offre de services par la mise en place d'un « guichet d'accueil, d'information et de coordination »³⁰. Des réseaux s'organisent pour une prise en charge cohérente et coordonnée de certaines pathologies. C'est le cas des maladies d'Alzheimer et troubles apparentés. Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) favorisent le circuit de l'information entre professionnels et assurent la coordination des soins à domicile. Une meilleure coordination des services est une réelle plus-value pour le parcours de vie des personnes : elle va dans le sens d'une prise en charge fluide et de qualité pour la personne âgée et donc elle soulage les familles qui peuvent se reposer sur un ensemble d'intervenants. Elle permet une plus grande efficacité des moyens matériels et humains (suivi dans les résultats d'analyse, médicaments contrôlés, mutualisation des moyens...) et donc allège les coûts pour le contribuable.

²⁹ Loi de finances rectificatives du 30 décembre 1991, réduction d'impôts de 50 % sur le salaire versé à une personne pour un service à domicile. Depuis 2000, la TVA appliquée aux entreprises du secteur passe de 19,6 à 5,5 %, référence : Wikipédia

³⁰ Portail CLIC <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>

A ce jour, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est valorisé et financé (APA à domicile). Les initiatives sont encouragées et trouvent de l'écho auprès du public. Ces solutions évitent la rupture, tant redoutée, par les personnes et leurs familles pour un coût qui semble satisfaire les familles et la société. Elles ont, cependant, leurs limites. Les objectifs de la politique de maintien à domicile connaissent une réalisation incomplète :

- Avec la décentralisation, à partir de 1983, l'aide sociale est confiée aux départements. Le désengagement financier de l'Etat crée des disparités entre les territoires. Les moyens mis en œuvre pour les plans d'aide à la dépendance sont différents d'un département à un autre en fonction des ressources et de la politique de maîtrise des coûts (alors que l'objectif premier de l'APA est d'assurer une égalité de traitement entre allocataires). Aujourd'hui, d'après la CNSA, 72% de l'APA provient des Conseils Départementaux, 28% de la CNSA. Cette part est constante alors que le nombre de bénéficiaires est croissant. L'évaluation de la dépendance n'est pas adaptée aux besoins et la part du reste à charge pour les familles augmente si bien que certains usagers préfèrent diminuer leur plan d'aide.
- De plus, l'objectif de professionnaliser les salariés de ce secteur d'emploi de proximité est loin d'être atteint. D'après une étude du CREDOC sur « Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées »³¹, la part des personnes non diplômées dans ce secteur d'activité est encore de 33%, 39% dans le secteur des particuliers employeurs. Cela s'explique par le fait que 60% des salariés ont plus de 45 ans et ne souhaitent plus se former. De plus, la précarité des emplois (emplois à temps partiel le plus souvent) et des rémunérations, entraînent un manque de motivation des salariés qui peut affecter la prise en charge des personnes âgées.
- La question des aidants familiaux et de leur investissement au quotidien n'est prise en charge par aucun dispositif public alors qu'il s'agit un élément important du maintien à domicile. Une étude qualitative³² menée dans 6 pays européens montre pourtant l'importance de l'investissement de ces « aidants familiaux pour tout ce qui relève de l'organisation de l'aide quotidienne des personnes âgées à domicile ».

Le libre choix du maintien à domicile peut être compromis par ces éléments. Les familles, qui ne peuvent pas toujours accueillir les personnes âgées chez elles, doivent également renoncer à en déléguer la prise en charge. Les besoins de la personne sont partiellement satisfaits ce

³¹ « Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable » Isa ALDEGHI, Anne LOONES, CAHIER DE RECHERCHE N°277 Décembre – 2010

³² Programme W.O.U.P.S.- A. N. R. coordonné par Claude Martin (C.N.R.S.) et Blanche Le Bihan (E.H.E.S.P.) Projet financé dans le cadre du programme de recherche ANR blanc 2006 et le Programme Genre et Politiques Sociales de la DREES/MIRE 2006-2009

qui affecte la relation familiale. Tirillée entre culpabilité et soulagement, l'alternative à la prise en charge familiale à domicile est souvent l'institutionnalisation notamment en EHPAD.

1.2.2 L'utilisation qui est faite de l'EHPAD par les usagers, les familles, les partenaires : une évidente hiérarchie des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées

Il n'y a pas si longtemps, l'image de l'hospice était associée à la prise en charge médicale des personnes âgées, sans ressource et sans famille, incapables de survivre sans l'aide solidaire d'institutions charitables. C'est dans des conditions peu réjouissantes et dans un confort plus que sommaire que disparaissaient les indigents âgés. Cette image négative de la prise en charge des plus fragiles est remise en question par les pouvoirs publics à travers la loi n°535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. La crise économique fait apparaître une nouvelle pauvreté massive dont il est urgent de se préoccuper. La loi organise l'offre sociale et médico-sociale et consacre la scission avec le secteur sanitaire.

Désormais, les structures s'inscrivent dans une démarche plus moderne et considèrent les personnes dans un accompagnement global au-delà de la santé. Une personne âgée n'est pas qu'un patient âgé. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 permet ensuite d'harmoniser les pratiques et de valoriser les spécificités de chacune des structures existantes. Il s'agit «de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé » et pas toujours lisible « du secteur social et médico-social»³³. Elle autorise les expérimentations autour de l'accueil séquentiel, de l'innovation partenariale, de la mixité du public.

De cette réorganisation émergent plusieurs offres d'hébergement pour personnes âgées qui s'adaptent à leur territoire en fonction de différences culturelles, démographiques et économiques. La proximité avec d'autres modes de prise en charge (hôpitaux, infirmières, cellule familiale...) conduisent les acteurs à se structurer en évitant les carences.

Les solutions de prise en charge sont nombreuses et sont répertoriées en fonction de plusieurs critères :

- L'établissement est sanitaire (USLD, Service de suite, hôpital de jour), social ou médico-social : (EHPAD, logement-Foyer, Maison d'accueil rurale pour personnes âgées MARPA, hébergement temporaire)

³³ Jean François BAUDURET et Marcel JAEGER, « Renover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une Refondation », Dunod, coll. Action Sociale, 2002, p.4

- L'établissement est prévu pour les personnes autonomes (logement-foyer, MARPA) ou pour les personnes dépendantes (EHPAD, hébergement temporaire, accueillants familiaux)
- L'établissement propose de l'hébergement collectif (EHPAD, logement-foyer) ou de l'hébergement individuel (accueillants familiaux).
- L'établissement est spécialisé (Etablissement recevant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, MARPA) ou généraliste (EHPAD, logement-foyer)
- L'établissement prévoit des séjours temporaires ou des séjours permanents (structures indépendantes ou service attaché à un EHPAD), de jour ou de nuit (services gériatriques indépendants ou rattachés à un hôpital ou à un EHPAD pour des personnes vivant à domicile).

L'ensemble de ces solutions permet de répondre aux attentes des personnes et de leur entourage à un instant T de la vie de la personne âgée ou de sa famille. Les motivations sont multiples et les solutions trouvées peuvent varier si ces besoins évoluent. Il n'est pas rare que ces dispositifs s'enchaînent dans la vie des personnes, apportant une réponse adéquate (ou parfois la moins pire) au moment voulu en fonction de l'isolement de la personne, de son degré de dépendance et/ou du besoin de répit ou de vacances de la famille. De plus, certaines pathologies nécessitent des besoins en personnel ou en matériel médical qui orientent le placement de la personne âgée dans tel ou tel type d'établissement.

S'instaure alors une hiérarchie des dispositifs en fonction des besoins plaçant le maintien de vie à domicile, encouragée par la volonté politique, comme la solution idéale.

- Les hébergements pour personnes âgées non dépendantes qui sont pensés comme des logements classiques (non médicalisés). Le logement-foyer est, en général, un mode de vie choisi par la personne qui est autonome. Elle finance son logement et bénéficie de la sécurisation de son cadre de vie. Elle a accès à des services en plus (santé, animations, entretien du linge, coiffure, restauration...). Elle peut, dans certains cas, participer à la vie collective en préparant les repas ou en organisant elle-même des animations. Cette forme d'hébergement peut être adaptée à la personne âgée qui se retrouve seule ou isolée (veuvage, famille loin ou inexistante, zone rurale).
- Les hébergements temporaires viennent ensuite : ils peuvent être choisis par la personne âgée dans les cas de sortie d'hospitalisation, de travaux dans le logement, en cas d'absence de la famille. Mais c'est le plus souvent le choix de la famille qui a besoin d'un répit. C'est aussi le moyen de se familiariser avec un établissement dans le cas où ce type d'hébergement est proposé par un EHPAD.

- Le placement en famille d'accueil est une solution choisie par la famille pour l'individualisation de la prise en charge et le côté familial de l'accueil. Cependant l'hébergement n'est pas adapté quand la personne a des troubles du comportement ou lorsqu'elle a besoin de soins médicaux permanents.
- Enfin (et souvent à contre cœur), l'institutionnalisation en EHPAD est la solution ultime pour les personnes qui ne peuvent plus vivre en autonomie et qui sont même en danger à rester seules. Cette solution est rarement choisie par la personne mais plutôt par la famille qui ne peut pas ou plus faire autrement et qui préfère gérer sa culpabilité plutôt que de mettre en danger un proche. Médicalisé, le lieu est associé à la fin de vie et à la perte totale d'autonomie.

Cette vision négative de ce type d'établissement n'est pourtant pas le reflet de son engagement auprès des personnes. En définissant plus particulièrement ses missions, on prend la mesure de son rôle social et de la place qu'il occupe dans le parcours de vie des personnes âgées pour peu qu'il se soit engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité de ses prestations.

1.2.3 Les missions confiées à l'EHPAD : le maintien de l'autonomie dans le respect des droits fondamentaux des personnes et l'individualisation de la prise en charge

Le choix de l'hébergement en EHPAD, est bien souvent dicté par l'urgence d'une prise en charge sanitaire à l'issue fatale. La réputation de l'établissement est attachée à cette image d'établissement de la fin de la vie. Certes, de nombreuses personnes décèdent en EHPAD et une des missions fondamentales est d'accompagner les personnes et leur entourage dans cette épreuve. Mais on ne peut pas résumer l'accompagnement de la personne en EHPAD à une échéance.

Entre l'entrée dans l'établissement et l'accompagnement de la fin de vie, les équipes assurent la prise en charge globale de la personne dans sa vie quotidienne pendant quelques années. Ses règles de fonctionnement sont regroupées dans le CASF et ont un caractère complexe. L'EHPAD est à la fois défini comme un établissement médicalisé qui dispose d'un ensemble d'équipements et de services permettant trois types de prestations correspondant à trois catégories de financement : l'hébergement, la dépendance et le soin mais c'est aussi un lieu de vie animé, dans lequel évolue des personnes fragiles qui vivent des émotions, font des rencontres, ont des projets.

Les lois, qui régissent son fonctionnement, soulignent bien tout le paradoxe de la prise en charge des personnes âgées dépendantes par l'établissement : la nécessité de protéger les personnes âgées dépendantes et l'impact financier que cela génère.

- La notion de droit des personnes : la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales modifiée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaurent les droits des usagers comme priorité absolue. Elle préconise le développement de l'offre de services et l'ouverture vers l'extérieur dans une logique de parcours.
- La dimension financière : l'EHPAD est régi par la loi 97-60 du 24 janvier 1997 dite loi « tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance », complétée par les décrets 99-316 du 26 avril 1999 et 2001-388 du 4 mai 2001 « relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » et modifiée par la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 « relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ».

L'exploitation de l'EHPAD est autorisée pour une capacité limitée dont le nombre est négocié en convention tripartite pluriannuelle (CTP) avec le Conseil Général et l'ARS tous les 5 ans. Pour être en lien avec les lois, cette convention pose des objectifs prévisionnels d'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents. Ceux-ci, contrôlée ensuite par les évaluations internes et externes, sont déclinés plus précisément en missions, et constituent le cœur de métier de l'EHPAD.:

- La préservation et l'amélioration de la qualité de vie dans l'établissement : c'est à dire la prise en charge globale de toute personne âgée, dans un cadre adapté et sécurisant, de l'accueil à l'éventuel départ de l'EHPAD, de la santé physique à la santé mentale, (aide à la toilette, aide aux activités de la vie quotidienne, à la stimulation intellectuelle, développement d'un projet personnel...)
Avec pour objectif le maintien de l'autonomie en respectant ce qu'elle est et ce qu'elle veut dans la limite de la vie en collectivité (intimité, respect de la liberté de la vie privée, du rythme de vie...).
- Pour prévenir certains risques sanitaires et sociaux (prévention des chutes, des escarres, de la dénutrition, aggravation de la dépendance...)
- La préservation et l'amélioration de la qualité des relations humaines, avec les résidents, les proches, ...par la pertinence des outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil,

CVS, contrat de séjour, règlement intérieur...), la participation des familles aux activités proposées, la mise en place d'un ensemble de prestations d'animation internes et externes.

Avec pour objectif de favoriser le lien social et la citoyenneté

Pour prévenir les risques d'isolement, de dépendance, de perte d'autonomie, de perte de liens et de codes sociaux.

- La préservation et l'amélioration de la qualité des personnels par la présence de personnel médical (médecin coordonnateur, psychiatre, infirmière, aide-soignante...), paramédical (ergothérapeute, psychologue...), administratif et technique qualifiés, le programme de qualification et de formation, l'analyse de la pratique, le soutien psychologique du personnel

Avec pour objectif l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la veille réglementaire et technique...

Pour éviter tout risque de maltraitance et de souffrance au travail

- L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique adapté et la coordination du parcours de vie de la personne âgée dans le soin, la santé, la vie sociale en lien avec d'autres modes d'accueil des personnes âgées, y compris le domicile, inscrire la mission de l'établissement au-delà de ses murs,

Avec pour objectif la fluidité des parcours de vie et la réponse aux besoins d'un territoire, une image positive de l'EHPAD avec la valorisation des sorties de l'établissement autre que le décès,

Pour éviter les risques d'aggravation de la dépendance, de dépression et de suicide.

L'ANESM, par ailleurs, consacre 4 volets de ses Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, à la qualité de vie en EHPAD. Ces recommandations donnent des pistes d'amélioration simples, efficaces et reconnues par l'ensemble des secteurs sanitaires et sociaux. En effet, la coordination des pratiques revêt une importance particulière.

Les missions parfois se chevauchent, les objectifs s'opposent. Par exemple, le secteur sanitaire préconise, en son âme et conscience, un rythme de vie différent de celui prévu par le secteur médico-social, tout aussi attentif au bien-être du résident. Tout est une question de dosage et de valeurs, sachant, et il faut, en postulat de départ, en avoir conscience que le placement du curseur à l'endroit idéal n'existe pas. Il est mû par une situation unique, propre à un résident unique dans un établissement en particulier. L'EHPAD est donc un système mouvant dans lequel le résident chemine dans un parcours sensé. Rien ne doit donc être figé, tout doit être adapté en permanence.

Au-delà des objectifs et des missions, l'EHPAD incarne des valeurs portées par le projet d'établissement qui en font une structure unique au service d'un public en particulier. Sa configuration est à géométrie variable en fonction de son territoire, des besoins des résidents et des valeurs qu'il véhicule. Il peut permettre l'hébergement temporaire de ses résidents ou l'accueil de jour ou créer toute autre forme de service pour accomplir ses missions et soulager les aidants. Celui de St Ambroix que je dirige, a adapté son fonctionnement et ses valeurs, au territoire et au public reçu.

1.3 L'EHPAD de St-Ambroix : une identité forte et un fonctionnement d'exception

1.3.1 200 ans d'histoire de soins en zone rurale : de l'hôpital à l'EHPAD

L'EHPAD de St Ambroix est situé dans le centre-ville d'une petite agglomération des Cévennes gardoises de 4000 habitants. C'est un établissement public autonome relevant de la fonction publique hospitalière et géré par un conseil d'administration présidé par le Maire de la Ville. Ce type de structure est régi par le code de l'action sociale et des familles, sous le chapitre V du titre Ier du livre III³⁴. Il est autorisé pour 130 places en hébergement permanent dont 33 places pour des personnes désorientées (Alzheimer) et 35 places pour des personnes âgées psychiatriquement stabilisées. Il est habilité à l'aide sociale par le Conseil Général du Gard. 70% des résidents de l'EHPAD y sont éligibles.

Historiquement, la structure est un hôpital fondé en 1808 qui deviendra un hospice dirigé par les sœurs de St-François Régis en 1854. Pendant la guerre de 1914-1918, il sert d'hôpital militaire avec des dortoirs pour les soldats et des chambres individuelles pour les gradés. Sa vocation d'hôpital puis d'hospice prévaut pendant de nombreuses années.

Pour la région de St Ambroix, l'établissement est une référence locale à l'ancrage territorial marqué. L'établissement est implanté à côté de la Mairie et des principaux commerces de proximité. Il constitue l'un des points centraux de la ville.

D'ailleurs, la plupart des résidents sont issus des communes alentours. Certains l'appellent encore « l'hôpital de St Ambroix ». Depuis 1808, de nombreux travaux d'entretien et de rénovation ont ponctué la vie de l'établissement. Les plus récents datent de 1982 : des travaux d'« humanisation » sont réalisés : les dortoirs sont remplacés par des chambres doubles ou triples équipées d'un cabinet de toilette. Les anciens dortoirs deviennent des salles de réunion et encore aujourd'hui, le Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou le Conseil d'Administration (CA)

³⁴ Art 315-7 à 315-14 du CASF

s'y déroulent (certains meubles y sont d'ailleurs encore : armoire, commodes, horloges...) ce qui donne un côté familial et convivial aux réunions.

Dans le même temps, les espaces collectifs sont entièrement remaniés dans une recherche de fonctionnalité.

L'établissement devient ensuite maison de retraite régie par la loi du 9 janvier 1986³⁵. La prise en charge devient donc médico-sociale. En 2007, le directeur signe la première convention tripartite avec le Conseil Général du Gard et l'ARS instituant la structure en EHPAD³⁶. Cela permet à l'établissement de s'inscrire dans une démarche globale contrôlée par les autorités de tutelle et de mettre en place :

- Une cuisine centrale aux normes HACCP qui a un rôle essentiel dans la vie de la cité. Elle livre chaque jour, les repas des résidents, des élèves des écoles, des différents services de soins à domicile autour de St Ambroix. Cela participe à entretenir des liens étroits avec l'extérieur et entretient une certaine idée de la coopération entre services.
- Un service animation très actif et très apprécié des résidents. Celui-ci est en lien avec de nombreuses associations locales. Il met en place de nombreuses actions favorisant les liens sociaux (rencontre avec les élèves des écoles, repas en commun avec des artistes locaux, expositions artistiques organisées à l'EHPAD...).

Aujourd'hui, l'établissement conserve, de l'hôpital, une certaine culture des séjours courts. Médicalisé depuis longtemps, il gère très facilement les protocoles organisant les soins des personnes âgées dépendantes.

D'autre part, la sectorisation des services en fonction des pathologies des résidents est maintenue à la demande du personnel, habitué à un rythme de travail et à un public. Cela permet d'individualiser la prise en charge en fonction des pathologies.

- Le secteur A3 reçoit 33 personnes souffrant des pathologies de type Alzheimer et apparentés ; elles occupent le 3^{ème} étage du bâtiment et leur déambulation n'est possible que dans les couloirs de cet étage. Aucun accès à l'extérieur n'est possible. C'est le secteur protégé.
- Le secteur A4 (35 personnes parmi les plus jeunes et les moins dépendantes) est celui des personnes qui ont des pathologies géro-psycho-geriatriques en principe stabilisées. La stabilité psychiatrique se caractérise par deux éléments : la continuité du traitement

³⁵ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

³⁶ régi par la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance et à la création de ces établissements, de l'arrêté du 26 avril 1999 prévoyant la fixation de trois catégories de tarifs (hébergement, dépendance et soins) et la loi du 20 juillet 2001 portant réforme de la tarification en EHPAD et relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

et la diminution ou la disparition des symptômes³⁷. En réalité, ces personnes alternent les phases de stabilité et les phases de crise. Elles ont donc été volontairement isolées pour ne pas « perturber » les autres services et occupent le 2^{ème} étage de l'autre aile du bâtiment.

- Enfin les secteurs A1 et A2 sont organisés pour les personnes âgées présentant des pathologies gériatriques plus classiques et réparties en fonction de leur niveau de dépendance. (62 personnes). Ces secteurs sont situés au 1^{er} et 2^{ème} étage du bâtiment principal. A1 est le secteur « médecine » (ancienne appellation de l'hospice), A2, le secteur recevant les personnes les plus dépendantes qui fonctionne comme une U.S.L.D. : la prise en charge médicale est accrue et le personnel soignant en surveillance constante pour les longs séjours.

Enfin, il est à noter que les conditions d'accueil du bâtiment actuel n'offrent plus le confort souhaité par les résidents et les familles. Sur la répartition des 77 chambres dont l'établissement dispose, 30 sont des chambres individuelles. On compte 37 chambres doubles dont quelques-unes sont situées dans le service « Alzheimer » et 10 chambres triples réparties dans tous les services. Celles-ci sont équipées de cabinets de toilette avec un lavabo. Il y a une douche collective par étage dans chaque aile. Le bâtiment est vétuste et en devient dangereux. L'avis négatif de la commission de sécurité incendie avec obligation de réaliser des travaux de mise en conformité immédiate sonne le glas du bâtiment actuel.

Après avoir étudiée la solution de la rénovation des bâtiments, celle-ci n'est pas retenue. La transformation de chambres multiples en chambres individuelles aurait réduit le nombre de places. L'équilibre financier est prévu pour 130 résidents.

La construction d'un nouveau bâtiment est en cours. Soutenu par le Conseil d'Administration, le montant total est de 17 millions d'euros. Un emprunt à la Caisse des Dépôts et Consignations a été accordé pour 12,5 millions d'euros, le reste est financé par les subventions d'investissement des autorités de tutelle (1 million d'euro par l'ARS, 3,5 millions d'euros par le Conseil Général du Gard). Le terrain est mis gratuitement à la disposition du projet par la communauté de communes de St Ambroix. Les travaux, commencés en septembre 2014, devraient s'achever courant 2016.

1.3.2 L'identité actuelle : un établissement atypique d'après l'ARS

En 2015, deux échéances importantes rythment la vie de l'établissement :

³⁷ www.famidac.fr, janvier 2012, Émilie Volat, Mémoire d'initiation à la recherche dans le champ professionnel (extraits) - DCESF – session 2011

La signature de la nouvelle convention tripartite réunissant l'ARS et le Conseil Général du Gard. L'ARS conclut la réunion en réaffirmant que l'EHPAD de St Ambroix est un établissement atypique dans la région Languedoc Roussillon.

Effectivement, il est l'un des EHPAD les plus importants du Gard en termes d'accueil mais également en termes d'embauche. 130 résidents peuvent y être accueillis. L'Hébergement de St Ambroix représente à lui seul 2,3% des capacités d'accueil dans le Gard. (5 585 places en EHPAD dans le Gard pour 119 établissements, source : INSEE, accueil des personnes âgées en 2013 : comparaisons départementales). L'établissement est le 1^{er} employeur de la ville et compte 124 personnes pour 119,54 ETP. Le taux d'encadrement total et le taux d'encadrement des soins y sont supérieurs à la moyenne constatée dans le Gard : (0,87 contre 0,68 au niveau national³⁸ pour le taux d'encadrement total, 0,66 contre 0,48 pour le taux d'encadrement des soins). Malgré un cumul de déficit important sur plus de 10 ans (1 million d'euros), ce taux d'encadrement et les emplois qui y sont attachés sont garantis par le statut de la fonction publique et la marge de manœuvre pour l'embauche ou le licenciement est quasiment inexistante. Compte tenu de la situation financière, il y a une obligation absolue de maîtriser les dépenses et d'assurer les recettes pour ne pas aggraver le déficit. Toute initiative, toute action nouvelle est à envisager à moyens humains constants.

De plus, l'EHPAD reçoit des personnes âgées de 47 à 101 ans dont le sas d'entrée est d'abord médical. Bien que sa mission soit globale, et compte tenu de sa situation géographique, il fait office :

- de maison de convalescence en sortie d'hôpital : après une hospitalisation nécessitant un repos, les familles retiennent la solution la plus simple pour elles en termes de proximité et de coût financier. Elles optent pour l'établissement qui leur permet d'inclure la visite de leurs parents dans des emplois du temps. Si le coût le leur permet, elles sont peu regardantes sur les conditions de vie au départ, quitte à envisager la sortie ou une nouvelle solution d'hébergement. Ce sont l'urgence et la sécurité qui priment.
- de « relais » psychiatrique pour un large public ne pouvant plus être accueilli en institution spécialisée. On constate que la prescription est médicale pour la plupart. 10 personnes parmi les 35 concernées, bien que moins âgées (le plus âgé a 79 ans) n'ont pas de famille et ont donc de grande chance d'y demeurer jusqu'au décès. On constate également un nombre grandissant de demandes de dérogations ; le plus jeune admis à l'EHPAD, a 47 ans.

³⁸ Source : L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, Etudes et Résultats, Drees, n° 689, mai 2009

Cette compétence particulière est doublement reconnue par l'ARS qui approuve ces accueils : le territoire a peu de solution d'accueil adapté à ce public et de nombreux EHPAD refusent de les héberger pour protéger les autres résidents. L'embauche d'un psychiatre a d'ailleurs été entérinée par l'administration et financée. Ce sont les compétences et la disponibilité qui priment.

- d'unité de soin longue durée (USLD) pour les personnes les plus dépendantes, disposant d'un accompagnement médical très soutenu. Le service permet une surveillance permanente et des soins médicaux spécialisés. La durée moyenne du séjour est de 18 mois. Le service fait référence à l'article L 711-2 du code de la santé publique qui précise qu'une USLD est un « établissement sanitaire spécifiquement adapté et destiné aux personnes âgées ne disposant plus de leur propre autonomie, et dont l'état de santé nécessite des soins quotidiens ou une surveillance constante ». Ce sont les soins et l'encadrement qui priment.

Enfin, et malgré sa situation en zone rurale et la vétusté de ses installations, l'établissement ne désemplit pas. Il reçoit des demandes d'hébergement très hétérogènes.

La structure ne gère pas de liste d'attente ni aucune file active, le flux de demande d'hébergement étant pour l'instant régulier. Plusieurs raisons à cela :

- pour une population peu mobile, souvent en difficulté sociale, et parfois sans aucune famille, l'établissement est la seule option possible, d'autant qu'il est habilité à l'aide sociale, ne demande aucune caution à la famille, ni avance d'aucune sorte.
- il dispose de la permanence d'un médecin psychiatre et compte dans ses effectifs $\frac{1}{4}$ de personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques. Le nombre d'accueil de ce type est passé de 20 personnes en 1985 à 28 en 2005 puis à 35 en 2014. Globalement, l'établissement refuse peu de personnes. Le public est très hétérogène.
- la municipalité encourage le développement économique et social de la ville et l'accueil de nouveaux arrivants et les soldes des flux migratoires interrégionaux sont plutôt favorables aux départements du sud et de l'ouest de la France ; cela favorise le rapprochement familial.

Rien ne laisse donc supposer pour l'instant une diminution des effectifs de la structure, d'autant que le nouveau bâtiment devrait attirer de nombreux résidents. Ce bâtiment, qui va passer du « tout vétuste » au « tout neuf » va permettre l'augmentation des prix de séjour. Si les prix actuels sont relativement élevés par rapport aux conditions d'hébergement, ils seront tout à fait raisonnables pour les prestations proposées dans le nouvel établissement (de 54€ à 60€). Au dernier CVS, les usagers et les familles se réjouissaient plutôt du déménagement et trouvaient l'augmentation de tarif plutôt raisonnable.

1.3.3 Les usagers de l'EHPAD : un public hétérogène attaché au territoire

L'EHPAD est autorisé pour 130 personnes avec une moyenne de 128 personnes présentes en permanence soit un taux d'occupation de 98%³⁹. Le nombre de jours d'occupation théorique est de 47 450, il était de 46 486 en 2013, en légère augmentation mais relativement stable depuis quelques années.

En ce qui concerne la répartition homme/femme : on compte 93 femmes soit 70% des effectifs contre 40 hommes, 30% des effectifs comme cela est constaté fréquemment en EHPAD. Dans un sondage de l'institut Ipsos-Senior Association auprès d'un échantillon de 900 personnes de 50 à 75 ans et publié dans l'Express n°2514, 9 au 15 septembre 1999, la réponse à la question « qu'est ce qui, dans le vieillissement, vous fait particulièrement peur ? », hormis la déchéance physique et le risque de dépendance, à 23%, les peurs sont liées au « risque d'isolement social, avec la perte des proches et le sentiment de solitude ». Les femmes, qui survivent encore aujourd'hui à leur mari, supportent mal la solitude. Elles entrent en institution plutôt que de vivre seules chez elles.

Les catégories socio-professionnelles des résidents les plus représentées (à 72%) sont celles des employés et ouvriers, puis celles des artisans, commerçants et professions libérales (16%), celles des cadres (10%) et enfin celles des agriculteurs (2%) dont l'espérance de vie est globalement moins élevée. Plus de 97% d'entre eux bénéficient de l'APA.

La durée moyenne du séjour est de 1 411 jours soit 3 ans et 10 mois. La moyenne nationale d'après le Conseil National de Pilotage des Agences Régionale de Santé est de 2 ans et 9 mois. En sachant que, dans le service USLD, la durée moyenne est de 18 mois, cela signifie que certains restent dans l'établissement plus de 5 ans.

Les résidents entrent pour la plupart soit sur prescription médicale soit parce que les familles ne peuvent plus faire autrement et craignent pour la sécurité de leurs proches. 99 % des personnes n'ont pas choisi d'y vivre⁴⁰. L'admission se fait souvent dans l'urgence. Les résidents littéralement « arrachés » à leur domicile, quelques fois via l'hôpital, sont peu préparés à l'entrée en EHPAD et à la vie en collectivité. Cette étape, mal vécue par les résidents, se traduit par des troubles de la compréhension et du comportement qui créent des tensions entre résidents, entre résidents et personnel.

³⁹ Le nombre de jours d'occupation théorique est de 47 450, il était de 46 486 en 2013.

⁴⁰ Enquête de satisfaction réalisée en 2014 par les cadres de santé dans le cadre de l'évaluation interne

La moyenne d'âge dans l'établissement est relativement peu élevée. La pyramide des âges est répartie de la façon suivante :

Nombre de personnes	Tranche d'âge
4	Entre 47 et 59 ans
24	Entre 60 et 69 ans
20	Entre 70 et 79 ans
60	Entre 80 et 89 ans
21	Entre 90 et 99 ans
1	100 ans et plus

La moyenne d'âge est de 81 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes. 48 personnes ont moins de 70 ans. D'après l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM), la moyenne d'âge en EHPAD est de 85,2 ans. Dans le service A4 (pathologies psychiatriques), certains sont autonomes, d'autres moins, les pathologies psychiatriques sont multiples. L'amplitude d'âge y est la plus importante et l'hétérogénéité des publics la plus grande.

L'EHPAD accueille des personnes d'un âge supérieur à 60 ans. Mais dans certains cas particuliers, il est possible de solliciter auprès du Conseil Général une dérogation pour l'entrée en institution d'une personne de moins de 60 ans avec un tarif d'hébergement et de soins différent. C'est le cas ici : quatre résidents sont concernés, ils font partie du service A4.

En principe, les personnes les plus âgées sont les plus dépendantes. Bien que les EHPAD, en général, comptent des personnes hébergées de plus en plus dépendantes, 1/4 des résidents à St Ambroix sont relativement autonomes. L'autonomie se mesure à partir de la grille A.G.G.I.R. (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), en G.I.R. (groupe iso ressources). Dans l'établissement, en 2013 :

- 12 personnes sont en GIR 5 et 6 (personnes peu dépendantes),
- 40 sont en GIR 3 et 4 (personnes moyennement dépendantes),
- 78 personnes sont en GIR 1 et 2 (60% de l'effectif sont dépendantes à très dépendantes).

En 10 ans, ce dernier pourcentage a progressé (57% en 2004) et la tendance s'intensifie. Mais paradoxalement, il augmente moins vite que celui de la moyenne nationale. Et l'on constate que 40% des résidents sont peu à moyennement dépendants.

Les résidents sont donc plus jeunes et moins dépendants que dans d'autres EHPAD, et ils restent dans l'établissement plus longtemps que la moyenne nationale.

De plus, on constate que chaque année, 20% en moyenne des résidents, sortent de l'EHPAD (soit 25 personnes). Les raisons en sont multiples :

- L'EHPAD entretient depuis l'époque de l'hôpital, une culture du séjour de courte durée. Les personnes rétablies, rentrent chez elles.
- D'autres rejoignent leurs enfants dans une autre région. Le rapprochement familial est cependant favorable aux régions du sud de la France d'autant que les tarifs d'hébergement ne sont pas les plus élevés de France notamment dans le nord du Gard (c'est en région parisienne que l'hébergement coûte le plus cher, la Vendée pratique les prix les moins élevés).
- Certains sont hospitalisés, pour des pathologies non gérables en EHPAD,
- Certains choisissent un autre mode d'hébergement, (domicile, famille d'accueil, familles, autres EHPAD).

Ce dernier choix est souvent dicté par des raisons économiques ou parce que la famille constate l'accélération de la dégradation de la personne âgée et l'attribue à sa présence à l'EHPAD ou même, plus généralement, en EHPAD. La personne manifeste son mal être, elle ne participe à aucune manifestation, elle ne se déplace plus, ne mange plus et semble attendre la fin dans la résignation la plus totale. C'est du moins ce que constatent de nombreuses familles lors des visites.

Les enfants, voire les petits enfants, culpabilisent et choisissent donc un autre mode d'hébergement et parfois accueillent, eux-mêmes, la personne âgée chez eux. Ce revirement de situation est compréhensible mais il est rare de voir revenir le résident à l'EHPAD alors que le besoin d'hébergement en institution peut être de nouveau nécessaire pour les aidants.

La proposition d'hébergement à l'EHPAD semble donc incomplète compte tenu du public reçu.

En résumé, la loi préconise l'accompagnement des personnes âgées dans un parcours de vie homogène et adapté qui favorise le maintien de l'autonomie dans le respect des droits fondamentaux des personnes. Le maintien de vie à domicile est plébiscité par tous mais connaît des limites. L'institutionnalisation, notamment à l'EHPAD, a globalement une mauvaise image qui tient à l'évolution du public reçu, de plus en plus dépendants, et aux missions qui lui sont confiées (médicalisation accrue, accompagnement à la fin de vie...). L'entrée et la sortie de l'EHPAD se font dans une grande violence pour la personne âgée et son environnement loin des buts recherchés.

A St Ambroix, c'est d'autant plus étonnant qu'une partie du public reçu est encore autonome, que l'établissement a une culture des entrées-sorties permanentes (séjour court), une expérience de la coopération entre services, et que la sectorisation des services et le nombre d'ETP permettent l'individualisation de la prise en charge et limitent la perte d'autonomie.

Le fonctionnement même de l'établissement semble entraver la fluidité de la prise en charge dans une logique de parcours de vie. Qu'est ce qui fait échec à cette logique ? Pourquoi les résidents ne s'approprient-ils pas l'établissement, ne s'investissent pas dans la vie sociale et collective, désertent les lieux et gardent en tête une image de mouroir, d'établissement de la fin de vie, où la déchéance s'installe ? Quels sont, précisément, les freins à la mise en place d'un parcours de vie à l'EHPAD ?

TITRE 2 LA DIFFICULTE D'ADAPTATION DE L'ETABLISSEMENT A UN ACCOMPAGNEMENT FLEXIBLE EN PHASE AVEC LES BESOINS DES RESIDENTS

2.1 La préservation des droits fondamentaux des résidents remise en question par une adaptation maladroite des principes du service public

2.1.1 La dynamique du parcours de vie en opposition avec une offre de services trop uniforme.

L'EHPAD de St Ambroix est un établissement public ayant pour objectif de protéger le public fragilisé qu'il reçoit. Cette mission est l'un des piliers de la fonction publique et plusieurs principes y sont attachés, qui fondent les bases même d'un service d'intérêt général. Ce sont les notions d'égalité, de continuité, d'adaptabilité (de mutabilité) et d'accessibilité

A la Révolution Française, le Contrat Social pose le principe du dirigeant, organisateur et responsable de la gestion des biens communs. Puis le juriste Louis Rolland (1877-1956) expose les grands principes qui sont attachés à la fonction publique dans les « Lois de Rolland ».

Ces principes, ont une valeur juridique et morale intrinsèques. Ils fondent les bases même de la société française et sont interdépendants les uns des autres. Ne pas en respecter un seul ferait s'écrouler tout l'édifice public tel qu'il est aujourd'hui : ce sont les principes d'égalité, de continuité, d'adaptabilité (de mutabilité) et d'accessibilité. Trois autres principes sont consacrés par la « Charte des Services Publics » (La Documentation Française, 1992) : la transparence, la neutralité et la fiabilité.

La notion d'égalité : C'est un principe fondamental et l'une des valeurs de la République. Chaque individu doit pouvoir bénéficier des mêmes prestations publiques quel qu'il soit, sans discrimination d'aucune sorte. Cette notion est complétée par la notion de neutralité qui implique que les agents du service public agissent avec impartialité et que toutes les procédures appliquées reflètent la laïcité de l'État et préviennent toute discrimination.

A l'EHPAD, chaque résident a donc accès à tous les services disponibles et est traité de la même façon par tous les salariés. Cette règle est scrupuleusement respectée.

Chaque agent suit une procédure qui met en avant la règle de l'égalité de traitement. De l'admission à l'accompagnement, les agents sont invités à se comporter avec les résidents

avec la plus grande neutralité : pas de tutoiement, aucun signe de préférence, pas de différenciation dans la prise en charge, un même rythme de vie pour tous.

Le règlement de fonctionnement est très clair à ce sujet et précise que « nul ne peut faire l'objet de discrimination » dans l'établissement ; il précise les sanctions (notamment pénales) que peuvent entraîner le non-respect de ces règles.

A ce principe d'égalité, est attaché celui de la continuité du service public. C'est le fait d'assurer un service régulier et sans retard pour ne pas pénaliser l'usager. Ce principe a une valeur constitutionnelle⁴¹. La « Charte des Services Publics » de 1992 la définit même comme « l'essence même du service public. Elle exige la permanence des services essentiels pour la vie sociale ... Elle suppose aussi dans son acceptation actuelle, la présence de services publics rénovés et polyvalents dans les zones rurales... ».

A l'EHPAD, la continuité de service est caractérisée par la permanence des soins, de l'hébergement, de la sécurité sanitaire et alimentaire.

L'établissement n'est jamais fermé, les résidents peuvent y entrer de jour comme de nuit avec les restrictions que l'on retrouve habituellement dans le règlement intérieur de l'établissement. Par exemple, lorsque le résident sort pour 48 heures, il en informe le secrétariat de Direction de l'EHPAD, le jour même, et prévient lors de son retour ; pour une absence supérieure, il demande l'autorisation de s'absenter à la Direction au moins 72 heures à l'avance. La présence de personnel dans l'établissement est permanente. La nuit, l'établissement met en place une équipe composée d'AS et d'ASH. Il n'y a pas de permanence infirmière et c'est l'hôpital d'Alès qui prend le relais en cas d'urgence médicale.

L'établissement met en place une garde administrative et un service minimum en cas de grève du personnel. Le service minimum concerne essentiellement les services de soin et de restauration.

Ce concept de continuité est également lié au principe d'adaptabilité ou de mutabilité. Le service public, dans l'intérêt général, doit adapter ses prestations à son territoire, au public reçu. Il doit être en veille des nouveautés dont les personnes pourraient avoir besoin.

A l'EHPAD, cette adaptation se fait par la mise en place de nouveaux équipements, de nouvelles prestations ou de nouvelles procédures. Pour sécuriser le circuit du médicament, l'établissement s'est équipé d'un robot distributeur de sachets de médicaments préparés par la pharmacie partenaire de l'établissement. Cet équipement évite les erreurs humaines parfois lourdes de conséquences pour les usagers. L'ARS a, d'ailleurs, validé l'utilisation de ce robot malgré son coût.

⁴¹ Continuité de l'État et du service public (décision du Conseil constitutionnel en 1979)

D'autres innovations peuvent être mises en place par l'EHPAD. Le critère « de décision » de l'adaptabilité est celui de la primauté de l'intérêt général sur celui de l'intérêt personnel. En l'occurrence, il est important que la majorité des résidents en ait besoin et puisse l'utiliser. Ces innovations doivent donc respecter le dernier principe de base du service public : celui de l'accessibilité. C'est la simplicité d'appréhension et d'utilisation du service public qui est en question. La clarification administrative est l'un des challenges de ces dernières années. Les règles administratives, les lois, les textes réglementaires sont parfois difficiles à comprendre. Or, pour s'y conformer et éventuellement pouvoir les contester et les modifier, il faut pouvoir les comprendre. La communication est souvent un point faible des organisations car elle doit être permanente et réactive. On ne communique jamais assez et cela peut donner une mauvaise image du service rendu et des efforts fournis. Cette transparence permet aux citoyens de s'assurer du bon fonctionnement du service public et de faire valoir ses droits.

A l'EHPAD, le public est fragile et a souvent des difficultés de compréhension dues à l'âge, la transparence des services est importante, elle permet à l'usager de mieux appréhender son environnement et de participer à la vie de l'établissement conformément à ce qui est préconisé par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Le livret d'accueil et le règlement intérieur permettent de connaître et de comprendre le fonctionnement d'un service tourné vers l'usager-citoyen. Ces documents doivent être fiables et refléter l'esprit du service public.

L'EHPAD est détenteur de ces valeurs publiques et y est très attaché. Bien qu'ils ne soient pas discutables, et très encadrés juridiquement, ces principes font l'objet de nombreux débats publics sur leur interprétation. La lecture qui en est faite peut avoir une incidence sur le service rendu et être un frein à la notion de parcours de vie.

2.1.2 L'interprétation de ces principes par les agents de la fonction publique : la gestion de données contradictoires

A l'EHPAD, comme ailleurs, ces notions portent des valeurs auxquelles les salariés tiennent particulièrement. Mais quelle est la place du projet d'établissement dans l'application de ces règles ? Le projet de l'EHPAD public de St Ambroix peut-il être différent de celui d'un autre EHPAD ? Quelles sont les marges de manœuvre possibles pour donner une part à l'individualisation dans le projet collectif ?

Les agents sont confrontés à la gestion de données parfois contradictoires. Si l'on prend par exemple le principe d'égalité. Les salariés tendent à l'appliquer avec rigueur et intégrité. C'est évidemment un atout. Tous les résidents ont accès aux mêmes prestations et sont considérés

de la même façon même si certaines affinités se créent entre résidents et salariés. La bienveillance est la règle pour tous. Il ne viendrait à l'idée de personne de favoriser un résident plutôt qu'un autre. Le contraire serait vécu par le personnel et les résidents comme une faute professionnelle et une injustice. Les salariés à l'EHPAD sont des professionnels dévoués qui accomplissent leur tâche avec sérieux.

Cependant, l'égalité n'est pas l'équité, certains individus sont plus dépendants que d'autres et n'ont pas les mêmes capacités à « consommer » les prestations proposées. L'égalité de traitement peut prendre le chemin d'une certaine uniformité dans la prise en charge ce qui est un frein à la mise en place d'un parcours de vie personnalisé répondant aux besoins singuliers des résidents.

De la même façon, la continuité de service peut être interprétée comme le fait de ne jamais interrompre un accompagnement tant que la personne en a besoin. Cela signifie plusieurs choses :

- aucun répit n'est envisagé ni même toléré, ni pour les salariés, ni même pour les familles. L'abandon de poste va à l'encontre de la mission de service public.
- L'aidé est maintenu en position d'assisté et les aidants d'assistants, le service tournant autour de ce principe de continuité.
- La mission est prolongée y compris quand elle est inhabituelle (par exemple, l'établissement sert de maison de convalescence ou relais psychiatrique en zone rurale). Par exemple, l'EHPAD est présent sur le territoire ; la demande en psychiatrie pour des personnes de moins de 60 ans est importante et rien n'est prévu à proximité ; l'établissement assume donc cette mission dans la limite de ses places disponibles.
- Enfin, alors que d'autres établissements refusent parfois des résidents, l'EHPAD de St Ambroix émet rarement un avis défavorable, la réponse publique étant un devoir sur le territoire. L'accueil d'un public de personnes handicapées vieillissantes se fait progressivement en réponse à la demande.

Reste à savoir où la mission de l'EHPAD est censée s'arrêter. Tout est une question de limite de compétences. Selon le principe d'adaptabilité : « l'administration garde un pouvoir de modification unilatérale des conditions d'exécution du service et explique l'absence de droit acquis pour les usagers quant au maintien du service ou de la réglementation régissant le service »⁴².

⁴² Texte de Fanny Petit, 2005, <http://base.d-p-h.info/en/fiches/dph/fiche-dph-6692.html> AITEC (Association internationale de techniciens, experts et chercheurs) - aitec.reseau-ipam.org

L'interprétation du principe d'adaptation du service public peut donc correspondre à la mise en place d'une solution concrète aux besoins d'un territoire non couverts par ailleurs. En l'occurrence, l'EHPAD de St Ambroix y répond parfaitement et gère ses entrées à flux tendu. Il est même important, dans l'approche du service public, que le service soit disponible et qu'il reste de la place pour les personnes refusées partout ailleurs.

Mais l'accueil d'un public différent pose le principe de l'adaptation de l'accompagnement, ce qui n'est pas forcément le cas, faute de compétences et de moyens immédiats. L'établissement répond d'abord à l'urgence de l'accueil. Puis des choix s'opèrent pour répondre aux besoins du plus grand nombre des personnes présentes à l'EHPAD et les demandes individuelles ne peuvent pas toutes être satisfaites, même partiellement.

L'établissement ne peut pas se retrancher derrière l'urgence de l'accueil car il faut gérer, les situations parfois difficiles et singulières comme la souffrance de l'isolement du au handicap psychique ou les effets secondaires d'un traitement, parfois imprévisibles et différents d'un individu à l'autre. L'accompagnement revêt un caractère particulier où le handicap « a la particularité d'apparaître comme un objet social mal identifié, aux contours flous, à la fois diffus et imposant. Au croisement de la maladie et du handicap, il vient bousculer les cadres d'analyses et de prise en charge catégoriels et cloisonnés »⁴³.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui reconnaît le handicap psychique, propose que soient mises en place toutes les actions visant à donner les mêmes chances à tous les individus, d'exercer ses droits et ses devoirs dans la société.

L'EHPAD doit veiller à ce que toutes les possibilités d'accompagnement médico-sociales soient envisagées. Ces possibilités doivent donc être accessibles et simples à appréhender. Mais il ne faut pas interpréter cette simplicité et la simplification du langage administratif comme un manque de complexité. Les services d'accompagnement sont constitués de plusieurs éléments interagissant entre eux en interne et en externe pour une meilleure prise en charge des personnes aussi différentes soient-elles.

Les rendre accessibles ne signifient pas de masquer ces éléments. Par exemple, on ne communique pas sur le projet de l'établissement car il ne semble pas être à la portée des

⁴³ <http://www.creainpdc.fr>, L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, dispositifs et acteurs en région Nord-Pas-De-Calais, Pauline Tursi, chargée d'études, janvier 2009

usagers. «L'accessibilité et la simplicité sont les conditions mêmes d'un service tourné vers les usagers »⁴⁴.

Il est prévu, par exemple, qu'un film soit projeté dans la petite salle de cinéma de l'EHPAD. Chaque résident présent peut choisir à tour de rôle le genre du film à visionner. Cela permet à chacun de se distraire, de se remémorer le passé (80% des films choisis sont anciens), d'exercer son pouvoir de décision, de partager son émotion avec les autres résidents. Mais certains résidents ne pourront pas s'y rendre, même s'ils le souhaitent, parce qu'ils ne voient plus, n'entendent plus ou ont des troubles cognitifs. Même si le sous-titrage et l'audio-description facilite l'accès au film, certains résidents ont du mal à suivre, cela leur demande un effort important et leur procure plus de fatigue que d'émotion.

La gestion de l'ensemble de ces données contradictoires à l'EHPAD de St Ambroix a une incidence sur la vie des résidents. Il ne viendrait à l'idée de personne de remettre en cause ces principes. Mais l'équilibre de leur appréhension est souvent délicate et a parfois des conséquences sur la vie des usagers.

2.1.3 L'incidence de ces principes sur la vie des résidents : entre la singularité du parcours de vie et le contexte collectif

L'interprétation des principes de la fonction publique par les salariés de l'EHPAD, créent des dérives qui vont à l'encontre des droits fondamentaux des personnes et ne permettent pas de mettre en place un accueil et un accompagnement individualisé nécessaire à la construction d'un parcours de vie singulier :

- Le respect du rythme de vie des résidents est remis en cause par l'égalité de traitement prévu par les textes et interprétée à l'EHPAD comme l'uniformité de l'accompagnement : le personnel, bien que bienveillant, a la même disponibilité pour tous les résidents et rythme le travail en fonction du nombre de résidents. Il se plaint, pourtant, de n'avoir jamais assez de temps à consacrer aux résidents en dehors des tâches ménagères. Selon le CHSCT, les personnes, qui travaillent le matin, sont débordées et en stress de 7h à 11h, le poste se terminant à 14h. Trois heures dans la matinée sont consacrées au petit déjeuner, à la toilette, et au ménage de la chambre. Tout est organisé sous forme de rituel. A 9h30, à de rares exceptions près, tous les résidents sont prêts pour les animations qui démarrent à 10h.

⁴⁴ Texte de Fanny Petit, 2005, <http://base.d-p-h.info/en/fiches/dph/fiche-dph-6692.html> AITEC (Association internationale de techniciens, experts et chercheurs) - aitec.reseau-ipam.org

Se lever plus tard que 8h et prendre un petit déjeuner plus tard que 8h30 sont des situations exceptionnelles. Pour répondre aux exigences sanitaires, les repas sont équilibrés, facilitant ainsi l'absorption d'un traitement médicamenteux parfois lourd. Ils sont pris à heure fixe, les médecins intervenant dans l'établissement recommandent de donner les repas à intervalles réguliers. Le nombre de cigarettes pour les fumeurs est compté. Les visites médicales se font au rythme des médecins et des infirmières.

- Le maintien de l'autonomie est remis en cause par le principe même de continuité du service interprété comme : le manque de flexibilité du service maintient la personne aidée en état d'assistance et de dépendance. La mission s'organise autour de la dépendance sans discontinuité ni répit pour les résidents ou les familles.

L'hébergement permanent engendre de la lassitude, de la culpabilité qui peut avoir des conséquences importantes sur la santé de l'ensemble des acteurs (y compris le personnel). Le fait pour les résidents les moins dépendants de ne pas envisager une autre solution conduit certains à la dépression voire au suicide. Il est à noter que le taux de suicide augmente avec l'âge. Pour 100 000 habitants, le taux est de :

- 20.6 pour les 65-74 ans,
- 29,6 pour les 75-84 ans,
- 40,3 pour les 85-94 ans ⁴⁵.

A St Ambroix, on note une tentative de suicide (tentative de défenestration d'une personne sous psychotrope) et deux dépressions en 3 ans. Les personnes se sentent souvent lasses et elles se désintéressent de tout y compris d'elle-même. La réponse médicale est souvent médicamenteuse ce qui affecte leur discernement et peut conduire à des situations dangereuses.

- L'individualisation de la prise en charge est remise en cause par le principe d'adaptabilité du service. L'accueil ininterrompu de publics très différents, fait émerger des besoins en compétences et en moyens qu'il serait nécessaire de renouveler régulièrement. Par exemple, un travail sur les causes et les conséquences de la dépression chez les personnes de plus de 65 ans ou l'étude de toute autre pathologie psychiatrique, permettrait de mieux répondre aux résidents et aux familles.

L'établissement a reçu récemment un résident de 62 ans, qui a été accueilli en mars dernier au service A4 (service des personnes psychiatriquement stabilisées). Cette entrée fait suite à un rapprochement familial. La personne vient d'une résidence accueil pour adultes handicapés psychiques dans le nord de la France. Aucune place n'est disponible ailleurs, l'EHPAD répond à la demande en l'accueillant pour une durée indéterminée. Mais il est évidemment difficile de répondre à tous ses besoins

⁴⁵ <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html> (Données CépiDc-Inserm 2011) : 28 % des suicides ont concerné des personnes âgées de plus de 65 ans en 2011

notamment en ce qui concerne sa vie sociale. Le résident est suffisamment autonome pour se déplacer seul, se nourrir seul. Il s'habille, se lave, se soigne seul, mais il a besoin d'un encadrement pour se repérer dans l'espace et le temps. Il a également quelques troubles de la perception de ce qui l'entoure et a du mal à communiquer avec les autres résidents. L'accueil des personnes handicapées vieillissantes ne s'est pas posé en soi, il s'est fait naturellement pour répondre à la demande.

L'EHPAD de St Ambroix a recruté un médecin psychiatre présent, un jour par semaine, relayé par la psychologue, présente deux jours et demi par semaine. Cette permanence permet aux équipes en place d'exposer les situations mais l'adaptation des moyens et des compétences est encore insuffisante. Les équipements sont achetés petit à petit. Le personnel, dans son ensemble, n'a pas le temps d'être formé. Il se sent démuné et se retranche derrière les consignes élémentaires. L'individualisation est impossible et les salariés, en quête de sens donné au travail accompli, se sentent inutiles ou dévalorisés. Des frustrations se créent et ni les résidents, ni le personnel ne sont satisfaits. Cette situation contribue à augmenter le turn over et l'absentéisme du personnel ce qui accentue encore le phénomène. Les contraintes internes finissent par peser sur les usagers.

- La participation et le consentement des résidents sont remis en question par le principe d'accessibilité et une vision trop simpliste du service : l'EHPAD est un lieu de vie complexe où des personnes âgées motivées par des projets qui leur correspondent, s'inscrivent dans un parcours de vie cohérent. Fanny Petit de l'AITEC précise, que « la complexité est pour une part inévitable, dans une société elle-même de plus en plus complexe et diversifiée et pour une administration qui s'efforce de répondre à des exigences de plus en plus fortes et à des demandes de plus en plus personnalisées »⁴⁶. Si l'on résume la mission de l'EHPAD à la simple restauration, aux toilettes et au ménage, la mobilisation des résidents et des familles autour de la vie de l'établissement devient compliquée. Cette mauvaise lisibilité des règles du système, parfois véhiculée par les salariés eux-mêmes, ne permet pas d'obtenir l'adhésion pleine et entière des résidents.

L'exercice de simplification n'est pas toujours bien réussi mais il est nécessaire. La transparence se veut une règle fondamentale du service public et une condition sine qua non pour obtenir et valider le consentement éclairé du résident comme préconisé par les deux lois de 2002 sur les droits des usagers et des patients⁴⁷.

⁴⁶ Texte de Fanny Petit, 2005, <http://base.d-p-h.info/en/fiches/dph/fiche-dph-6692.html> AITEC (Association internationale de techniciens, experts et chercheurs) - aitec.reseau-ipam.org

⁴⁷ La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Il ne s'agit absolument pas de remettre en question les principes du service public. Mais l'on voit bien que leur interprétation peut conduire à un système trop rigide. L'établissement doit pouvoir répondre à la demande d'un accompagnement global sans pour autant tout faire lui-même. La présence sur le territoire d'un ensemble de compétences et de réseaux, même incomplet, peut être exploité et permettre de délimiter et d'optimiser l'intervention de l'EHPAD sur le territoire. Par exemple, un partenariat solide doit être mis en place avec l'hôpital d'Alès. L'entrée à l'EHPAD est souvent dictée par une urgence médicale. Mais l'EHPAD n'est pas un hôpital, c'est un établissement médico-social qui doit respecter l'équilibre entre accompagnement sanitaire et accompagnement social.

2.2 Le maintien de l'autonomie incompatible avec l'organisation de la prise en charge des résidents : la part médico-sociale dans l'accompagnement global

2.2.1 Le sentiment de bouleversement soudain et brutal avec la vie passée et familiale généré par l'accueil dans le service.

A St Ambroix, le parcours de santé prime sur le parcours de vie des résidents. Il souvent mis en avant comme une plus-value de l'EHPAD sur le territoire. Cependant, plusieurs dysfonctionnements relatifs aux conditions d'accueil dans les services ont été identifiés et présentés en Conseil d'Administration en présence des financeurs lors de l'évaluation interne. L'axe n°1 de l'évaluation concerne la prise en compte des besoins et des attentes des résidents avec, entre autre, la phase d'accueil et la réponse aux demandes de renseignements. Il y est précisé que l'accueil physique et téléphonique est réalisé du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 au bureau des admissions. En dehors des heures de bureau, ce sont les infirmières qui renseignent a minima. L'établissement dispose d'un site internet et met à disposition de toute personne qui le souhaite une documentation sur l'établissement et des informations sur son fonctionnement.

La préadmission

Il est prévu qu'une documentation sur l'établissement soit remise systématiquement dès le premier contact. En principe, une visite de l'établissement est également proposée, aux familles et/ ou à la personne âgée. Le livret d'accueil, le règlement intérieur ainsi que le contrat de séjour sont remis au résident ou à son représentant légal au plus tard le jour de son entrée. Les tarifs en vigueur et les différentes prestations offertes par l'établissement y sont précisés. Pour chaque demande d'admission, un dossier unique de préadmission est remis avec un questionnaire médical à remplir par le médecin traitant. Les conditions d'admission sont

expliquées aux personnes concernées. A réception du dossier, le médecin coordonnateur donne son accord (ou non) ainsi que l'orientation vers le service le plus adapté.

Dans certains cas, il est proposé aux futurs résidents une période d'adaptation (participations aux animations, ...) avant leur entrée.

L'admission

Le personnel est averti de l'arrivée du nouveau résident par le Cadre de Santé. Un questionnaire est administré par une IDE et permet de mieux connaître les besoins et les goûts de la personne en matière alimentaire, vestimentaire, habitudes de vie. En fonction des éléments du dossier, le personnel anticipe le matériel nécessaire à l'installation (déambulateur, lit médicalisé, ...). Le consentement éclairé est recueilli oralement sur ces éléments. Puis la personne est accueillie par l'IDE du service et est aidée à son installation, à l'appropriation des lieux de vie. Elle est admise dans le service le mieux adapté à ses besoins et à son niveau de dépendance. Le médecin coordonnateur voit la personne dans les 48h qui suivent son admission (souvent dans la journée). Le livret d'accueil, le règlement intérieur ainsi que le contrat de séjour sont remis au résident ou à la famille au plus tard le jour de l'entrée si ce n'est déjà fait.

Une période d'adaptation a donc été pensée en amont de l'entrée en EHPAD (prise de repas, participation aux animations avant admission) pour que la personne puisse s'approprier les lieux.

Mais, en réalité, dans 60% des cas, la personne entre en urgence et est alitée (elle entre en USLD). La phase de préadmission n'existe pas. Elle n'est pas en capacité d'appréhender les événements avec sérénité. L'admission se fait dans la confusion la plus totale pour une durée indéterminée. La personne ne connaît ni le lieu, ni le personnel. Elle n'a plus aucun repère. La brutalité de l'admission fait écho au manque de préparation des personnes, des familles et des réseaux d'accueil et d'accompagnement, à une dégradation soudaine de la santé de la personne. Il est pourtant prévisible, à partir d'un certain âge, d'inclure la prise en charge à l'EHPAD comme élément du parcours de vie.

Pour prévenir cette entrée brutale et pour parer au plus urgent, il n'est cependant pas rare, que ce soit le médecin coordonnateur, qui visite le futur résident à l'hôpital et prenne les renseignements d'usage avant son admission. Mais cela implique qu'il existe une démarche volontaire d'entrée à l'EHPAD et que le médecin en ait été prévenu. De plus, celui-ci ne recueille, bien souvent, que les éléments ayant un lien avec la santé du futur résident. En effet, la prise en charge de certaines maladies chroniques, dues à l'âge, nécessite un suivi particulier et l'intervention de nombreux professionnels (comme les dialyses par exemple), la continuité du parcours de santé faisant partie intégrante de la mission du médecin.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prise en charge de la santé d'un individu comme à la fois sanitaire et sociale. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle concerne notamment « l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement »⁴⁸, et l'ARS préconise d'organiser et de calibrer les typologies de parcours (pour anticiper le besoin en ressources). Mais la cohérence des éléments concernant le parcours de vie ne fait référence à aucune obligation professionnelle et constitue une marge de progression à mettre en œuvre dans l'établissement. Cette marge concerne notamment :

- L'amélioration de la communication extérieure avec une plaquette de présentation de l'établissement et des réseaux d'accompagnement des personnes âgées dépendantes,
- La mise en place d'un protocole sur qui fait quoi afin d'améliorer la coordination entre les services au moment de l'entrée
- La traçabilité du consentement éclairé des résidents
- La mise en place d'un questionnaire à destination du résident et/ ou famille pour évaluer l'admission et l'intégration
- La remise à jour de la procédure d'admission.

Les raisons de l'entrée à l'EHPAD sont multiples. Le personnel admet que c'est une phase délicate dans la vie de la personne âgée : une seule personne (sur les 130 résidents) est venue de son plein gré vivre dans l'établissement. Les autres sont plus ou moins bien préparées à l'entrée dans les lieux et à la vie en collectivité et espèrent en sortir car leur entrée est due à un état de santé dégradé passager. Mais finalement, ils y restent jusqu'au décès, souvent pour ne pas être une charge pour leur proche et parce qu'il n'y a parfois pas d'alternative.

2.2.2 La difficulté pour les résidents de se projeter dans l'établissement : la place du parcours de santé dans l'accompagnement global

Une fois admis, le constat est fait que les résidents ont du mal à se projeter dans les lieux. La configuration des espaces est peu lisible. Les locaux sont vétustes et il n'est pas rare que les résidents se perdent à l'intérieur des bâtiments pendant les premiers temps dans l'établissement. Mais au-delà des problèmes d'architecture, qui seront résolus par la construction du nouveau bâtiment, d'autres éléments évoquent la rupture avec le mode de vie

⁴⁸ Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z, ARS, septembre 2012

passé et la difficulté pour l'établissement à construire un projet de vie avec les résidents qui s'inscrit dans un parcours cohérent.

Le projet d'établissement de l'EHPAD de Saint-Ambroix n'est plus à jour depuis 2008. En 2011, les réflexions pluridisciplinaires entamées autour du projet de reconstruction ont abouti à un Programme Technique Détaillé permettant de répondre au projet architectural, hôtelier et restauration. En 2012, l'évaluation interne est menée, en priorité, et permet d'alimenter le projet d'établissement lui-même en cours de rédaction pour une présentation au deuxième semestre 2013. Il n'est toujours pas terminé à ce jour.

Or, au-delà des missions, des orientations professionnelles que prend l'EHPAD, on retrouve dans le projet d'établissement, les valeurs sur lesquelles s'appuient les professionnels pour réaliser leur travail au quotidien. Le document est élaboré en concertation avec les résidents et tous les professionnels de l'accompagnement technique et financier (la direction, les médecins et le personnel de soin, l'animation, les intervenants extérieurs (coiffeur, esthéticien...). Même si ces valeurs existent et sont appliquées par l'ensemble du personnel, le document est une référence fédératrice et consultable à tout moment notamment par les nouveaux venus. Le personnel, composé à 80% d'AS et d'ASH, arrive parfois, d'un hôpital. Même si le travail est similaire, l'approche d'un accompagnement de qualité d'une personne âgée peut être différente de celle d'un patient.

De plus, l'établissement, comme de nombreux autres EHPAD⁴⁹, connaît une crise de l'emploi. Le turn over des infirmiers et des aides-soignants était de 51% en 2014 à St Ambroix. Hormis le coût élevé en recrutement et en formation que cela représente, le seul cadre de référence de ces professionnels, reste le cadre sanitaire. En effet, quelle que soit la structure, les personnes peuvent facilement y trouver leur marque et y être opérationnelles rapidement. Comprendre un projet d'établissement et y adhérer prend du temps, d'autant plus que l'établissement travaille de façon autonome.

C'est donc la référence sanitaire conduisant le parcours de santé du résident, qui est mise en avant par le personnel. Rassurant pour les résidents et les familles, il fait office de cadre unique strict et solide. C'est le plus simple et le plus tangible des parcours à individualiser. Les prescriptions médicales sont évidemment adaptées, les repas sont parfois mixés et adaptés à certains régimes, le rythme des visites médicales est organisé en fonction des pathologies. Il est établi que, les personnes les plus dépendantes sont celles qui cumulent le plus de pathologies. D'après l'ARS, le nombre et la gravité des pathologies augmente selon le degré

⁴⁹ Etude HOSPiMEDIA, fiches pratiques, Ressources Humaines, Comment réduire le turnover du personnel en EHPAD ?, 20 août 2014

de dépendance : elles cumulent en moyenne huit pathologies contre six pour les GIR 5 et 6. Il peut s'agir de maladies clairement diagnostiquées comme l'hypertension, l'arthrose, le diabète, mais aussi de l'interaction entre pathologies physiques et psychiques plus confuses à diagnostiquer et liées au vieillissement comme l'incontinence, la perte de mobilité, l'anorexie, la déshydratation, la démence, les affections chroniques dégénératives ...⁵⁰

Le projet de soin est donc un élément essentiel dans la vie des résidents. Dans tous les services, et pour la majorité des résidents, la santé constitue une des raisons de leur présence dans l'établissement.

Tout est mis en œuvre pour que l'usager vive le plus longtemps possible et en bonne santé. Un régime alimentaire équilibré, un peu d'exercice physique dans la limite du raisonnable, une hygiène de vie des plus saines, des animations visant le maintien des facultés psychiques : voilà ce qui anime le personnel de l'EHPAD en priorité.

On connaît, pour autant, toute la difficulté d'arbitrer, parfois, entre projet de santé et plaisir de vivre. Prenons l'exemple d'une résidente de 85 ans qui est diabétique. Elle souhaite regarder son programme de télévision favori rediffusé très tard dans la nuit.

La psychologue de l'établissement travaille avec le personnel sur la notion d'humanité⁵¹. Elle communique sur le maintien du plaisir de vivre, qui a autant d'importance que le maintien de l'autonomie physique et psychique.

L'infirmière et l'aide-soignante présentes ce jour-là, qui connaissent bien la résidente, décident donc de la laisser dormir le lendemain matin autant qu'elle le souhaite. Celle-ci se réveille finalement à 9h30, et prend un petit déjeuner à 10h. A midi, elle n'a pas faim. Elle finit par prendre un repas à 14h30 et elle fait un malaise à 15h, heureusement sans issue fatale.

L'infirmière et l'aide-soignante se reprochent d'avoir manqué de discernement en autorisant un écart. Elles se sentent responsables de la situation. Soutenues par la famille et le médecin traitant, elles veilleront à ce que cette résidente ne change plus ses habitudes de vie.

Cette culpabilité des soignants est exacerbée par le fait qu'elles connaissent bien la personne, qui évolue tous les jours à l'EHPAD.

Les salariés vivent au quotidien avec les personnes, partagent leurs émotions, voient leur souffrance, assistent à leur isolement progressif. Tout comme la famille, ils vivent la perte de l'autonomie, qui malgré tous les soins et toutes les attentions, évolue irrémédiablement.

⁵⁰ Publications Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie, 2^{ème} édition, 2002, www.geriatrie.be

⁵¹ Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux, Geneviève Laroque, Yves Gineste, Jérôme Pellissier, collection Sociétales, mars 2007

2.2.3 La prévention de la dépendance et le maintien de l'autonomie remises en cause par la gestion des risques à l'EHPAD

L'évaluation de l'autonomie est faite à l'entrée du résident qui est orienté dans le secteur adapté à son état de santé par le médecin coordonnateur. Il y a ensuite une réévaluation régulière qui est tracée dans les transmissions et au moment des rencontres professionnelles pluridisciplinaires.

Le dossier personnalisé des résidents est régulièrement mis à jour et l'évaluation des GIR est réalisée annuellement. Il fait état de l'évolution de l'autonomie de la personne vis-à-vis de son environnement. Le personnel, comme préconisé par l'ANESM, garantit le « maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne »⁵² et la prévention des risques liés au maintien de ces capacités. Et il y a de nombreux risques à l'EHPAD.

Le bâtiment et les équipements sont vétustes. Le déménagement est l'occasion de tout renouvelé et en attendant le matériel n'est plus adapté au confort des résidents :

- Des difficultés techniques sont constatées : il n'y a pas de digicodes aux portes, pas de commande de la porte d'entrée, ni des ascenseurs, ...
Tous les contrôles réglementaires sont réalisés et en ce qui concerne la sécurité incendie, les travaux de désenfumage ont été réalisés, le personnel est formé (2 fois par an), des exercices sont réalisés avec les pompiers. Malgré cela, l'avis de la commission de sécurité incendie est négatif.
- Les matériels sont encombrants (avec matelas à air, fauteuils coquille...), l'installation à table est difficile, il n'y a pas de tablettes pour tous les fauteuils roulants. Du point de vue de l'architecture, il n'y a pas d'accès pour fauteuil roulant, pas de WC handicapés, ni rehausseurs, ni barres d'appui. Les accès à la baignoire sont inexistantes pour un résident seul.
- Aucune signalétique efficace pour se repérer n'est installée à l'entrée. Rien de particulier n'est prévu pour les malvoyants. Les espaces collectifs et extérieurs sont peu éclairés. Les résidents peuvent difficilement circuler librement.
- L'établissement est situé en centre-ville, à proximité des commerces, l'accès à la vie sociale en est facilitée. Elle comporte cependant des risques : certains résidents reprennent des habitudes qu'ils avaient auparavant, ils mendient pour des cigarettes ou de l'alcool, certains volent dans les magasins.

⁵² RBPP de l'ANESM : L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, février 2012

La mixité des résidents constituent également une source de risque :

- La formation sur les comportements agressifs a été faite par quelques salariés, mais la diffusion des protocoles ne s'étend pas à tous les services.
Une évaluation des troubles est faite à l'entrée des résidents ; une réévaluation si nécessaire à la demande de l'équipe avec la psychologue. Un suivi psychiatrique est fait 1 fois par mois pour les résidents qui en ont besoin ; un suivi addictologie existe aussi pour certains. Il existe un secteur protégé (service fermé, sécurisé) qui est une unité « démence-Alzheimer ».
- Des actions de formation sont organisées sur les troubles psychiques des résidents et les maladies d'Alzheimer et troubles apparentés, mais tout le personnel n'a pas été formé. Les recommandations existantes ne sont pas connues par le personnel (gestion du public, gestion des fugues...).
- Il existe un suivi des prescriptions de médicaments psychotropes mais il n'y a pas de réévaluation. La présence nouvelle du médecin psychiatre est une véritable plus-value pour l'établissement mais tous les salariés ne participent pas à l'analyse des pratiques organisée par ce professionnel.

Enfin, l'ARS insiste plus particulièrement sur la prévention des risques de chute, d'escarre et de la douleur et l'établissement en a fait une priorité absolue :

- Depuis 2012, les chutes font systématiquement l'objet d'un signalement par le biais d'un constat de chute et depuis peu (octobre 2012) dans les fiches de signalement d'évènements indésirables (FSEI), elles sont analysées et un retour est fait aux équipes. Le nombre de chutes a baissé depuis que cela a été mis en place.
Une surveillance accrue des personnes est organisée par l'équipe soignante notamment la nuit où il y a au moins 3 personnes présentes (en moyenne 4 jours par mois).
- Un suivi préventif des escarres est effectué oralement lors des relèves quotidiennes. Les protocoles sont affichés et connus. Il existe un suivi et une évaluation du traitement des escarres par des fiches de suivi de pansement qui sont mises à jour en fonction des prescriptions médicales.
- L'échelle ALGOPLUS⁵³ (« Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale »⁵⁴) est utilisée en cas de besoin mais pas de façon systématique. Le protocole n'est pas connu

⁵³ Annexe 2

⁵⁴ <http://www.doloplus.com/travaux/travaux4.php>

par les salariés. Il y a cependant un classeur de protocoles, mais le personnel le trouve rébarbatif et difficile à lire.

En règle générale, l'ensemble du personnel est sensibilisé au maintien de l'autonomie des personnes âgées (aide à la marche, à la toilette, repas, incontinence...) en fonction des pathologies. Mais dans la configuration actuelle des locaux et du public reçu, la prévention et la gestion des risques relèvent de la gageure. La frontière est alors mince entre l'accompagnement au maintien de l'autonomie et l'assistanat. Au vu des risques, le personnel, appuyé par le CHSCT, aurait tendance à surprotéger le public à la fois pour le protéger et pour se protéger. D'autant plus qu'il le connaît bien. En décidant pour la personne, on ne préserve pas son autonomie, on finit par l'assister complètement et la rendre complètement dépendante.

C'est, alors, la surenchère de la protection chronique et du soin abusif qui engendre de la perte d'autonomie. Une trop grande proximité avec les usagers peut scléroser la relation. Il s'agit de comprendre que chaque résident a des besoins, des envies et des capacités et ne pas faire à sa place, ni penser pour lui.

Il est donc impératif, comme dans tout système et toute organisation, de se parler, d'apprendre à se connaître et d'apprendre à passer le relais si besoin. Cette phase nécessite d'organiser une communication construite en interne (entre résidents et salariés ou entre salariés), et en externe (avec les différents intervenants du parcours de vie). A l'EHPAD de St Ambroix, comme dans de nombreuses organisations, la communication est incomplète. Elle est construite autour des protocoles de santé. Mais, il manque certains éléments nécessaires à toute coopération entre acteurs du parcours de vie.

2.3 La dynamique de parcours freinée par un manque de communication à l'EHPAD

2.3.1 Le malentendu au cœur de la communication entre résidents et personnel

Le parcours de vie se construit avec la personne qui émet un avis et donne son consentement éclairé. Encore faut-il qu'elle comprenne ce qui l'entoure.

Les stimuli sensoriels permettent de créer des liens avec l'extérieur c'est-à-dire avec les êtres humains, les éléments naturels et les objets. Cette base commune à la plupart des personnes permet de connaître, de comprendre son environnement.

Avec l'âge, les altérations sensorielles atténuent la portée de ces stimuli. Quand on n'entend plus correctement, que l'on ne voit pas vraiment, la relation avec son environnement devient plus compliquée et change. Elle a du mal à y évoluer. D'autant que parfois, l'altération est passagère, parfois elle est définitive.

Les personnes âgées présentes dans l'établissement sont concernées par tous ces éléments. Elles sont sectorisées par type de pathologies et ont déjà, pour 75% d'entre elles, des problèmes de compréhension de leur environnement. 80% bénéficient de soins médicaux quotidiens. En plus des troubles cognitifs, de nombreux résidents et a fortiori les plus dépendants, (78% des personnes sont en Gir 1 et 2⁵⁵) souffrent de déficiences sensorielles. Celles-ci peuvent survenir brutalement notamment « suite à un traitement médical (par exemples, une perte auditive après l'usage d'antibiotiques ou une perte auditive ou visuelle résultant de l'ablation d'une tumeur cérébrale) ou bien à une hospitalisation »⁵⁶.

Or, en collectivité, les sens des résidents sont sans cesse sollicités notamment quand on demande l'avis ou le consentement des personnes. Les images, les sons, les odeurs, le goût des choses et même le contact physique avec le personnel constituent le quotidien des résidents. On peut vite conclure à un désintérêt si la personne ne se manifeste plus par un geste ou un regard.

Et certaines questions, posées par le personnel qui cherchent à créer une relation avec le résident, sont souvent sources de malentendus : avez-vous assez chaud, avez-vous assez déjeuné, la lumière est-elle suffisante, la musique vous convient-elle, l'entendez-vous bien ? Certains résidents acquiescent parce qu'ils ne veulent pas gêner, ils apprécient le personnel et après tout, s'ils mettaient la musique plus forte, ils risqueraient de déranger les voisins. Parfois, ils n'entendent absolument rien.

Lors du dernier Conseil de la Vie Sociale (CVS), la fille d'une résidente, présente dans l'établissement depuis trois mois, explique la difficulté de sa maman, certes dépendante, d'appréhender un changement de vie et qui n'a pas forcément envie de vivre en collectivité avec des contraintes horaires et un personnel changeant. Elle dit qu'elle n'a plus ses repères, qu'elle se sent parfois perdue, qu'elle a du mal à entendre les infirmières. Elle précise que sa maman a un nouvel appareil auditif qu'elle supporte mal. Elle sort peu de sa chambre pour l'instant. Finalement, le fils d'une autre résidente précise que sa maman aimerait participer davantage aux animations proposées mais que cela devient compliqué pour elle. Elle voit mal et s'isole. Il craint qu'elle n'en perde le goût de vivre. Elle n'ose pas demander.

Certains s'isolent seuls. D'autres sont mis de côté par le personnel, parfois excédé par le comportement de certaines personnes : un résident crie dans les couloirs, il est agité et le

⁵⁵ GIR : définition : Groupe Iso Ressource. La grille AGGIR est constituée de 6 GIR allant de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de perte d'autonomie (GIR 6). <http://www.mornay-services.fr/index.php?/lexique>

⁵⁶ www.em-consulte.com Altérations sensorielles. EMC - Savoirs et soins infirmiers 2009:1-24 [Article 60-565-E-10], 2009

personnel lui demande de faire moins de bruit parce qu'il dérange son voisin de chambre. Il tente de dire qu'il veut sortir pour aller chercher des cigarettes. C'est tous les jours la même chose. La cadre de santé, bienveillante, lui dit répond qu'il a assez fumé aujourd'hui, que ce n'est pas bon pour lui et son porte-monnaie. Les autres résidents s'éloignent de lui, il leur demande de l'argent.

La mauvaise communication crée des tensions entre les personnes que ce soit avec le personnel ou avec les autres résidents.

Le malentendu est synonyme de confusion, de méprise, de divergence et même plus violemment de friction ou de dispute⁵⁷. Cela crée un rapport de force entre les personnes ou une mauvaise communication met la personne fragile en situation de devoir accepter tout ce qu'on lui demande ou de passer pour quelqu'un de pénible, d'insatisfait, de difficile.

Par ailleurs, si les stimuli sensoriels ne sont pas compris des personnes, et que l'isolement devient la règle (les visites se font plus rares, le personnel invoque un résident difficile...), de nouvelles altérations sensorielles se développent et entraînent des conséquences nombreuses et irréversibles sur l'état de dépendance des personnes.

Ces altérations sont donc à la fois la cause et la conséquence de l'isolement des résidents. L'isolement a des conséquences sur l'état général de la personne et sur ses aptitudes à vivre à l'EHPAD.

- Le résident perd progressivement de son autonomie : il perd le goût de sortir et de communiquer avec les autres
- Il perd la possibilité d'exercer ses droits fondamentaux et citoyens : sa présence au CVS est redoutée
- La recherche de consentement auprès des résidents souffrant d'altérations sensorielles est plus compliquée et peut être réduite à la première réponse qu'il donne
- Il perd son intégrité en tant que personne pensante et digne de droits et d'obligations.

Il est donc nécessaire de repenser la recherche du consentement éclairé des résidents et de la qualité de la relation en interne pour éviter cet isolement et cette perte d'autonomie. Mais parfois, ce sont des éléments extérieurs à l'établissement qui isole les résidents.

⁵⁷ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/malentendu/>

2.3.2 L'isolement social des résidents et des équipes généré par un isolement géographique et partenarial

Il n'y a qu'un EHPAD à St Ambroix et son statut d'établissement public indépendant l'a longtemps isolé des autres acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, public et privé. On compte sur le territoire de la commune :

- 2 entreprises privées de services d'aide à la personne,
- un réseau de gérontologie (CLIC Pays de Cèze) composé de professionnels de santé libéraux (infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), d'un SSIAD et d'une assistante sociale.
- 2 associations de bénévoles qui organisent des manifestations pour les personnes âgées centrées sur l'une sur le bien-être des personnes âgées dépendantes, l'autre sur le soutien aux familles des malades atteints de troubles du comportement et de troubles cognitifs de tous âges.

A 30 km autour de St Ambroix, on trouve également :

- 2 logements-foyers, l'un de 30 places, l'autre de 40.
- L'hôpital d'Alès : service d'urgence, service de dialyse et de néphrologie,
- 2 cliniques privées à Alès
- 3 autres EHPAD, l'un est public, les deux autres sont associatifs et disposent tous deux d'un SSIAD.

Plusieurs raisons ont conforté l'EHPAD dans cet isolement géographique et partenarial qui a freiné la mise en œuvre d'un parcours de vie coordonné des personnes âgées.

- Les financeurs et donc les pilotes de ces actions n'ont pas toujours été en lien (notamment le secteur sanitaire et le secteur social) et leurs objectifs pas toujours convergents. Aujourd'hui, l'ARS et le Conseil Général du Gard coopèrent pour construire ensemble des parcours cohérents pour les personnes fragilisées dans un double objectif de rapport « qualité/coût »,
- Ils ont donc travaillé ensemble à la mise en place de structures de coordination, au cœur de toutes les réponses concernant la perte d'autonomie : les réseaux gérontologiques, les CLIC, les MAIA ont été créés pour organiser le processus d'accompagnement inter structures, et décroïsonner les établissements et les territoires. Mais tous ces réseaux ont vu le jour successivement, rajoutant de la

complexité « au millefeuille existant ». Cela « rend illisible le dispositif plus qu'il ne l'améliore »⁵⁸. L'utilisateur a du mal à trouver l'interlocuteur adéquat et à obtenir une information claire et adaptée à ses besoins.

- Enfin sur le terrain, les acteurs ont des cultures et des pratiques différentes, qui ont fait leur preuve et qu'il est difficile de modifier. Cela a pour conséquence une incompréhension, une difficulté à accepter les logiques et les contraintes des uns et des autres et même plus grave encore une difficulté à se reconnaître comme utile auprès du public. Si l'on considère, en plus, que les appels à projet crée une certaine concurrence entre les structures, qui essayent par tous les moyens de justifier de leur utilité sociale, mettre en place des outils communs, une information partagée et des protocoles coordonnés restent compliqués.

Or, régulièrement, l'absence de coordination construite porte préjudice aux résidents : c'est le cas avec un certain nombre de partenaires notamment avec l'hôpital d'Alès. L'isolement géographique de l'EHPAD ne facilite pas les relations et crée même quelques dysfonctionnements.

Par exemple, le retour à l'EHPAD des résidents hospitalisés a besoin d'être organisé. Les transmissions se font entre l'hôpital et l'établissement mais pas toujours de façon homogène. Les agents utilisent les protocoles existants en cas d'urgence, d'hospitalisation ou de retour d'hospitalisation d'Alès : un résident de 93 ans, se réveille en sursaut. Il est plus de minuit. Il ne se sent pas bien sans s'expliquer vraiment pourquoi. Il sollicite les aides-soignantes de garde qui, appellent le 15 en expliquant la situation au médecin de garde. La personne est transférée aux urgences de l'hôpital d'Alès. Il arrive à 1h45 du matin et est mis sous perfusion. L'urgentiste de garde le voit vers 2h et prescrit quelques examens complémentaires. Finalement son état s'améliore. Les examens ne révèlent rien de particulier. Il est 3h45. Le médecin renvoie la personne à son domicile. Celle-ci se couche finalement à 4h45 du matin, épuisée.

L'hôpital a traité le patient, comme n'importe quel individu se présentant dans le service, avec les protocoles adéquats et dans le respect déontologique de la mission d'urgence. La personne ne nécessitant pas de soins, de surveillance particulière, elle est renvoyée, comme le protocole le stipule, à son domicile. D'un autre côté, le personnel de l'EHPAD, qui a respecté la procédure, a supposé que le résident serait gardé toute la nuit à l'hôpital. Cette organisation pénalise le résident et le personnel, impuissant, culpabilise de voir rentrer la personne au petit matin, privée de sommeil sans parler du coût de la prise en charge durant la nuit : le Haut

⁵⁸ Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », Modérateur : Evelyne RATTE, conseiller-maître à la Cour des Comptes, Rapporteur : Dorothée IMBAUD, inspectrice des affaires sociales, 21 juin 2011, p. 20

Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, dans son dernier rapport relatif à la « coopération entre professionnels de santé »⁵⁹ pointe les allers-retours aux urgences notamment la nuit. Il estime qu'une « meilleure organisation des EHPAD associée à des partenariats fiables permettrait à la Sécurité Sociale une économie estimée à un milliard d'euros par an ».

Le service rendu à l'usager constitue la finalité des missions engagées. Les contraintes internes des services ne doivent pas dès lors peser sur l'usager. Pour y remédier, l'EHPAD développe depuis 6 ans, un projet de GCSMS avec les 4 EHPAD situés à 40 km à la ronde (Gard et Ardèche). Les objectifs sont évidemment de mutualiser les moyens et le personnel notamment en ce qui concerne une infirmière de nuit pour éviter certaines hospitalisations. Cependant, ce projet n'arrive pas à aboutir à ce jour.

D'un point de vue objectif, il n'est pas facile d'harmoniser les pratiques quand le public et les méthodes diffèrent mais c'est un obstacle facile à franchir, pour peu qu'on soit animé d'une même volonté.

Mais d'un point de vue complètement subjectif, le manque de communication entre des structures, qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, crée un sentiment de suspicion qui n'encourage pas les uns et les autres à se compromettre dans un projet homogène.

Or, ce qui se passe à l'échelle d'une structure, rejaillit sur les méthodes de travail en interne.

2.3.3 La fluidité du parcours de vie remise en question par une organisation du travail trop rigide.

Le manque de coopération inter structures a des répercussions en cascade sur l'organisation du travail, les relations interprofessionnelles et sur la relation salarié-résident.

Ces dysfonctionnements, venant des relations avec les partenaires extérieurs, entament la motivation des équipes en interne ce qui contribue à la perte de l'objectif commun, le bien être du résident. Pour celles qui donnent du sens à leur travail, la remise en question de cet objectif, qui ne leur est pas entièrement imputable, crée des frustrations et des tensions dans les services. Ces tensions se traduisent généralement par un taux d'absentéisme et de turn over important.

Le tableau des effectifs de l'EHPAD fait apparaître :

- 92 titulaires de la fonction publique (90,53 ETP)
- 25 contractuels (23,3 ETP)

⁵⁹ Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 10 juillet 2014, à l'exception du MEDEF

- et 7 personnes en contrat aidé (5,71 ETP)

Le plus gros effectif est celui du personnel soignant (92 personnes : 74,98 ETP), c'est-à-dire le personnel en contact direct avec les résidents. Le nombre de jours d'absence total constaté en 2014 est de 5 492 jours soit 3,41 ETP (5492/1607 heures). La majorité des jours d'absence concerne les titulaires (à presque 83%). 10 personnes ont demandé leur mutation à l'hôpital d'Alès.

Paradoxalement, alors que l'établissement offre un statut social stable à son personnel, les absences et les départs créent une certaine précarité de l'emploi au sein de l'établissement.

L'absentéisme chronique a été largement identifié par la responsable des ressources humaines. Les causes en sont multiples et récurrentes et entraînent des arrêts longs et coûteux, pas toujours justifiés. Ce sont principalement :

- Des troubles liés à la manipulation des personnes âgées : les troubles musculo-squelettiques sont très fréquents chez le personnel soignant.
- La perte de motivation (manque de reconnaissance, d'avancement, une mésentente qui s'installe, un conflit qui persiste avec un collègue ou un supérieur...)
- Les pathologies liées à la souffrance morale au travail (maux de tête chroniques, déprime, dépression).

Parfois, la situation morale de la personne est telle, qu'elle n'a que l'arrêt de travail pour remédier à ses maux, trouver un autre emploi de proximité étant quasiment impossible sur ce territoire et démissionner n'étant pas envisageable.

De plus, la fonction publique crée un sentiment d'impunité. La mise à pied ou le licenciement sont rares, les sanctions pour absence injustifiée quasiment inexistantes.

Le personnel présent depuis longtemps à l'EHPAD ne cherche pas forcément à se qualifier, à acquérir de nouvelles compétences, et les territoires ruraux, en particulier St Ambroix, n'attirent pas beaucoup les nouvelles recrues.

L'établissement compose donc avec cette instabilité de l'emploi qui peut affecter la mise en place d'un parcours fluide d'accompagnement des personnes âgées.

Le renouvellement perpétuel des effectifs impacte la cohésion et l'esprit d'équipe. Or, la fédération de compétences et d'idées entre professionnels nécessaire à une bonne connaissance des résidents, ne s'impose pas comme une évidence. C'est une donnée qui se construit pas à pas dans la confiance et la cohésion. Le manque de la culture d'établissement

conduit parfois à une carence idéologique néfaste à l'accompagnement de personnes fragilisées.

Pour parer à cela, la responsable des ressources humaines a mis en place une organisation du travail stricte, les procédures permettant d'éviter tout débordement.

La mise en place des plannings, des jours de congés, des remplacements occupe un poste de travail à temps plein, réparti entre un cadre de santé et la directrice des ressources humaines (DRH).

Des tableaux de bord sont renseignés tous les jours afin de suivre l'évolution du personnel au quotidien et à plus long terme. Il s'agit d'avoir une vision globale des mouvements du personnel, des métiers en évolution, de l'absentéisme, de la formation mise en place.

Les fiches de fonction reprennent le cadre juridique de la fonction publique hospitalière. Les informations sont transmises par le biais du bilan social aux instances représentatives du personnel (IRP) notamment en Comité Technique d'Etablissement (CTE) qui scrute la moindre entorse aux droits des salariés. Ce mode de management directif crée quelques tensions, les uns souhaitant pouvoir assouplir le fonctionnement de l'établissement, les autres souhaitant que certains tiennent leurs engagements professionnels.

Aucune mission transversale (communication, projet...) n'est confiée au personnel soignant, (AS, ASH). Seuls les cadres de santé et quelques IDE disposent des informations globales sur l'accompagnement des résidents.

Ces tensions affectent la relation avec les résidents. L'engagement de la grande majorité des salariés est palpable et les résidents sont unanimes sur le dévouement du personnel en général (personnel administratif et direction, soignants et animateurs).

Mais, lors du CVS de janvier dernier, les deux représentants des résidents rapportent les résultats de l'enquête de satisfaction, administrée par les aides-soignantes aux 128 résidents présents dans l'établissement. Il en ressort que 95% des résidents se disent satisfaits de l'engagement des salariés de l'EHPAD mais regrettent le manque de personnel dans les services. Ils se disent parfois bousculés et ils comprennent que le manque d'effectif a une incidence sur le rythme de travail.

Cet écart entre l'apparente satisfaction des résidents et le mal-être dissimulé des salariés, renforce le malaise ambiant qui pénalise les usagers et le fonctionnement de l'établissement.

En résumé, le résident a besoin d'être pris en charge dans le cadre d'un parcours de vie. Il s'épanouit dans ce parcours, y gagne en dignité, en autonomie et en lien social.

Mais la fluidité de ce parcours à l'EHPAD de St Ambroix, est entravée par le fonctionnement même de l'établissement :

Les principes de la fonction publique peuvent être interprétés de façon contradictoire avec ce parcours et l'organisation même de l'EHPAD peut faire échec à un accompagnement dynamique.

La prise en charge des résidents, dans un environnement vétuste, est concentrée sur des aspects sécuritaires et c'est finalement le parcours de santé qui devient prépondérant parfois au détriment d'un accompagnement plus global et plus épanouissant.

Enfin, comme dans de nombreuses structures, un défaut de communication interne et externe remet en question la coordination et la cohésion des acteurs du parcours de vie.

Il en résulte que les résidents sont maintenus en état de dépendance. Ils ne s'investissent pas dans la vie sociale et collective, ne s'expriment pas sur leurs besoins et finissent, au mieux par désertier les lieux quand ils en ont la possibilité et au pire par perdre leurs repères et leur autonomie.

D'un autre côté, la mission de l'EHPAD s'appuie sur les bases solides et fiables du service public. Les personnes y sont accueillies, parfois après avoir essuyé de nombreux refus. Il s'agit d'un public hétérogène aux besoins différents mais qui reconnaît le travail réalisé à l'EHPAD. En effet, nul ne peut nier l'engagement des salariés dans leur mission de soin et de protection des plus fragiles et le taux d'encadrement permet de se dire que des moyens humains de qualité existent et qu'il y a lieu de les mobiliser au mieux.

Entre stabilité et rigidité de fonctionnement, pour l'EHPAD, comme pour le maintien à domicile, la limite est fragile. L'apport d'une nouvelle offre de services permettrait de redynamiser le parcours de vie des personnes âgées. Au vu de ces éléments, j'ai donc choisi de mettre en réflexion la diversification de l'offre de services à l'EHPAD. De nouvelles mesures d'accompagnement et d'hébergement permettront une meilleure prise en charge des résidents et une plus grande motivation des équipes à moindre coût.

TITRE 3 DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES DANS LE RESPECT DU PARCOURS DE VIE DES RESIDENTS ET DANS UN OBJECTIF D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

3.1 Identifier les formes d'accompagnement les mieux adaptées au nouveau public accueilli à l'EHPAD en tenant compte de ses besoins et de ses pathologies

3.1.1 Les objectifs et les enjeux visés par la diversification de l'offre de services

Une offre de service diversifiée à l'EHPAD répond aux objectifs que l'établissement s'est fixé. D'un point de vue global, les deux grandes orientations de l'établissement visent l'équilibre entre l'amélioration du bien-être des résidents et l'utilisation des moyens techniques financiers et humains mis à disposition à l'EHPAD pour y parvenir. De ces constats et en accord avec le Conseil d'Administration et les autorités de tutelle lors de la dernière convention tripartite, j'oriente dès à présent la réflexion autour de nouveaux services visant la mise en place d'un parcours de vie cohérent et construit à destination des résidents actuels et des nouveaux venus. Cette mise en place fera l'objet d'un travail réparti sur les 5 prochaines années.

Le livre de Jean Pierre HARDY et de Jean Marc LHUILLIER, « L'aide sociale aujourd'hui »⁶⁰ pose une version claire des intentions des acteurs du secteur social et médico-social sur « la politique de longévité » : 4 objectifs principaux expliquent l' « élaboration de dispositifs de prise en charge adaptée » : c'est cette interprétation que je retiendrai pour la mise en place de mon plan d'action.

- Elle est, en effet, orientée principalement en direction de tous les usagers dans une dynamique de parcours
- Elle est suffisamment transversale pour y inclure l'ensemble des volets de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées y compris du secteur sanitaire.
- Elle ne place aucun service au-dessus d'un autre mais inscrit l'ensemble des acteurs dans un schéma complémentaire, la seule réponse adéquate étant celle que la personne a choisie.

Ces objectifs reprennent les thèmes suivants qui seront intégrés au fonctionnement de l'EHPAD et déclinés en activités opérationnelles :

⁶⁰ HARDY J-P et LHUILLIER J-M. *L'aide sociale aujourd'hui*. ESF Éditeur, 2008. 459 p.

- La personne doit garder le « libre choix de rester chez elle », d'intégrer l'EHPAD ou simplement de naviguer à son aise entre l'un et l'autre.

Les trajectoires de vie peuvent être différentes. La flexibilité de l'entrée-sortie à l'EHPAD doit être intégrée dans le projet même de l'établissement. Les orientations proposées aux personnes et à leurs familles correspondront aux capacités, aux attentes, aux besoins de la personne. Le cadre institutionnel ou le domicile peuvent être contenant et structurants à un moment donné comme ils peuvent créer de la dépendance et de la maltraitance à un autre moment. Il sera primordial de vérifier que le consentement éclairé de la personne pour telle ou telle solution a été recherché et recueilli dans de bonnes conditions.

- L'offre de service doit éviter les ruptures de vie et d'habitude entre le domicile et l'institutionnalisation pour éviter toute perte de repères et d'autonomie. Il est compliqué évidemment pour les personnes âgées et leurs familles d'anticiper les entrées en institution car c'est une phase de la vie que l'on ne veut pas voir ni pour soi-même et encore moins pour ceux qu'on aime, surtout lorsque l'on est encore valide. Mais il est temps de revoir cette idée et de valoriser l'aspect positif de l'institutionnalisation pour ne pas la subir. L'entrée à l'EHPAD signifie la sécurité et la fin de l'isolement, pour le résident et la possibilité de passer le relais à des personnes compétentes et investies, pour les familles. Une bonne communication doit être mise en place pour véhiculer une nouvelle image de l'EHPAD.
- Il y a lieu d' « assurer la continuité de la prise en charge des soins entre domicile, hôpital et EHPAD ». Le lien est donc la règle. Ce lien est multiple et coordonné. Il concerne tous les acteurs œuvrant dans le champ gérontologique d'un territoire. Basée sur le volontariat, la coopération interservices et inter institutions sera sûrement la partie la plus compliquée à mettre en œuvre notamment avec l'hôpital et les médecins traitant. Cependant, un fonctionnement bien organisé peut convaincre. Une étude réalisée sur le dispositif de maintien de l'autonomie à domicile fait état des « cloisonnements institutionnels, organisationnels et cliniques »⁶¹. Cela a un impact négatif sur « la qualité et l'équité des prestations offertes...À la lumière des dispositifs institutionnalisés (réseaux de santé et centres locaux d'information et de coordination), et du processus d'institutionnalisation en cours des réseaux intégrés, une approche interactionniste des modes de gouvernance à l'œuvre est proposée ». La relance du

⁶¹ L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? par Hélène Trouvé, Chercheur associé au Centre d'Économie de la Sorbonne, Equipe MATISSE, Université Paris Panthéon Sorbonne, Yves Couturier, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de la Santé et des Services Sociaux, Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Québec, Canada, Olivier Saint-Jean, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, et Dominique Somme, Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-PH), Pôle Urgences Réseaux, Géographie, économie, société, 2010/1 (Vol. 12), 128 p, Ed : Lavoisier

projet de GCSMS, comme partenaire inévitable du territoire, pourrait permettre de développer la coopération et d'activer les réseaux gérontologiques.

- Il y a enfin lieu d'assurer la sécurité des personnes et de lutter contre la maltraitance en mettant au point des outils d'évaluation de l'offre de service. Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'auto-évaluation doit être permanente. La mise au point d'indicateurs de performance adaptés permettra de pointer les modifications et les réajustements à apporter à la nouvelle offre de services.

Cette vision globale permettra à l'EHPAD d'être en adéquation permanente avec la demande des personnes âgées et aux équipes d'être en veille de l'évolution des besoins pour accueillir ou orienter au mieux les personnes. Concrètement l'étude de la diversification portera sur un ensemble de prestations nouvelles pour l'établissement et un renforcement de l'offre de services actuelle.

3.1.2 Le choix d'une offre de services complémentaire et alternative, ouverte vers l'extérieur

Pour répondre aux nouveaux objectifs, l'EHPAD doit travailler deux axes prioritaires : l'institutionnalisation et la mise en réseau. Il est, en effet, important de repenser les missions de l'EHPAD et de les cadrer. Il faut poser ce que la structure peut prendre à sa charge, ce qu'elle peut faire faire par des intervenants extérieurs et là où les partenaires vont prendre le relais.

Comme je l'ai évoqué, la structure ne peut assurer toutes les missions encadrant les personnes âgées sur un territoire. Cela crée de la confusion auprès des résidents et des salariés et c'est finalement source de maltraitance pour tous. De plus, l'établissement n'a pas les moyens financiers, techniques et humains pour assurer tous ces rôles. Cependant, il y a lieu de déterminer jusqu'où va la mission de l'EHPAD dans la prise en charge des résidents.

En ce qui concerne l'institutionnalisation :

La structure doit se vivre comme une étape dans la vie des résidents. Il faut repenser l'accueil de la personne et envisager sa sortie comme une option réaliste. De plus, l'accueil des familles et des amis est un levier important pour dynamiser le parcours de vie et maintenir les liens sociaux et familiaux nécessaires aux personnes âgées.

Aussi j'envisage plusieurs actions en interne :

- Tout d'abord, il me semble important de marquer l'accueil à l'établissement comme un évènement dans la vie du résident et non comme un acte manqué des familles pour parer au plus urgent. Pour cela, je pense constituer un comité d'accueil autonome faisant intervenir la direction, un des salariés en charge du soin, un animateur et la psychologue. Les intervenants extérieurs (ergothérapeute, médecins libéraux...) seront sollicités le cas échéant. La mission de ce comité sera de présenter l'établissement aux nouveaux venus et de coordonner l'entrée des résidents. Il devra également montrer à la personne accueillie, qu'elle est importante pour l'établissement et qu'elle est la bienvenue. Une attention particulière sera portée au dossier d'admission⁶²
- Une fois l'accueil à l'établissement, institutionnalisé, j'ai l'intention d'organiser de nouveaux services : un accueil de jour et un accueil temporaire. Ce projet vient d'être validé par l'ARS et le Conseil Départemental du Gard lors de la dernière convention tripartite. La structure doit s'adapter au public handicapé vieillissant, atteint de pathologies psychiatriques ou de déficiences cognitives. Parfois moins dépendant au sens de la grille AGGIR, ce public n'a pas forcément besoin d'un hébergement permanent et de soins médicaux constants. Ce nouveau type d'accueil permettra aux usagers de découvrir l'établissement, de s'approprier les espaces, de nouer des liens avec d'autres résidents, de sortir d'une routine sclérosante. Pour la famille, ce type de service permettra de connaître un certain répit dans l'accompagnement de ses proches, de prendre du recul sur la situation d'accompagnant et de transférer la responsabilité des soins coordonnés à des personnes moins impliquées dans la relation et pourtant dévouées. Au final, l'objectif est d'éviter tous risques de maltraitance et d'assainir la relation entre familles et personnes âgées.
- De plus, il me semble important que la famille et les amis très proches puissent être accueillis à l'EHPAD. Avec l'accord de l'ARS, j'envisage d'accueillir les familles pour un temps limité comme une prestation hôtelière classique. Les enfants vivent, parfois éloignés géographiquement. Ils doivent pouvoir rendre visite à la personne âgée et partager un moment d'intimité familiale. En prévenant à l'avance, les repas seront pris au restaurant avec les résidents et une à deux nuits (de façon ponctuelle) pourront être passées à l'EHPAD, soit dans la chambre du résident soit dans une chambre dédiée à l'accueil des familles. Il me semble tout à fait intéressant que la personne âgée puisse partager son lieu de vie avec sa famille. Elle doit pouvoir se sentir chez elle et avoir la possibilité de recevoir et d'y projeter une vie familiale ou amicale pour s'approprier les lieux.

⁶² Annexe 2

- Enfin, pour faire la transition avec les relations avec l'extérieur, il sera créé un espace de vie collective équipé d'un coin cuisine (équipement sommaire) et d'un salon où les résidents pourront inviter des personnes extérieures et organiser des repas, des goûters, des jeux (cartes, jeux de plateau, karaoké...) dans le respect de la vie en collectivité. Ce projet sera confié à l'animation qui supervisera les projets des résidents mais qui n'interviendra dans cet espace que pour l'utilisation d'un matériel technique spécifique. Toute initiative prise par le résident sera étudiée et basée sur la confiance entre l'établissement et le résident.
- Parallèlement, un espace dédié à la pratique de la thérapie Snoezelen sera proposé aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Les plans et le matériel adéquat sont déjà programmés et budgétés dans le nouvel établissement. Cet espace permettra d'établir une relation sécurisante, avec la personne âgée, à travers la stimulation sensorielle. Plus particulièrement, une pièce spécifique est équipée de lumières aux effets et aux couleurs apaisantes, de musiques ou de sons familiers, d'odeurs et de parfums rassurants. Les murs sont revêtus de différentes matières permettant de travailler le sens tactile. L'espace est agencé (et le sol en particulier) pour permettre la stimulation de l'équilibre.

Pour l'ensemble de ces nouvelles actions, l'important est de garder en tête que les missions de l'établissement sont adaptables à la logique du parcours de vie du résident. Et dans cette perspective, les notions de transition sans rupture, transmission du secret partagé et transversalité des compétences, prennent du sens.

Certaines actions peuvent être mises en place en interne, d'autres sont menées en lien avec le réseau des partenaires présents sur le territoire et répondant aux besoins des résidents.

3.1.3 Le choix d'un travail en réseau pour compléter cette offre

En ce qui concerne la mise en réseau :

La coopération et la coordination externes sont des éléments difficiles à maîtriser. Et ceci pour les raisons que j'ai déjà évoquées (manque de compréhension, cultures différentes, fonctionnement et logique parfois opposés...). C'est un travail permanent qui nécessite une bonne communication. Pour prendre la mesure du rôle de l'EHPAD sur le territoire, aucun salarié, ni aucun résident ne doivent être exclus de la communication avec les partenaires extérieurs. Plusieurs actions seront menées dans ce sens :

- J'ai choisi de créer des binômes salarié/résident en charge de la communication avec les partenaires extérieurs. Ces équipes délivreront un premier niveau d'information aux

partenaires présents à l'établissement, sur le fonctionnement de l'EHPAD et sur le profil des résidents. Ils s'imprèneront également des renseignements sur les partenaires et les restitueront en réunion. L'usager aura l'occasion de rencontrer certains intervenants dans un autre cadre que celui de la dépendance et de la maladie dans des domaines variés tels que les intervenants médicaux, ou paramédicaux, assistants sociaux ou aides médico-psychologiques (AMP)...

- A partir des informations recueillies auprès de ces binômes, les cadres de santé organiseront des manifestations interprofessionnelles à thème pour communiquer sur tel ou tel partenaire ou simplement pour donner une information sur un thème précis, médical ou festif. C'est l'occasion de pointer le fait que d'avoir une information sur la prévention du diabète ou du cancer est aussi important que de participer à l'éveil corporel ou aux activités de balnéothérapie (proximité des thermes des Fumades-les-Bains). L'intérêt, également, de ces réunions, est de permettre aux résidents de s'exprimer sur leurs besoins, leurs doutes, leurs angoisses et de parler un langage commun avec le personnel et les professionnels pour mieux se connaître et se comprendre.
- A l'issue de ces rencontres, pourront ensuite se tenir des réunions, entre professionnels, relatives au suivi individuel de certains résidents : l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique prévoit deux types de dérogations au secret professionnel : le secret est présumé partagé entre les professionnels du soin d'un même établissement à partir du moment où dans une logique de continuité des soins, les informations ont besoin de circuler d'un professionnel à l'autre. La deuxième hypothèse est celle du partage d'informations entre professionnels de santé au sein d'une filière de soins ou d'un réseau pour définir la meilleure prise en charge possible. Dans tous les cas, la personne devra en être informée et elle aura la possibilité de s'opposer à ce partage d'informations.
- Les relations avec le secteur sanitaire seront évidemment renforcées. La surveillance nocturne et les liens avec l'hôpital d'Alès devront impérativement être travaillés. L'épisode du résident envoyé à l'hôpital en urgence doit faire l'objet d'une attention particulière. La permanence d'une infirmière la nuit réglerait en partie la question. Parmi le personnel de nuit, une AS est en formation d'infirmière. Je lui proposerai le poste dès qu'elle sera diplômée. Une infirmière en poste de jour souhaite également travailler la nuit. Cela permettra une rotation du poste. D'une part, les résidents seraient rassurés par sa présence, d'autre part, un certain nombre de séjours à l'hôpital pourraient être ainsi évités.
- De plus, des partenariats peuvent être mis en place dans des cas médicaux spécifiques : le service de dialyse-néphrologie de l'hôpital d'Alès, propose d'intervenir à l'EHPAD pour les résidents dépendants et les malades du territoire non hébergés à

l'EHPAD. Soutenu par l'ARS, ce projet fera l'objet d'un marché public sur lequel l'établissement se positionnera. Il nécessite peu de moyens (un local dédié entretenu, avec un point d'eau), les médecins intervenant avec leur propre matériel. Il reste néanmoins à étudier les responsabilités en jeu pour les personnes extérieures à l'établissement. Cette intervention renforcera l'image d'un EHPAD performant sur le territoire. Il sera accessible à un plus large public ce qui contribuera à le faire connaître comme un lieu de soins aux multiples compétences.

- Pour conforter cette idée, je propose de relancer le projet de GCSMS et de le conduire sur les 5 ans qui viennent. Réaffirmé par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, ce projet, aux multiples modalités, permettra de conforter la coopération de l'établissement avec les autres EHPAD du territoire.

Ce projet a plusieurs avantages. L'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) a travaillé sur un guide pratique de la coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux. Celui-ci reprend les missions possibles d'un GCSMS et je retiendrai celle qui consiste à « exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale »⁶³. Cela peut consister en la mise en place d'un CVS commun entre résidents, ou l'organisation de sorties communes. Je retiendrai également celle qui autorise la mise en commun de moyens (matériel médical, véhicule, outil informatique...) et de compétences (formation et mise à disposition du personnel) sur le territoire. Le regroupement offrira des solutions supplémentaires d'hébergement sur le territoire du nord du Gard et du Sud de l'Ardèche, deux des EHPAD disposant d'un SSIAD.

A part ce dernier projet, toutes ces actions feront l'objet d'une planification sur deux ans. Les autorités de tutelle ont déjà données leur accord pour la majorité d'entre elles lors de la dernière convention tripartite. Il est cependant nécessaire, de travailler la mise en place opérationnelle avec une grande attention.

Même si elles ne nécessitent, au départ, que peu d'investissement, elles ne seront pas neutres en termes de cout pour les familles et en termes de rythme de travail pour les équipes. L'adhésion du plus grand nombre sera requise pour une mise en place dans de bonnes conditions. J'ai choisi de travailler l'installation de ces nouveaux services en trois étapes : mobiliser les équipes autour de ces nouvelles actions, mettre en place une campagne de communication adaptée en vue d'évaluer la demande et de faire connaître ses nouveaux services aux partenaires du territoire, prévoir le matériel technique et les couts nécessaires pour réussir dans ce projet et assurer le confort et la sécurité des résidents.

⁶³ Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux URIOPSS Rhône-Alpes SEPTEMBRE 2008, Guide pratique de la coopération, Action conduite dans le cadre du contrat sectoriel État Région Rhône-Alpes – CRESS Rhône-Alpes

3.2 La mise en place de l'offre de services : de l'adhésion à la réalisation

3.2.1 Mobiliser les salariés pour organiser le parcours de vie, de soin, de santé des futurs résidents

Dans toute entreprise, parier sur le capital humain, c'est-à-dire sur un personnel bien formé et qui adhère aux projets, constitue l'un des meilleurs atouts pour parvenir aux buts recherchés. « Le capital humain n'est pas qu'une variable d'ajustement mais bel et bien la première ressource de l'entreprise »⁶⁴.

C'est l'ensemble des « aptitudes, talents, qualifications, expériences accumulés par un individu et qui déterminent en partie sa capacité à travailler ou à produire pour lui-même ou pour les autres »⁶⁵ Je vais donc m'appuyer sur les compétences de l'EHPAD pour réussir la diversification. Le tableau des effectifs⁶⁶ de l'établissement montre que de nombreux salariés cumulent des compétences variées utiles au développement des actions. Mobiliser ces compétences permettra de valoriser le personnel et de le remotiver sur un accompagnement plus global des résidents.

Dans ce tableau, le personnel soignant est largement majoritaire puisqu'il représente 95 personnes sur les 124 salariés de l'établissement. 6 personnes sont à l'administration, 3 personnes font partie de l'animation, 20 personnes sont réparties entre la restauration et les services techniques. Plusieurs remarques sont à noter :

- La grande majorité des salariés possède un diplôme du secteur et a les compétences pour exercer en EHPAD
- La grande majorité s'est formée par la suite dans des domaines variés ce qui prouve une volonté de qualification
- Les domaines choisis sont en lien avec le travail à l'EHPAD, ce qui montre également, l'attachement des salariés à l'établissement.

On constate que la formation « Humanitude » a connu un vif succès et a été suivie par la majorité des salariés. Tous ont bien intégré le fait que d'une part, la personne âgée est fragile et doit être traitée avec le plus grand respect et le plus grand ménagement mais que malgré

⁶⁴ « Management, 2.0 », Daniel Ollivier, Consultant Théra conseil, Afnor Editions, 2013

⁶⁵ https://fr.wikipedia.org/wiki/Capital_humain

⁶⁶ Annexe 3

sa fragilité, elle a le droit d'avoir des projets et que ces projets sont une priorité pour les salariés.

Cette formation a eu un impact fort sur les équipes qui en ont été ressoudées. La formation a créé une certaine prise de conscience de la situation du résident de l'EHPAD et a conforté le dévouement des équipes.

J'ai l'intention de profiter de cette cohésion pour informer le personnel de la diversification, et lui permettre de se positionner sur d'autres missions en fonction de ses compétences. Par exemple, je peux m'appuyer sur les compétences en management des équipes et en communication et gestion des conflits pour travailler le redéploiement du personnel sur les nouvelles actions et la gestion du processus de changement. J'y associerai les IRP qui feront le lien entre le personnel et la direction. Ce processus sera basé sur le volontariat.

De plus, certaines initiatives personnelles pourront être valorisées et créer une plus-value dans l'accompagnement des personnes. 1 ASH a suivi une formation de relooking, 2 AS sont sophrologues. Des séances collectives « bien-être » peuvent être prévues en interne pour les résidents mais aussi pour le personnel qui le souhaite.

Dans le même axe, je souhaite renforcer l'accès aux formations allant dans le sens de la cohésion des équipes et du travail en réseau. Je peux y associer les associations extérieures travaillant dans le champ de la gérontologie et du handicap. Ces formations peuvent faire l'objet d'un échange de compétences entre les structures (stage inter structures), ce qui permettrait de faire connaître l'EHPAD au réseau et vice versa.

Cela permettrait également au personnel, d'appréhender d'autres formes d'organisations et d'avoir une bonne connaissance du territoire, des compétences et des partenaires sociaux et médico-sociaux.

L'animation sera le pilier de cet axe de travail en lien avec les cadres de santé. Le service est en contact régulier avec certaines associations extérieures et fait parfois intervenir des bénévoles à l'EHPAD sur des thèmes précis (activités manuelles, sportives, culturelles...). Les cadres de santé feront le lien avec la gestion des parcours de vie des résidents dans ce travail en mise en réseau entre le personnel et les structures extérieures.

Une bonne connaissance des opérations à mettre en place dans le cadre de la diversification renforcera l'efficacité des équipes qui véhiculeront un message positif aux résidents et aux familles. La réussite de ce projet passe aussi par une campagne communication importante qui se fera à deux plusieurs niveaux.

3.2.2 Organiser une communication construite pour évaluer les besoins présents et à venir en termes d'accompagnement alternatif

Le schéma « autonomie » du département du Gard 2011-2014 préconise la coordination et le décloisonnement des pratiques des professionnels pour une meilleure prise en charge des personnes dépendantes⁶⁷. « Ainsi sur un territoire pertinent, l'efficacité des prises en charge et l'équité d'accès aux soins sont conditionnées par le développement de modes d'exercice décloisonnés et coordonnés dans une culture partagée de travail en réseau. »

Ce schéma précise également que les usagers de ces services et les personnes qui les aident au quotidien, doivent avoir la possibilité de comprendre comment sont organisées les structures et à quels besoins elles répondent.

Pour cela, le département a mis en place 4 Unités Territoriales d'Action Sociale et d'Insertion (UTASI) pour mettre en œuvre la politique d'intervention sociale du Gard. Dotées d'outils de communication performants (site, plaquette...), elles sont le relais des informations globales à destination des partenaires et du public.

Je vais donc, dans un premier temps, contacter ces services du département en charge de l'action sociale et leur faire part de ces projets. Ces actions peuvent faire l'objet d'une communication via le site internet du Conseil Départemental www.gard.fr ou le magazine « GardMag' » distribué dans toutes les boîtes aux lettres du Gard. Les actualités locales y sont diffusées et un agenda est également disponible pour informer de la date de mise en service de ces actions. D'un point de vue stratégique, et étant donné, que toutes ces actions ne seront pas opérationnelles en même temps, il serait plus judicieux de faire plusieurs parutions au fur et à mesure de leur mise en place si le Département y est favorable. La communication efficace est, en effet, une question de répétition et de reformulation.

Dans un deuxième temps, J'élaborerai une campagne de communication à destination des partenaires visant plusieurs objectifs :

- L'information sur les nouvelles actions de l'EHPAD
- la recherche de collaboration et la mise au point d'outils communs de suivi des personnes
- L'évaluation de la demande et le potentiel de résidents intéressés par l'accueil temporaire sur le territoire

Les outils de communication sont nombreux et le plus efficace reste celui de l'animation du réseau de partenaires. Etre à l'initiative de rencontres inter professionnelles, de journées à thème, de journées portes ouvertes, de repas avec les associations, les écoles...permet de

⁶⁷ Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014, Département du Gard, adopté le 17 novembre 2011

maitriser sa communication, de gérer les informations sortantes et de les transmettre au plus grand nombre.

En lien avec les CLIC et les MAIA, un fichier de partenaires sera constitué :

- qui inventorie et localise les partenaires en fonction des manifestations choisies
- qui dresse une liste des compétences et des missions de ces partenaires
- qui formalise le type de partenariat qui peut être mis en place (échange d'informations sur une personne ou sur un secteur d'activité, prescription médicale, mutualisation de moyens, mise à disposition de personnel, formation...) et qui y associe les résidents en fonction de leurs besoins ou de leurs pathologies.

Ce fichier sera co-rédigé par les équipes de l'EHPAD, dans chaque service (restauration, service technique, soin, blanchisserie...) et sera alimenté et mis à jour régulièrement. Je gèrerai la veille des informations du territoire.

Une plaquette d'informations reprendra l'ensemble des manifestations proposées et sera diffusée via le réseau. L'EHPAD, équipé pour recevoir ponctuellement des groupes (personnel disponible, grande salle, rétroprojecteur, cuisine...) peut se charger de certains de ces événements. D'autant que la décentralisation des réunions en zone rurale et sur site, peut être appréciée par les partenaires. Les résidents pourront participer à l'organisation de ces rencontres.

C'est l'occasion également de créer une culture commune avec les partenaires et les résidents, de mettre au point une organisation et des outils de suivi communs du secteur gériatrique et du secteur du handicap afin de répondre au mieux aux problématiques du handicap vieillissant.

L'ensemble de ces réflexions et de ces partages d'intentions et d'idées pourront être ensuite retranscrites dans le chapitre consacré aux partenariats du livret d'accueil. Ce travail permettra de maitriser la communication externe, celle qui est vue par les partenaires et les personnes extérieures à l'établissement.

En parallèle, il est important de travailler la communication en interne notamment via le pôle accueil de l'EHPAD et son rôle stratégique dans le relais d'informations concernant les résidents et leurs parcours.

Le comité d'accueil que je vais créer sera en charge de récolter l'ensemble des informations relatives à la santé, au mode de vie, aux attentes et besoins des résidents. Ces éléments seront retranscrits sur une base de données et diffusés partiellement à l'ensemble des services en fonction des règles du secret partagé. Par exemple, certains éléments concernant la santé du résident seront masqués. Puis chaque service devra alimenter cette base de données avec

les éléments qui lui semblent importants et intéressants dans la vie du résident, et pas seulement des éléments médicaux comme cela est fait actuellement (événements marquants, rencontre, visite, sortie, participation aux animations...). L'objectif, en interne, est de mieux connaître les usagers et de pouvoir échanger sur les personnes au travers de ce qu'ils vivent et non uniquement de ce qu'ils sont. Le comité d'accueil, en lien avec l'animation, fera un compte rendu des éléments marquants en CVS avec, bien sûr, l'accord des personnes concernées.

Il sera, enfin, nécessaire de renforcer les séances de régulation d'équipe avec la psychologue. L'analyse de la pratique a différents objectifs à l'EHPAD : donner la possibilité au personnel soignant de prendre du recul par rapport à certaines situations éprouvantes (notamment les décès), réfléchir à la place de chaque salarié dans l'accompagnement du résident, trouver des réponses aux problématiques récurrentes des résidents.

Les séances de régulation seront étendues à l'ensemble du personnel. Cela permettra d'échanger sur les situations qui peuvent affecter le travail des salariés et créer de la souffrance au quotidien. Les ASH du service blanchisserie ou de la restauration vivent parfois des situations difficiles qui ne sont pas répertoriées ; le personnel (tous services confondus) est affecté par la disparition des résidents dont il s'est soucié pendant quelques mois, voire quelques années. Cet espace de parole permettra à chacun de s'exprimer.

Hormis le redéploiement du personnel, la diversification nécessite un certain nombre d'aménagement qu'il faut prévoir dès à présent malgré la perspective du déménagement.

3.2.3. Prévoir le matériel technique et les aménagements nécessaires pour le confort et la sécurité des résidents

En ce qui concerne l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire, les objectifs de la période de présence de la personne âgée à l'EHPAD sont d'une part, de soulager les familles et d'autre part, de permettre à la personne de découvrir l'établissement et de renouer des liens sociaux. Pour cela, il faut d'abord prévoir le transport de la personne de chez elle à l'EHPAD. De nombreuses familles n'utilisent pas les séjours temporaires ou l'accueil de jour car elles n'ont pas la possibilité de transporter la personne âgée, soit car elles ne sont pas disponibles pour cela, soit car elles n'osent pas transporter la personne trop fragile.

Pourtant le décret 2007-827 du 11 mai 2007 relatif à « la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles »

permet de faire financer les frais de transport par l'assurance maladie, transport assuré dans de bonnes conditions. L'établissement possède déjà un véhicule de 9 places qui sera utilisé à cet effet. Celui-ci est équipé de harnais de sécurité ce qui permet de s'adapter à de nombreuses situations.

Aucun investissement n'est donc à prévoir. Seuls les coûts relatifs aux frais kilométriques constitueront une charge supplémentaire. L'assurance maladie prévoit que « le décret n°2007-827 du 11/05/2007 instaure le financement par l'Assurance Maladie de ces frais de transport sous la forme d'un forfait journalier versé à l'établissement de santé »⁶⁸. Ce forfait est de 11,70 € par personne en 2015 pour les EHPAD⁶⁹

Le véhicule de 9 places fait 7 chevaux fiscaux soit au tarif kilométrique : 0,595 €/km. Le forfait permet donc de faire 19 km par jour (11,70/0.595). Si j'organise un transport commun autour de St Ambroix, les frais de transport sont entièrement remboursés et ne coutent rien aux usagers, ni à l'établissement.

Une fois à l'EHPAD, les personnes doivent pouvoir disposer d'une prise en charge de qualité et de conditions de confort optimum.

Les résidents en hébergement temporaire disposeront d'une chambre dédiée aux séjours courts. J'ai prévu, dans un premier temps, trois places pour ce type de séjour. La chambre pourra être aménagée par les résidents à leur convenance pendant la durée du séjour. Les chambres seront similaires aux autres et réparties dans les 4 services en fonction des pathologies.

Pour l'accueil de jour, les personnes seront accueillies à l'EHPAD du lundi au samedi de 9h à 18h. Un espace d'accueil spécifique sera aménagé pour un meilleur confort des nouveaux venus, souvent perdus et inquiets. Je souhaite disposer d'une salle commune aménagée de telle façon qu'elle présentera un îlot central pour la rencontre des personnes et des espaces privatifs disposés autour de la salle. Les personnes doivent pouvoir venir avec des affaires personnelles. Elles doivent pouvoir également se reposer seules si elles le souhaitent. Il est important que cette salle soit située au rez-de-chaussée.

Dans le nouveau bâtiment, une salle spécifique est prévue, équipée de lits et de fauteuils. L'investissement est déjà budgété. Cette salle donne sur un espace extérieur fermé ce qui permet aux personnes de circuler librement en toute sécurité, y compris en fauteuil roulant. Dans les locaux actuels, l'accueil se fera dans l'espace animation, seul endroit disponible au

⁶⁸http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/transporteurs/votre-caisse-isere/vous-informer/transports-en-accueil-de-jour-d-un-ehpad_isere.php, article mis à jour le 1^{er} août 2013

⁶⁹ Arrêté du 28 juillet 2015 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207, au 1° de l'article D. 313-17 et à l'article D. 313-20 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°0179 du 5 août 2015 page 13410 texte n° 19

rez-de-chaussée. A l'arrivée des personnes, un temps sera consacré au petit déjeuner pour permettre l'adaptation dans un climat convivial et bienveillant.

Lors de l'accueil, deux personnes (1 AS et 1 ASH) seront chargées de recevoir les personnes, de les installer d'abord dans l'espace privé, puis dans l'espace commun pour le petit déjeuner. Les familles pourront aussi être accueillies. Un roulement sera organisé dans les équipes de façon à ce que tous les salariés puissent participer à cette nouvelle forme d'accueil. Celles-ci présenteront le déroulé de la journée et seront rejointes, ensuite, par un animateur qui organisera l'intégration des personnes âgées et/ou de leurs familles, dans le programme du jour avec les autres résidents.

La journée sera rythmée par des temps d'activités stimulant les capacités physiques et intellectuelles, relationnelles et mémorielles des personnes. Elles seront en contact avec les résidents, le personnel, les partenaires, le cas échéant.

Aucun personnel supplémentaire ne sera nécessaire, la charge de travail pouvant être absorbée par les équipes en place compte tenu du nombre d'ETP au sein de l'établissement.

Enfin, l'EHPAD doit s'équiper d'une base de données informatiques qui lui permette, à la fois de gérer les entrées et les sorties des résidents et de mettre à jour les informations les concernant régulièrement. Le logiciel informatique actuel est performant pour les dossiers médicaux mais il ne contient que peu de données relatives à la vie sociale et encore moins à la vie de famille. Il est accessible aux infirmières, aux cadres de santé, au médecin coordonnateur et à la direction.

La mise en place de cette nouvelle base de données, par exemple sur un site intranet, serait accessible aux familles et aux résidents qui pourraient la remplir directement et amener des informations utiles à une prise en charge plus globale. Les acteurs du parcours de vie du résident aurait, également, accès au dossier et pourrait le compléter. Cela participerait à la création d'un langage commun qui faciliterait les échanges. Ce dernier point sera, encore, à travailler en coopération avec les partenaires, le partage de données restant un point sensible de l'accompagnement des personnes

Le coût de cette base de données est variable. Les professionnels proposent des solutions de gestion adaptées et interactives à partir de 5 000 €. La mise à jour annuelle est payante et il vaut mieux y souscrire pour ne pas perdre de données. Cet investissement sera inscrit au prochain Plan Pluriannuel de Financement et soumis à l'accord des autorités de tarification. Il peut être amorti sur 5 ans compte tenu des mises à jour. Les amortissements et la mise à jour représentent 1 250 € par an soit une augmentation de 0,78 € par mois pour les résidents. (1250/12 mois/133 résidents, 130 actuels et 3 nouvelles places en hébergement temporaire et/ou accueil de jour).

Le coût supplémentaire de ces prestations reste finalement peu élevé en moyens matériels et humains. La plupart des nouveaux investissements sont déjà été budgétés dans le nouveau projet de construction. Une augmentation du prix de journée est prévue pour absorber l'ensemble des surcoûts de fonctionnement (intérêts d'emprunt, amortissements) et une partie du déficit antérieur. Lors du dernier CVS, cette augmentation a été évoquée. Les résidents et les familles acceptent volontiers cette dépense supplémentaire compte tenu de l'augmentation importante du niveau de prestations et du niveau de confort prévus dans le nouveau bâtiment.

La mise en place de la diversification est un projet faisable mais il ne sera pas sans incidence sur la vie des résidents et sur le fonctionnement de l'EHPAD. Il entrainera un réajustement des prestations proposées et à terme la modification du projet d'établissement.

3.3. Les conséquences de la réorganisation des parcours de vie : la perspective d'un nouveau projet d'établissement

3.3.1 Evaluer le processus de diversification et ses conséquences sur la vie des résidents

Ces nouvelles actions feront l'objet d'une évaluation en fin d'année. Il est important de vérifier si ces nouvelles mesures remplissent leurs objectifs.

Je vais d'abord établir un calendrier d'évaluation de chaque action, puis je mettrai au point une série d'indicateurs de performance qui m'aideront à décider si les services remplissent leurs objectifs et/ou s'ils ont besoin d'actions correctives.

La plupart des nouveaux services seront mis en place dans l'année (courant 2016).

L'espace de vie collective et l'espace snoezelen se feront dans le nouveau bâtiment. Ils seront donc opérationnels courant 2017. Les travaux se terminant fin 2016, le déménagement est prévu au début de l'année 2017 au plus tard.

Le projet de GCSMS est un projet réalisable sur 5 ans. En effet, il donnera lieu à des réunions entre Conseils d'Administration, directeurs et financeurs des différentes structures. Réunir l'ensemble de ces acteurs devra se prévoir à l'avance. Le projet ne fera pas l'objet d'une évaluation immédiate.

Les actions prioritaires et celles qui seront évaluées d'abord sont celles de la mise en place d'une permanence infirmière et du comité d'accueil.

Il est prévu que l'AS en formation obtienne son diplôme en janvier 2016. J'ai contacté le directeur de l'EHPAD de Bessèges, qui a déjà une permanence infirmière de nuit, et qui accepte de recevoir la nouvelle diplômée en stage, pendant un mois dans son établissement. Celle-ci se familiarisera avec les protocoles notamment en cas d'urgence. A l'issue du stage, elle devra renouveler sa demande pour travailler de nuit à l'EHPAD. Un roulement sera organisé avec l'infirmière en poste de jour.

Après trois mois d'essai, je dresserai un premier bilan de cette permanence, d'abord avec les deux salariées puis avec l'ensemble des équipes de nuit.

L'objectif sera de faire une évaluation quantitative du travail notamment sur :

- le nombre et le type d'interventions des infirmières auprès des résidents au regard des interventions de jour
- le temps consacré à chaque intervention et la réponse apportée
- le profil des résidents et le service le plus demandeur
- le nombre de recours aux urgences de l'hôpital par rapport à la période précédente (sans permanence infirmière).

Les résidents seront aussi interrogés sur une évaluation plus qualitative notamment sur :

- la satisfaction des personnes et des familles sur la présence de la permanence à l'EHPAD
- la disponibilité des infirmières et leur temps d'intervention
- la satisfaction à propos de la qualité de leur réponse

Le cahier de liaison entre les infirmières de jour et de nuit, fera également l'objet d'une évaluation. La qualité des informations concernant les besoins des résidents sera analysée et réajustée si besoin.

Enfin, une réunion sera organisée sur l'évaluation de l'organisation du travail et notamment le redéploiement du personnel et les nouvelles affectations.

En ce qui concerne le comité d'accueil :

Il est important que ce comité soit disponible à chaque entrée de résidents permanents ou d'hébergement temporaire. L'accueil de jour sera, pour l'instant, réalisé comme précisé précédemment par les AS et ASH. Le comité d'accueil sera mobilisé si la personne vient régulièrement à l'EHPAD.

L'évaluation du bien-fondé de ce comité est capitale. En effet, celui-ci représente la première image et la première impression du résident et de sa famille sur l'établissement. Sur ce comité,

repose également, une meilleure connaissance des besoins du résident lors de son entrée dans l'établissement. L'évaluation reposera donc sur la satisfaction des résidents et des familles à l'entrée à l'EHPAD et sur la qualité des informations recueillies auprès des personnes et des familles. Je visiterai les nouveaux arrivants dans la semaine de leur entrée pour connaître leur impression globale sur l'EHPAD.

Je constituerai alors le binôme résident/salarié et j'expliquerai son fonctionnement. Le résident sera investi d'une mission de représentation de l'établissement à l'extérieur. Dès qu'il connaîtra bien le fonctionnement de l'EHPAD et son binôme, il pourra prendre l'initiative de rencontrer un CLIC, une association ou tout autre organisme de son choix. Il pourra prendre tous les renseignements qui l'intéressent sur cet organisme et pourra présenter l'établissement à son tour et sa façon d'y vivre.

L'évaluation portera sur l'engagement des résidents et des salariés dans cette action et sur le nombre de rencontres effectuées à l'extérieur.

Et ces chiffres seront à mettre en parallèle avec la fréquentation de l'établissement par les partenaires extérieurs, lors des rencontres et des manifestations inter professionnelles organisées à l'EHPAD. L'intérêt manifesté par les partenaires pour les nouvelles actions se mesurera également au nombre de prescriptions faites par ces partenaires.

Enfin, l'évaluation portera sur l'hébergement temporaire et sur l'accueil de jour avec la mise au point d'indicateurs de satisfaction des résidents à propos des jours et heures d'ouverture, des activités proposées, des remarques de la famille sur le comportement des personnes âgées depuis leur entrée à l'EHPAD notamment sur leur participation à la vie sociale et sur le maintien de leur autonomie.

Globalement, c'est le taux de fréquentation qui sera mesuré ainsi que l'absentéisme du personnel, ces deux éléments donnant une indication sur l'implication des personnes dans les nouveaux services proposés.

L'ensemble de ces éléments d'évaluation permettra de dresser un bilan global de la situation de l'EHPAD et de ces nouveaux services. Ces éléments seront analysés par des instances spécifiques qui auront pour mission de recueillir régulièrement les données, de les traiter et d'en apporter des corrections si besoin.

3.3.2 Mettre en place des instances spécifiques avec les résidents pour garantir l'évaluation des nouvelles actions

Certains aspects de l'évaluation sont directement mesurables par des indicateurs simples, quantifiables et tangibles. Mais parfois, les éléments qualitatifs et subjectifs se mêlent aux données d'analyse.

Il est donc important de prendre un certain recul sur ces données. Pour cela, je vais recouper les informations venant de plusieurs instances qui travailleront sur l'analyse des données d'évaluation.

Le référent qualité a été formé à la méthodologie de l'évaluation par un intervenant extérieur ingénieur qualité. Une communication interne à l'ensemble du personnel sera réalisée. La constitution de groupes de travail et la planification des réunions seront présentées en même temps à l'ensemble des salariés. Chaque réunion sera préparée en amont par le référent du groupe et les membres du personnel concernés par le thème abordé : préparation des documents preuves, des questions à traiter, ...

Ces groupes de travail effectueront des bilans d'étape trimestriels grâce aux indicateurs de performance. Ces bilans donneront également des indications plus subjectives sur les conséquences de ces actions sur la vie des résidents.

Puis je prévois un comité de pilotage, qui validera ces étapes, régulera les informations et fera des propositions de réajustement si besoin. Ce comité de pilotage élargi sera composé de la direction, d'un représentant des autorités de tutelle, d'un membre du conseil d'administration, du responsable qualité, d'un représentant des salariés et d'un représentant des résidents.

Le cadre de santé responsable de la qualité pilotera les groupes de travail qui seront constitués en fonction des thèmes abordés dans la dernière évaluation interne de façon à pouvoir comparer les données. La participation des professionnels et des résidents à la démarche sera nécessaire.

5 groupes seront constitués en fonction de la pertinence des personnes dans ses instances. L'organigramme aidera à la mise en place de ces groupes⁷⁰ :

Groupe 1 : Prise en compte des besoins et attentes des résidents : personnalisation des nouvelles prestations, composé de :

- Administration : 1 personne
- Services de soins : 5 personnes
- Animation : 1 personne

⁷⁰ Annexe 4

- Cuisine centrale : 1 personne
- Blanchisserie : 1 personne

Groupe 2 : la prévention des risques dans la vie quotidienne composé de :

- Services de soins : 6 personnes
- Animation : 1 personne
- 1 psychologue
- Service technique : 1 personne
- Cuisine centrale : 1 personne
- Blanchisserie : 1 personne
- Pool hygiène des locaux : 1 personne
- Administration : 1 personne

Groupe 3 : exercice des droits et libertés

- Services de soins : 6 personnes
- Animation : 1 personne
- 1 psychologue
- CVS : 1 résident, 1 aidant familial

Groupe 4 : organisation et gestion des dysfonctionnements

- Pool hygiène des locaux : 1 personne
- Administration : 1 personne
- Services de soins : 1 personne
- Service technique : 1 personne
- Cuisine centrale : 1 personne
- Blanchisserie : 1 personne

Groupe 5 : organisation et ressources humaines

- Administration : 3 personnes
- Services de soins : 3 personnes
- CVS : 1 résident, 1 aidant familial

La présence de chaque membre du groupe sera nécessaire à chaque tenue de réunion. Le responsable qualité devra y veiller.

J'ai fixé par avance que la durée d'une réunion ne devait pas excéder une heure et demie afin de préserver une attention soutenue et ne pas générer un sentiment de lassitude des participants.

Chaque participant connaîtra les thèmes abordés du jour grâce à une préparation individuelle sérieuse et une présence continue. Chacun sera en mesure de s'exprimer et les échanges ne devront pas être censurés.

En fonction des éléments retenus, le comité de pilotage pourra valider les nouvelles actions qui seront formalisées et intégrées dans un nouveau projet d'établissement.

3.3.3 Organiser un nouveau projet d'établissement en accord avec la diversification de l'offre de services et le parcours de vie des résidents

L'article L 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise que, dans les établissements et services sociaux et médico- sociaux, « il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

C'est un outil dynamique qui porte les valeurs de l'établissement et a besoin d'être mis à jour régulièrement. Le public accueilli évolue et ses besoins également. Etre réactif aux évolutions constatées sur le terrain est un critère de performance mais il n'est pas toujours retranscrit dans le projet d'établissement.

J'ai décidé de mettre, rapidement, à jour le projet d'établissement de l'EHPAD. C'est un document stratégique et un outil de communication pour les équipes et pour les partenaires. Il permet d'institutionnaliser les changements. Fondamentalement, les valeurs de l'EHPAD ne sont pas remises en question par la diversification de l'offre de service. L'usager est bien au centre des préoccupations et il participe à la vie de l'établissement. Tout est mis en œuvre pour lui dispenser des soins de qualité et améliorer sa vie dans l'établissement.

Il est néanmoins nécessaire, de donner une réponse plus globale à l'accompagnement du résident et de valoriser la logique de parcours. La coopération avec les partenaires et l'ouverture vers l'extérieur doivent y être mentionnées comme une nouvelle façon de fonctionner.

La première étape, et non la moindre, est d'admettre que l'EHPAD n'a pas toutes les clés pour répondre à la demande des résidents. La diversification de l'offre de service est une façon de proposer de nouveaux services et d'aller chercher les compétences qui lui manquent, à l'extérieur pour une meilleure satisfaction des résidents tout en respectant les règles du secret partagé.

La deuxième étape est d'admettre que l'EHPAD puisse être un lieu de passage d'où le public accueilli puisse sortir et revenir en fonction de ses besoins, structurant pour les résidents et soulageant pour les familles.

L'établissement fait partie du parcours mais il n'est pas tout le parcours et il est préférable qu'il ne puisse pas tout prendre en charge pour un meilleur accompagnement des résidents mais aussi pour limiter les responsabilités, la prise de risques engagés dans l'ensemble du processus d'accompagnement pèserait trop lourdement sur une seule structure.

Pour l'instant cette conception du projet et du processus d'accompagnement n'est pas en phase avec ce qui se passe à l'intérieur de l'établissement. En effet, l'EHPAD répond à la demande en accueillant (presque) tous les résidents et en essayant d'apporter une réponse adéquate à chaque situation (maison de convalescence, unité psychiatrique...). Il se substitue à de nombreux services, au-delà de la mission qui lui est confiée, dans l'intérêt général, mais sans les moyens adéquats et parfois sans les compétences nécessaires.

Afin de mettre à jour le projet d'établissement, je ferai un bilan synthétique de l'évaluation des nouveaux services, par exemple, dans des fiches actions⁷¹. Celles-ci reprendront les objectifs à atteindre, les points forts, les axes d'amélioration des actions, et le personnel concerné par cette mise en place.

Elles seront présentées au comité de pilotage et validées par les résidents avant d'être intégrées au nouveau projet d'établissement.

L'ensemble de ce travail servira de base à la mise à jour des autres documents de l'EHPAD. Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil détailleront les nouveaux services et les modalités de prise en charge.

Un nouveau contrat de séjour sera élaboré avec les résidents entrant à l'EHPAD pour plus de 2 mois. L'article 311-4 du CASF précise que le « contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service ». Celui-ci contiendra le projet personnalisé en phase avec les nouvelles actions de l'EHPAD. Pour l'accueil de jour, un Document Individuel de Prise (DIPC) sera élaboré selon les mêmes critères.

⁷¹ Annexe 5

Conclusion

La pensée «parcours de vie» implique une logique de processus d'accompagnement indépendamment des structures. Elle englobe la notion de projet et de continuité de la prise en charge, dans l'établissement ou en coordination avec les acteurs du territoire. Il est établi, comme indiqué précédemment, que cette notion de parcours aide la personne âgée dans le maintien de son autonomie et dans le respect de ses droits. La loi préconise l'accompagnement de la personne âgée dans cet objectif.

A St Ambroix, le parcours de vie des résidents en EHPAD est compliqué à mettre en œuvre. Il accueille un public de plus en plus varié et ses missions évoluent mais il a du mal à s'adapter à une prise en charge et à un accompagnement plus flexible en phase avec ce qu'attendent les résidents. Ceux-ci ne s'approprient pas l'établissement, ne s'investissent pas dans la vie sociale et collective, désertent les lieux et gardent en tête une image de l'établissement qui est négative.

Les freins à la mise en place d'un parcours de vie à l'EHPAD sont multiples : les principes du service public engagent l'établissement dans une mission toujours plus large et polyvalente pour répondre à la demande du territoire. L'élément fédérateur de l'accompagnement devient donc, pour les salariés, le parcours de santé pour lequel ils ont les compétences et le cadre. La prise en charge est centrée sur la santé et elle en devient moins flexible, malgré l'investissement du personnel. Cela crée parfois, de la frustration auprès des résidents et des salariés et contribue à maintenir l'image de l'établissement médicalisé de fin de vie.

De plus, l'isolement géographique de l'EHPAD et le manque de communication avec les réseaux et les partenaires existant sur le territoire contribue à isoler l'établissement. Cela complexifie les parcours de vie des personnes et crée des incompréhensions en interne avec les résidents et entre salariés.

Pour cet établissement indépendant, la difficulté est d'identifier jusqu'où va sa mission et quand les relais doivent-ils être pris, sachant que l'accompagnement d'une personne âgée est un processus commun qui doit être compréhensible, homogène et adapté.

Aussi, la diversification de l'offre de service doit-elle permettre de clarifier les missions en interne et la coopération extérieure avec comme fil conducteur la participation des usagers à leur parcours de vie.

J'ai choisi de travailler sur deux axes principaux :

- L'accueil à l'EHPAD sera repensé pour satisfaire au mieux les besoins des personnes âgées : la mise en place de nouveaux services, comme l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour, permettra de répondre aux besoins des usagers en termes d'accompagnement spécifique notamment aux personnes vivant à domicile et à leur famille.
L'accueil de personnes extérieures (famille, amis...) contribuera à donner une meilleure image de l'EHPAD, à faire l'interface avec le réseau extérieur et renforcera les liens de confiance entre les résidents et la structure.
- L'ouverture vers l'extérieur est un point fondamental, notamment pour organiser un dispositif d'accompagnement simplifié et coordonné sur le territoire. Un certain de mesures seront prises pour que l'EHPAD devienne un lieu de passage où partenaires, salariés et résidents s'observent, se connaissent, se comprennent mutuellement. La cohérence du parcours passe par le réseau.

L'intérêt de l'ensemble de ces mesures est de penser un « juste accompagnement » adapté aux besoins des personnes âgées dans le respect de leur passé, de leur présent et de leur avenir. C'est la possibilité de donner une autre image de l'EHPAD, plus dynamique, plus polyvalente et moins repliée sur elle-même. Enfin, c'est la possibilité pour tous de se projeter à l'EHPAD et également hors de l'EHPAD en collaboration avec l'ensemble des compétences du territoire. Le parcours de vie des résidents de l'EHPAD de St Ambroix doit pouvoir considérer qu'il y a un avant mais aussi un après EHPAD.

Bibliographie

OUVRAGES :

- ALBOU Philippe, 1999, « L'image des personnes âgées à travers l'histoire », Ed. Glyphe & Biotem, 228 p.
- AMYOT Jean Jacques, 2006, « Développer la coordination gérontologique », Collection: Santé Social, Dunod, 288 p.
- BAUDURET Jean François et JAEGER Marcel, 2002, « Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une Refondation », Dunod, coll. Action Sociale, 352 p.
- BOURDELAIS Patrice, 1993, « L'âge de la vieillesse, histoire du vieillissement de la population », Paris, Odile Jacob, 441 p. (Nouvelle édition coll. « poche » Opus, 1997, 503 p.)
- DUBREUIL Bertrand, 2013, « Le travail de directeur en ESMS », 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 232 p.
- GUILLEMARD Anne-Marie, 1980, « La vieillesse et l'état », PUF, Politiques, 84 p.
- HARDY J-P et LHUILLIER J-M., 2008, *L'aide sociale aujourd'hui*. ESF Éditeur, 459 p.
- JANVIER Roland, MATHO Yves, 2011, « Comprendre la participation des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales », 4^{ème} édition, Dunod, Paris, 261 p.
- LAROQUE Geneviève, GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme, mars 2007, « Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux », collection Sociétales, 319 p.
- LEBEE Christine, Lodo Sabrina, 2013, « Le soins et l'accompagnement des personnes âgées », Maxi fiches, Dunod, Paris, 119 p.
- SAUVY, Alfred, 1952-1954, « Théorie générale de la population » (2 vol.) – Paris : PUF, 370 p. et 397 p

REVUES :

- ALBOU Philippe, Comité de lecture du 25 mars 2000 « Evolution de l'image des personnes âgées au cours du XXe siècle » Histoire des sciences médicales- Tome XXXV - N° 1
- FARDEAU Michel, 1996, « Marché du vieillissement, une approche économique », in "Le marché des seniors", Gérontologie et société, n° 76, p. 12.

- DUPAQUIER Jacques, 1998, « Londres ou Paris ? Un grand débat dans le petit monde des arithméticiens politiques (1662-1759) », *Population*, 1-2, pp 311-326 http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_00324663_1998_num_53_1_6858
- ENNUYER Bernard, 5 juillet 2010 « La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social », *Regards sur l'Actualité* n°363
- LAUFER Jacqueline, SILVERA Rachel, Février 2001 « Femmes providentielles, enfants et parents à charge. », *Travail, genre et sociétés* (N° 6), p. 17-18 URL : www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-2-page-17.htm.
- LOUIS-VINCENT Thomas, 1983, « La vieillesse en Afrique Noire » In : *Communications*, 37, Le continent gris. Vieillesse et vieillissement. pp. 69-87 <http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm058880181983num3711553>

ETUDES ET PUBLICATIONS :

- ALDEGHI Isa, LOONES Anne, 2010, « Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable », *CAHIER DE RECHERCHE N°277*
- AMMAR SCEMAMA Corine, VIAILLY Faustine, MICHEL Benoit, 2009, « Le juste temps du placement, Les limites du maintien à domicile », www.espace-ethique-alzheimer.org
- MARTIN Claude (CNRS), LE BIHAN Blanche (EHESP), 2006-2009, Programme W.O.U.P.S.- A. N. R., Projet financé dans le cadre du programme de recherche ANR blanc 2006 et le Programme Genre et Politiques Sociales de la DREES/MIRE
- OLLIVIER Daniel, 2013, « Management, 2.0 », Afnor Editions, 2013 *Etudes et Résultats*, Drees « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », mai 2009 n° 689
- RATTE Evelyne 21 juin 2011, Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », p. 20
- TROUVE Hélène, COUTURIER Yves, SAINT JEAN Olivier, et SOMME Dominique Somme, 2010 « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? » *Géographie, économie, société*, (Vol. 12), Ed : Lavoisier ,128 p,
- Etude HOSPiMEDIA, fiches pratiques, août 2014, Comment réduire le turnover du personnel en EHPAD ? Ressources Humaines
- Publications Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie, 2^{ème} édition, 2002, www.geriatrie.be
- RBPP de l'ANESM, février 2012 « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »

- Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux URIOPSS Rhône-Alpes SEPTEMBRE 2008, « Guide pratique de la coopération », Action conduite dans le cadre du contrat sectoriel État Région Rhône-Alpes – CRESS Rhône-Alpes
- Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014, Département du Gard, adopté le 17 novembre 2011

SITES INTERNET

- www.wikipedia
- www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148180.0.html
- www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html
- <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>
- www.famidac.fr,
- www.creainpdc.fr
- www.aitec.reseau-ipam.org
- www.doloplus.com/travaux/travaux4.php
- www.mornay-services.fr/index.php?/lexique
- www.em-consulte.com
- www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/malentendu
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Capital_humain
- www.ameli.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 : L'échelle Algoplus : Evaluation de la douleur

ANNEXE 2 : Le dossier d'admission à l'EHPAD

ANNEXE 3 : Le tableau des effectifs de l'EHPAD

ANNEXE 4 : L'organigramme fonctionnel

ANNEXE 5 : Modèle de Fiche Action

ANNEXE 1 : L'échelle AlgoPlus : Evaluation de la douleur



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.						
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.						
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.						
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.						
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe



mise à jour le 06/08/13

Nom :

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Bureau des entrées : Mme PHILIPPE

Tel : 04 66 60 28 88

Fax : 04 66 24 62 87

Email : m.philippe@mrsa.fr

Maison de Retraite (médicalisée)

MAISON DE RETRAITE

Place de l'Esplanade

30500 Saint Ambroix

Prix de journée 2013 : 52.33 €

+ Tarif dépendance :

GIR 1-2 :	25.35 € (si APA en ets reste en charge 4.80 €)
GIR 3-4 :	8.14 € (si APA en ets reste en charge 4.80 €)
GIR 5-6 :	4.80 € (pas de possibilité d'APA)

Prix de journée des moins de 60 ans : 70.61 €

Autres tarifs 2013

Repas accompagnant : 4.89 €

Marques de linge 11.47 €



QUESTIONNAIRE DE PRE – ADMISSION

Nom : _____ **Prénom :** _____

Lieu de naissance : _____ **Date :** ____ / ____ / ____ **Age :** _____ ans

Lieu de vie (rural, urbain ...) : _____

Situation familiale : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) depuis
le : ____ / ____ / ____

Langue maternelle : _____ langue(s) parlée(s) : _____

Nombre d'enfants : _____ dont _____ vivants :et _____ décédés :

Relations difficiles : - avec des enfants : oui non

- avec un membre de la famille : oui non

Personnalité : trait de caractère sociable renfermé timide têtu

autoritaire autres : _____

Motif du placement :

Profession antérieure : _____

Religion : _____ pratiquant(e) : oui non

Conséquences pratiques (alimentation, prières, rites.) : _____

Loisirs et activités

- physiques (promenade, pétanque, ...) :
- artistiques (chant, peinture ...) :
- culturelles (télé, lecture, film, photo...) :
- manuelles (tricot, jardinage...) :
- sociales (danse, jeux ...) :
- animaux :

Fumeur : oui non

Difficultés : à lire : oui non à écrire : oui non

Habitudes de vie (heures du lever, du repas, du coucher, de la sieste ...) : _____

Habitudes vestimentaires et esthétiques (pantalons, robes, maquillages, coiffeurs.) :

Aliments détestés _____

Régime alimentaire :

- diabétique : oui - non
- sans sel : oui - non
- hypolipidémique : oui - non
- sans résidus : oui - non
- mixé : oui - non

Fiche n° 1

FICHE DE RENSEIGNEMENT DU FUTUR RESIDENT

Nom-prénoms _____ :

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ lieu : _____

(*) Célibataire

Marié (e) de _____

Veuf (ve)

Divorcé(e)

Domicile : _____

Lieu où se trouve actuellement le résident : _____

Nationalité : _____ (pour les étrangers, joindre la carte de séjour)

Personnes à prévenir :

Nom Prénom : _____ lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

(*) barrer les mentions inutiles



Fiche n° 2

Nom Prénom :

CHOIX A DETERMINER PAR LA FAMILLE

I) **Choix du médecin pour le suivi médical à la Maison de Retraite de Saint Ambroix :**

Dr _____ Tel : _____

II) **Choix du kinésithérapeute à la Maison de Retraite de Saint Ambroix**

M. ou Mme : _____

III) **Choix de l'établissement d'hospitalisation en cas de besoin**

Centre Hospitalier : _____

Clinique : _____

IV) **Choix de l'ambulance en cas d'hospitalisation :**

V) **Choix en cas de décès à la Maison de Retraite de Saint Ambroix (cochez les options choisies)**

Personne à prévenir : _____ Tel : _____

de jour : oui non de nuit : oui non

- Transport du corps à domicile **ou** en chambre funéraire : oui non

avant mise en bière (dans les 18 h après décès)

après mise en bière (au-delà de 18h)

- Incinération : oui non

- Existe t'il un contrat d'obsèques : non oui : qui en est le dépositaire: _____

- Choix de l'entreprise de pompes funèbres :

entreprise : _____ à _____ Tel : _____

- Autres renseignements utiles :

-caveau de famille : non oui lieu _____

-concession : non oui lieu _____

A _____ le _____

Nom et prénom (lisibles) : _____ Signature



Fiche n°3

Nom Prénom

RESERVATION DE LA CHAMBRE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation

1^{er} cas : vous payez vos frais d'hébergement vous avez alors 2 possibilités :

1. Vous gardez la chambre pendant le séjour hospitalier et les frais de séjour sont à votre charge pendant l'hospitalisation.
2. Vous ne gardez pas la chambre et une sortie effective est faite, vous aurez une nouvelle demande d'admission à faire en fin d'hospitalisation si vous souhaitez revenir à la Maison de Retraite selon les lits disponibles.

2^{ème} cas : vous êtes bénéficiaire de l'aide sociale, la prise en charge des frais concernant le maintien de votre chambre à la Maison de Retraite est de 5 semaines consécutives. Au-delà la sortie est effective.

Réponse de la famille en cas d'hospitalisation :

je choisis de garder la chambre

je choisis de libérer la chambre

Date : _____

Nom, Prénom : _____

Signature :



Fiche n° 4

Nom Prénom :

INFORMATION SUR LA RESPONSABILITE DE LA MAISON DE RETRAITE EN CAS DE VOLS, PERTES OU DETORINATION D'OBJETS PERSONNELS

Conformément aux dispositions de la loi 92.614 du 6 juillet 1992, l'établissement ne peut être tenu pour responsable que pour les objets (et valeurs) déposés chez le comptable public de l'établissement et le dépôt ne peut concerner que des objets dont la nature justifie la détention par la personne.

Ces objets doivent être retirés dans un délai d'un an maximum après la sortie ou le décès de la personne âgée, faute de quoi ils seront transmis aux administrations prévues par la loi

Nom, Prénom : _____

Date : _____

Signature :



Fiche n° 5

Nom Prénom :

LISTE DES CAISSES DE RETRAITE PRINCIPALES ET COMPLEMENTAIRES DU
RESIDENT

ORGANISME	ADRESSE	N° d'Affiliation



Fiche n° 6

INFORMATIONS DIVERSES

I Télévision

Il est possible d'installer un téléviseur personnel dans votre chambre.

II Objets divers : sacs, photos, cadres, réveil, vases et fleurs, calendriers ...

Les objets familiers et petits meubles sont acceptés en fonction de la place disponible dans la chambre.

Une clé d'armoire personnelle est fournie à la demande du résident dès son entrée, à charge de la remplacer à ses frais en cas de perte.

III Ligne privée téléphonique

Si vous n'aviez pas auparavant le téléphone à votre domicile, le Bureau des Entrées pourra contacter, si vous le souhaitez, les Services Téléphoniques pour vous faire ouvrir une ligne personnelle dont vous assumerez les frais directement.

Si vous souhaitez disposer d'une ligne téléphonique privée dans votre chambre et si vous avez déjà le téléphone à votre domicile, il est possible de faire un transfert de ligne immédiat. Dans ce cas vous ne devez pas faire interrompre votre ligne actuelle : elle pourra être transférée, par nos soins, dans votre chambre, après avoir complété les renseignements suivants (Joindre Photocopie de la dernière facture France TELECOM + Photocopie d'une pièce d'identité.

Nom Prénom

Date et Lieu de naissance : _____

Votre n° de téléphone actuel : _____

Nom, Prénom du demandeur : _____

Signature

TROUSSEAU DU RESIDENT

Marquage : La Maison de Retraite se chargera de commander et de fixer les marques sur le linge personnel (joindre à l'admission un chèque de 11.14 € pour 100 marques de linge à l'ordre du Trésor Public pour l'année 2012).

Il est conseillé d'apporter la totalité du trousseau lors de l'admission pour que l'inventaire contradictoire et le marquage du linge soit fait avec les lingères, ainsi qu'à chaque renouvellement de celui-ci (du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00)

Entretien : Par mesure d'hygiène tout le linge, y compris les effets personnels, est entretenu par la blanchisserie de l'établissement, les vêtements seront en nombre suffisant, d'autant plus important que l'état de dépendance du résident le nécessite. Dans la journée, la tenue de jour est requise pour les résidents non alités. Le trousseau ne doit pas comporter des textiles fragiles, devant être nettoyés à sec ou à la main (lainage, soie, rhovyl et Damard). En cas contraire, l'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration.

LE TROUSSEAU

Afin d'éviter les apports successifs de linge pendant votre séjour, ainsi que la perte d'un vêtement non marqué, voici la liste, non exhaustive, à fournir lors de votre admission :

Vêtements de jour

- 7 culottes ou slips
- 7 tricot de corps
- 4 combinaisons
- 6 paires de chaussettes, bas, mi-bas ou collants
- 6 chemises, chemisiers ou polos
- 4 gilets ou pulls
- 6 robes ou 4 jupes
- 6 pantalons ou joggings
- ceintures ou bretelles
- tabliers, blouses
- chaussures confortables pour sortir ou pour l'intérieur (hiver/été)
- veste, manteau ou imperméable
- chapeau, écharpe (hiver/été)
- 12 mouchoirs

vêtements de nuit

- 6 chemises de nuits ou pyjamas
- 2 robes de chambre
- 2 paires de pantoufles (hiver/été)

trousse de toilette

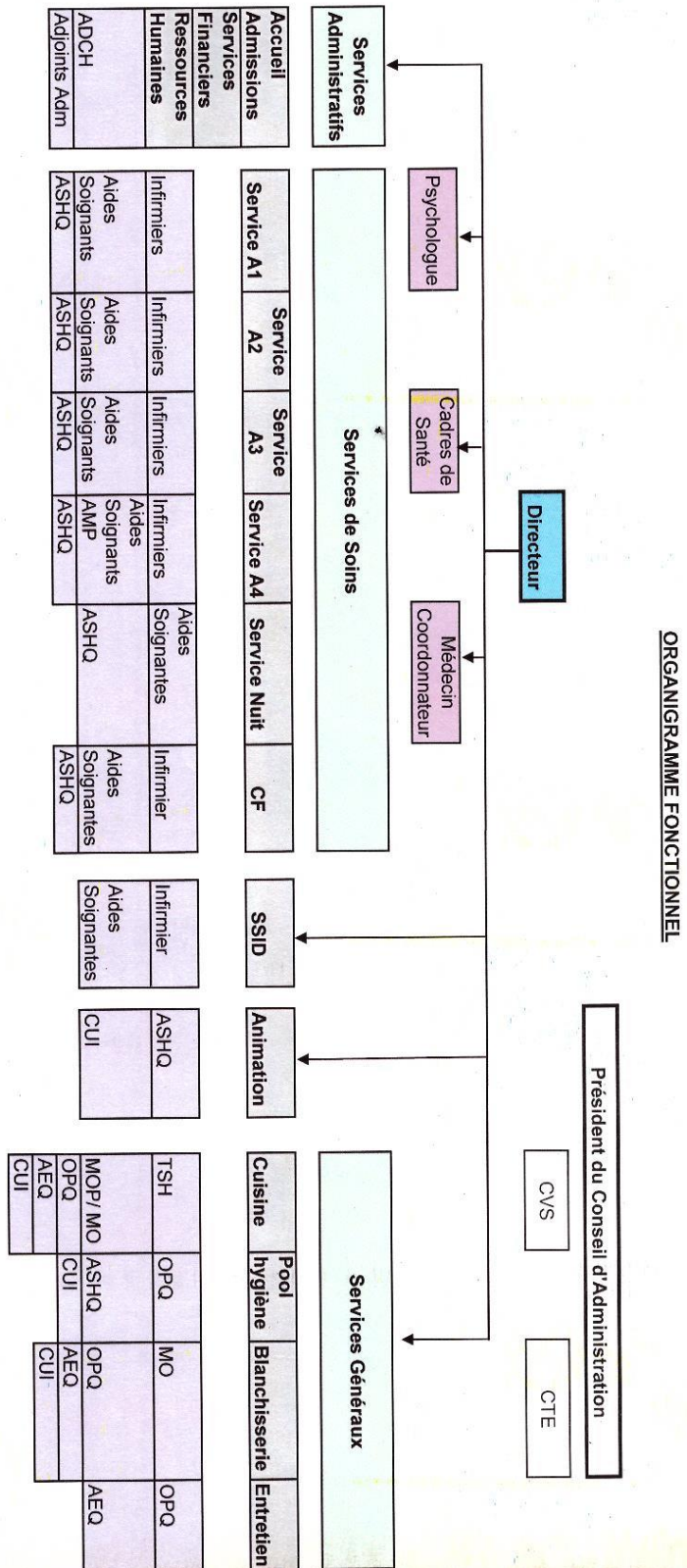
- gel douche + eau de toilette + shampoing (à fournir régulièrement)
- brosse, peigne
- brosse à dents + dentifrice
- boîte à appareil dentifrice si nécessaire
- 1 rasoir électrique ou mécanique pour les hommes avec mousse à raser, produits de beauté, nécessaire à coiffer...

ANNEXE 3 : Le tableau des effectifs de l'EHPAD

	Fonction	Effectif	Formation initiale	Formation complémentaire
Personnel soignant	Médecin coordonnateur	1	Doctorat médecine générale	Formation gérontologie
	Cadre de santé	2	DE Infirmière	Formation cadre de santé Formation Humanitude Formation Management des Equipes et Gestion de Projets
	IDE	10	DE Infirmière	Formation Humanitude Formation Communication et Gestion des Conflits
	AS	44	DE AS	Formation Humanitude Formation Hygiène, Stérilisation 2 AS : Formation Sophrologie 1 AS : Formation AMP en cours
	ASH	36	3 BEP Carrières sanitaires et sociales	Formation Humanitude Formation Hygiène Stérilisation 1 ASH : formation relooking
	Psychologue	1	Master Psychologie	Formation Humanitude Formation thérapie Snoezelen
	Psychiatre	1	Doctorat Psychiatrie	
Services Techniques		8	1 Agent : BTS Electricité 1 Agent : CAP Plomberie	1 Agent : Formation Gestion d'une équipe technique
Restauration		12	3 CAP cuisinier	1 Agent : Gestion d'une équipe en restauration collective 1 Agent : Normes HACCP 1 Agent : Normes Iso 9001

Animation		3	1 BPJES activités physiques pour tous	Formation Humanitude 2 Agents : Gestion des bénévoles dans l'organisation du travail 2 Agents : Créer et Gérer une association
Adminis- tration	Directrice	1	DSG contrôle de gestion	Stagiaire CAFDES Formation : Communication et Gestion des Conflits
	RH	2	1 Agent : Licence Ressources Humaines	Formation : IRP (Les procédures de représentation du personnel dans la fonction publique)
	Finances	2	1 Agent BTS comptabilité gestion	1 Agent : accès catégorie B fonction publique, stage pratique à l'hôpital d'Alès
	Service Entrée	1	BEPC	Formation Informatique
TOTAL		124 personnes		

ANNEXE 4 : L'organigramme fonctionnel



ANNEXE 5 : Modèle de Fiche Action

Fiche Action N°

Axe Stratégique :

Rattachement à l'objectif opérationnel

Intitulé de l'Action

CONTEXTE
CONTENU
OBJECTIFS
EFFETS ATTENDUS
FACTEURS CLES DU SUCCES
OBSTACLES
ACTEURS PRESENTIS, CALENDRIER, REFERENT DE L'ACTION
CRITERES ET INDICATEURS D'EVALUATION

BOURLIERE

Hélène

Novembre 2015

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

**LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SERVICE COMME ELEMENT DE
CONSTRUCTION DU PARCOURS DE VIE DES RESIDENTS D'UN EHPAD**

Résumé :

La volonté de vivre chez soi le plus longtemps possible est un souhait des personnes âgées. La solution du placement à l'EHPAD est envisagée comme l'hébergement de la fin de vie quand les personnes sont trop isolées ou en danger. Les personnes âgées redoutent cette solution. Mais le maintien à domicile a des limites et l'EHPAD apporte des solutions de prise en charge partielle.

A St Ambroix dans le Gard, l'établissement souffre de cette image de « mouvoir ». Néanmoins son fonctionnement actuel ne permet pas de répondre à tous les besoins des résidents.

La diversification de l'offre de service permettra de considérer l'EHPAD comme un des éléments du parcours de vie des personnes âgées, permettant de répondre à toutes leurs attentes et à tous leurs besoins.

Mots clés :

DIVERSIFICATION - PARCOURS DE VIE – MAINTIEN A DOMICILE -
ETABLISSEMENT MEDICO SOCIAL – RESIDENTS - EHPAD - SERVICE PUBLIC –
HEBERGEMENT TEMPORAIRE - ACCUEIL DE JOUR - COOPERATION –
COMMUNICATION – TERRITOIRE RURAL

L'école 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.