

**Co-construire le projet d'un EHPAD regroupé et développer les
prestations préservant la continuité des parcours de vie**

Catherine ROQUES

2016

cafdes



Remerciements

Moment libérateur, la rédaction de cette page de remerciements qui signe la fin de l'écriture du mémoire.

Je suis particulièrement reconnaissante à Mme Welter, directrice de stage, pour son accueil et sa disponibilité malgré un emploi du temps qui s'est fortement rempli. La côtoyer pendant toute une année fut un réel plaisir, riche d'enseignements. Elle m'a beaucoup appris sur la dimension humaine du management.

La rédaction d'un mémoire n'est certainement jamais chose aisée mais elle l'est d'autant moins quand votre culture professionnelle antérieure est loin de celle que vous souhaitez rejoindre. Les trois années de formation (PREPA et CAFDES) et les trois stages que j'avais choisis de faire pour m'acculturer m'avaient bien préparé. Néanmoins, coucher sur le papier de manière ordonnée tout ce que vous avez envie de transmettre car on vous l'a transmis ne vient pas tout seul. Ainsi, je remercie Mme Magnan, ma directrice de mémoire pour m'avoir permis de structurer mon écrit et pour tous les précieux conseils prodigués afin d'affirmer ma position de directrice dans la conduite de ce projet.

Rien n'aurait été possible sans le soutien discret mais présent de toute la promotion du CAFDES 2014-2016. Une envie permanente de partager et de réussir a traversé ces deux années. Merci tout particulièrement à mon « colloc » pour avoir supporté, parfois, mes moments de découragement.

Et enfin, merci à mon mari qui m'a apporté un soutien inconditionnel dans mon projet de reconversion. Il a été attentif, indulgent. Néanmoins, il attend avec impatience la fin de ces épreuves.

Ma chienne golden retriever a également été sollicitée. Elle a accepté de m'accompagner en balade chaque jour d'écriture à des heures parfois très matinales.

Sommaire

Introduction	1
1 De l'environnement externe au diagnostic interne des deux EHPAD	3
1.1 Les politiques publiques : l'inclusion sociale des personnes âgées	3
1.2 Contexte réglementaire : de la maison de retraite à l'EHPAD	5
1.3 Vieillesse : de la dépendance à la fragilité	7
1.4 Les contours de la Communauté d'Agglomération Pau Pyrénées : territoire d'inscription des deux EHPAD	9
1.4.1 De la géographie à la démographie.....	9
1.4.2 Un territoire plutôt bien doté	10
1.4.3 Des schémas régionaux et départementaux articulés	12
1.5 Une gouvernance associative affirmée.....	14
1.5.1 Une organisation résolument tournée vers la réalisation des projets	14
1.5.2 « Pour une gouvernance associative participative »	15
1.6 Les deux EHPAD en dissonance avec l'évolution des besoins et des attentes de la population accueillie	15
1.6.1 Des histoires qui convergent	15
1.6.2 L'hébergement permanent comme mode unique d'accompagnement.....	16
1.6.3 Des résidents reflétant l'évolution des personnes âgées dépendantes.....	17
1.6.4 Un accompagnement à l'épreuve des espaces architecturaux	20
1.6.5 Un accueil insuffisamment préparé	21
1.6.6 Une gestion complexe des établissements.....	23
1.7 Des réhabilitations proposées au regroupement/reconstruction imposé	26
1.8 De la synthèse des écarts à la problématique.....	27
2 Un projet qui prend en compte la continuité des parcours de vie	29
2.1 La continuité de parcours de vie : des orientations à la mise en dispositifs et prestations.....	29
2.1.1 La continuité des parcours de vie : définition et enjeux.....	29
2.1.2 La traduction en dispositifs ou prestations	30
2.1.3 Le positionnement d'un EHPAD	35
2.2 La continuité de parcours soutenue par la configuration architecturale .	36
2.2.1 L'architecture partie prenante du cadre de vie	36

2.2.2	La conception architecturale au cœur des recommandations	37
2.2.3	Un modèle émergent : « Un petit chez soi » dans « un grand chez nous »	39
2.3	Le projet inscrit dans une démarche participative	42
2.3.1	Le projet comme organisateur du mouvement	42
2.3.2	De la théorie des parties prenantes au management de la participation	43
2.3.3	La place des usagers.....	45
2.3.4	La place des professionnels.....	46
2.3.5	La place des partenaires.....	49
3	La co-construction du projet de l'EHPAD d'Idron orienté vers la continuité des parcours de vie.....	53
3.1	Une réorganisation fonctionnelle stratégique	53
3.1.1	Un relai stratégique pour communiquer	53
3.1.2	Le parcours de vie soutenu par une politique d'accueil et d'admission.....	54
3.2	Un projet innovant partagé et élaboré avec tous les acteurs	56
3.2.1	De l'utopie à l'avant-projet.....	57
3.2.2	Un projet à communiquer pour mobiliser les acteurs.....	59
3.2.3	Un projet à défendre auprès des autorités de régulation et de tarification	62
3.2.4	Le projet de l'EHPAD d'Idron aujourd'hui	63
3.3	Mobiliser les ressources humaines autour d'un projet porteur d'enjeux sociaux et sociétaux.....	67
3.3.1	Fédérer les équipes autour d'un projet commun	67
3.3.2	Les projets d'accompagnements élaborés en groupes de travail	69
3.3.3	Les compétences à rechercher pour faire vivre les projets.....	72
3.3.4	Les évaluations au service des actions	76
	Conclusion.....	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADGESSA :	Association pour le Développement et la Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux d'Aquitaine
AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
AJ :	Accueil de Jour
AMP :	Aide médico-Psychologique
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA :	Aide Personnalisée à l'Autonomie
APL :	Aide Personnalisée au Logement
APS :	Avant-Projet Sommaire
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant(e)
ASG :	Assistant(e) de Soins en Gérontologie
ASL :	Agent de Service Logistique
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CAPP :	Communauté d'Agglomération Pau Pyrénées
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CD :	Conseil Départemental
CHP :	Centre Hospitalier des Pyrénées
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNRTL :	Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DEAS :	Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant
DEAVS :	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale

DREES :	Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESA :	Equipe Spécialisée Alzheimer
ESMS :	Etablissement Social et Médico-social
ETP :	Equivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso-Ressource
GMP :	GIR Moyen Pondéré
GMPS :	Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré Soins
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
HT :	Hébergement Temporaire
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA :	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptées
PMP :	Pathos Moyen Pondéré
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
QVT :	Qualité de Vie au Travail
RPS :	Risques Psycho-Sociaux
RSE :	Responsabilité Sociale des Entreprises
SROMS :	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD :	Unités de Soins Longue Durée

Introduction

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont une finalité sociale et médico-sociale. Ils sont fondés sur le principe d'une réponse concrète et adaptée aux attentes et besoins des personnes accueillies ou accompagnées, en prenant en compte leur environnement. A l'heure de l'inclusion, le lieu d'implantation et la conception architecturale sont déterminants lorsqu'est décidée la reconstruction d'un tel établissement. Les modes d'accompagnement sont également à prendre en considération et à réinterroger avant tout projet de ce type afin de participer à cette inclusion dans une dynamique de parcours de vie.

L'EHPAD François-Henri, dans lequel j'ai entrepris un stage de un an en tant que directrice, est un établissement situé sur la communauté d'agglomération de Pau Pyrénées. Il dispose d'une autorisation pour 44 places d'hébergement permanent. Cet établissement de petite taille et au fonctionnement précis, formalisé mais dont l'architecture est vétuste ne parvient qu'au prix d'ajustements permanents à assurer un accompagnement conforme des personnes âgées du territoire dont la dépendance s'accroît.

Cinq mois après mon arrivée, l'association gestionnaire, d'implantation régionale, a décidé de mettre en œuvre le projet de regroupement/reconstruction prévu depuis 2012 avec un autre établissement dont elle assure la gestion, l'EHPAD Saint-Léon situé sur le même territoire. La directrice de l'EHPAD François-Henri a été désignée pour piloter ce projet. La direction des deux établissements lui a été confiée depuis novembre 2015. C'est de cette place que je vais conduire mon travail de mémoire.

Ce que je souhaite mettre en perspective au travers de ce travail c'est le double enjeu que revêt ce projet qui pour l'heure porte le nom « d'EHPAD d'Idron » (nom de sa commune d'élection). Le premier est d'ordre sociétal et éthique. Il consiste à s'interroger sur la place que l'on souhaite pour nos aînés lorsque la perte d'autonomie semble signer la fin des possibles. La dimension éthique s'exprime au travers de l'approche domestique et de la mise en place de prestations adaptées. Ces choix ont pour finalité de limiter les ruptures dans les parcours de vie des personnes âgées dépendantes lorsque le maintien à domicile n'est plus envisagé.

Le deuxième enjeu est social. Ce regroupement de deux structures s'apparente à une fusion avec tout que cela implique en matière d'identité et de culture professionnelle même si on peut considérer que le fait d'appartenir à la même association gestionnaire modère cet impact.

Piloter un projet de regroupement et de reconstruction de deux EHPAD, c'est prendre en compte une pluralité de facteurs externes et internes, parfois divergents : orientations des politiques publiques nationales et locales, besoins des personnes accueillies, ressources

humaines et financières mobilisables. Le directeur a un rôle pivot pour concilier toutes ces exigences.

Dans une première partie, j'aborderai les principales lignes des politiques publiques dans le champ de la gérontologie, le contexte réglementaire dans lequel un EHPAD organise son fonctionnement. Je m'appliquerai ensuite à décrire les deux EHPAD, dont je suis directrice, au regard de leur territoire, de l'évolution de la population qu'ils accueillent et des contraintes architecturales et organisationnelles.

Une fois ce diagnostic posé, je proposerai dans une deuxième partie les concepts et méthodologies qui viendront étayer mes choix pour conduire le projet d'Idron. Elle sera consacrée à cette tension éthique entre ce qu'il est souhaitable de faire et les marges de manœuvre dont nous disposons pour privilégier un cadre de vie proche du « chez soi » et diversifier les modes d'accueil au sein du nouvel EHPAD afin de l'inscrire dans une logique de parcours de vie. Je montrerai en quoi les tendances portées par les politiques publiques récentes peuvent offrir des opportunités.

Enfin, la troisième partie présentera mon plan d'action stratégique de conduite du changement inhérent à la mise en action du projet de l'EHPAD d'Idron. Ces actions vont articuler la conception architecturale choisie pour répondre aux besoins repérés des personnes âgées dépendantes et l'élaboration d'un pré-projet d'établissement correspondant. L'élaboration de ce projet devra être partagée par tous pour être opérant. La mobilisation des professionnels des deux établissements autour de ce projet commun est essentielle pour inscrire le nouvel établissement comme un maillon essentiel dans la continuité de parcours lorsque le maintien à domicile a atteint ses limites.

1 De l'environnement externe au diagnostic interne des deux EHPAD

Poser le cadre de référence du projet de regroupement et de reconstruction est un préalable pour comprendre les choix qui seront faits. Cette première partie propose non pas une description détaillée des deux établissements mais l'analyse combinée de l'environnement et de leurs capacités à mener leur mission.

1.1 Les politiques publiques : l'inclusion sociale des personnes âgées

Les questions relatives au vieillissement se cantonnent jusqu'au début du XX^{ème} siècle à la sphère privée. C'est en 1905 que cette préoccupation atteint la sphère publique en posant le principe de l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables. Mais il faudra attendre le début des années soixante pour que la notion de politiques publiques en faveur de la vieillesse prenne vraiment corps. Le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque en 1962, marque le coup d'envoi de cette politique. Il y est fait le constat que cette dernière est vue comme une exclusion sociale et le vieillissement démographique est perçu comme une charge pour la société. Ce rapport ne fait pas du maintien à domicile un objectif en soi car l'hébergement a toujours été une alternative qui a compté pour toutes les personnes qui n'avaient pas ou plus leur place dans la société, mais il le subordonne à une finalité éthique : permettre aux gens âgés de garder leur place dans la société. Le rapport préconise donc l'autonomie par le maintien à domicile et la participation à la vie sociale des personnes âgées.

De nombreuses dispositions législatives et réglementaires emprunteront cette logique et chercheront à favoriser le libre choix du lieu de vie et à retarder la perte d'autonomie. Des réponses diversifiées et adaptées aux situations de dépendance seront mises en œuvre tant au domicile qu'en établissements.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale consacre l'exercice des droits et des libertés individuels des personnes accompagnées. Elle réaffirme en cela « le libre choix des prestations adaptées » et le relie à la notion de « consentement éclairé ». Cette loi pose le principe de la participation des personnes à leur propre accompagnement. Les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) iront plus loin en parlant de co-construction. Les acteurs et les opérateurs de l'action sanitaire et médico-sociale devront faire en sorte de coopérer pour organiser leurs interventions dans une recherche permanente d'amélioration de la qualité d'accompagnement des personnes.

Un changement de paradigme s'est opéré : les dispositifs doivent s'adapter à la personne en privilégiant la continuité des interventions.

La canicule de 2003 vient tragiquement pointer du doigt les défaillances d'un système sanitaire et social en mal d'efficience. Rapidement un rapport est commandé par l'autorité publique qui demande d'approfondir l'étude d'un scénario équilibré comportant le développement d'une offre globale portant sur tous les modes d'accompagnement à domicile et en établissements. La conclusion démontre la nécessité d'une articulation cohérente des formes d'intervention diversifiées, décloisonnées et coordonnées allant du domicile à l'hôpital. Pas moins de huit plans et programmes se succèdent ou se superposent de 2003 à 2015. Tous promeuvent une logique axée sur la personne âgée et sur l'évolution de ses besoins : depuis la prévention jusqu'au développement de formes d'accueil spécifiques concernant essentiellement les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Il est demandé à tous les acteurs du secteur gérontologique de coopérer, de se coordonner voire de se regrouper pour porter ses réponses adaptées au plus près sur les territoires.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, acte cette orientation en créant les Agences Régionales de Santé (ARS) qui auront en charge de réguler, de planifier et d'organiser l'action coordonnée des acteurs de la prévention du sanitaire et du médico-social dans un objectif de complémentarité des offres. Les politiques de santé s'appliquent à développer des actions dans une logique de parcours : parcours de santé en promouvant la prévention, parcours de soins en se centrant sur la prise en charge des maladies chroniques, parcours de vie qui intègre toutes les dimensions de l'accompagnement. Raisonner en termes de parcours suppose de cerner les besoins des personnes et d'assurer leur accompagnement au quotidien dans les grandes étapes de leur vie et lors de période de crises. Cette loi a également instauré la procédure d'appel à projet dans le cadre d'une demande d'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements ou services qui font appel partiellement ou intégralement à des financements publics.

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, reprend en substance l'aspect éthique développé par le rapport Laroque et mis en avant dans les politiques publiques européennes qui visent l'inclusion des personnes âgées dans la société. Cette fois ci, c'est l'ensemble de la société qui doit s'adapter au vieillissement d'une bonne partie de ses concitoyens et pas seulement les dispositifs traditionnels d'intervention sociale. A cette fin, la loi réaffirme que le choix des personnes âgées est de rester chez elle jusqu'au bout de leur vie et met tout en œuvre, notamment les moyens financiers, pour soutenir son ambition.

Je note une adoption sémantique regrettable dans la rédaction de cette loi et de ses annexes. La locution établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

semble abandonnée au profit de maison de retraite médicalisée¹. J'y vois là un double paradoxe. Etymologiquement la retraite indique l'action de se retirer d'un endroit dans un autre alors que cette loi prône l'inclusion des personnes âgées dans la société. De même, l'adjectif « médicalisé » n'offre qu'une dimension sanitaire à ce qui se doit d'être un lieu de vie. Il n'en reste pas moins que depuis 2005 c'est la locution Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes qui a été retenue pour qualifier juridiquement les établissements accompagnant les personnes âgées dépendantes.

Le paragraphe suivant va se centrer sur la réglementation propre à ce type de structures qui va conditionner son fonctionnement en termes d'autorisation et de financement.

1.2 Contexte réglementaire : de la maison de retraite à l'EHPAD

A partir de 2001, les maisons de retraite deviennent progressivement des EHPAD, en application du décret² et de l'arrêté³ du 26 avril 1999 qui, respectivement, fixent les nouvelles modalités de tarification et de financement et précisent le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle. Ce nouveau corpus législatif, initié par la loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), conduit à la mise en place d'une tarification ternaire (tarif hébergement, tarif dépendance et tarif soins) et à la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le département et l'Etat, représenté par l'assurance maladie, avant le 31 décembre 2005. L'établissement s'engage alors sur des objectifs d'amélioration continue de la qualité et les autorités s'engagent sur les moyens nécessaires pour les atteindre. Cette réforme va asseoir le financement sur le niveau de dépendance des personnes accueillies et non plus sur le statut juridique des structures. Ainsi, la mesure de la dépendance en EHPAD s'apprécie en calculant le GMP pour GIR⁴ Moyen Pondéré qui situe le niveau moyen de dépendance des résidents. Le GMP est établi à partir de la position des résidents sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources). Celle-ci permet d'évaluer le degré d'autonomie des personnes âgées, qu'elles résident en institution ou à domicile. Cet outil, adopté pour le calcul de la PSD, puis pour l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) qui lui a succédé, permet de disposer d'une homogénéité dans la caractérisation des personnes âgées dépendantes à partir de variables codées. Les personnes sont classées en six groupes : du plus autonome (GIR 6) au plus dépendant (GIR 1). Ainsi, le GIR d'appartenance permet

¹ Le sigle EHPAD apparaît une seule fois contre 15 fois la locution maison de retraite médicalisée.

² Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

³ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁴ GIR : Groupe Iso-Ressources

de classer les personnes par rapport au niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes de la vie quotidienne, même si au sein d'un même groupe, il est possible de retrouver des personnes présentant des situations individuelles très différentes. Le GMP reflète ainsi la charge moyenne en besoins d'aide, par individu dans un établissement.

Au fil des ans, les acteurs ont convenu que cette seule évaluation était insuffisante, car elle ne permettait pas d'apprécier le besoin en personnel nécessaire pour l'accompagnement de toutes les personnes. Aussi, cette évaluation a été complétée par la mise en place du référentiel PATHOS. La circulaire budgétaire du 17 octobre 2006⁵ l'a rendu obligatoire pour les EHPAD et les Unités de Soins Longue Durée (USLD). Ce nouvel outil permet d'évaluer la charge en soins médicotéchniques liée aux polyopathologies. Il consiste à identifier les individus à partir d'un thésaurus de cinquante états pathologiques, caractérisés par les soins requis appelés profil de soins. L'outil PATHOS produit un système de catégorisation des individus selon la gravité et les conséquences en termes de charge en soins. A l'instar du modèle AGGIR, on va calculer un Pathos Moyen Pondéré (PMP) pour l'établissement. Ces deux indicateurs que sont le GMP et le PMP sont alors combinés pour donner un indicateur synthétique Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. Il constitue la base de calcul pour l'attribution des financements.

Les deux modèles sont complémentaires, ils mesurent les besoins globaux et permettent de façon synthétique et homogène de décrire le profil de la population accueillie en EHPAD. En outre, cette réforme de la tarification s'est accompagnée d'un cahier de charges pour les établissements comportant un panel de recommandations « *constituant des références qualitatives souples*⁶ ».

Les établissements doivent entreprendre une véritable démarche qualité qui sera appréciée au regard « *de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale* » et « *des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes*⁷ ».

Le cahier des charges se présente comme un guide méthodologique mettant l'accent sur quatre domaines:

⁵ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillants des personnes âgées.

⁶ Extrait de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁷ Ibid.

- la qualité de vie des résidents : un projet institutionnel doit être élaboré comprenant un projet de vie et un projet de soins ; les espaces privés et collectifs sont définis.
- la qualité des relations avec les familles et les proches : porte sur les modalités d'organisation depuis l'accueil jusqu'à la fin de vie
- la qualité des personnels de l'établissement : précise les différentes fonctions et qualifications professionnelles attendues au sein de l'EHPAD
- l'inscription de l'établissement dans un réseau prône le développement de la collaboration avec tous les acteurs du secteur gérontologique, du club du 3^e âge au service de soins intensifs.

Même si ces recommandations n'avaient aucun caractère obligatoire, les gestionnaires et les directeurs d'EHPAD s'en sont saisis pour repenser leur institution. La loi n°2002-2 a renforcé cette démarche qualité en plaçant l'usager au centre du dispositif. L'évaluation de la qualité du service rendu devient déterminante car elle conditionne le renouvellement des autorisations.

La définition de l'EHPAD que l'on trouve sur le site internet lancé en 2015 par le ministère des Affaires Sociales et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) va me servir de transition. Ce site destiné aux personnes âgées et proches aidants a été créé en vertu du principe que l'accès à l'information constitue la première étape de l'accès aux droits et d'un choix éclairé. Ainsi, « *Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui (...) ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales⁸* ».

Cette définition m'invite à interroger les notions complexes qui entourent les mots : dépendance, autonomie et fragilité.

1.3 Vieillesse : de la dépendance à la fragilité

Le vieillissement démographique se définit comme l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population. Il est la résultante de plusieurs composantes : baisse de la mortalité, allongement de la durée de vie moyenne et baisse de la natalité. Ce vieillissement démographique est à distinguer du vieillissement individuel qui peut se définir comme un processus dynamique, continu et irréversible qui s'inscrit du début à la fin de la vie de l'individu. Il n'est donc pas le propre de la vieillesse, mais appartient à l'ensemble du

⁸<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

processus vital. Ce dernier n'est que continuité. L'individu ne passe pas soudain de la jeunesse à la vieillesse, ni de l'autonomie à la dépendance.

L'approche sociologique analyse le vieillissement « *comme un processus qui résulte des histoires et des trajectoires antérieures*⁹ ».

Ainsi, le vieillissement recouvre plusieurs réalités mais n'implique pas nécessairement la dépendance. Au titre de l'APA en 2012¹⁰, 14% des personnes âgées de 80 à 84 ans sont dépendantes. Cette proportion passe à 36% au-delà de 85 ans.

En 1894, le sociologue Emile Durkheim disait de la dépendance « *qu'elle fait partie de ces mots qu'on emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions*¹¹ ».

Aujourd'hui, le concept de dépendance ne fait toujours pas l'objet d'un consensus, ni sur sa définition, ni sur ce qu'il est censé représenter. Néanmoins, les politiques publiques contribuent à délimiter le groupe des personnes âgées dépendantes en proposant à une partie d'entre elles une prise en charge financière et institutionnelle.

Dans son approche pratique et fonctionnelle, la dépendance est alors définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. Une vision plus sociologique et sociale identifie la dépendance comme une relation réciproque et nécessaire entre tous les individus qui composent une société. Elle fonde le lien social. Bernard Ennuyer¹² souligne que la définition finalement retenue de la dépendance dans le champ des politiques publiques a connoté cette dernière négativement comme incapacité à vivre seul et comme asservissement au détriment d'une conception plus positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres.

L'autonomie, quant à elle, désigne « *la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement*¹³ ». Elle est un attribut du citoyen que l'altération des capacités physiques ou mentales ne doit pas remettre en cause.

L'autonomie fait référence au libre arbitre alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide. Néanmoins, la perte d'autonomie est utilisée dans le champ de la vieillesse comme un synonyme de dépendance et sous-entend une perte de capacité fonctionnelle et d'exécution des actes de la vie quotidienne.

⁹ MEMBRADO M., 2013, *le genre et le vieillissement : regard sur la littérature*, Recherches féministes, vol.26, n°2, p. 5-24 [11]

¹⁰ <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2014/T14F096/T14F096.pdf>

¹¹ DURKHEIM E., 1894, réédition 1997, *Les règles de la méthode sociologique*, Flammarion.

¹² ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod, 320 p. [96].

¹³ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/autonomie>

Pour mieux rendre compte du processus de vieillissement, le concept de **fragilité**, élaboré initialement par les gériatres, est de plus en plus utilisé par les acteurs de l'action sociale. Il est une des composantes des risques liés à l'avancée en âge et présente l'avantage de pouvoir repérer précocement des situations de perte d'autonomie afin de mettre en place des actions de prévention ciblées.

Selon John CAMPBELL et David BUCHNER, « *la fragilité correspond à une réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement, mais aussi à une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu¹⁴* ». La fragilité conduit à l'amplification de déficits fonctionnels multiples et/ou au renforcement des situations pathologiques existantes. Les moments de ruptures dans les trajectoires individuelles peuvent fragiliser une personne âgée qui ne sera plus en capacité de trouver la ressource nécessaire pour faire face aux aléas du quotidien et l'exposera à la dépendance. Finalement, la fragilité rend compte d'une situation qui peut vite se détériorer.

Au regard du nombre de concepts convoqués pour tenter de définir une personne âgée dépendante, on perçoit combien il va être complexe de répondre aux besoins et aux attentes de chacune dans nos établissements. Ces réponses devront être portées au plus près sur les territoires de proximité.

1.4 Les contours de la Communauté d'Agglomération Pau Pyrénées : territoire d'inscription des deux EHPAD

1.4.1 De la géographie à la démographie

La région Aquitaine¹⁵ compte six territoires de santé, définis par l'ARS, servant de base à l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Normalement, ces territoires sont fondés sur le périmètre des départements. Pour les Pyrénées-Atlantiques une bipolarité a été retenue: Béarn-Soule côté Est et Navarre-Côte Basque côté Ouest du département.

Le département est à son tour découpé en six territoires, appelés pôles gérontologiques ou pôles autonomie. Ils jouent un rôle essentiel pour assurer une proximité et une articulation entre l'espace décisionnel régional et les réalités locales. De manière régulière, ces territoires font l'objet de diagnostics par les autorités de tarification et de contrôle et servent à l'élaboration des schémas départementaux et régionaux pour l'analyse des besoins d'une population. La Communauté d'Agglomération de Pau Pyrénées (CAPP), située sur le territoire de santé de Béarn Soule, sur le pôle gérontologique de Pau et agglomération,

¹⁴ Comité d'avancée en âge, prévention et qualité de vie, *anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Dr AQUINO J-P., février 2013.

¹⁵ Découpage régional avant la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République promulguée le 7 août 2015.

représente la deuxième agglomération d'Aquitaine après la Communauté Urbaine de Bordeaux. Les quatorze communes qui la composent sont situées en zone urbaine et péri-urbaine. Elles comptent près de 170 000 habitants.

Les projections démographiques réalisées conjointement par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et la Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant les personnes âgées dépendantes en France font apparaître une augmentation des effectifs que traduit le vieillissement de la génération du baby-boom. La question de la dépendance résultant principalement du vieillissement, les experts estiment que le milieu des années 2020 verra une véritable accélération du nombre de personnes âgées dépendantes¹⁶ avec une progression annoncée du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Avec 10.2% de personnes âgées de plus de 75 ans, la région Aquitaine est au 5^e rang des régions les plus âgées de France.

En Béarn Soule, le vieillissement de la population est déjà plus marqué que sur la région avec une part des personnes de 75 ans ou plus de 10.6%¹⁷. La projection pour 2040 établi selon le scénario central de l'INSEE est de 17.6% dans l'ensemble du département¹⁸.

Sur la CAPP, les personnes âgées de plus de 80 ans représente 6.3% de la population contre 6.9% dans l'ensemble du département¹⁹. Ce que l'on peut remarquer c'est que 41.3% d'entre elles vivent seules à leur domicile contre 38.9% pour le département. La moyenne d'âge²⁰ des bénéficiaires de l'APA à domicile dans le département se situe autour de 85 ans. Fin 2012²¹, 19% des bénéficiaires de l'APA à domicile était en GIR 1 et 2. Le fait de vivre seul à plus de 80 ans qui traduit peut être des deuils et /ou un isolement social est considéré comme un facteur de fragilité. Cette situation associée à une perte d'autonomie croissante majore le risque d'institutionnalisation.

Toutes ces données nous amènent à nous interroger sur les services qui sont offerts sur le territoire pour répondre aux besoins et aux attentes de ces personnes.

1.4.2 Un territoire plutôt bien doté

Le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) 2007-2012 avait porté sur le développement de l'offre en établissement se traduisant par des créations massives de places en EHPAD : 37 500

¹⁶ Rapport du groupe de travail Modérateur CHARPIN J-M, Juin 2011, *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*, 60 p.

¹⁷ ORS Aquitaine, profils aquitain Béarn Soule 2013.

¹⁸ Schéma départemental 2013-2017, état des lieux, 90 p.

¹⁹ Indicateurs Territoriaux Janvier 2015 ARS Aquitaine DOSA

²⁰ Source : CG64 à partir des personnes ayant un droit ouvert à l'APA au 31 décembre 2011.

²¹ Statiss, statistiques et indicateurs de la santé et du social 2014.

places nouvelles entre 2007 et 2012²². Et, puisqu'il s'écoule en moyenne 5 ans entre la demande de création et l'installation effective d'une place, celles ouvertes en 2013 ont été demandées entre 2008 et 2010 avant la mise en œuvre de la procédure d'appels à projet²³. Depuis 2010, on assiste à un net ralentissement de création de nouvelles places médicalisées.

Le tableau ci-dessous renseigne sur la structuration de l'offre d'accueil en EHPAD et en SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) sur le territoire, le département et la région.

<i>Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2014</i> ²⁴	CAPP	64	Aquitaine
Nombre d'EHPAD	28	117	509
Nombre de lits EHPAD installés en accueil permanent	1 737	7 336	35 256
Capacité moyenne des EHPAD en accueil permanent	62	63	69
Nombre d'EHPAD avec des places d'accueil temporaire	9	44	200
Nombre de lits EHPAD installés en hébergement temporaire	26	151	676
Nombre de lits EHPAD Alzheimer	60	383	2 116
Nombre de places installées en accueil de jour	33	193	867
Nombre de places SSIAD ESA	256	1 429	7 036
Taux d'équipement SSIAD ESA (pour 1000 pers âgées de + de 75 ans)	14,6	18	21,5
Taux d'équipement EHPAD (pour 1000 pers âgées de + de 75 ans) en accueil permanent	103	101,7	102,6
Taux d'équipement EHPAD Alzheimer (pour 1000 pers âgées de + de 75 ans)	3,4	5,2	6,2

Le taux d'équipement en EHPAD installé en accueil permanent sur le CAPP est légèrement supérieur à la moyenne régionale et à celle du département. En revanche, l'équipement en EHPAD avec des places d'accueil pour des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentée est nettement inférieur ainsi que celui des EHPAD offrant des places d'accueil temporaire. Un autre élément remarquable est le faible nombre de places en SSIAD sur la CAPP comparé à la région.

On compte sur le territoire 27 EHPAD présentant une capacité moyenne en accueil permanent de 62 lits.

En 2006, le département a diligenté une enquête auprès de tous les établissements pour réaliser un diagnostic de l'état des lieux du patrimoine architectural des EHPAD. Il en ressort le constat d'un parc vieillissant avec 51% des structures qui ont plus de 30 ans. Plus de 60% des EHPAD habilités envisageait des travaux de rénovation dans les 5 ans à venir. La majorité des travaux de réhabilitation concerne la mise en conformité avec les normes en vigueur (pourcentage de chambres simples avec surface minimum, salles de bain adaptées

²² Rapport du groupe de travail *op. cit.* p.10

²³ La loi HPST du 21 juillet 2009 a renouvelé le dispositif de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux en introduisant la procédure d'appel à projets.

²⁴ ARS Aquitaine DOSA- Pôle études et PMSI, indicateurs territoriaux, janvier 2015.

dans les chambres, etc.). Sur l'ensemble du département, il existait lors de la réalisation de l'état des lieux, 24 EHPAD de petite taille (moins de 45 lits) qui pour la plupart rencontraient en plus des difficultés de mise aux normes, des difficultés de fonctionnement. Le schéma concluait à ce propos que « *des opérations globales de reconstruction et/ou de restructuration nécessitant des extensions de capacité et/ou des fusions entre établissements pour mutualiser les coûts doivent être envisagées* ²⁵ ».

Depuis six ans, on peut observer sur le CAPP, la réhabilitation d'un grand nombre d'établissements s'accompagnant la plupart du temps d'un regroupement de structures et d'une reconstruction, portant leur capacité d'accueil entre 100 et 120 places.

Aujourd'hui, sur la CAPP, on compte²⁶ sept EHPAD qui ont mis en place un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et six qui possèdent une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). Ces dispositifs de prise en charge spécifiques des résidents présentant des troubles du comportement modérés à sévères en lien avec la maladie d'Alzheimer sont issus du plan Alzheimer 2008-2012. L'offre en accueil temporaire est de 26 places d'hébergement temporaire et 42 places d'accueil de jour.

1.4.3 Des schémas régionaux et départementaux articulés

Les ARS créées par la loi HPST en vue de réguler et d'organiser l'offre des services de santé établissent un Projet Régional de Santé (PRS) qui comprend, en autres, le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Il recense, territoire par territoire, le niveau et la nature des besoins des populations, en anticipant leur évolution ou leur transformation. En particulier, il planifie les perspectives de développement et les ajustements nécessaires pour assurer une offre sanitaire et sociale adaptée à la perte d'autonomie et au handicap. À ce titre, les leviers d'action et les moyens disponibles sont portés et analysés dans le document. Le PRIAC (Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'Autonomie) traduit la concrétisation opérationnelle en allouant des moyens financiers. Il est arrêté pour cinq ans par le directeur général de l'ARS et est actualisé tous les ans.

Le SROMS 2012-2016 de la région Aquitaine affiche comme objectif spécifique de « faciliter les parcours de soins et de vie cohérents ». De manière opérationnelle, il entend faire « *progresser la structuration de l'offre institutionnelle afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes et améliorer les parcours de vie en ouvrant des nouvelles perspectives de prise en charge* ²⁷ ». Le SROMS dans un de ses autres objectifs, concernant le partage des informations dont le défaut nuit à la lisibilité des offres, a ordonné

²⁵ Schéma départemental autonomie des Pyrénées Atlantiques 2013-2017, état des lieux, 112p. [71]

²⁶ Ces dernières données proviennent d'une analyse croisée entre le répertoire des établissements pour personnes âgées disponible sur le site du conseil départemental du 64 et de l'annuaire disponible sur le site ViaTrajectoire.

²⁷ Avis PRS – Note PRIAC 2012-2016

le déploiement de l'outil web ViaTrajectoire. Ce site a été initialement développé pour aider les professionnels dans l'orientation et le transfert des patients hospitalisés requérant des soins de suite et réadaptation (SSR) ou une hospitalisation à domicile (HAD) ou encore, devant être pris en charge en Unité de Soins Palliatifs (USP). Son déploiement en direction des structures d'hébergement pour personnes âgées a débuté en mai 2015 sur la région. L'annuaire des EHPAD et USLD aquitains est accessible à tous les acteurs du secteur gérontologique et aux personnes âgées sur le site ViaTrajectoire. L'ARS afin de s'assurer de l'utilisation de cet outil par les établissements l'a inscrit comme objectif opérationnel des renouvellements des conventions tripartite.

Le Schéma Autonomie 2013-2017 des Pyrénées-Atlantiques, dans son deuxième axe stratégique, entend « conforter la vie à domicile » en favorisant une offre de répit pour soulager les proches-aidants. Cet engagement associé au troisième axe dont l'objectif est de « diversifier l'offre en établissement », met l'accent sur le développement de places en accueil temporaire. Enfin, l'orientation 10 du troisième axe stratégique indique « accompagner la réhabilitation et la mise aux normes architecturales des établissements » en prenant comme disposition l'accompagnement des établissements pour rechercher des modalités de rapprochement « pouvant aller jusqu'à la fusion de petites structures » ainsi que de « créer des places dans les EHPAD ».

De manière opérationnelle, il était prévu sur le département la création de 200 lits entre 2015 et 2018. La note de cadrage pour l'actualisation du PRIAC 2015- 2019 n'affecte plus aucun moyen financier à cette action. Seule la création de deux PASA reste actée sur le département.

Dans ces différents schémas dont l'objectif est l'articulation et la coordination des services sanitaires et médico-sociaux sur les territoires de proximité, les EHPAD continuent à occuper une place déterminante dans l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie même si l'accent reste mis sur les services d'interventions à domicile. Afin de ne pas être uniquement « l'alternative malheureuse » à l'impossibilité du maintien à domicile, l'EHPAD de demain doit devenir « un soutien » au maintien à domicile et un relai pour les proches-aidants à travers une ouverture à de nouvelles formes d'accueil et d'accompagnement. Il appartient aux gestionnaires et aux directions, face à ce contexte externe représenté par les politiques publiques nationales, relayées à l'échelon régional, départemental et local, d'être en capacité de se positionner dans ce nouvel environnement. Ce repositionnement présente une acuité particulière lorsqu'il s'agit de reconstruire un établissement en procédant au regroupement de deux. Pour mener cette réflexion, il est indispensable d'opérer une analyse interne de la situation et d'établir un diagnostic au regard du contexte législatif et réglementaire, à l'appui des différents indicateurs qui me permettent d'accéder avec une certaine pertinence à la connaissance de la population

accueillie afin d'évaluer l'efficacité des services qui leur sont proposés. Les paragraphes suivants sont consacrés à cette démarche analytique.

1.5 Une gouvernance associative affirmée

L'ADGESSA (Association pour le Développement et la Gestion des Equipements Sociaux, médico-sociaux et SANitaires), régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, non reconnue d'utilité publique, a été fondée en 1981. A ce jour, elle gère dix-sept établissements dont onze EHPAD, répartis sur quatre départements de la région Aquitaine²⁸ et emploie 580 personnes.

L'association s'est donnée pour objectifs *« d'aider les associations et congrégations gestionnaires adhérentes, à faire face à l'évolution des œuvres qu'elles administrent, de prendre le relais de tout organisme œuvrant dans le secteur sanitaire, social et médico-social qui ne pourrait continuer à assurer la gestion des établissements ou services qu'il a en charge, de participer à toute action tendant au développement des équipements sanitaires, sociaux et médico-sociaux²⁹ »*. L'association est porteuse d'un projet politique fort, combinant sa vision sociétale, fondée sur le respect des droits fondamentaux et l'amélioration des conditions de vie par la proposition d'offres de service diversifiées s'adressant aux publics les plus fragiles, à sa vision sociale qui se traduit par une gestion des ressources humaines bienveillante. Cette dernière se décline en de multiples actions menées en faveur de la qualité de vie au travail dans tous les établissements.

1.5.1 Une organisation résolument tournée vers la réalisation des projets

Le siège et la direction générale de l'association sont situés à Bordeaux. La direction générale regroupe les différentes fonctions stratégiques. Elle est composée de six personnes : le directeur général, qui agit par délégation du président de l'association, la responsable des ressources humaines, la directrice administrative et financière, la comptable générale, une attachée de direction et une secrétaire.

Pour faire face au développement de l'association et aux nombreux projets en cours, la direction générale mobilise les compétences, les expériences et les qualifications des acteurs de l'association au travers d'un pôle « appui-conseil » qui couvre six thématiques : achats et mutualisation, patrimoine et conduite de projets, développement de l'offre de service, réponse aux appels à projet, droits des usagers et des structures, et enfin qualité. Les directeurs ou les cadres de direction participent selon leur expertise dans le domaine concerné afin d'apporter un soutien aux autres directeurs. Le pôle « patrimoine et conduite de projet » avec lequel je vais travailler pour conduire le projet d'Idron est particulièrement sollicité depuis trois ans pour mener à bien quatre autres projets de reconstruction associés

²⁸ Découpage administratif avant la réforme territoriale entrée en vigueur en janvier 2016.

²⁹ Projet associatif de l'ADGESSA 2013-2018, *Humanisme et professionnalisme*, 31 p. [p.6]

ou non à des regroupements d'établissements et une création en réponse à un appel à projet. Ce travail collaboratif en interne même s'il n'exclut pas la possibilité d'avoir recours à des experts externes sur des sujets nécessitant des compétences non présentes parmi les salariés de l'association, permet de garantir une cohérence associative en valorisant les acteurs.

1.5.2 « Pour une gouvernance associative participative³⁰ »

Cette orientation traduit la volonté politique de l'association de rendre possible l'expression individuelle et collective de tous les acteurs : administrateurs, usagers, salariés, partenaires institutionnels et bénévoles. La direction générale garante des valeurs et de l'intégration opérationnelle de ces engagements dans les établissements a mis en place différents observatoires ou comités à l'échelle associative ou au sein de chaque établissement (bienveillance, risques psychosociaux, éthique, qualité-vigilance-risques) dans lesquels chacun des acteurs précités est représenté.

L'orientation se poursuit ainsi « *elle recherche une plus grande implication des acteurs (...) dans la construction des projets qui les concernent (...). Ceci donnera l'occasion à chaque acteur du projet de définir, de partager et des s'approprier les actions individuelles et collectives³¹ ».*

Il m'apparaît pertinent d'évoquer cette position car elle contient en substance un des points forts sur lequel je vais pouvoir m'appuyer pour mobiliser toutes les parties prenantes pour co-construire le projet d'Idron.

1.6 Les deux EHPAD en dissonance avec l'évolution des besoins et des attentes de la population accueillie

1.6.1 Des histoires qui convergent

« *L'Histoire pour connaître le passé, comprendre le présent et se projeter dans l'avenir³² ».*

A) L'EHPAD François-Henri

L'établissement François-Henri est construit en 1937 à l'initiative de deux Evêques de Bayonne dont il porte le nom, sur la propriété de l'Association Diocésaine au centre-ville de Pau. Il s'agit d'une maison de retraite pour prêtres retirés du Ministère. La gestion incombe au prêtre-supérieur désigné par l'Evêque. Une communauté de religieuses Servantes de Marie d'Anglet, assume la plus grande partie du service. En 1968, le nombre de résidents augmentant et le besoin de modernisation se faisant sentir, l'Association Diocésaine, en

³⁰ Projet associatif de l'ADGESSA 2013-2018, *Humanisme et professionnalisme*, 31 p. [15]

³¹ *Ibid.*

³² JOVIC L., 2012, *Recherche en soins infirmiers* 2/2012 (N° 109), p. 5-5.

Disponible sur : www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-5.htm.

accord avec les autorités, transforme les chambres en studios de deux pièces (bureau, chambre et sanitaire complet), et porte la capacité d'accueil à 36 lits. En 1986, un règlement intérieur est promulgué, permettant d'accueillir « *dans la mesure des places disponibles, les prêtres d'autres diocèses et éventuellement des personnes ayant servi le diocèse : employés d'Eglise, gouvernantes, catéchistes, enseignant(e)s*³³ ». En 1992, les nouvelles réglementations en matière d'hygiène et de sécurité amènent l'Association Diocésaine à construire de nouvelles cuisines. Huit nouveaux studios sont créés ainsi qu'un second ascenseur. Cette extension porte la nouvelle capacité de l'établissement à 44 lits. Peu à peu, le personnel laïc prend le relais des religieuses pour la cuisine, le service des repas, l'entretien des chambres ou la réalisation des soins. Les dernières religieuses « actives » se retirent dans leur communauté d'Anglet en septembre 2007. En 2003, une convention de gestion est signée avec l'ADGESSA fixant une priorité d'accueil aux prêtres et aux personnes dévouées à l'Eglise.

B) L'EHPAD Saint-Léon

L'établissement est créé au XIX^{ème} siècle par les moines Bénédictins de l'Abbaye de Belloc-Urt, rue Saint-Léon sur la commune d'Idron. Les moines alternent une activité spirituelle avec le travail de la ferme. En 1865, l'asile Saint-Luc qui deviendra le Centre Hospitalier des Pyrénées pose ses premières pierres et installe ses pensionnaires nommés alors « aliénés », regroupés en quartiers pour « tranquilles travailleurs, semi-tranquilles, agités et semi-agités, infirmes et gâteux³⁴ » sur le terrain attenant. En 1950, constatant que de jeunes handicapés admis jusqu'à l'âge de seize ans sont ensuite renvoyés dans leur famille, les moines achètent trois fermes et y accueillent ces jeunes adultes souvent rejetés par leur famille. En 1974, délocalisé par l'extension de l'agglomération paloise, les moines achètent le domaine de Marciron et un terrain dans la Vallée Heureuse (commune de Mazères-Lezons) pour continuer leur œuvre. Les Sœurs Franciscaines Missionnaires se joignent à eux pour construire une résidence aux prestations moins onéreuses que celles proches de la banlieue de Pau s'adressant également aux « retraitants » de la communauté religieuse. Les Pères dirigent l'administration de la maison et les Sœurs assurent les services avec l'aide de salariés. En 1995, les Pères vendent le terrain et le bâtiment à l'ADGESSA. Ils conservent le reste du domaine sur lequel ils exercent toujours une activité agricole. Les Sœurs et « les retraitants » religieux se retirent à l'abbaye de Belloc-Urt.

1.6.2 L'hébergement permanent comme mode unique d'accompagnement

Aujourd'hui les deux EHPAD ont une autorisation pour accueillir des personnes de plus de 60 ans en hébergement permanent. L'EHPAD François-Henri a une capacité autorisée de

³³ Extrait du projet d'établissement EHPAD François-Henri 2014-2017, 81 p. [15]

³⁴CAIRE M., 2012, *De la maison de santé de Pau au Centre Hospitalier des Pyrénées*, disponible sur : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/documents/pau.htm>

44 lits et l'EHPAD Saint-Léon de 66 lits. Les deux structures bénéficient d'une habilitation à l'aide sociale pour la totalité des lits. Ainsi les résidents dont les ressources ne leur permettent pas de couvrir les frais d'hébergement et dont les obligés alimentaires ne peuvent contribuer au financement de ces dépenses, peuvent avoir recours à l'aide sociale. Les deux établissements sont également conventionnés à l'Aide Personnalisée au Logement (APL). Cette aide est versée sous conditions de ressources par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) directement à l'établissement ; elle varie selon le montant du tarif hébergement et selon les ressources du résident.

Le reste à charge mensuel pour le résident comprenant le tarif hébergement auquel est ajouté le tarif dépendance GIR 5/6 applicable au 1^{er} février 2016 est quasiment identique pour les deux EHPAD : 1862€ pour l'EHPAD François-Henri et 1858€ pour EHPAD Saint-Léon pour une moyenne nationale (hors Ile de France) en 2013 de 1804€ pour les EHPAD privés non lucratifs.

1.6.3 Des résidents reflétant l'évolution des personnes âgées dépendantes

Toute action visant la transformation ou la modification des prestations en vue d'en améliorer la qualité se fonde sur une appréciation des besoins et des attentes du public accompagné. C'est ce que je me propose d'analyser dans ce qui suit.

L'annexe I présente un tableau synthétique qui regroupe à la fois les caractéristiques sociodémographiques et les mesures de la dépendance dans son acception globale définie préalablement. Cette photographie des personnes accueillies en 2015, associée à quelques données supplémentaires, vont me permettre de mettre en évidence les évolutions et de rendre compte des besoins spécifiques des personnes accueillies aujourd'hui dans les deux établissements.

A) Données sociodémographiques

La répartition par sexe est sensiblement différente entre les deux EHPAD. Si les hommes étaient largement majoritaires il y a encore quelques années à l'EHPAD François-Henri, en raison de la présence essentielle de prêtres, aujourd'hui la proportion est modifiée avec 43% de femmes présentes au 31 décembre 2015. Ces valeurs montrent une tendance significative à se rapprocher des celles nationales. A l'EHPAD Saint-Léon, cette répartition est plus conforme.

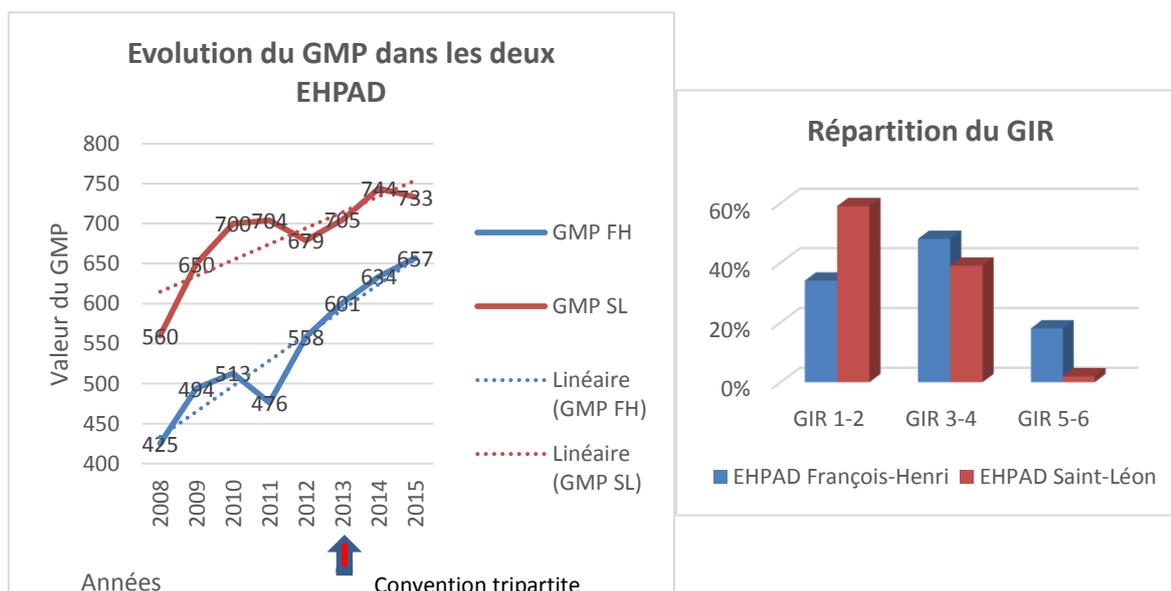
La moyenne d'âge est plus élevée à l'EHPAD François-Henri qu'à l'EHPAD Saint-Léon. Elle est de 3 ans supérieure à la moyenne nationale avec comme corollaire la tranche d'âge des 90-99 ans la plus élevée. Aucune personne n'est accueillie à ce jour avant l'âge de 70 ans. En revanche, à l'EHPAD Saint-Léon la tranche d'âge majoritaire est représentée par des personnes de 80-89 ans et la moyenne d'âge est de 3 ans inférieure à la moyenne nationale. On note la présence de personnes entre 60 et 79 ans.

La durée moyenne de séjour qui frôle la moyenne nationale à l'EHPAD François-Henri est à mettre en perspective avec son évolution ses dernières années. Elle a diminué de moitié en cinq ans en raison du décès de plusieurs prêtres âgés résidant depuis quelques dizaines d'années. A l'EHPAD Saint-Léon cette durée est stable depuis 5 ans et s'établit autour de 5 ans et demi, près de 2 ans au-dessus de la moyenne nationale.

On remarque une proportion plus élevée de personnes bénéficiaires de **l'aide sociale** à l'EHPAD Saint-Léon qu'à l'EHPAD François-Henri. On note aussi une proportion plus importante de personnes sous protection juridique (tutelle, curatelle et curatelle renforcée). Les familles sont peu présentes. Des données issues du logiciel de gestion des dossiers résidents (personne de confiance ou personne à prévenir) croisées avec des discussions avec le personnel soignant semblent faire apparaître qu'en 2015 seulement 8 résidents recevaient des visites régulières de leurs proches ou de leur famille. En revanche à l'EHPAD François-Henri, les résidents reçoivent plus fréquemment leur famille ou amis et il n'est pas rare le midi de voir la bibliothèque occupée pour un repas familial. Les résidents de l'EHPAD François-Henri sont majoritairement originaires de la cité paloise, de catégorie socio-professionnelle intermédiaire ou sans profession pour les femmes et de culture catholique.

B) Mesure de la dépendance

Le GMP nous indique une population accueillie plus dépendante à l'EHPAD Saint-Léon qu'à l'EHPAD François-Henri résultant en partie d'une part plus élevée de résidents en GIR 1-2 et une quasi absence de résidents peu dépendants (GIR 5-6). On peut noter qu'entre la moitié et les trois-quarts des résidents, quel que soit leur lieu de vie, présente des incapacités nécessitant une aide partielle ou constante pour se laver, s'alimenter ou se déplacer. Ce constat est à mettre en perspective avec l'évolution des GMP sur les dernières années qu'illustrent les figures ci-dessous :



Les deux **PMP** validés par l'ARS en 2011 sont semblables et d'un niveau élevé dépassant même la valeur régionale estimée à 240³⁵ déjà supérieure à la valeur nationale (198). La distribution des pathologies est différente entre les deux établissements. Il y a plus de résidents présentant des pathologies de type démence à l'EHPAD Saint-Léon qu'à l'EHPAD François-Henri. Le rapport annuel d'activité médicale 2015 rédigé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD Saint-Léon indique une prévalence de pathologies psychiatriques associées à des troubles majeurs du comportement qui relève d'une prise en charge spécialisée. Cette observation est corroborée par les quatre réorientations qui ont eu lieu fin 2015 vers des unités psycho-gériatriques. Cette différence trouve son origine dans les liens conservés entre l'établissement Saint-Léon et le Centre Hospitalier des Pyrénées (CHP)³⁶ qui en 2015 reste le prescripteur principal. La plupart des résidents souffrant de pathologies psychiatriques anciennes ont connu une hospitalisation de longue durée dans le secteur psychiatrique. Les troubles psychiques afférents et les effets à long terme de la prise de médicaments de type neuroleptique limitent considérablement leur capacité d'autonomie dans les actes de la vie courante et dans leur vie sociale.

Ainsi, on peut observer que les personnes accueillies dans les deux EHPAD évoluent vers plus de dépendance physique et psychique associée à une altération de l'état de santé comprenant plusieurs pathologies. Cette évolution illustre la double transition qui touche les pays occidentaux : une transition démographique avec le vieillissement de la population et une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques. En raison des progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie, les maladies mortelles se sont transformées en maladies chroniques (cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...). Elles sont devenues des sources d'incapacités avec l'avancée en âge. D'autres maladies invalidantes comme la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) font leur apparition avec une prévalence liée à l'âge. Le positionnement particulier de l'établissement Saint-Léon, hérité du passé le liant au CHP et d'une convention, conduit à une cohabitation délicate entre des résidents souffrant de pathologies psychiatriques anciennes et des personnes présentant des troubles cognitifs liés à l'âge. Les premiers ont besoin d'une unité de lieu, des espaces de type « contenant », calmes et tranquilles, les mettant à l'abri d'un excès de stimulations quand les seconds ont besoin d'un espace vaste, sans enfermement, avec un axe partant de l'intérieur vers l'extérieur, pour explorer leur environnement. On va

³⁵ CNSA, Juillet 2014, *Les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes Pathos*, 24 p. [23].

³⁶ Le Centre Hospitalier des Pyrénées (CHP) est un établissement public spécialisé en santé mentale prenant en charge les populations du Béarn et de la Soule.

voir en quoi l'architecture actuelle ne permet pas d'assurer un accompagnement approprié à chacun de ces profils.

1.6.4 Un accompagnement à l'épreuve des espaces architecturaux

Les deux bâtiments bien que de conception architecturale très différente ont en commun d'avoir été construits pour accueillir des personnes plus autonomes. Les nombreux aménagements réalisés, dans le domaine de la sécurité incendie et de l'accessibilité, mais également dans l'agencement des espaces collectifs spécifiques ne permettent plus aujourd'hui de soutenir cette dissonance. Une description des deux cadres de vie nous permettra de repérer les points d'achoppement.

A) L'EHPAD François-Henri

L'établissement se situe au cœur d'un quartier paisible de Pau. Il est doté d'un parc accessible à tous les résidents. Le bâtiment central construit en 1937 et agrandi en 1992 est organisé sur 4 niveaux. Il possède des marches pour tous les accès ce qui le rend peu adapté aux personnes dont la mobilité est réduite. Seul l'ascenseur extérieur permet l'accès au rez-de-chaussée en fauteuil roulant. La conception du bâtiment qui a été annexé à l'ancien ne permet pas une communication entre les deux à tous les étages. A l'intérieur, deux ascenseurs dont un spacieux (adapté aux brancards), permettent d'accéder aux chambres réparties sur trois niveaux. Toutes les chambres sont des chambres simples et particulièrement spacieuses pouvant aller jusqu'à 32m². Elles possèdent (sauf six d'entre elles) un espace jour et un espace nuit. Toutes sont équipées d'un cabinet de toilette avec une douche mais cette dernière très étroite est pourvue d'une haute marche si bien qu'elle ne peut être utilisée par les résidents seuls. De même, les professionnels y assurent péniblement les douches. En complément, l'établissement est doté de deux salles de bains collectives, équipées de tout le matériel de manutention nécessaire afin de faciliter le travail des équipes.

Une bibliothèque, une petite salle de réunion et la salle de restauration sont les seuls espaces permettant de réunir les résidents et leurs proches. La chapelle est exclusivement réservée à l'exercice du culte. Aucun espace ne peut être mis à disposition des intervenants extérieurs comme la coiffeuse ou les kinésithérapeutes. Si bien que le séchage des cheveux se fait dans le couloir à l'entrée de l'établissement et certains accessoires de rééducation sont installés dans des recoins du bâtiment.

B) L'EHPAD Saint-Léon

L'établissement est situé en périphérie de la ville de Pau à l'entrée d'une vallée étroite. Les espaces extérieurs sont réduits par l'adossement du bâtiment à une colline très abrupte et boisée qui constitue un sérieux danger pour des personnes présentant un risque de déambulation hors des murs. Le bâtiment possède une architecture irrégulière sur cinq

étages, plus un sous-sol, avec de nombreux dénivelés dans les couloirs. Seuls deux ascenseurs de petite capacité dont aucun ne peut recevoir de brancard et un seul, un fauteuil roulant, limitent le déplacement des résidents. Au moment des repas, au regard du nombre de résidents nécessitant une aide dans les déplacements, les soignants attendent que le seul ascenseur acceptant des fauteuils roulants soit libéré.

Les chambres (2 doubles et 62 simples) de petite superficie sont réparties de manière inégale sur les cinq niveaux. Elles ne disposent que d'un petit cabinet de toilette pourvu d'un lavabo et d'un WC. Le matériel d'aide au transfert, tels que les lèves-malades ou les verticalisateurs, y est difficilement mobilisable. Le personnel ne les utilise pas si bien que le risque de se faire mal est permanent. L'établissement est doté de trois salles de bains collectives dont deux ont été réaménagées récemment. Elles servent à la réalisation des soins d'hygiène des résidents.

L'EHPAD dispose de nombreux espaces collectifs répartis sur l'ensemble du bâtiment : une grande salle réservée aux animations quotidiennes et/ou aux événements festifs, une deuxième salle de bonne capacité partagée entre des temps de réunions institutionnelles et des temps dédiés aux résidents, une chapelle et de petits salons distribués dans les irrégularités du bâtiment, sans compter les nombreuses terrasses qui l'entourent. Ces espaces collectifs sont nombreux mais disséminés sur les cinq étages avec une accessibilité limitée par l'existence de niveaux intermédiaires peu lisibles, surtout pour des personnes désorientées ou/et à mobilité réduite.

Soient les espaces collectifs sont trop peu nombreux comme à l'EHPAD François-Henri où la bibliothèque est un local à usage multiple : sa disponibilité restreinte ne permet pas d'organiser des animations régulières. Soient les espaces privés sont trop petits comme à l'EHPAD Saint-Léon : ils rendent difficiles les interventions du personnel pour les soins courants d'hygiène et de confort.

L'accessibilité est limitée dans les deux structures soit par la présence de marches soit par des ascenseurs en nombre insuffisants et/ou de petite capacité.

Le cadre de vie, que j'ai abordé uniquement dans sa conformation architecturale limite déjà la mise en œuvre de l'accompagnement des personnes accueillies. Cependant, d'autres pratiques ou insuffisance de pratiques peuvent également impacter la prise en compte des besoins des résidents dans leurs dimensions physiologique, psychologique, sociale et culturelle.

1.6.5 Un accueil insuffisamment préparé

L'année 2015 a été marquée à l'EHPAD Saint-Léon par l'admission de quatre résidents présentant des troubles du comportement majeurs qui ont dû être réorientés vers des structures plus adaptées. En effet, ces troubles du comportement productifs (déambulation,

cris réguliers et comportements agressifs) n'avaient pu être identifiés lors de l'admission et l'établissement insuffisamment sécurisé s'est révélé inadapté pour l'accueil de ces personnes.

Cette circonstance m'a amené à interroger les procédures d'accueil et d'admission à l'œuvre dans les deux établissements afin d'éviter que ces événements, difficiles à vivre pour les résidents et pour les professionnels que nous sommes, ne se reproduisent. L'admission d'un nouveau résident est de la responsabilité de la direction après l'avis du médecin coordonnateur. C'est un moment fort qui fixe le cadre de la relation entre la personne accueillie et l'établissement. Si les recommandations de l'ANESM³⁷ mettent en avant la nécessité de préparer et d'anticiper cette entrée pour le futur résident, il en est de même pour la structure qui accueille.

Pour appréhender l'effectivité et la pertinence de la procédure établie dans les projets d'établissement des deux structures, j'ai réuni un certain nombre de données significatives. A l'EHPAD François-Henri le taux de nouvelles d'admission³⁸, ces trois dernières, est élevé: 48% en 2014, 37% en 2015 et l'année 2016 semble confirmer la tendance avec 20 départs (dont 19 décès) sur 44 résidents en 7 mois. Il est de l'ordre de 30% dans les autres EHPAD privés non lucratifs³⁹. Les personnes accueillies en 2015 proviennent majoritairement d'un établissement de santé seulement 40% et 30% (respectivement à François-Henri et Saint-Léon) viennent du domicile. Un autre élément important est le nombre de visite préalable à une admission réalisé : 6 pour l'établissement François-Henri et 14 pour celui de Saint-Léon. Les deux évaluations externes menées en 2013 avaient pointé l'absence d'une procédure formalisée notamment quant aux critères d'admission et à la constitution d'une liste d'attente actualisée. L'absence d'une telle liste appelée file active peut conduire à des admissions par défaut dans la précipitation. Aucune direction ne peut se permettre de laisser des places inoccupées trop longtemps car l'impact est préjudiciable sur le budget de fonctionnement.

Cette situation qui perdure à l'EHPAD François-Henri conduit à une surcharge de travail pour l'ensemble des salariés. Pour le personnel administratif cela se traduit par un accroissement de suivi des dossiers, de prises de contact avec les administrations institutionnelles, de calcul des éléments variables de facturation et des relations avec les familles. Les équipes de soins et d'hébergement doivent faire le deuil des personnes qui partent, s'adapter aux besoins et attentes des nouveaux résidents, mettre à jour les projets de soins, aménager les espaces privés, gérer le linge etc. Le personnel chargé de l'entretien doit procéder au réaménagement des chambres et parfois à leur réfection. Le

³⁷ Recommandations de l'ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 1), de l'accueil de la personne à son accompagnement*, 76 p.

³⁸ Le taux de nouvelles admissions (ou taux de rotation) représente le nombre de résidents partis sur une année ramené à la capacité totale de l'établissement.

³⁹ Observatoire des EHPAD-KPMG, juillet 2014, 84p. [34].

personnel d'encadrement est également sollicité car il doit soutenir les équipes tant pour le travail de deuil que pour la capacité à s'adapter à de nouveaux résidents. Pour la directrice, outre le fait de devoir soutenir les équipes, elle doit rechercher de nouveaux résidents à accueillir, prendre contact avec les familles ou /et les établissements de santé, réaliser des entretiens pour informer sur les prestations, rédiger le contrat de séjour ; autant d'étapes qui sont de fait répétées au regard du taux de rotation des résidents aujourd'hui à l'EHPAD François-Henri. Il est souvent difficile d'y consacrer le temps nécessaire pour produire un travail propice à une bonne appropriation du lieu pour les futurs résidents.

La situation à l'EHPAD Saint-Léon est différente, le taux de nouvelles admissions est de l'ordre de 25% depuis cinq ans. En revanche, cet établissement souffre d'une image négative liée à des mouvements syndicaux il y a quelques années et à la médiatisation d'une menace de fermeture et d'un bras de fer avec les pouvoirs publics lors du passage de la commission sécurité en 2013. Les demandes d'admission étaient peu nombreuses en dehors de celles émanant du CHP conduisant à l'entrée de résidents pas toujours en concordance avec les moyens de la structure. Cette situation tend à s'estomper car les demandes d'admission sont passées de 53 en 2014 à 113 en 2015. L'appropriation du nouvel outil web national ViaTrajectoire par l'établissement, évoqué précédemment, participe à cette progression.

Force est de constater que les admissions ne sont pas suffisamment anticipées et organisées par les deux établissements. Cette situation laisse peu de liberté à la direction dans la pondération des admissions et finit par impacter les professionnels aussi bien soignants qu'administratifs. S'inscrivant dans une approche de démarche qualité, au-delà d'une simple procédure c'est une véritable politique d'accueil et d'admission qui doit être définie comme un acte professionnel et réfléchi.

1.6.6 Une gestion complexe des établissements

A) Des ratios d'encadrement à l'organisation du travail

Des efforts ont été faits dans l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en établissement, en renforçant la médicalisation et le taux d'encadrement lors de la signature de la deuxième génération des conventions tripartite en intégrant le PMP au calcul des tarifs. On vient de le voir la charge de travail pour les soignants est impactée par le niveau de soins requis en fonction de la dépendance et des polyopathologies que présentent les résidents. Ces éléments présentés dans le paragraphe précédent font apparaître une charge qui s'est accrue au fil des ans. Il est intéressant de les mettre en perspective avec les ratios d'encadrement par section tarifaire pour les Equivalents Temps Plein (ETP) autorisés en 2015. Dans les deux établissements, ils sont supérieurs à ceux des EHPAD du département comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Section tarifaire	EHPAD François-Henri	EHPAD Saint-Léon	Conseil Général (données 2013)
Hébergement	0.285	0.256	0.254
Dépendance	0.156	0.148	0.138
Soins	0.246	0.281	0.208
Total	0.687	0.685	0.600

Depuis plus de dix ans, le cabinet d'expertise comptable KPMG publie un observatoire des EHPAD, analysant les principaux ratios économiques et financiers du secteur de l'hébergement des personnes âgées. La dernière publication⁴⁰ nous indique, pour l'année 2013, que les EHPAD dont le GMP est supérieur à 700 présentent un ratio d'encadrement de 0.69. De la même manière, les EHPAD présentant une capacité inférieure à 45 lits (cas de l'EHPAD François-Henri) des ratios plus élevés sont constatés. Ainsi, on peut conclure que les ratios calculés pour les deux EHPAD sont conformes aux données du secteur en intégrant leur capacité et le niveau de dépendance des personnes accompagnées.

Il n'en reste pas moins qu'à l'EHPAD François-Henri cela se traduit par des temps très partiels sur certains postes comme le médecin coordonnateur à 0.25 ETP, l'infirmière coordinatrice à 0.30 ETP ou l'animatrice à 0.5 ETP. L'accompagnement des résidents peut se trouver affecté par ces temps de présence réduits car la conséquence d'un hébergement permanent est que quel que soit le nombre de résidents une présence du personnel soignant et d'hôtellerie est indispensable sur 24h tous les jours de l'année. Ce n'est qu'au prix d'une organisation rigoureuse que les 2 ETP autorisés en personnel infirmier (IDE) permettent d'assurer une présence quotidienne continue et ainsi proposer une bonne coordination des soins avec les professionnels médicaux et paramédicaux extérieurs.

Les temps de déplacements et d'attente devant des ascenseurs, trop peu nombreux, les soins prodigués dans des conditions mal aisées dues à une vétusté des bâtis ne sont pas pris en compte dans les tarifs décidés. Or, nous l'avons vu précédemment, des éléments architecturaux inadaptés vont influencer sur la charge de travail dans les deux établissements.

B) Un budget de fonctionnement difficilement équilibré

Malgré des taux d'occupation stables de l'ordre de 99.5 %, les deux établissements peinent à équilibrer leur budget de fonctionnement.

Je ne rentrerai pas dans le détail des budgets qui depuis la réforme de la tarification évoquée précédemment comporte une indéniable complexité. La contrainte budgétaire a été appréciée différemment dans les deux établissements dirigés jusqu'en novembre 2015 par deux directeurs distincts.

⁴⁰ Observatoire des EHPAD-KPMG, juillet 2014, 84 p., [56-58]

Le budget de l'EHPAD Saint-Léon a été particulièrement affecté par les travaux de mise en conformité qui avaient été imposés par la commission de sécurité en 2013 pour autoriser la poursuite de l'exploitation. Cet établissement retrouve cette année un compte équilibré mais au prix de sacrifices sur la masse salariale. En effet, trois postes à temps plein n'ont pas été pourvus suite à des départs pour droit à la retraite ou pour inaptitude. Les postes de remplacements autorisés n'ont pas été créés si bien que les remplacements n'ont que rarement été assurés. La charge de travail de la responsable hôtelière, partie en 2014, a été partiellement affectée à l'infirmière coordinatrice mais sans réellement faire états des différentes missions qui lui sont allouées. Ce choix de l'ancien directeur a alourdi la charge de travail des salariés présents et altéré le climat social. Malgré cela, des déficits persistent sur les sections dépendance et soins. Ils peuvent être mis à l'actif, au moins pour partie, de l'évolution des besoins en soins des résidents.

L'EHPAD François-Henri n'offrant que 44 places en hébergement permanent le place parmi les plus petits du territoire et le positionne en délicatesse pour équilibrer les coûts de fonctionnement avec les produits de la tarification. Tous les postes autorisés y compris les remplacements sont créés. Cette année, le résultat est déficitaire sur toutes les sections. Certains postes administratifs ou des services généraux pèsent davantage sur le budget hébergement pour une petite capacité mais c'est également le cas pour les postes d'encadrement des soins comme le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice qui vont impacter les charges du budget soins.

Les 66 places d'hébergement permanent place l'établissement Saint-Léon en dessous de la capacité retenue par les différents rapports parlementaires ou enquêtes sur le sujet pour être à l'équilibre financièrement. Un rapport issu des réflexions du groupe de travail « *Société et vieillissement* », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance en 2011 aborde la problématique de l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sous l'angle de l'organisation des services. Il propose une augmentation de la capacité des EHPAD afin de réduire leurs coûts en profitant d'éventuelles économies d'échelle. Cette capacité « idéale » est évaluée entre 80 et 100 lits.

La charge nette du personnel représente 67% du budget total d'un EHPAD⁴¹. C'est donc le poste le plus important de dépenses.

Dans les deux structures, les personnels sont qualifiés. Plus personne ne fait « fonction de ». La moyenne d'âge des salariés de l'EHPAD Saint-Léon est un peu plus élevée avec 48 ans contre 42 ans l'EHPAD François-Henri. Ils présentent également une ancienneté plus importante.

⁴¹ Observatoire des EHPAD, *op.cit.* p.25.

Afin d'articuler les considérations financières qui conduisent à augmenter la capacité des établissements avec des considérations plus éthiques qui prennent en compte la qualité de vie des résidents, il semble se dessiner dans les discours actuels une architecture de type : un grand collectif organisé en petites unités de vie. J'y reviendrai amplement dans la deuxième partie du mémoire.

1.7 Des réhabilitations proposées au regroupement/reconstruction imposé

L'ADGESSA avait envisagé de réhabiliter les deux EHPAD à l'appui de deux projets distincts proposés aux autorités de tarification et de contrôle. L'EHPAD François-Henri devait être réhabilité sur son lieu actuel qui bénéficie d'une grande superficie au centre de Pau. La décision finale était soumise à l'approbation de l'évêché de Bayonne, propriétaire du bâtiment. L'EHPAD Saint-Léon faisait l'objet d'un projet de réhabilitation et d'extension sur le site qu'il occupe actuellement et dont l'ADGESSA est propriétaire. Ces deux projets de réhabilitation étaient assortis de demandes d'extension de capacité pour amener chaque structure à 80 lits afin d'atteindre une dimension efficiente⁴² lui permettant d'optimiser les moyens humains, organisationnels et financiers en s'orientant vers l'atteinte de la taille « critique » (entre 80 et 110 lits⁴³). A l'étude de ces deux dossiers de réhabilitation très coûteux, et en l'absence d'appel à projets portant création de places (malgré une inscription dans le schéma d'autonomie), le Conseil Départemental et l'ARS ont conjointement demandé à l'association gestionnaire de préférer un regroupement des deux établissements en procédant à un redéploiement des moyens existants.

L'ADGESSA en cohérence avec son objectif de « *participer à toute action tendant au développement des équipements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'à toute opération immobilière s'y rattachant* ⁴⁴ » a donc acté le regroupement de ses deux EHPAD et une reconstruction.

Mi-novembre 2015, le Conseil d'Administration de l'association a désigné la directrice de l'EHPAD François-Henri pour diriger le futur établissement. En conséquence, elle s'est vue confier la direction de l'EHPAD Saint-Léon en complément du premier établissement. Ce choix associatif d'une direction unique sur les deux établissements marque la volonté de nommer un seul pilote pour conduire ce projet de regroupement et reconstruction.

C'est depuis cette position de directrice des deux établissements que je vais conduire le changement inhérent à ce projet.

⁴² Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », Modérateur : Evelyne RATTE, conseiller-maître à la Cour des Comptes - Rapporteur : Dorothee IMBAUD, inspectrice des affaires sociales, 21 juin 2011, 50 p. [33].

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Extrait du Projet associatif de l'ADGESSA 2013-2017 « Humaniste et professionnalisme ».

1.8 De la synthèse des écarts à la problématique

C'est par l'approche des besoins repérés des personnes accompagnées aujourd'hui et de leur évolution que je vais mener ma conclusion sur l'analyse institutionnelle des deux EHPAD.

L'hébergement permanent comme seule offre d'accueil dans les deux établissements associé à des procédures d'accueil et d'admission insuffisamment organisées concourt à amplifier la rupture dans le parcours de vie d'une personne âgée. La plupart du temps, cette entrée s'est imposée à elle par épuisement des ressources diverses pour continuer à vivre à domicile. Cette discordance entre les besoins et les offres est accentuée par l'absence d'unités spécifiques ou d'espaces dédiées pour répondre avec une meilleure acuité aux besoins spécifiques des personnes désorientées par une maladie psychiatrique chronique ou par une maladie d'Alzheimer. L'impossible adaptation des éléments architecturaux actuels participe à la mise à mal de plusieurs dimensions dans l'accompagnement des résidents comme la préservation de leurs capacités (chambres trop petites, une accessibilité limitée dans les espaces collectifs par manque d'ascenseur), le maintien des liens sociaux (des animations rares, une implantation isolée et sans transport public) et l'exercice de leurs droits comme l'intimité, la liberté d'aller et venir.

De la même manière, tous ces éléments concourent à la détérioration des conditions de travail des salariés qui finissent par ne plus comprendre le sens de leurs actions. Cette situation peut conduire à de l'épuisement professionnel. Des études menées en EHPAD tendent à démontrer que les personnels travaillant en gérontologie sont plus touchés par ce phénomène. Le risque d'épuisement professionnel est lié à la pression affective et émotionnelle importante d'une confrontation permanente à la souffrance, à la déchéance physique et mentale et à la mort. Il est également souligné que la conception des espaces de travail favorise l'exposition à ce risque. Des espaces exiguës pour réaliser les actions quotidiennes d'aide, les déplacements inutiles ou retardés par l'insuffisance d'ascenseur concourent à augmenter les temps et participent au sentiment de ne pouvoir accomplir sa mission. L'épuisement est à la fois émotionnel et physique.

La nouvelle architecture ne peut pas être pensée comme le remède à tous les maux mais sera le support pour refonder un projet d'établissement qui prendra en compte la diversité des situations des personnes accueillies et dont les projections démographiques semblent prédire une augmentation de la dépendance avec une incidence accrue des pathologies neurodégénératives. A la lumière de ces constats le projet du nouvel établissement sera l'opportunité d'interroger les pratiques d'accueil et d'accompagnement, de remodeler les organisations en associant tous les acteurs internes et externes des deux structures.

Ces opportunités, liées à des dysfonctionnements à corriger, à des ressources à exploiter, à des carences à prendre en compte, à des zones d'incertitudes à occuper, se présentent

comme une occasion pour mobiliser les acteurs et contribuer à définir un projet commun porteur de changement et d'inédits.

Ainsi, la commande qui m'est adressé aujourd'hui en tant que directrice des deux EHPAD est de piloter un projet qui recouvre deux dimensions : regrouper et reconstruire.

L'EHPAD regroupé devra faire cohabiter sur un même lieu :

- Des personnes âgées semi-autonomes ou dépendantes physiquement mais conservant toutes leur capacités intellectuelles ;
- Des personnes âgées dépendantes souffrantes de maladies psychiatriques chroniques ;
- Des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en lien avec l'avancée en âge.

L'EHPAD à construire doit proposer une configuration architecturale qui permette une organisation des différents espaces pour favoriser un accompagnement de ces populations aux besoins et attentes différentes avec des professionnels formés et impliqués.

L'EHPAD regroupé et reconstruit doit proposer un projet d'établissement pertinent en dynamique avec la commande sociale et inscrit dans son territoire visant l'amélioration de la qualité de vie des résidents associée à l'amélioration des conditions de travail des salariés.

Cette projection me conduit à formuler le questionnement suivant :

Comment mettre en œuvre et surtout valoriser le projet qui regroupera alors dans une même configuration architecturale UN projet d'établissement, UNE population et UNE équipe professionnelle?

La problématique réside dans ce « UN » qui ne doit pas être synonyme d'une réponse univoque au public accueilli mais être porteur de diversification des offres, d'ouverture et d'amélioration de la qualité des prestations et des conditions de travail.

Je fais l'hypothèse qu'en m'appuyant sur les concepts de parcours de vie développés par les gérontologues et traduits en dispositifs par les politiques publiques, en fondant mes actions sur le management de la participation, je serai à même de réussir le projet de regroupement/reconstruction des deux établissements. L'enjeu est de co-construire le nouveau projet de l'EHPAD d'Idron à l'appui de ces approches. Nous devons être capables de proposer une diversification de prestations en réponses aux besoins pluriels des personnes âgées dépendants en interne et en dynamique sur le territoire. Le nouvel établissement doit s'inscrire dans une logique de parcours de vie. Le projet architectural tenant lieu de support doit mettre en « murs » cette démarche.

2 Un projet qui prend en compte la continuité des parcours de vie

2.1 La continuité de parcours de vie : des orientations à la mise en dispositifs et prestations

L'introduction de la notion de parcours dans le monde des politiques sociales s'est faite par l'assurance maladie en 2004 lors de la mise en place du dispositif de médecin traitant. L'essence de ce dispositif repose alors sur une contrainte pour l'assuré de suivre « un parcours type » s'il veut bénéficier de l'intégralité du remboursement des soins. Aujourd'hui, son utilisation récurrente dans tous les secteurs de l'action sociale lui confère une vision plus positive. Le parcours est le dénominateur commun de plusieurs approches.

Je vais m'intéresser dans le paragraphe suivant à la notion de parcours concernant les personnes âgées dépendantes au regard des politiques publiques et des institutions qui les portent. Comment faire que ces moments de rupture, pour certains inévitables, deviennent des transitions moins dommageables pour les personnes âgées fragilisées par la perte d'autonomie progressive ou brutale ?

2.1.1 La continuité des parcours de vie : définition et enjeux

Le caractère multidimensionnel de l'action sociale et médicosociale porté par la loi 2002-2 associé à la promotion des droits des usagers a consacré la notion de parcours. Même si le mot n'y est pas employé, on le retrouve en filigrane illustré par l'approche globale de la personne accueillie dans les institutions.

L'ARS définit le parcours comme « *la trajectoire globale des patients et des usagers avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement*⁴⁵ ».

Cette approche systémique prend une acuité particulière pour les personnes âgées en perte d'autonomie dont chaque situation est à la fois singulière et complexe. La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Elle repose sur le vécu de la personne dans son environnement autrement dit son histoire de vie. C'est l'approche sociologique, déjà évoquée, qui en analysant le vieillissement « *comme un processus qui résulte des histoires et des trajectoires antérieures* » exprime le mieux les négociations constantes avec le temps qui passe, le développement de stratégies pour sauvegarder ce qui est primordial, que chaque

⁴⁵ <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>

individu doit mettre en œuvre pour garder un minimum de maîtrise sur l'environnement tout au long de sa vie. Cette attitude participe à la dynamique identitaire de chacun d'entre nous. Pour soutenir une continuité dans les parcours de vie, il va falloir être en capacité d'anticiper les moments critiques présentant des risques de rupture, et de construire un accompagnement qui soit suffisamment plastique pour pouvoir s'adapter au projet de vie des personnes.

Le changement de paradigme, évoqué dans la première partie, anime depuis quelques décennies le secteur en transcendant toutes les politiques sociales catégorielles sans pour autant arriver à établir une organisation efficiente. Ce sont les acteurs et les opérateurs sanitaires et médico-sociaux qui doivent faire en sorte de coopérer, d'organiser leurs interventions dans une recherche permanente de complémentarité pour une personne singulière et non plus un individu qui doit entrer dans un système fragmenté et auto centré sur ses propres pratiques et compétences techniques. La CNSA relève avec un certain regret qu'« *il est important de souligner que le constat de ce paradoxe entre un paysage fragmenté et un besoin de réponses cohérentes et globales est partagé par l'ensemble des acteurs du secteur*⁴⁶ ».

La loi ASV donne la priorité à l'accompagnement à domicile et confirme ce changement de modèle en réaffirmant la primauté des besoins comme organisateur des offres médico-sociales. Elle appelle tous les acteurs du secteur gérontologique à dépasser leur position et à se mobiliser pour construire des parcours de vie cohérents. En outre, cette loi met en place de nouvelles mesures pour renforcer le droit des personnes accompagnées en institution : la recherche du consentement éclairé est à prouver ; la liberté d'aller et venir est érigée au rang de droit fondamental. Elle touche là aux modalités d'organisation des établissements tout particulièrement dans la mise en œuvre des procédures d'admission, d'accueil et d'accompagnement.

Continuité de parcours, logique de parcours, fluidité de parcours sont autant de terminologies pour exprimer un enjeu de qualité et d'efficacité. Au-delà de ces définitions, observons les différents dispositifs que les décideurs et opérateurs de l'action sociale et médico-sociale ont élaborés et qui peuvent concourir à cette notion de parcours.

2.1.2 La traduction en dispositifs ou prestations

Les missions et le positionnement des EHPAD doivent, s'ils veulent participer à la continuité des parcours de vie, évoluer vers plus de modularité afin de proposer des prestations

⁴⁶ CNSA, rapport 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, 25 p. [5].

diversifiées. La culture dominante de l'hébergement permanent en EHPAD ne peut plus répondre à la demande sociale renouvelée.

On peut apprécier cette exigence de diversification des offres au travers de plusieurs approches :

- une approche dont la durée est le déterminant qui va se traduire par des prestations d'accueil temporaire ;
- une approche dont le déterminant est une démarche thérapeutique selon le type de dépendance qui va se traduire par la création de prestations spécifiques pour accueillir des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée ou bien des pathologies psychiatriques non liées à l'âge, ou encore pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.
- une approche dont l'objectif est d'ouvrir l'EHPAD sur son environnement en créant des interactions entre celui-ci et son territoire. Le dispositif est illustré par le centre ressources.

Toutes ses modes d'interventions doivent se combiner pour répondre au plus près des situations complexes des personnes âgées concernées sur un territoire.

Je vais circonscrire mes propos aux dispositifs qui me semblent les plus pertinents à étudier dans le cadre de la construction du projet d'Idron au regard des orientations et axes stratégiques de l'association, des différents schémas qui s'appliquent sur le territoire et enfin des contraintes financières qui nous obligent. Je vais m'attacher à les définir quant à leurs exigences en termes de réglementation et d'impacts sur la continuité des parcours de vie dans le cadre d'un EHPAD.

A) Accueil temporaire

Les premières expériences d'accueil temporaire voient le jour dans les années 60, mais c'est une circulaire de 1982⁴⁷ qui en donne la première définition en référence à l'accueil en hébergement en milieu rural de personnes âgées pendant la période hivernale. Cet accueil est identifié comme participant au soutien à domicile, afin de retarder une entrée en institution.

La loi du 2 janvier 2002 introduit ce dispositif dans le cadre des ESMS lui donnant une base légale en tant que mode d'organisation transversale des établissements. Le décret d'application n°2004-231 du 17 mars 2004⁴⁸, fixe réglementairement, les objectifs généraux prioritaires et les modalités d'organisation de l'accueil temporaire. Il peut être adossé à un

⁴⁷ Circulaire n°82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées. JORF du 8 juin 1982, numéro complémentaire page 5358

⁴⁸ Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services

établissement type EHPAD ou EHPA (Etablissement pour Personnes Agées), à un SSIAD ou bien constituer une structure autonome. Quel que soit le support institutionnel, l'accueil temporaire doit répondre à trois objectifs :

- prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;
- répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Il faut distinguer deux modes d'accueil temporaire : les accueils de jour et les hébergements temporaires. La mise en œuvre par les différents opérateurs a conduit à de multiples versions si bien que les pouvoirs publics ont procédé à un état des lieux afin d'apprécier leur place réelle dans l'offre dédiée aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, les modalités et les objectifs de ces deux dispositifs ont été précisés par la circulaire du 29 novembre 2011⁴⁹.

L'accueil de jour (AJ) doit permettre d'accueillir à la journée voire à la demi-journée dans des locaux dédiés, des personnes âgées vivant à leur domicile. Il s'adresse en priorité aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées à un stade léger ou modéré et aux personnes en perte d'autonomie physique. Des groupes homogènes de personnes doivent être constitués pour pouvoir bénéficier d'activités communes à visée thérapeutique et préventive.

L'hébergement temporaire (HT) doit permettre d'accueillir la même population et, de « manière plus marginale », les personnes autonomes isolées, rompant ainsi avec sa finalité originelle. L'HT doit être une proposition dans le cadre des aides au répit de l'aidant, une réponse à des situations d'urgence comme après une hospitalisation ou encore une préparation progressive de l'entrée en EHPAD.

Ces prestations lorsqu'elles sont délivrées par un EHPAD peuvent entrer dans la convention tripartite et bénéficier, en partie, à ce titre de la tarification applicable à l'hébergement permanent ou faire l'objet d'un budget spécifique.

Alors que les acteurs départementaux valorisent l'accueil temporaire dans le cadre de leurs orientations gérontologiques, on note des recours assez faibles à ces dispositifs. Ce décalage est sans doute à mettre à l'actif d'un manque de lisibilité et d'une certaine opacité de leur mode de financement. En effet, chaque département, eu égard à sa compétence en action sociale, peut fixer les modalités de solvabilisation de ces dispositifs via l'APA pour la partie dépendance et/ou via l'aide sociale pour la partie hébergement.

⁴⁹ Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

Pour les Pyrénées Atlantiques, le règlement départemental d'aide sociale⁵⁰ adopté en mai 2012 mentionne dans son article 168 relatif à la tarification de l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire que si ces derniers ne font pas l'objet d'un budget spécifique le tarif hébergement est majoré de 5% par rapport à un accueil permanent. En revanche, les tarifs dépendance sont identiques à ceux applicables pour un accueil permanent.

Pour l'accueil de jour le tarif total est égal à 50% du tarif hébergement permanent auquel est ajouté 50% du tarif dépendance. Une personne en hébergement temporaire ne peut bénéficier de l'aide sociale. Ce dernier point peut constituer un sérieux frein au recours à ce type d'accueil alternatif entre le domicile et l'établissement et donc ne pas participer, contrairement à l'objectif de départ, à la continuité des parcours de vie.

La loi ASV prévoit le financement, par le biais d'un module spécifique de l'APA, de séjours de répit pour les proches-aidants. Les décrets d'application préciseront les conditions de mise en œuvre de cette aide.

Aujourd'hui, les dispositifs d'accueil temporaire, bien que souvent présentés comme devant jouer un rôle de soutien de la vie à domicile sont « à côté » et non pas « au côté » du domicile ce qui nuit à la continuité des parcours.

B) Les dispositifs spécifiques

Une multitude de noms existent pour qualifier ces dispositifs, qui ont souvent été élaborés par les établissements eux-mêmes en dehors de toute réglementation, pour répondre aux besoins qu'ils rencontraient. Néanmoins, ils ont tous en communs d'accueillir, dans un espace dédié et souvent séparé de la zone d'hébergement « traditionnelle » des EHPAD, des personnes présentant soit des désordres cognitifs associés à la maladie d'Alzheimer, soit des personnes âgées présentant des pathologies psychiatriques chroniques ou bien encore des personnes handicapées vieillissantes.

Face à la prévalence de la maladie d'Alzheimer dans les EHPAD, des modalités d'hébergement dédiées à ces résidents se sont progressivement mises en place encouragées par les trois plans nationaux Alzheimer qui ont impulsé la création de nouveaux dispositifs destinés à améliorer leur accompagnement. Il s'agit des unités spécifiques Alzheimer désignées sous plusieurs vocables : unités protégées, unités de vie, cantou... Autant de dénominations que de structures qui les ont imaginées et mises en place. Ces unités ont leurs propres spécificités en termes d'organisation, de moyens en personnel et de pratiques professionnelles. Malgré cette hétérogénéité de noms, on peut relever un certain nombre de principes communs.

Ainsi, l'unité spécifique peut se définir comme un lieu de vie et de soins sécurisé qui fonctionne nuit et jour au sein d'un EHPAD. Elle propose sur un même lieu, l'hébergement,

⁵⁰ Règlement départemental d'aide sociale des Pyrénées Atlantiques, 2012, 165 p. [113]

les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement productifs.

Il n'existait au départ aucun cahier des charges opposable aux unités spécifiques Alzheimer ou déclarées comme telles.

Le Plan Alzheimer 2008-2012, au travers de la mesure 16, a conduit à l'élaboration de modalités spécifiques d'accueil pour les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées. Deux types d'unités ont été créés et labellisés, pour peu qu'elles répondent au cahier des charges : les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) et le Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA).

Les UHR

L'UHR accueille jour et nuit les résidents ayant des troubles du comportement sévères. C'est un lieu de vie et de soins d'une capacité de 12 à 14 résidents. Les personnes qui y sont admises présentent une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée associée à une problématique psycho-comportementale sévère documentée par le biais d'échelles de mesure standardisées. Les activités proposées à des groupes homogènes doivent maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles et/ou cognitives restantes et favoriser dans la mesure du possible la production de liens sociaux.

Le PASA

Le PASA propose, à la journée, un projet d'accompagnement spécifique aux résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle par l'intervention d'un personnel qualifié, formé en soins gérontologiques, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces personnes. La famille et les proches sont sollicités pour participer à ses activités. Le cahier des charges qui conduit à une labellisation ordonne la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

La mesure 26 du plan des maladies neurodégénératives 2014-2019 reconduit le déploiement des PASA avec des aménagements du cahier des charges et une extension des inclusions.

C) Centre ressources

Partageant le constat des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur les difficultés rencontrées à domicile par les personnes âgées, il s'agit de proposer des solutions concrètes dès qu'apparaissent les premiers signes de fragilité. Par un travail de concertation et de continuité, l'objectif est de limiter les situations de rupture qui sont souvent traumatisantes pour les personnes âgées. L'objectif est de créer du lien et soutenir

les personnes âgées à domicile dans une logique de parcours. Le centre ressources peut recouvrir plusieurs domaines d'intervention comme :

- le développement d'actions de prévention de la perte d'autonomie
- la participation à l'offre de soins de premier recours grâce à la présence de personnel paramédical au sein de l'EHPAD
- le développement de l'aide aux aidants en organisant pour les aidants des groupes de parole en présence du psychologue
- la promotion de la démarche qualité et de la bientraitance.

Ces dispositifs ne conduisent pas à des créations de places nouvelles, mais à un renforcement organisationnel et financier au sein des EHPAD devant leur permettre d'accueillir une population particulière dans des conditions mieux adaptées. Ils sont néanmoins soumis à autorisation et seule la labellisation (conformité au cahier des charges après visite) déclenche le financement de l'activité. L'ARS préconise une intégration systématique des PASA dans les nouveaux projets eu égard à la prévalence des pathologies de type Alzheimer avec l'avancée en âge. Les centres ressources, quant à eux, font l'objet d'appel à candidature dans le cadre d'une procédure d'expérimentation par les ARS. Un EHPAD géré par l'ADGESSA a été retenu en 2013 pour mettre en place le premier centre ressource de l'agglomération bordelaise.

On le voit le parcours semble s'établir autour de concepts communs et reconnus par tous les acteurs de l'action sociale et médico-sociale mais ne concourt pas forcément à identifier les mêmes schémas organisationnels. Face à cette réorganisation programmée par les autorités politiques et administratives, mais dont le financement ne semble pas toujours assuré, la question du positionnement d'un EHPAD qui entame sa reconstruction se pose.

2.1.3 Le positionnement d'un EHPAD

Tous ces dispositifs concourent à rompre avec la dichotomie observée depuis longtemps dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées entre le tout domicile ou le tout établissement. Cette nouvelle vision impulsée par les transformations sociétales, déjà inscrites dans le corpus législatif et renforcé par la loi ASV, oblige les EHPAD à se repositionner dans cet espace. En effet, cet espace peut être investi par les services d'intervention à domicile ou/et par les établissements. Ces derniers possèdent un certain nombre d'atouts pour se positionner dont l'expertise des besoins totaux (soins de base et soins médicotéchniques) et un personnel formé à l'accompagnement social des personnes âgées. Il est utile de rappeler que la professionnalisation du secteur a d'abord concernée les établissements. Entre lieu de vie et lieu de soins, les EHPAD mettent en œuvre des pratiques professionnelles transférables sur l'ensemble du parcours des personnes âgées dépendantes. Selon le cabinet KPMG, « *l'EHPAD réuni et orchestre l'action de*

professionnels qui accompagnent et soignent les personnes en perte d'autonomie (...). L'EHPAD peut donc devenir le lieu privilégié de l'expérimentation, de l'innovation (...), de la formation appliquée pour les professionnels de la filière, le centre de ressources du territoire⁵¹ ».

Cette diversification d'offres présente trois perspectives dans le contexte actuel :

- Offrir des alternatives aux personnes âgées du territoire entre la vie au domicile individuel et l'hébergement médicalisé au sein d'un large collectif
- Permettre un cheminement progressif des personnes au regard de l'évolution de leur situation : action en faveur d'une logique de parcours
- Constituer un levier de diversification des compétences des professionnels : action en faveur de la mobilité professionnelle pour limiter l'usure des salariés.

C'est le modèle d'hébergement « EHPAD » qui connaît une sérieuse remise en cause de son positionnement dans les différentes réponses attendues aujourd'hui par les personnes âgées dépendantes sur un territoire donné. Les modes d'accompagnement en EHPAD sont à imaginer en lien avec les professionnels du domicile notamment pour rompre la dichotomie établissements-domicile et promouvoir des complémentarités.

2.2 La continuité de parcours soutenue par la configuration architecturale

« *L'architecture, une installation de la vie des hommes par une matière disposée avec bienveillance* ». Ces propos tenus par l'architecte Philippe Madec résonne de manière singulière lorsqu'il s'agit de concevoir un lieu de vie pour des personnes âgées dépendantes et de penser par opposition qu'il y aurait une architecture malveillante.

Le schéma gérontologique de Paris reprend ce même concept de « bienveillance architecturale » pour qualifier les bonnes conceptions améliorant le cadre de vie des résidents et du personnel.

2.2.1 L'architecture partie prenante du cadre de vie

La rupture avec les conceptions architecturales de type hospitalier résonne de plus en plus comme une évidence car il convient de se rapprocher du nouvel art de vivre qui illustre davantage notre propre individualité. Ce nouveau bâtiment sera construit par opposition à ces espaces collectifs imposants et parfois effrayants afin de créer des petites unités de vie, plus familiales proches conceptuellement du domicile.

⁵¹ Observatoire des EHPAD - KPMG, juillet 2014, 84 p. [8]

L'architecture dans son acception étendue va de l'organisation spatiale aux détails techniques et décoratifs (sols, couleurs, signalétique, mains courantes...). Elle doit être mobilisée pour élaborer des bâtiments facilitant le travail des professionnels en améliorant la qualité de vie des résidents même très dépendants en préservant la moindre parcelle d'autonomie et de vie sociale. Elle doit être repensée en termes de vie et non pas de soins même s'il semble que les EHPAD vont évoluer vers une médicalisation plus forte.

La question du cadre de vie des personnes âgées dépendantes se pose avec acuité lorsque celle-ci ne peuvent plus vivre à leur domicile alors que leur souhait a toujours été d'y demeurer jusqu'au bout de leur vie. D'une manière générale, le cadre de vie s'entend comme d'une part l'environnement physique (le site d'implantation, la construction, les aménagements, le mobilier, les objets mis à disposition, le climat, la lumière, le bruit, etc.) et l'environnement social (voisinage, êtres humains, culture, opinions, principes d'action, etc.). Il renvoie donc à la fois à l'architecture comme enveloppe technique et à la configuration spatiale qui devra rendre compte des choix opérés en matière d'accompagnement médical et social. L'architecture représente la mise en perspective d'un projet d'accompagnement institutionnel dans un projet d'habitation.

Les besoins et les attentes des personnes accueillies en matière de parcours de vie, le contexte réglementaire, la prise en compte des conditions de travail, vont concourir à élaborer le concept architectural. Ce dernier doit intégrer la notion de lieu de vie (et de fin de vie) pour le résident, d'outil de travail pour les professionnels et la démarche prospective du gestionnaire.

La conception architecturale est un compromis permanent entre ces trois exigences. Le gestionnaire et la direction devront arbitrer pour préserver l'équilibre entre ces différentes composantes.

2.2.2 La conception architecturale au cœur des recommandations

Les recommandations en la matière proviennent de sources disciplinaires multiples. Elles se sont construites en réaction au manque d'humanisation des structures hébergeant des personnes âgées ou des malades en prise avec les évolutions sociétales. La prise en compte des besoins et des attentes des personnes âgées dépendantes devient un préalable en référence au maintien à domicile. Pour autant, cette orientation privilégiée des politiques publiques n'exclut pas les établissements hébergeant les personnes âgées des programmes de développement pour lesquelles la solution « domicile » n'est plus envisageable. On va voir dans quelle mesure ce postulat de départ du domicile va influencer un type de conception architecturale.

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle avait consacré une section à décrire la qualité des espaces pour assurer une

qualité d'accompagnement aux personnes accueillies. Outre, les métrages minima à respecter pour une chambre, ce qui est signifiant c'est la réflexion concernant « *l'espace privatif (qui) doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident*⁵² ». Un décret, issu de la loi ASV, fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD devrait être publié en septembre 2016 et se substituerait à ce décret.

Après le drame sanitaire de la canicule de 2003, le gouvernement au travers du premier plan « Vieillesse et solidarités » a lancé une vaste consultation auprès des différentes fédérations professionnelles du secteur gérontologique pour apporter un aspect qualitatif à l'accueil permanent en établissements. A l'appui de ces consultations, un rapport intitulé « *Personnes âgées : bâtir le scénario du libre choix*⁵³ » dresse le portrait idéal de la maison de retraite médicalisée pour 2020-2025. Il en ressort un établissement d'une capacité totale de 60 à 120 lits, organisé en petites unités de vie de 8 à 20 chambres. Les espaces privatifs personnalisables, d'au moins 25 m² en type 2 avec une chambre et un séjour, pour se rapprocher de la notion de domicile, sont organisés autour d'espaces intermédiaires composés de petits salons et d'une cuisine favorisant la convivialité et l'activité. Ces espaces permettent plus facilement aux personnes de s'approprier les lieux, de les investir. Le tout dans un ensemble plus grand dans lequel l'espace collectif sera un espace de socialisation et de rencontres. La localisation de l'établissement doit traduire sa propre ouverture sur la société. Cette redéfinition architecturale et organisationnelle des établissements ne doit pas être un modèle figé et uniquement reproductible en l'état mais doit être adaptée aux projets institutionnels des gestionnaires. Plus que la conformation architecturale précise, c'est l'esprit qui a présidé à cet écrit qui est à retenir.

Une approche budgétaire⁵⁴ a été publiée et soutient cette conception en petites unités regroupées autour d'un collectif institutionnel atteignant une taille critique suffisante (80 à 110 lits) afin d'optimiser les coûts liés aux services logistiques, administratifs et techniques. Il s'agit de concilier modèle social et modèle économique.

Et enfin, dans le rapport annexé au texte de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement un paragraphe est consacré à l'architecture en mentionnant la nécessité de

⁵² Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁵³ Rapport du commissaire au Plan, juin 2006, *Personnes âgées : bâtir le scénario du libre choix (tome I)*, 308 p.

⁵⁴ 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, 50 p. [33].

créer des réseaux d'échanges et de compétences autour de la qualité d'usage des bâtiments.

Dans le même esprit, la CNSA a lancé dès 2009 auprès des étudiants en architecture, en lien avec des étudiants en médecine, en soins infirmiers ou en travail social, le premier concours pour imaginer « la maison de retraite de demain ». Leur projet doit obéir aux problématiques suivantes : Comment allier innovations architecturales, fonctionnalité du lieu et bien-être des résidents? Comment maintenir le lien social? Comment associer vie collective et espaces privatifs? Comment changer le regard porté sur les maisons de retraite? Les lauréates du prix 2015 ont imaginé un établissement composé de plusieurs unités de petite taille, proches de l'échelle domestique et familiale.

Même si l'EHPAD idéal n'existe pas, ces réflexions posent un certain nombre de principes qui permettront d'étayer les projets de construction ou de reconstruction pour tendre vers la conciliation entre les attentes et besoins des résidents et les contraintes normatives et réglementaires liées à un lieu collectif d'accompagnement. Le modèle qui se dégage est celui que j'appellerai « un petit chez soi » dans « un grand chez nous ».

2.2.3 Un modèle émergent : « Un petit chez soi » dans « un grand chez nous »

Dans ce qui suit, je vais m'appliquer à l'appui d'un certains nombres de références à comprendre les motivations fondamentales du vivre « chez soi » jusqu'au bout de la vie. Ce questionnement se situe à la croisée de plusieurs champs conceptuels dans lesquels les représentations du domicile (ou du foyer) vont venir alimenter l'identité de la personne et où le « chez soi » peut apparaître comme un refuge pour celle-ci lorsqu'intervient un profond changement comme une entrée en établissement.

L'anthropologie primitive associe la domestication collective du feu et la naissance du langage. C'est parce que la communauté s'est rassemblée autour du foyer (littéralement lieu où l'on fait le feu ou cantou en catalan) que des échanges verbaux ont pu se développer. Il est également le lieu où vit une famille. Si vivre chez soi est un souhait massivement partagé, c'est entre autres parce que la symbolique du foyer renvoie à ces deux dimensions : celle de continuité en nous reliant aux générations successives, essentielles à mesure de l'avancée en âge, et celle de lieu d'humanisation, de relation aux autres.

D'un point de vue juridique, le foyer et le domicile définissent le lieu de résidence d'une personne et lui confère une identité sociale et fiscale. Le domicile sous-entend toujours l'appropriation car on parle de posséder un domicile sans forcément détenir un droit de propriété sur celui-ci. L'EHPAD est le lieu où résident les personnes. Il constitue par conséquent leur domicile au sens juridique du terme.

Mais le domicile ne peut être réduit à ce qui est compris entre les murs et à l'aménagement de cet espace. Il entretient également un lien étroit avec la propre intériorité, les secrets, la vie familiale et domestique, les arrangements privés de la personne qui l'habite.

Le « chez-soi », défini en référence à cette acception élargie du domicile, conjugue à la fois la maîtrise qu'a la personne de son intérieur physique et psychique. Il est l'espace de la constitution d'une identité sociale, et d'une identité personnelle profonde. Ainsi, le « chez soi » est en lien avec la notion multiforme et complexe d'identité.

La transversalité disciplinaire de cette notion ne permet pas d'avoir un accès consensuel à sa définition mais on peut dégager une caractéristique approuvée par les différentes écoles. L'identité évoque toujours la permanence dans le temps d'individus qui ne cessent de se transformer pour tenter de maîtriser le cours de leur existence. Ce processus identitaire est mis à mal lors de l'épreuve de l'entrée en établissement car les ressources de la personne qui avance en âge sont diminuées pour réaménager son identité en vue d'accéder à ce *continuum*. Alex MUCCHIELLI l'illustre ainsi « *Le sentiment d'identité demeure tant que le sujet (...) parvient à donner aux changements et aux altérations le sens de la continuité. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent les crises d'identité*⁵⁵ ».

Parce que l'identité est également définie comme le produit des interactions entre l'individu et le champ social, l'entrée en établissement va venir bousculer l'identité sociale de la personne. Son environnement et ses modes de relations vont être impactés en quittant son domicile. Il va falloir en reconstruire de nouvelles et engager une nouvelle forme de vie dans ce nouveau lieu sans perdre son identité propre.

C'est un défi pour l'institution d'accueil qui doit mettre tout en œuvre pour permettre à cette continuité identitaire de s'exprimer.

A la lumière de ces différents concepts évoqués, la notion de « chez soi » définit une relation particulière qu'entretient une personne avec son cadre de vie, relation associée à la satisfaction des besoins, une recherche de sécurité, un maintien de l'identité. L'investissement du lieu pour en faire un chez-soi en suppose aussi la pratique de tous les autres espaces qui sont eux nécessairement partagés avec les autres résidents et les professionnels. Le sentiment d'être « chez soi » repose aussi sur cette appropriation liée à la vie quotidienne et au fonctionnement de l'établissement. L'appropriation des lieux par la personne va être déterminante pour qu'elle se sente le moins possible étrangère à son environnement.

Les espaces intermédiaires comme les petits salons ou les cuisines permettent d'atténuer la sensation de rupture avec le domicile par un passage un peu moins brutal d'une vie privée et individuelle à un mode de vie collectif et partagé. Ils peuvent tenir lieu de transition

⁵⁵ MUCCHIELLI A., 2013, *l'identité*, 9^e édition, Paris : PUF, 128p. [10]

vers ce que je nomme le « grand chez nous ». Cette locution nécessite d'être explicitée car elle semble s'opposer à ce qui précède, peut conduire à des interprétations et représentations fort différentes voire en totale contradiction. Elle représente le cadre de la vie collective ce qui structure le temps, l'espace, les relations au quotidien. Il est fondé sur l'organisation globale, le travail des équipes professionnelles, les règles de la vie collective. L'adjectif « grand » employé renvoie à la notion de capacité efficiente pour mutualiser les coûts d'accompagnement sur un plus grand nombre d'individus. L'établissement, entité juridique, comportera selon les autorisations délivrées par les institutions administratives un nombre de places allant de 80 à 110. La préposition « chez » n'est pas choisie au hasard, elle exprime une appartenance à ce lieu. Enfin, le « nous » définit l'ensemble des personnes concernées par ce dernier : les résidents, les familles et les salariés. Ce pronom illustre le sens commun et la communauté d'intérêts que les différents projets doivent illustrés :

- le projet associatif
- le projet d'établissement
- les projets personnalisés

Le « nous » traduit également l'idée de co-construction tout au long de l'accompagnement entre les équipes, par nature pluridisciplinaires en EHPAD, et la personne accueillie au travers du projet personnalisé, le respect mutuel entre les temps individuels et collectifs. La participation des résidents au fonctionnement de l'établissement est également associée. L'identification des usages, des chambres privatives, des espaces intermédiaires, des espaces collectifs et des espaces institutionnels, doit être accessible à chacun pour se ressentir à la fois « chez soi » et « chez nous ».

Cette identification nécessaire renvoie à une autre approche celle de la « relation accueillant/accueilli », plus particulièrement étudiée par les acteurs du secteur sanitaire et nommée alors « relation soignant/soigné ». La particularité dans le cadre d'un EHPAD est le fait que l'accueillant devient l'accueilli et vice-versa selon le lieu dans lequel il se trouve : accueillant dans les espaces collectifs et accueilli dans l'espace privé. Il existe un va et vient permanent entre ces deux rôles tout au long d'une journée lequel va participer à établir une relation symétrique entre les deux protagonistes. Cette symétrie peut permettre alors de changer l'approche qui est faite du résident en le considérant comme une personne porteuse de ressources et pas seulement de besoins.

Ainsi, pour conclure ce « nous » représente ces interactions entre le privé et le collectif dans ses dimensions éthiques, organisationnelles et fonctionnelles.

Tout l'enjeu réside dans cette difficile articulation entre la sphère individuelle du « chez soi » au travers d'espaces personnalisables (cadres photo, petits meubles) et la sphère collective et sociale au travers d'espaces collectifs repérables (salons, cuisine) mais également avec

la mission d'un EHPAD qui est une prise en charge inscrite dans un registre plus fonctionnel.

2.3 Le projet inscrit dans une démarche participative

2.3.1 Le projet comme organisateur du mouvement⁵⁶

Le mot « projet » fait aujourd'hui l'objet d'une utilisation abondante dans des domaines variés de la vie courante comme de nombreux secteurs professionnels. Il est omniprésent dans les textes et les discours qui organisent le secteur social et médico-social. Son caractère polysémique nous invite à en déterminer les contours.

Étymologiquement, le mot projet vient du latin "*projectare*" qui signifie : « lancer devant soi, jeter en avant ». Dans cette acception, le projet est une tentative pour maîtriser le temps, une projection dans le futur. Un projet a une dimension dynamique, il n'est pas figé et est amené à évoluer.

La loi 2002-2 a contribué à faire des établissements et services du secteur social et médico-social des « organisations à projet ». Du projet associatif au projet personnalisé toutes les structures sont traversées par la démarche projet ; le « projet d'établissement ou de service » apparaissant comme la traduction concrète de la mise en cohérence de cette multiplicité de niveaux de projets. Les approches du concept peuvent être discutées mais il semble qu'un consensus se dégage quant à sa méthodologie. Elle doit être participative si l'on veut garantir l'appropriation du projet et sa mise en œuvre effective par tous les acteurs. La définition du projet par Patrick Lefèvre telle que décrite dans un de ses ouvrages m'apparaît comme une synthèse recouvrant toutes les dimensions: « *Le projet assure les conditions d'échapper au déterminisme et exerce une fonction transitionnelle, liant le passé, le présent et l'avenir. Il tient du « dessein » et du « dessin » car il traduit l'espérance dans l'avenir et en identifie les contours, il situe un idéal et relève de l'utopie : c'est une représentation du futur, une schématisation d'objectifs et de plan d'actions. Il est aussi pris entre rêve et réalité ; il relève d'une démarche prospective et trace des perspectives. Il permet d'entrevoir et identifier des directions à prendre, et en cela, le projet est directement lié à la fonction de direction car il oblige à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer, rassemblant ainsi les actions principales d'une direction d'établissement* »⁵⁷.

Le projet apparaît comme étroitement lié à l'idée de mouvement, de transformation de l'individu comme de l'organisation et constitue un levier de conduite du changement. Je trouve dans cette définition les différents éléments sur lesquels, en tant que pilote du projet d'Idron, je vais m'appuyer : l'inscription dans le temps qui marque la continuité de l'action,

⁵⁶ En référence à une publication de Fabrice Traversaz.

Disponible sur : <http://apfformation.blogs.apf.asso.fr/media/02/01/595065455.pdf>

⁵⁷LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod, 512 p. [211].

la finalité traduite par le dessein qui doit être empreinte d'une certaine utopie pour donner envie d'adhérer, le dessin par lequel passe toute conception architecturale ; tous ces éléments devant passer par le filtre de la méthodologie organisationnelle pour que le projet, quelque que soit son ampleur soit opérant.

2.3.2 De la théorie des parties prenantes au management de la participation

Le projet d'Idron présente un levier de changement pour aller vers l'optimisation de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées dépendantes. Le directeur manager va être jugé à l'aune de sa capacité à susciter l'adhésion et la mobilisation des ressources et des compétences des équipes dans la conduite du changement. La participation apparaît comme une démarche incontournable dans la conduite du changement pour que l'ensemble des parties prenantes du projet se l'approprie, quelle que soit la place qu'il occupe dans une organisation. Dans les théories concernant les organisations : « *une partie prenante est un individu ou groupe d'individus qui peut affecter ou être affecté par la réalisation des objectifs organisationnels*⁵⁸ ». Elles représentent une multitude d'acteurs que l'on peut scinder en deux parties : les acteurs internes qui ont un contrat avec l'organisation et les acteurs externes qui n'ont pas de lien contractuel. Cette théorie managériale repose sur le postulat que le dirigeant d'une organisation a des obligations éthiques envers ses parties prenantes. Elle étaye le mouvement Responsabilité Sociale (ou sociétale) des Entreprises (RSE). Elle se présente donc comme une réponse à la complexité croissante des organisations modernes et aux interrogations sur l'influence de ces organisations sur leur environnement et sur la société. Ce questionnement est d'autant plus prégnant pour des organisations associatives œuvrant dans le secteur médico-social car leur mission leur confère un rôle social.

Dans ce contexte la question se pose : qui faire participer et comment ?

L'étymologie nous indique que la participation est l'action de prendre part à quelque chose, de partager. En psychologie sociale, science qui étudie la manière dont les pensées, les sentiments et les comportements des personnes peuvent subir l'influence des autres, la participation est vue comme « *un engagement personnel en tant que membre du groupe pour coopérer et faire progresser d'une part le fonctionnement du groupe comme tel, d'autre part la réalisation de sa tâche et de ses objectifs*⁵⁹ ».

Le secteur social et médico-social n'échappe pas à cette tendance générale fondée sur l'aspiration démocratique. La loi du 2 janvier 2002 accorde une part importante au renforcement des droits des usagers concernant les processus de participation. Le droit à la participation est reconnue autant dans ses modalités individuelles que collectives.

⁵⁸ MULLENBACH-SERVAYRE A., 2007, « *L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises* », La Revue des Sciences de Gestion n°223, p. 109-120.

⁵⁹ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/participation>

L'utilisateur doit avoir la garantie de participer directement à son projet d'accueil et d'accompagnement mais aussi d'être associé au fonctionnement de l'établissement ; ceci est un droit et non une obligation.

Cette loi institue, également, l'évaluation interne et externe des établissements et services. Le législateur a ainsi lié la démarche d'évaluation au contenu d'une loi qui consacre la place de l'utilisateur et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale. Cette démarche évaluative trouve un appui méthodologique au travers des recommandations de l'ANESM. Le premier principe qui est posé est celui de la participation associée à la notion d'appropriation. Tous les acteurs sont concernés : professionnels, usagers, entourage, partenaires, bénévoles... On y retrouve nos parties prenantes.

L'ANESM par ailleurs distingue quatre niveaux de participation :

- la communication : la participation est limitée à l'information des personnes sans objectif de recueillir leur adhésion. Elle consiste à présenter et expliquer les orientations d'un projet.
- la consultation : on demande aux participants leur avis sur des questions peu stratégiques. Leur avis est pris en compte, mais la décision ne leur appartient pas.
- la concertation : les personnes sont associées à la recherche de solutions communes
- la codécision ou co-construction : les décisions sont partagées entre les différents acteurs. Des processus de négociation sont engagés pour parvenir à une recherche de solutions et à un compromis.

Ces niveaux ont l'intérêt de démontrer que la participation peut prendre des formes très différentes. Elle va être mobilisée en fonction des capacités et de la place de chaque acteur dans l'organisation.

Pour la personne accueillie, elle va se traduire par une meilleure prise en compte de ses attentes et de ses besoins et, du coup, vers une meilleure adéquation entre les objectifs et les actions mises en place.

Pour l'établissement et les professionnels, elle va conduire à une interrogation des pratiques, une remobilisation des équipes, une formalisation des procédures pour tendre vers une meilleure adéquation entre les prestations et les attentes des personnes accompagnées.

Pour les partenaires institutionnels, elle va participer à une redéfinition des coopérations et des réseaux.

Bien que la pertinence de la participation comme mode dynamique de fonctionnement d'une organisation soit devenue consensuelle, elle ne se décrète pas et ne s'impose pas *de facto*.

Le recours à la participation dans un établissement va reposer principalement sur le type de management adopté, incarné par l'équipe de direction, lorsqu'elle existe, ou par la personne du directeur(trice). On va parler alors de « management participatif ». On y retrouve les différents ingrédients : niveaux de participation, acteurs concernés, modalités de mises en œuvre. L'accent est mis sur les processus de délégation et de consultation, comme des éléments de la décision, impliquant la responsabilité et l'autonomie des acteurs, à tous les échelons de l'organisation.

Le management participatif tel qu'il est décrit dans les théories du management fait surtout référence à l'attitude que le dirigeant aurait vis-à-vis de ses subordonnés: empathie, ouverture, considération, écoute. Il est, à mon sens, un peu réducteur car s'il s'agit là de qualités indispensables, pour autant elles ne fournissent pas *a priori* de garanties quant à la réalité de la participation des parties prenantes d'un projet dans une organisation. C'est la raison pour laquelle je parlerai de « management de la participation » car c'est cette dernière qui est au cœur de tous les processus d'organisation du travail de nos établissements aujourd'hui.

L'objet de la suite de cette partie n'est pas de lister toutes les instances de participation qui existent au sein d'un établissement qu'ils s'agissent de celles concernant les usagers ou celles concernant les salariés mais de comprendre les enjeux de cette participation depuis la place qu'ils occupent respectivement. De même, je me concentrerai uniquement sur les champs de la participation qui font directement écho à mon contexte.

2.3.3 La place des usagers

La participation s'expérimente et s'apprend. C'est d'autant plus vrai pour les personnes accompagnées dans les établissements que cette notion, bien que très présente dans les textes et recommandations professionnelles, est relativement nouvelle. Dans le champ de l'action sociale, elle va à l'encontre des pratiques héritées de l'histoire des institutions reposant sur une dissymétrie entretenue entre l'individu, objet des interventions et le professionnel expert de l'intervention et dont l'expertise ne pouvait être remise en cause par un « profane ». L'enjeu sera de faire évoluer les positions des uns et des autres pour tendre vers une « posture d'alliance ». Cette approche trouvera son accomplissement dans la co-construction du projet d'accueil et d'accompagnement à condition que l'institution soit en capacité elle-même de mettre en œuvre ce projet.

Une autre dimension est à prendre en compte pour promouvoir la participation des usagers. Il s'agit de la vulnérabilité des populations qui parfois ne permet pas d'atteindre le premier niveau de la participation : la réception de l'information. C'est de plus en plus le cas dans les EHPAD avec l'avancée en âge des résidents qui souffrent de troubles cognitifs.

En outre, tant pour des considérations réglementaires (la direction doit garantir la participation des usagers) que pour des convictions éthiques et humanistes (reconnaitre la personne par la parole qu'elle porte pour développer l'estime de soi, sentiment souvent fragilisé par les parcours institutionnels), je veux pouvoir inscrire dans l'élaboration de ce projet de regroupement et reconstruction la participation des personnes âgées même les plus dépendantes sur le plan psychique.

Je l'ai évoqué la participation des usagers ne peut se faire sans la participation des professionnels. Quelle place doivent-ils occuper et quels en sont les enjeux pour le projet ?

2.3.4 La place des professionnels

Le code du travail prévoit la participation des salariés au travers d'instances précises quant à leurs modalités de fonctionnement : Délégués du Personnel, Comité d'Entreprise, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail. Ces instances sont actives au sein des deux établissements. Ce paragraphe n'a pas pour objet de développer cet aspect réglementaire de la participation des salariés mais d'explorer le champ de leur participation en lien avec les missions institutionnelles.

Ainsi, la participation des professionnels dans l'élaboration des différents projets qui fondent les établissements peut être appréhendée de deux manières : celle de leur expertise en matière d'accompagnement des résidents et celle de leur vécu des conditions de travail.

La première va contribuer à la réflexion concernant les besoins et les attentes des résidents pour bien évaluer la pertinence des prestations (dans son acception élargie : des dispositifs aux pratiques) ; quand la seconde va aider à repenser l'organisation du travail pour s'engager sur la voie de la qualité de vie au travail (QVT). Cependant ces deux entrées sont indissociables.

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) ont proposé une définition de la QVT qui retient particulièrement mon attention : « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte. (...) La Qualité de Vie au Travail (QVT) désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment*⁶⁰ ». Il y est donc question des conditions de travail d'un point de vue technique (espace, architecture) mais également d'un point de vue perception du degré de liberté (possibilité d'actions) que les organisations autorisent ou non à leur salariés. Ces deux éléments vont conduire à une autre dimension selon laquelle le

⁶⁰ Haute Autorité de Santé, janvier 2016, *Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p. [5].

travail produit des effets sur la santé des salariés (positifs ou négatifs) et sur la qualité du service rendu aux usagers et par conséquent une dégradation des conditions de travail a un lien avec la qualité du service rendu (la performance des entreprises). C'est au niveau du terrain et des situations de travail que les conflits de logiques se révèlent. Parmi ces situations, la conception et l'aménagement des espaces de travail est un des déterminants des conditions de travail car il peut les faciliter ou les dégrader. On conçoit aisément que la configuration des espaces de travail lorsque les distances à parcourir pour assurer son activité sont importantes, lorsque l'utilisation des aides à la manutention sont rendues difficiles par l'exiguïté des chambres et des cabinets de toilette, lorsque les ascenseurs en sous-nombre induisent une attente interminable aux heures critique des repas, lorsque la géométrie des lieux entrave la surveillance des résidents....est un obstacle à la réalisation d'un travail de qualité.

Autant d'exemples, puisés dans le quotidien des deux EHPAD, qui indéniablement conduisent à une dégradation des conditions de travail par une charge de travail accrue. Ces situations de travail spécifiques sont susceptibles de générer plus d'épuisement professionnel que dans d'autres secteurs d'activités. Le diagnostic réalisé dans la première partie du mémoire a mis en évidence une autre origine de l'augmentation de la charge de travail des personnels pouvant augmenter les risques d'épuisement professionnel. Il s'agit des contraintes budgétaires qui ont pesées sur les effectifs. Le directeur avait fait le choix de ne pas remplacer les absences. La conjonction de ses deux phénomènes a considérablement dégradé le climat social, autre source d'insatisfaction au travail et un risque de division des collectifs de travail.

En tant qu'employeur par délégation de pouvoir du président de l'association, je suis juridiquement responsable de la santé physique et mentale et de la sécurité au travail des salariés. Il m'incombe de mettre en place les moyens les plus adaptés pour répondre à mon obligation de résultat dans ce domaine. Mais, la QVT ne réduit pas à ces composantes.

Parallèlement, l'HAS et l'ANACT ont produit une note à destination des établissements de santé, dont l'environnement de travail est similaire à celui des EHPAD, dans laquelle elles proposent des repères pour articuler la QVT et de la qualité des soins dans des contextes variés.

Un premier principe est que la QVT doit être appréhendée comme un moyen de réinterroger l'organisation pour favoriser la qualité des accompagnements. L'hypothèse fondatrice renvoie à l'idée qu'à un sentiment de travail « bien fait » correspond un sentiment de qualité de vie au travail. C'est à l'inverse le sentiment de perte de reconnaissance du travail et/ou du sens du travail qui est préjudiciable à la qualité des accompagnements. Par effet rétroactif, il renverra à un sentiment de travail insatisfait.

Dans le contexte de regroupement et de reconstruction la question de l'organisation du travail est centrale. Elle est d'autant plus centrale qu'elle doit répondre à des contraintes budgétaires prégnantes. Mon objectif en choisissant cette approche n'est pas d'ajouter un projet de plus ni une brique supplémentaire, mais que la QVT soit le ciment qui lie les briques et les équipes. Elle doit transcender tous les projets institutionnels.

Les groupes de travail pluridisciplinaires sont considérés comme un moyen de favoriser l'expression des personnels et permettent de dépasser les organisations trop hiérarchisées et cloisonnées. Il s'agit de trouver collectivement des marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité. En effet, la faible standardisation des actes, leur nécessaire adaptation aux singularités des personnes accueillies et l'implication qu'exige le travail d'aide pose comme principe que les professionnels contribuent à la définition de leur action. Qui mieux que les salariés de par leur connaissance pratique des postes de travail peuvent identifier les contraintes directement vécues dans le cadre de leur travail. Ils sont force de propositions pour des améliorations et des mesures de prévention adaptées à leur métier ainsi que sur les principes d'actions à mettre en œuvre pour accompagner les résidents.

La participation des différents métiers à un collectif (groupe de travail) sur les pratiques va leur permettre de se représenter également l'interrelation entre leurs propres actions et celles de leurs collègues et d'appréhender la dimension transdisciplinaire nécessaire pour accompagner la population accueillie. L'analyse des pratiques et des valeurs professionnelles qui seront amenées à évoluer dans le cadre du projet sont de véritables points d'appui pour construire le projet lui-même au profit de l'amélioration de la qualité de vie des résidents. Ces groupes de travail seront un moyen pour réunir les deux équipes autour d'une culture commune et renouvelée.

Le développement des compétences par la formation continue est présenté comme un levier d'action complémentaire au développement de la QVT dans un établissement. Elle permet à l'individu d'améliorer sa performance, de développer ses capacités professionnelles, son expertise et par conséquent son estime de lui-même ainsi que l'estime des autres. Ainsi, développer les compétences du personnel est positif à la fois pour l'établissement (amélioration de la compétence et de la performance du personnel) et pour les individus (satisfaction des besoins et d'estime de soi). Des actions de formation proposées aux salariés témoignent de la prise en compte de leur développement personnel et professionnel ce qui aura comme impact de favoriser leur sentiment d'appartenance, leur motivation.

De plus, alors que l'ambition du nouvel établissement est de promouvoir une logique de parcours de vie des personnes accueillies, il m'apparaît légitime et cohérent de considérer

les salariés au travers de leur parcours professionnel au sein de l'institution, surtout à l'heure d'une transformation majeure de cette dernière.

Nous venons de voir la participation apparaît comme un mode de régulation des relations de travail et comme une condition pour la qualité des services. Voyons maintenant quels sont les champs théoriques concernant les partenaires.

2.3.5 La place des partenaires

Toute organisation est inscrite dans un environnement et *a fortiori* un ESMS tant nous avons vu combien les politiques publiques promeuvent une action coordonnée, appellent aux coopérations entre tous les acteurs œuvrant pour un même public afin d'améliorer la continuité des parcours de vie. Pour autant, aucune définition n'est donnée des partenaires. Ce mot est utilisé nombre de fois dans les recommandations, les procédures d'évaluation interne et externe sans jamais explicitement les identifier. Ils sont certes spécifiques à l'environnement de chaque établissement.

Je vais m'employer à les repérer dans le cadre d'un EHPAD à l'appui des recommandations émises par l'ANESM dans ses publications. Une typologie retrouvée notamment dans les évaluations externes est celles des partenaires institutionnels représentés par d'un côté les autorités de régulation et de tarification (ARS, CD) incluant les organismes tels que les pôles gérontologiques (ou autonomie), les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie depuis 2015) et les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) et les partenaires opérationnels représenté par les établissements de santé (hôpitaux, clinique, SSR), les réseaux gérontologiques, les médecins, les autres établissements non sanitaires acteurs du parcours de la personnes âgées dépendantes (service d'aide à domicile, SSIAD, ...).

Pour les uns comme l'ARS et le Conseil Départemental, la participation de l'ordre de la codécision est incontournable. Ils vont encadrer les modalités de mise en œuvre des prestations par leur autorisation et appliquer la tarification *ad hoc*. Dans le contexte d'un projet de regroupement et de reconstruction, les négociations entre l'organisme gestionnaire représenté par la direction ou/et la direction générale et ces institutions publiques vont être constantes allant de la configuration architecturale à l'organisation détaillée des procès de travail dans le nouvel établissement.

Pour les autres, ils peuvent être prescripteurs et la participation doit être *a minima* la communication et le dialogue mais peut aller, selon les relations développées jusqu'à la codécision, notamment par la signature de convention entre deux structures pour formaliser des coopérations.

Les deux établissements situés sur le même pôle gériatrique ont développé le travail partenarial avec les mêmes établissements de santé ou associations qui contribuent à apporter des ressources dans l'accompagnement des résidents et des professionnels.

Les intervenants libéraux médicaux et paramédicaux qui interviennent auprès des résidents ont majoritairement signés une convention avec chacun des deux EHPAD. Le CHP met à disposition l'expertise d'une équipe mobile regroupant des gériatriques et des IDE. Le Centre Hospitalier François Mitterrand accorde une priorité d'accueil aux résidents des deux établissements, dans le cadre du plan canicule. Une convention lie également les deux EHPAD avec l'association CoordiSanté. Cette dernière met à disposition une équipe mobile dans le cadre des accompagnements de fin de vie. L'association France Alzheimer offre la possibilité de participer à différentes actions à destination des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et des aidants familiaux ou professionnels.

D'autres coopérations, qui ne sont pas formalisées par une convention car les interventions sont plus ponctuelles sont également à l'œuvre avec la Clinique d'Aressy (participation à l'élaboration du projet personnalisé d'un résident dialysé au sein de leur service) et la Clinique Marzet (formations des IDE de l'établissement François-Henri pour échanger sur les pratiques professionnelles dans le cadre de l'accompagnement d'un résident).

La communication auprès de tous les partenaires, prescripteurs ou financeurs, sera essentielle au fur et à mesure de l'avancée du projet car le nouvel EHPAD doit s'ouvrir sur son territoire pour faire connaître ses engagements, ses prestations.

Le pilotage du projet d'Idron va donc conduire à travailler avec toutes les parties prenantes, à articuler les différents enjeux et à arbitrer sur les modalités d'organisation à mettre en place pour satisfaire la qualité des prestations et continuer à inscrire le nouvel établissement dans son environnement et territoire.

Ma conclusion, à ce stade du mémoire en guise de synthèse des problématiques évoquées, est qu'orienter l'EHPAD vers plus de modularité, de plasticité et de possibilités d'évolution dans un temps long est une préoccupation pour tous les gestionnaires et directeurs de lieu de vie. Ce constat m'amène à envisager deux niveaux de lecture du projet à élaborer. Un premier fondé sur la certitude quant à la présence dans notre futur EHPAD d'une population plus âgée, plus dépendante physiquement et psychologiquement pour laquelle il convient de construire un lieu de vie qui s'approche du domicile tant dans sa dimension physique (le chez soi) que dans sa dimension fonctionnelle et organisationnelle (le chez nous) afin de s'inscrire dans une véritable démarche qualité. Un deuxième niveau de lecture est accès sur le long terme (car on ne construit pas un EHPAD pour 15 ans) en référence aux incertitudes que génèrent les orientations des politiques publiques en lien avec les contraintes financières et face auxquelles il convient d'envisager des solutions programmatiques qui préservent l'avenir.

Ces solutions programmatiques doivent permettre de proposer dès la mise en service de l'EHPAD un cadre de vie mieux adapté à nos résidents actuels.

L'EHPAD d'Idron en développement doit pouvoir ouvrir à terme son champ d'action vers des prestations d'accueil entre le maintien à domicile et l'hébergement permanent pour participer à la continuité des parcours de vie des personnes accueillies comme je l'ai montré dans la deuxième partie. Dans le même temps, il doit mettre tout en œuvre pour favoriser en son sein un accompagnement plus respectueux des besoins à la fois pluriels et singuliers des résidents.

C'est ainsi que le plan d'action qui suit va être décliné sur le premier niveau de perspectives. Le futur établissement dispose actuellement du transfert des autorisations des deux EHPAD, François-Henri et Saint-Léon, soit 110 places d'hébergement permanent dont 18 seront dédiées aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. La création du PASA fait l'objet de négociations. Les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ne figurent plus à l'ordre des discussions car aucun financement n'est à ce jour disponible.

J'y associerais une action pour améliorer l'accueil et l'accompagnement car il ne peut se concevoir de prestations favorisant une continuité de parcours de vie sans réinterroger ces pratiques.

La conception architecturale choisie associée à une réorganisation des procès de travail va me permettre déjà de répondre à un certain nombre d'écarts constatés dans la première partie.

Certaines de ces actions pourront être mises en application dans les deux EHPAD actuels et constituer une phase d'expérimentation.

Les forces sont représentées par une association forte, une direction générale qui a su décliner les orientations politiques en mode stratégique et opérationnel et la participation qui est mise en œuvre dans les deux EHPAD et qui va être le vecteur pour rapprocher les équipes et les fédérer.

3 La co-construction du projet de l'EHPAD d'Ildron orienté vers la continuité des parcours de vie

En tant que directrice, j'ai pour mission de traduire en actions concrètes le projet de l'EHPAD d'Ildron en respectant les orientations de la politique associative, ses valeurs et son histoire. Il me revient d'organiser et d'orchestrer le travail en référence à ce cadre en mobilisant tous les moyens humains, techniques et financiers dont je peux disposer.

La mise en œuvre d'un projet de regroupement et reconstruction me positionne au carrefour d'une série d'enjeux techniques, sociaux et sociétaux qu'il va me falloir organiser, prioriser et planifier pour mener à bien le projet.

Ce dernier revêt deux niveaux de construction, il s'agit à la fois d'une construction architecturale pensée à dimension humaine et d'une construction organisationnelle visant la performance.

3.1 Une réorganisation fonctionnelle stratégique

Nommée pilote du projet d'Ildron et directrice des deux EHPAD, ce nouveau positionnement m'a conduit à concevoir un nouveau schéma d'organisation et de management. La constitution de relais d'information, de communication et de régulation devenaient primordiaux pour promouvoir le sens du projet à mettre en œuvre au niveau des équipes, des résidents et de leur famille. Dans le même temps, élaborer le projet d'Ildron dans les orientations choisies en matière d'accompagnement - diversification des prestations, cadre de vie adapté - nécessitaient d'agir sur les premiers temps de la rencontre entre les futurs résidents et l'institution.

Il faut sans doute raison garder et sélectionner les prestations à développer à court terme. Etre en capacité d'améliorer les procédures internes qui peuvent concourir à la continuité des parcours de vie reste une priorité.

3.1.1 Un relai stratégique pour communiquer

Le management de proximité qui était jusqu'alors à l'œuvre dans les deux établissements, assuré par les deux directeurs, ne pouvait plus être opérant pour conduire au plus près des équipes professionnelles et des résidents le projet d'Ildron. Ainsi, dès ma prise de fonction de directrice sur les deux EHPAD en novembre 2015, j'ai mis en place un système managérial qui prend appui sur une équipe de direction. L'objectif de cette opération est double car il s'agit d'une part de responsabiliser les cadres et d'autre part de disposer de relais décisionnaires dans chaque site. La délégation de responsabilité est reconnue comme la base d'une organisation de travail efficace. Je soutiens ce postulat dans la mesure où la direction de deux EHPAD distants et distincts m'oblige à me multiplier pour déjà en assurer la gestion quotidienne. Comment imaginer alors conduire correctement le

changement inhérent au projet en cours ? Les cadres de direction occupent une place centrale dans toute stratégie de changement car ils sont à l'interface entre le niveau stratégique, pour peu comme je le souhaite qu'ils soient associés aux prises de décisions, et le niveau opérationnel. L'équipe de direction concrétise la mise en place d'un management participatif et assure aux cadres les conditions de leur légitimité et de leur reconnaissance. Pour ce faire, il faut que les délégations soient clairement posées et explicitées ainsi que le processus de décision.

J'ai donc décidé en accord avec la direction générale de constituer un comité de direction (CODIR) composé de moi-même, des deux infirmières coordinatrices, de la responsable hôtelière de l'EHPAD François-Henri, de la psychologue intervenant sur les deux sites depuis 5 ans et enfin des deux médecins coordonnateurs. J'ai porté le temps de travail de l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD François-Henri de 0.3 ETP à 0.8 ETP. Cette première décision était essentielle dans la perspective du projet d'Idron alors mis en action pour en organiser le bon déroulement, la communication et le suivi. Je dois m'assurer que l'ensemble de l'encadrement assimile les objectifs du projet et s'engage dans sa réussite pour pouvoir à son tour le porter auprès des équipes. Les deux infirmières coordinatrices possèdent une formation en management ce qui constitue un atout indéniable.

Une information a été faite en direction des équipes et des résidents sur les deux établissements en leur indiquant clairement les fonctions déléguées à chacun des membres du comité.

On verra également l'importance de ses délégations dans le projet d'Idron, qui recouvre une dimension sociale forte, représenté par le regroupement de deux équipes professionnelles. Cette nouvelle organisation de la fonction managériale doit permettre de réguler efficacement la charge de travail, le travail en équipe, le rapport au travail autant de conditions qui favorisent sans aucun doute une qualité de vie au travail au profit des personnes accompagnées. Elle doit également montrer par sa composition regroupant le personnel d'encadrement des deux EHPAD le chemin à suivre.

3.1.2 Le parcours de vie soutenu par une politique d'accueil et d'admission

Parce que l'entrée en institution est marquée par les ruptures du cadre de vie antérieur, parce qu'elle relève le plus souvent d'un choix contraint dans un contexte d'urgence médico-sociale et/ou familiale plus que d'une décision anticipée, il m'appartient en tant que directrice dans la perspective du nouvel établissement et des orientations définies de réfléchir à une véritable politique d'accueil et d'admission. Ce questionnement s'inscrit dans une démarche qualité et ne peut se résumer à une procédure purement administrative. Il recouvre de multiples enjeux : éthique, stratégique, réglementaire et managérial.

Mon attention se portera en particulier sur cette nécessité de travailler sur la qualité d'accueil des nouveaux résidents car les premiers moments d'une rencontre tant du côté

des usagers que des professionnels se relèvent cruciaux pour la suite et pourront affecter de manière durable la relation entre la personne accueillie et l'institution.

Cette politique d'accueil et d'admission, je veux l'initier en constituant une commission d'admission élargie et commune aux deux établissements dont le périmètre est celui du comité directeur. Elle doit être définie comme un acte professionnel et réfléchi. Il s'agit de l'art et la manière de recevoir la personne pour poser les bases de la relation d'accompagnement que la procédure d'élaboration des projets personnalisés devra poursuivre dans une logique de continuité de projet de vie.

D'un point de vue éthique, il s'agit d'offrir, aux futurs résidents, un accueil prenant en compte leurs besoins et de leurs attentes en favorisant l'appropriation de leur nouveau lieu de vie pour qu'ils se sentent reconnus en tant qu'individu. Le « bien entrer » en institution a un effet primordial sur le « bien y vivre ». Il a été démontré que de mauvaises conditions d'entrer ont des conséquences sur l'aggravation de la dépendance, sur l'importance des soins à dispenser et par voie de conséquence sur la charge de travail du personnel.

D'un point de vue stratégique, il s'agit de redonner du sens à l'action, de formaliser ce temps avec les équipes pour les impliquer dès les premiers moments de cette rencontre. Il s'agit également de définir les critères d'admission afin de mettre en cohérence les moyens de l'établissement avec les besoins et attentes des demandeurs. Les besoins sont pluriels. L'EHPAD est un lieu de vie. Même si la décision finale m'appartient après avis du médecin coordonnateur, je suis convaincue qu'une commission d'admission élargie permet de recueillir les divers avis techniques et opérationnels des personnes qui sont en charge de mettre en œuvre les prestations au plus près du résident. Ainsi en procédant à une analyse collégiale de la demande, nous pourrons être plus performants sur les réponses.

Dans son volet concernant les droits individuels des usagers, la loi ASV renforce la procédure de recueil du consentement à l'entrée en établissement. Elle prévoit la mise en place, lors de la conclusion du contrat de séjour, d'un entretien entre la personne accueillie et le directeur de l'établissement (ou toute autre personne formellement désignée par lui). Ce dernier doit rechercher le consentement de la personne accueillie avec la participation du médecin coordonnateur, l'informer de ses droits et s'assurer de leur compréhension par la personne accueillie. Dans la même intention de renforcer l'exercice des droits individuels des usagers, le législateur a érigé la liberté d'aller et venir au rang de droit fondamental. Elle fait l'objet d'une définition précise quant à ses modalités d'exercice.

Ainsi, ces dernières évolutions législatives me confortent dans ma détermination à revisiter dans leur ensemble les différents temps de l'admission, de l'accueil et de la mise en place de l'accompagnement par le biais du projet personnalisé qui n'est que continuité si cette étape est correctement menée.

Face à ses exigences et au regard du diagnostic réalisé dans la première partie, j'ai donc décidé de mobiliser l'équipe de direction nouvellement constituée autour de cette thématique dès les premiers jours de 2016. Cette priorité donnée, au-delà de l'aspect législatif exposé, porte sur un enjeu managérial fort à la fois symbolique et opérationnel : réunir les deux équipes d'encadrement pour travailler à l'élaboration commune de pratiques qui ont pu être différentes. Le partage de ces dernières enrichira notre réflexion. Le volet 1 sur la qualité de vie en EHPAD des recommandations de l'ANESM servira de support pour rédiger un protocole. La mise en place de ce protocole d'accueil a pour objectif de repositionner cette étape au cœur du processus d'accompagnement global du résident.

Pilote de cette commission, qui peut être assimilée à un groupe de travail avec la méthodologie associée, je fixe comme objectif l'écriture du protocole d'admission et d'accueil dans un délai de six mois avec une double entrée : applicable sur les deux établissements actuels, ce protocole intègre la dimension prospective du projet d'Idron.

Un protocole d'accueil ne doit pas apparaître comme une procédure figée car chaque situation humaine reste singulière. Il doit définir un certain nombre d'actions repérées collectivement comme essentielles pour conserver le sens de l'action et peut donc être décliné sur les trois sites - L'EHPAD François-Henri, l'EHPAD Saint-Léon et l'EHPAD d'Idron - en lien avec les prestations proposées dans chacun d'eux. Ce protocole, que je rédigerai à la suite de cinq réunions, accompagné d'une note expliquant ses fondements et les effets attendus servira de référence pour les groupes de travail que je vais présenter dans la suite de cet écrit.

Après ce travail d'élaboration, la commission d'admission a vocation à se réunir de manière régulière afin de mettre en application le protocole et actualiser la file active ; laquelle sera la source des demandes d'entrée dans l'établissement.

3.2 Un projet innovant partagé et élaboré avec tous les acteurs

La volonté de l'association d'inscrire le nouvel établissement regroupé dans l'évolution de la commande sociale en proposant une diversification des offres d'accompagnement en privilégiant une approche domestique constitue donc les orientations sur lesquelles la conception architecturale doit prendre appui.

La démarche participative traverse tous les projets et toutes les actions menées tant au niveau associatif que dans les établissements. Elle peut se mettre en œuvre au travers d'instances concrètes en complément de celles réglementaires. Dans tous les cas, les « règles du jeu » doivent être claires en postulant que tout le monde ne peut pas participer à tout mais que chacun -architecte, maître d'ouvrage, personnel administratif, personnel

soignant, personnel hôtelier, résidents et familles, partenaires- a sa place et peut contribuer à la réflexion de manière pertinente.

Dans ce paragraphe, je vais exposer les différentes étapes empruntées pour conduire le changement qui permettra à l'EHPAD d'Idron de prendre vie. Le projet architectural et le projet organisationnel entretiennent une relation circulaire dans le sens où ils s'alimentent l'un l'autre dans un va et vient incessant. De même, les temps consacrés aux projets se chevauchent si bien qu'il est difficile de rendre compte de la temporalité des actions engagées.

3.2.1 De l'utopie à l'avant-projet

Même si mon plan d'action commence au moment où le conseil d'administration m'a confié les rênes du projet d'Idron, des réflexions avaient été initiées en amont dès lors que les autorités administratives avaient recommandé à l'association de procéder à un regroupement /reconstruction. Il me revient d'en rendre compte⁶¹ pour comprendre les actions engagées.

A) Les réunions COPIL

Ainsi, les premières études du projet de regroupement/reconstruction ont débuté fin 2013. Une première rencontre avec l'ARS et le conseil départemental pour fixer le cadre du projet a eu lieu en janvier 2014. A ce stade de négociation, les autorisations mentionnaient 105 places d'hébergement permanent dont 18 dédiées à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, organisées en une unité de vie protégée, un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés et cinq places d'hébergement temporaire. Six places d'accueil de jour étaient également évoquées mais sans réel engagement des autorités.

C'est à partir de janvier 2015 que l'association décide de mettre en action le projet de l'EHPAD d'Idron. Un comité de pilotage (COPIL d'Idron) est constitué. Il est composé des deux directeurs (jusqu'à novembre), du directeur général et de la responsable du pôle « appui conseil patrimoine et conduite de projets » et d'un membre du conseil d'administration. Le comité de pilotage est chargé de définir les orientations stratégiques du projet et de se prononcer sur les différentes alternatives. S'engagent alors les opérations programmatiques sur le projet architectural qui fait une large place à la pluridisciplinarité. Ces réunions de programmation se tiennent au siège de l'association. Selon l'ordre du jour, l'architecte, le maître d'œuvre, une ergonome spécialisée en gérontologie, des sociétés de matériels, des concepteurs en aménagement de lieu collectifs, des représentants des organismes publics comme la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) etc., sont conviées à y participer pour y apporter leur expertise. L'architecte

⁶¹ ANNEXE II : repères temporels du projet d'Idron

travaille en collaboration étroite avec l'ergonome. Cette commande du Copil a pour but de rappeler l'interrelation entre le projet architectural et le pré-projet d'établissement. La compétence ergonomie permet de formaliser le lien entre les besoins des résidents et les conditions de travail.

Ainsi, toutes ces rencontres et échanges ont permis de proposer une esquisse du projet architectural.

En 2016, les réunions de COPIL d'Idron continuent de se dérouler au siège à Bordeaux en ma présence en tant que pilote du projet et des autres acteurs cités précédemment selon l'ordre du jour. Un certain nombre sont prévues d'ici à l'exécution de la construction. Elles sont planifiées par le directeur général. Selon la thématique abordée, je m'y rends avec tout ou partie du comité de direction. Quoiqu'il en soit, je rédige toujours un compte-rendu afin de bien avoir en tête l'état d'avancement du projet, les questions à résoudre et m'applique à le diffuser au membre du comité de direction. En mars 2016, l'avant-projet sommaire (APS) a été établi.

B) Les réunions CODIR

Dès que l'APS a été validé avec la direction générale, j'ai souhaité réunir le comité de direction afin que chacun puisse apporter son expertise. La première session en mars 2016 a été consacrée à sa présentation à l'aide d'un support informatique réalisé par l'architecte qui a permis d'avoir une vision dynamique des différents espaces et de s'y projeter. J'ai fait un point sur la terminologie employée pour désigner ces espaces car choisie avec attention, elle traduit le sens que l'on veut donner à nos interventions en tant que professionnels. Au travers de ce focus, j'ai réaffirmé l'importance des choix opérés pour favoriser la continuité des parcours de vie de chaque personne que l'on accueille. Loin d'une intention purement cosmétique, il s'agit de traduire dans l'organisation du travail cette décision. J'ai recueilli les réflexions et les suggestions de chacun des membres du comité de direction. Je leur ai demandé pour la deuxième réunion, que j'ai programmé quinze jours après, de répertorier toutes leurs activités (type, contenu, rythme, public concerné et modalités envisagées) sur une année en les projetant dans le nouvel établissement. L'organisation des espaces suppose une anticipation des situations de travail. Il s'agit de déterminer avec précision leurs besoins en termes de lieu de travail et leurs usages dédiés ou partagés : le nombre de bureau, de salle de réunions, etc. Ces échanges ont permis de construire collectivement une simulation du fonctionnement futur de l'équipe encadrante en repérant les lieux possibles du déroulement de leurs activités. Il en est ressorti que des espaces ouverts et collectifs favorisant l'échange avec les équipes, les résidents et les familles en renforçant la pluridisciplinarité de l'équipe d'encadrement seront nécessaires ainsi que des espaces individuels cloisonnés favorisant la confidentialité, la concentration. Ces deux types d'espaces peuvent être localisés, selon la tâche à effectuer et les proximités nécessaires

soit dans les maisonnées, dans la chambre du résident ou dans l'espace intermédiaire de vie, soit dans les relais soins et le bureau d'entretien ou soit encore dans l'îlot administratif. La nouvelle organisation du travail de l'équipe d'encadrement provoquée par la configuration architecturale de type domestique s'oriente vers la réalisation des tâches en mode « nomade ». Les estimations faites montrent que 40% de leur temps de travail pourra s'effectuer au sein des unités de vie. Ce contexte atypique de travail pour des cadres semble *a priori* apprécié. Il faut dire qu'à l'heure actuelle dans les deux établissements par manque de places tous les membres du comité partagent leur bureau avec au moins deux autres personnes. Les horaires pouvant se chevaucher, le nomadisme est déjà à l'œuvre mais il n'est pas organisé. Seule la direction possède un bureau identifié.

De réunions en réflexions, le projet d'Idron prend forme. En communiquer les contours et l'avancée permet aux différents acteurs de s'y projeter.

3.2.2 Un projet à communiquer pour mobiliser les acteurs

Il est des instances incontournables car elles sont légales, il en est d'autres qui tiennent à la décision du directeur (ou du pilote). Dans les deux cas, l'objectif est d'associer toutes les parties prenantes, en particulier ici les acteurs internes, pour que le projet devienne la propriété de tous.

La communication comme vecteur de changement permet la compréhension du projet, de ses objectifs et concourt au partage d'une même vision. Elle vise l'implication des acteurs.

A) Les réunions du Conseil de la Vie Sociale et les autres formes de participation

Je considère que le CVS est un lieu de construction d'une culture commune « du vivre ensemble ». Ainsi, la consultation des membres du CVS et le recueil de leurs avis sont essentiels dans un projet comme celui d'Idron. Par ailleurs, il est indiqué dans le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation que le CVS « *donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement* » dont « *les projets de travaux (...) et les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge*⁶² ».

A l'EHPAD François-Henri, le CVS est actif. Au minimum trois réunions sont organisées par an. Les élections pour son renouvellement ont lieu en octobre 2015. Elles ont enregistré une participation des résidents et des familles supérieure à 70%.

Quand, j'ai pris la direction de l'EHPAD Saint-Léon, je me suis aperçue qu'aucune réunion du CVS ne s'était tenue depuis mai 2014. Le renouvellement des membres devait se faire. J'ai organisé une première réunion dans la salle d'animation avec les résidents, les familles et le personnel. Tous avaient préalablement été informés de la tenue de cette réunion par

⁶² Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

voie d'affichage et par courrier individuel. J'y ai présenté le fonctionnement du CVS et ses compétences. J'ai invité les résidents, familles et personnel à se porter candidat pour chacun des collèges. Les élections ont eu lieu le mois suivant. L'EHPAD Saint-Léon dispose maintenant d'un CVS.

Ce n'est pas tant l'aspect réglementaire qui m'a fait réagir rapidement à l'absence de cette instance mais le fait que dans le cadre d'un projet de regroupement de deux établissements, je ne pouvais accepter de différence de représentation des acteurs concernés. Un autre enjeu était aussi de diffuser les valeurs associatives car la participation fait l'objet d'une orientation politique forte comme je l'ai évoquée dans le diagnostic en première partie. Cette instance n'est pas que formelle. Elle est l'expression de la démocratie participative.

A chaque réunion de CVS, une communication sera faite sur les avancées du projet d'Idron de la manière la plus transparente possible. Un temps sera consacré à l'écoute des critiques et suggestions émanant des membres.

En 2017, je compte organiser des réunions communes entre les deux CVS dans un double objectif : faire se rencontrer les représentants des familles et des résidents et confronter leurs points de vue.

Le CVS représente l'instance légale de participation des usagers mais tout mode de rencontre peut s'apprécier comme une forme de participation dès lors qu'une communication et/ou une consultation est promue. Il en a été ainsi à l'EHPAD François-Henri dans lequel est organisée la journée des familles autour d'une thématique. Cet événement très prisé, réunit les résidents et leur famille ainsi que le personnel de l'établissement. En 2015, le thème choisi par la direction était l'expression des usagers depuis la loi 2002-2. La présentation de l'esquisse architecturale de l'EHPAD d'Idron par l'architecte et l'ergonome a tenu lieu, en partie, d'illustration de ce droit. Les familles et les résidents étaient invités à réagir sur ce projet directement en public s'ils le souhaitaient. Bon nombre d'entre eux l'on fait témoignant de leur désir de participer à ce projet. Des « boîtes à idée » ont été mises à leur disposition avec des feuilles blanches à remplir de manière totalement libre pour permettre l'expression de tous. Quelques animations collectives les semaines suivantes ont été consacrées à ce sujet pour inviter les résidents à partager leurs idées, leurs craintes, leurs attentes sur le projet tel qu'ils le percevaient.

Une synthèse de tous ces éléments a été faite et a permis d'enrichir le projet notamment sur la localisation du pôle administratif. Les différents avis convergeaient pour le localiser plus au centre de l'établissement alors qu'il était prévu dans l'esquisse à une extrémité du terrain.

A l'EHPAD Saint-Léon, la communication du projet a été faite au moment de la fête de l'établissement en juin 2015. Elle réunit comme à l'EHPAD François-Henri, les résidents,

les familles, le personnel auxquels s'adjoignent les élus locaux. L'esquisse a été présentée par le directeur de l'établissement. Chacun était invité à s'exprimer.

B) Les IRP et autres formes de participation

A l'instar des modes de participation des usagers, il existe pour les salariés des instances formelles, légales inscrites dans le Code du Travail et les conventions collectives dont certaines modalités sont prescrites. D'autres sont laissées à l'appréciation des dirigeants qui doivent en expliciter les modes de fonctionnement.

Les Instances Représentatives du Personnel

Les deux établissements possédant leur propre autonomie juridique, les instances représentatives du personnel (IRP) sont similaires mais non regroupées. Il y a des délégués du personnel (DP) : respectivement un pour l'EHPAD François-Henri et deux pour l'EHPAD Saint-Léon. Un conseil d'établissement conventionnel (CEC) est constitué dans chacun des deux établissements, c'est une particularité instituée par la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951. Il assure localement les missions du Comité d'Entreprise. Les différents CEC de l'association composent le Comité Central d'Entreprise (CCE).

Témoignant de l'intérêt porté aux conditions de travail, l'ADGESSA s'est engagée en 2012 dans une démarche de prévention des RPS. Afin que tous les établissements puissent partager les outils élaborés, elle a souhaité que chacun d'entre eux, quel que soit son effectif, possède également un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Les deux EHPAD en sont donc pourvus bien que leur effectif respectif ne dépasse pas les cinquante salariés.

Dans un souci de préserver le dialogue social, depuis que le projet d'Idron fait l'objet de réunions programmatiques au siège, le sujet est évoqué dans chacune des réunions de ces instances soit par la direction qui décide de faire un point sur son avancée, soit des questions sont posées tant au niveau associatif qu'au niveau institutionnel. Les procès-verbaux des différentes réunions sont systématiquement affichés dans les salles de repos du personnel.

Je ne détaillerai pas davantage les processus liés à la mise en œuvre des IRP, ils sont conformes. Je me prête au jeu de la négociation dans un échange constructif en respectant scrupuleusement les modalités pratiques.

Les réunions institutionnelles dédiées

Au moment de ma nomination comme pilote du projet d'Idron qui a eu pour conséquence de me confier la responsabilité des deux EHPAD, j'ai organisé le même jour deux réunions sur chacun des sites. Il s'agissait d'informer tous les salariés de la décision associative. Le directeur général présent a pu en expliquer les raisons, rassurer sur le plan social et dans

un même temps a légitimé ma prise de fonction. Moment d'expression, les salariés ont pu exprimer leurs craintes et leurs attentes.

La journée des familles à l'EHPAD François-Henri en 2015 a été l'occasion d'exposer également au personnel présent le projet architectural alors au stade d'esquisse. A l'instar des résidents et des familles, certains salariés se sont exprimés. La « boîte à idée » présentée précédemment leur était également destinée. Elle a permis à ceux qui le désiraient de participer et d'exprimer leur avis en leur garantissant une grande liberté de parole et l'anonymat. L'analyse des réponses m'a permis de réaliser une synthèse qui a pris en compte toutes les suggestions.

3.2.3 Un projet à défendre auprès des autorités de régulation et de tarification

Je le rappelle la genèse du projet d'Ildron a été impulsée conjointement par le CD et l'ARS. Pour autant, cela ne dispense pas de se lancer dans des négociations pour faire valoir son projet. Il est vrai que du concept à son financement il y a un long chemin à parcourir pour concilier toutes les exigences.

J'ai présenté l'APS en juillet 2016 aux représentants des autorités compétentes. Il était complété du programme fonctionnel détaillé, du tableau des effectifs (redéployés) et du plan de financement. Ce dernier avait été finalisé avec la directrice administrative et financière du siège.

Les autorités reconnaissent que le projet dans son essence est tout à fait en adéquation avec les orientations des politiques publiques nationales et locales. La configuration architecturale est jugée innovante et à même d'améliorer la pertinence des réponses au profit de la population accueillie.

Néanmoins, elles nous demandent de revoir nos projections sur deux plans :

- Le plan technique : le dimensionnement des surfaces, notamment des chambres, est estimé trop élevé par rapport à ce qui est habituellement autorisé sur le département des Pyrénées Atlantiques.
- Le plan financier : le budget prévisionnel de fonctionnement proposé fait apparaître un reste à charge estimé trop élevé pour les résidents du à une augmentation significative des charges de structure (groupe 3 du budget).

A ce stade des échanges avec les financeurs, le projet est refusé en l'état. La conséquence immédiate est un report du dépôt de permis de construire conditionné à leur validation.

Ces délais augmentés faute de trouver un accord sur le financement est préjudiciable pour les résidents et les professionnels dont le cadre de vie et le cadre de travail continuent à se dégrader. Les deux bâtiments sont vétustes. A chaque nouvel abat d'eau, fréquent en Béarn avec les orages d'été, l'inquiétude grandit de voir des infiltrations se produire et venir endommager encore davantage les édifices. Ces délais majorent également le coût global du projet.

On peut s'interroger sur la pertinence de comparer systématiquement les projets ou réalisations entre eux sur des critères purement métriques qui ne peuvent rendre compte de l'innovation. A ma connaissance, aucun établissement d'hébergement médico-social associatif n'a vu le jour sur le département en promouvant autant le concept du domicile depuis le choix de l'architecture, en tant que cadre de vie, jusqu'à l'organisation du travail des équipes professionnelles.

Entre ne pas perdre la philosophie du projet d'Idron, dont j'ai expliqué les fondements dans la partie 2, et la réalisation de ce dernier, les marges de manœuvre sont ténues.

En accord avec la direction générale, le pôle appui-conseil et le groupe architecte-maitre d'œuvre, nous retravaillons dans le sens de réduire les surfaces dite SDO⁶³ générale par résident comme il nous l'est demandé. Cette décision contrainte a pour conséquence de diminuer la superficie des espaces privatifs (de 24 m² à 21 m²) sans compromettre totalement la perception du « chez soi ». Mais pour correspondre pleinement à leur requête, nous envisageons de ne pas construire le bâtiment dédié au PASA dans l'immédiat.

Cet arbitrage nécessaire réduit la part des amortissements dans le budget de fonctionnement. Gageons que cet effort permettra au projet d'être validé. Le but est de limiter l'impact des opérations d'investissement sur les prix de journées acquittés par les résidents (ou leur famille ou l'aide sociale départementale) ainsi que sur les budgets de fonctionnement grevés par le biais des dotations aux amortissements et des frais d'emprunt. Même si nous avons à cœur de ne pas trop peser sur le reste à charge, il n'en demeure pas moins que toute reconstruction même associée à un regroupement conduira à un accroissement du tarif hébergement. Il est dans l'intérêt de toutes les parties de modérer cette augmentation. Les limites du coût d'investissement tel que projeté conduisent à penser différemment le projet de l'EHPAD d'Idron pour son avenir proche.

En outre, les autorités avaient ordonné que ce projet soit développé à moyens humains constants en regroupant les personnels des deux structures.

Le paragraphe suivant, après avoir présenté le cadre de vie, fera un point sur la proposition d'organisation qui se dessine pour concilier ces exigences avec le repositionnement de l'EHPAD.

3.2.4 Le projet de l'EHPAD d'Idron aujourd'hui

Les étapes programmatiques du projet de construction du bâti associées aux décisions associatives prises après la présentation aux autorités administratives me permettent

⁶³ SDO : surface dans œuvre qui correspond à « la surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et structure porteuses ».
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/l_anap/projets/OSCIMES_LES_PRINCIPALES_SURFACES.pdf

aujourd'hui de présenter le projet d'Idron dans son intégralité : cadre de vie, cadre de travail et organisation connexe.

A) Le cadre de vie

Le terrain se situe à la périphérie de l'agglomération paloise dans un quartier en complète réhabilitation⁶⁴. Les élus locaux veulent y créer un lieu de vie intergénérationnel avec des commerces de proximité, une crèche, une école, des logements individuels et collectifs. L'endroit sera desservi par une ligne de bus. Aujourd'hui, un golf et une résidence seniors sont en activité.

L'établissement est composé de trois bâtiments identiques sur deux étages appelés ilots et qui constituent les lieux d'hébergement. Trois autres édifices accueillent le pôle administratif, la cuisine centrale et le PASA (remis en cause mais qui apparaît sur les plans de masse). L'ensemble est entouré de jardins dont l'accessibilité est un impératif.

Un îlot d'hébergement type présente un rez-de-chaussée et un étage qui constituent les unités de vie. Chaque unité de vie est divisée en maisonnées, lesquelles regroupent de 9 à 10 chambres. Les chambres simples sont de types T2 dotées d'un espace jour et d'un espace nuit et d'une salle de bain avec une douche à l'italienne. Equipés en matériel techniques, les chambres restent personnalisables.

Chaque maisonnée possède sa propre cuisine relais et sa salle à manger. La cuisine est dotée d'un équipement traditionnel familial. Elle peut être utilisée par les résidents les moins dépendants ou les familles lors de leur visite. Au quotidien, elle est le lieu de restauration des résidents de la maisonnée. Les repas sont amenés depuis la cuisine centrale. Deux salons sont également aménagés dans les maisonnées, constituant un lieu de convivialité. Rien ne différencie dans l'aménagement l'unité de vie dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer des autres unités. Dans chaque lieu, la sécurité des résidents est assurée en premier lieu par l'attention du personnel. Ce caractère est par ailleurs facilité par la conception architecturale des unités qui évite le sentiment d'enfermement. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver la nature accueillante de la structure. L'aménagement des espaces doit faciliter l'orientation et la circulation des résidents pour permettre une circulation libre et sécurisée de tous résidents y compris les personnes de l'unité Alzheimer.

B) La projection de l'organisation du travail⁶⁵

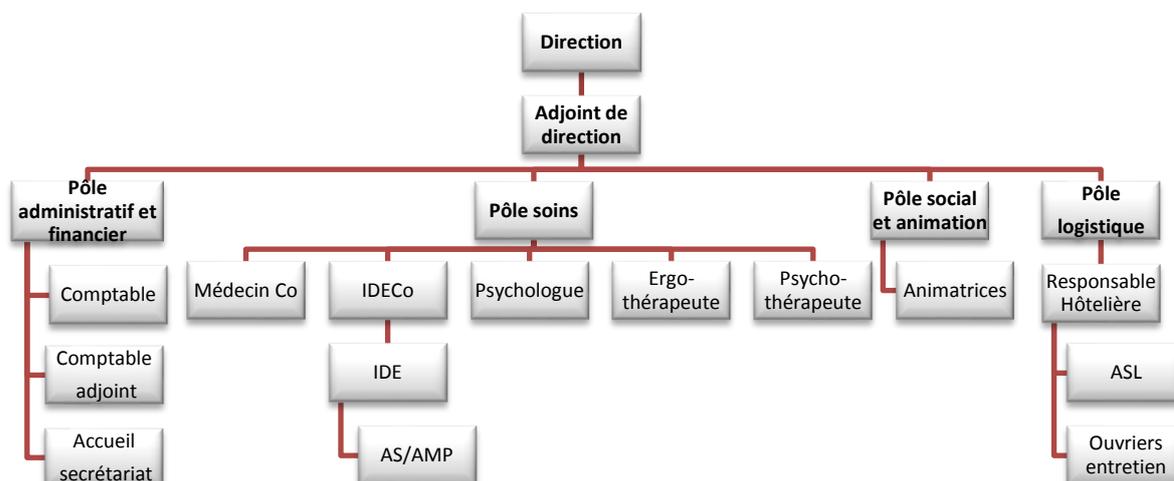
On perçoit combien l'organisation des procès de travail va être différente de celle que l'on rencontre habituellement dans les établissements d'hébergement. C'est avec toute l'expertise de l'équipe d'encadrement, la visite d'un établissement de conception voisine en

⁶⁴ Annexe III : Plans de l'EHPAD d'Idron.

⁶⁵ Annexe IV : Proposition du roulement du personnel

Belgique, l'aide de l'ergonome, les avis des personnels recueillis lors des différentes communications précitées que j'ai réalisé cette projection de l'organisation fonctionnelle et opérationnelle du futur l'EHPAD. A ce stade, elle ne peut être figée car elle pourra être enrichie des réflexions des groupes de travail que je vais mettre en place.

L'organigramme fonctionnel est également modifié. Une organisation en pôle d'activité est proposée.



Pôle administratif et financier

- La directrice : 1 ETP
- L'adjoint(e) de direction : 1 ETP
- Comptable et comptable adjointe : 1.6 ETP
- Secrétaires : 1.5 ETP
- Médecin coordonnateur : 0.6 ETP
- Infirmière coordinatrice : 1 ETP
- Psychologue : 0.80 ETP
- Responsable hôtelière : 1 ETP

L'organisation du travail de l'équipe de direction va s'articuler autour d'une activité sédentaire (isolée ou collective) et d'une activité nomade comme évoquée précédemment.

Le pôle D « Administration » disposent de plusieurs types d'espaces :

- Des bureaux fermés individuels pour la direction et l'adjoint de direction.
- Des bureaux fermés partagés : pour favoriser les échanges, la transmission d'informations pour les deux comptables
- Des bureaux fermés « confidentiels » : Permettant à chaque membre de l'équipe de direction de s'isoler pour recevoir une famille, un résident, un professionnel.....
- Des bureaux collectifs ouverts : Médecin coordonnateur, IDE Co, Psychologue, Responsable hôtelière,

- Des espaces ouverts et conviviaux destinés à accueillir des petites réunions d'équipes, à recevoir une famille, un fournisseur, un partenaire...
- Un espace accueil ouvert, assuré par les secrétaires, et disposant d'un bureau fermé communiquant avec l'accueil.

Pôle soins

La projection des plannings⁶⁶ permet de proposer un accompagnement de proximité, basé sur le principe d'une équipe dédiée par îlot. Ce fonctionnement permet d'avoir une meilleure connaissance des besoins et attentes des résidents et d'assurer une bonne continuité dans les accompagnements.

- IDE 6 ETP + 1 ETP de remplaçants, soit 16 %
- AS/AMP/ASG de jour : 22.05 ETP + 2.10 ETP de remplaçants, soit 9.52 %
- AS/AMP/ASG de nuit : 6 ETP + 0.85 ETP de remplaçants, soit 14 %

Il est prévu dans les effectifs du pôle soins de recruter un ergothérapeute et un psychomotricien pour 0.40 ETP chacun. Je dispose de cette autorisation en raison de l'unité spécifique.

Pôle animation

Les animatrices : 1.5 ETP

Les différents espaces conçus au sein de chaque maisonnée vont permettre d'organiser des animations en petits groupes, par thème. Mais d'autres animations pourront être organisées à l'échelle des unités de vie ou des îlots. Chaque îlot disposant d'une salle de réunion pouvant recevoir une vingtaine de personnes au rez-de-chaussée. La présence de deux animatrices facilitera cette organisation décentralisée et permettra d'assurer une présence le week-end.

Pôle logistique

- ASL de jour : 18 ETP + 2.2 ETP de remplaçants soit 12%
- ASL de nuit : 4 ETP + 0.60 ETP de remplaçants, soit 15 %
- ouvriers d'entretien : 2 ETP

Les effectifs proposés sont basés sur un redéploiement des ASL de nuit en faveur des ASL de jour. En effet, les AS de nuit sont proposés sur la base de 4 AS et 1 ASL par nuit pour 3 îlots, considérant que l'AS affecté à l'îlot accueillant l'unité spécifique Alzheimer, ne doit pas quitter l'îlot.

L'effectif total de l'établissement est de 75.60 ETP.

⁶⁶ En ANNEXE V : proposition de redéploiement des effectifs

3.3 Mobiliser les ressources humaines autour d'un projet porteur d'enjeux sociaux et sociétaux

Le diagnostic posé en première partie et les changements provoqués par le projet d'Itron, notamment le regroupement des deux équipes professionnelles, nécessitent de s'interroger sur la qualité de vie au travail. La conception architecturale au travers des différents éléments techniques envisagés (la surface, l'aménagement et les équipements de tous les espaces) intègre certains critères de la QVT notamment en ce qui concerne les contraintes posturales et les déplacements mais il serait bien réducteur de ne considérer que cette dimension. Dans le paragraphe suivant, je proposerai des actions concrètes pour fédérer les équipes et les conduire ensemble à adhérer au projet tout en visant la QVT.

3.3.1 Fédérer les équipes autour d'un projet commun

Commençons par quelques définitions et théories pour contextualiser ma démarche. Le dictionnaire CNRLT nous indique que fédérer signifie « *grouper de façon organique des collectivités humaines poursuivant un but commun* ». En psychologie appliquée aux relations dans le monde du travail, l'implication est une des conditions nécessaires à la motivation c'est-à-dire la possibilité d'amener les collaborateurs à faire partie de l'équipe, à s'intégrer dans un groupe et à apporter leur contribution à l'atteinte d'un objectif commun. La définition de l'adjectif « social » donnée par ce même dictionnaire indique ce « *qui est relatif à la vie des hommes en société, étude des processus d'interactions entre les individus, entre les individus et les groupes, et entre les groupes eux-mêmes*⁶⁷ ». L'articulation de ces références rend compte de la problématique liée au regroupement des deux équipes : fédérer les individus pour ne faire qu'une équipe tournée vers l'amélioration de la qualité entendue dans les deux dimensions intimement liées : qualité des prestations proposées et qualité de vie au travail.

Il s'agit de définir ensemble un projet social. Le cadre de ce regroupement présente plusieurs facteurs facilitateurs de ce point de vue :

- Les deux établissements appartiennent à la même association forte d'un engagement politique relayé par une direction générale qui a mis en place de véritables outils stratégiques au service des directeurs d'établissements :
 - o Un observatoire des risques psycho-sociaux
 - o Un comité qualité vigilance et risques
- Les salariés bénéficient de la même convention collective. Il n'y aura pas de remise en cause des statuts des uns et des autres.
- Le comité d'entreprise se réunit au niveau associatif avec des relais dans chaque établissement.

⁶⁷ Dictionnaire Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales.

- Les deux structures exercent la même activité principale d'hébergement permanent de personnes âgées dépendantes avec une organisation fonctionnelle similaire. Il n'y a pas de différence fondamentale dans la définition des équipes professionnelles pluridisciplinaires.
- Le futur lieu de travail sera nouveau pour chacune des équipes. Il n'y a pas de dissymétrie dans l'appropriation comme s'il s'agissait du déménagement d'une équipe dans l'autre établissement qui serait réhabilité.
- Le concept architectural et organisationnel contingent au projet d'Ildron est nouveau pour tout le monde. L'apprentissage sera donc collectif.

Les conditions de travail dégradées que j'ai relevé ont conduit à des réaménagements orchestrés par les équipes, qui selon toute vraisemblance si on s'en remet aux théories sur la conduite du changement, ont produit des bénéfices secondaires individuels ou collectifs. Pour accepter de les perdre, les équipes doivent pouvoir envisager des gains potentiels en reconnaissance identitaire et en qualité de travail. Face à ce double enjeu, la qualité de vie au travail m'apparaît être un point d'appui pour créer les conditions d'appropriation de la vision par tous les acteurs internes afin de trouver les modes d'enrichissement qui permettent aux personnes concernées par le changement de mettre du projet dans le projet.

Par ailleurs, le bien-être des résidents ne peut être déconnecté de la QVT des salariés. « *Le bien-être des personnes accueillies passe par le bien-être des salariés*⁶⁸ ». Ce principe inscrit dans le projet associatif illustre bien l'intérêt porté au sujet. Les actions à mener pour promouvoir cette QVT sont d'autant plus fondamentales que les situations de travail rencontrées dans les deux EHPAD sont fondées sur un fort relationnel, une confrontation permanente à la déliquescence et à la mort qui peut conduire à un sentiment d'inanité des actions.

Néanmoins, comme je l'ai souligné, je ne souhaite pas mettre en place une instance dédiée exclusivement à la QVT mais que cette dimension sous-tende les actions de mobilisation des hommes et des femmes des deux établissements pour permettre d'explorer une nouvelle manière de travailler, un nouveau fonctionnement, qui intègrent performance et conditions d'emploi et de travail dans le projet social du nouvel EHPAD.

Il n'en reste pas moins, qu'une fois ces bases posées, la mobilisation des équipes dans ce contexte de transformation repose sur des principes et une méthodologie que j'ai évoqués dans la partie 2.3.4 de cet écrit. :

- L'expression des salariés
- Leur participation à des groupes de travail

⁶⁸ Projet associatif de l'ADGESSA 2013-2018, *Humanisme et professionnalisme*, 31 p. [p.23]

- La prise en compte de leur parcours professionnel

Ces trois principes habituellement admis dans toute organisation seront mis à l'œuvre pour le regroupement des équipes.

3.3.2 Les projets d'accompagnements élaborés en groupes de travail

Les enjeux sociétaux sont représentés par les orientations politiques décidées avec l'association pour développer des prestations d'accompagnement diversifiées en réponse à une commande sociale renouvelée et en perpétuelle évolution. Je souhaite axer ces groupes de travail sur la recherche des conditions de mise en œuvre de ces prestations.

Les enjeux de ces groupes de travail sont de natures diverses et complémentaires. Ils se combinent entre eux.

D'ordre managérial, il s'agit pour moi de promouvoir la participation de toutes les parties prenantes. Accorder une réelle attention à leur parole afin qu'ils comprennent pourquoi c'est important également de prendre en compte la parole des résidents dans l'accompagnement au quotidien. A certains égards, on pourrait parler d'aspect pédagogique. D'autres parlent d'organisation apprenante.

L'enjeu est stratégique dans la mesure où ces groupes de travail vont me permettre de réunir les salariés des deux équipes autour d'une thématique commune pour qu'ils apprennent à se connaître, qu'ils échangent sur leurs pratiques et qu'ils construisent ensemble une nouvelle identité en développant de nouveaux savoirs d'action professionnels. Intégrer le personnel pour qu'il se sente acteur en s'imprégnant des différentes problématiques d'un projet est aussi un moyen de faire face à l'émergence des phénomènes de résistances « *légitimes et inévitables*⁶⁹ ». Enfin, la participation des professionnels au projet du nouvel EHPAD ne doit pas répondre seulement à la volonté d'instaurer un fonctionnement démocratique mais doit constituer surtout la garantie que le changement soit effectif et durable.

Enfin, d'un point de vue opérationnel, ces groupes de travail vont me permettre d'affiner au travers des synthèses réalisées les besoins en compétences individuelles et collectives pour le projet d'Idron.

La mise en place de groupes de travail repose, à son tour, sur des principes et une méthodologie bien documentée. Un groupe de travail est un collectif temporaire de personnes, relevant de compétences et de fonctions différentes. Il est chargé d'étudier une question ou d'accomplir une mission précise demandée par le pilote du groupe.

⁶⁹ MIRAMON J-M, 2002, *Promouvoir le changement*, les Cahiers de l'Actif, n°314-317, p 211-219 [216]

La méthodologie préconise de déterminer précisément à l'avance avant toute communication aux équipes les modalités de fonctionnement de ces groupes : le nombre de personnes, les différents métiers, le nombre de séances et la durée de chacune d'elle, la restitution des séances, les thématiques retenues. Ces prérequis seront établis en collaboration avec le comité de direction.

L'inscription à ces groupes sera basée sur le principe du volontariat. Il est entendu qu'une personne qui s'inscrit devra être présente (sauf absence justifiée) lors de chaque séance. J'organiserai ces groupes de travail en associant des salariés des deux établissements. Les réunions auront préférentiellement lieu à l'EHPAD Saint-Léon car il y a des salles de réunion plus facilement disponibles. Des groupes de huit personnes maximum me paraissent raisonnables. Ce format permet de réunir des salariés issus des deux établissements par métier qui caractérise l'organisation en équipe pluridisciplinaire d'un EHPAD :

- 1 pilote parmi les 2 infirmières coordinatrices, les 2 médecins coordonnateurs, la psychologue et la responsable hôtelière,
- 2 Infirmières (IDE),
- 2 Aides-soignants (AS),
- 2 Agents de Service Logistique (ASL).

Un ou deux membres de l'équipe de direction selon les thématiques pourront être présents mais un seul sera le pilote chargé d'animer le groupe. L'animateur doit jouer un rôle de facilitateur pour que les professionnels s'expriment librement mais son rôle est aussi de réguler pour éviter les débordements. Il coordonne les interventions des uns des autres, il est maître du temps et favorise le consensus. Une personne sera désignée pour prendre des notes et rédiger un compte rendu qui sera soumis à l'approbation de tous les participants. Celui-ci sera ensuite affiché dans la salle du personnel de chaque site afin que chacun puisse suivre l'avancée des réflexions et des actions.

Les membres des groupes sont également des relais d'information au sein de leurs équipes. Il sera important qu'ils communiquent sur le travail réalisé. Ils pourront ainsi faire remonter les suggestions de leurs collègues lors des réunions.

En intersession, je réunirai le comité de direction pour mener une réflexion collective sur l'avancée des concertations et orienter les prochaines sessions.

Mon rôle sera de réguler à l'appui de l'équipe d'encadrement les groupes et de valider des décisions s'il y a lieu. Je ne participerai pas directement aux groupes de travail car j'estime que les cadres de soins ou du service hôtelier sont plus qualifiés que moi sur l'aspect opérationnel. De plus, il est souvent avancé que la présence de la direction peut gêner l'expression des salariés. Une autre raison est ma volonté de valoriser et responsabiliser les cadres de proximité au travers de ces actions.

Je propose aujourd'hui trois thématiques en lien avec la diversification des modes d'accompagnement envisagée dans l'optique de favoriser les parcours de vie et une autre plus transversale sur les procès de travail.

- **Une équipe pluridisciplinaire en EHPAD** : missions et pratiques

Redonner du sens au travail c'est pour le professionnel connaître la finalité de ses actions. C'est être capable de présenter à un tiers de façon compréhensive son activité. Savoir où il se situe dans la production du service dans une équipe pluridisciplinaire permet de montrer qu'il ne s'agit pas seulement de partager la charge de travail par une répartition des tâches mais de travailler en équipe pour un objectif commun à l'ensemble de l'établissement : le bien-être des résidents. Cette réflexion s'avère d'autant plus primordiale que la création de l'unité spécifique dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer va conduire à l'élargissement de cette pluridisciplinarité et à l'élaboration collective de projets spécifiques de cette unité. En effet, le programme d'activités doit être établi par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien, en lien avec le médecin coordonnateur, le psychologue et l'équipe.

- **Les projets personnalisés**

Au regard des réflexions qui ont conduit à défendre un projet qui favorise le parcours de vie des personnes accompagnées, il m'apparaît incontournable de travailler sur la thématique du projet personnalisé menée en équipe pluridisciplinaire. Cette thématique s'inscrit comme une suite logique de la première mais également fait référence au choix que j'ai fait de définir avec le comité de direction une véritable politique d'accueil et d'accompagnement. Je ne développerai pas ici le bienfondé du choix de cette thématique tellement elle apparaît comme une évidence dans les pratiques aujourd'hui. Pour autant, le projet personnalisé n'est que difficilement mis en œuvre malgré l'obligation légale faute d'appropriation par les équipes et la direction comme je l'ai indiqué dans le diagnostic.

- **L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer**

La création d'une unité de vie dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes maladie d'Alzheimer justifie que cette thématique soit étudiée par les équipes intervenant auprès des résidents actuellement accueillis. L'analyse diagnostique portant sur le public a montré qu'ils représentaient une part importante de la population. Le personnel des deux établissements a suivi de manière régulière des formations collectives sur ce thème. A la veille de créer ces unités, il est utile de renforcer la professionnalisation des équipes. Les remontées de ce groupe me permettront d'affiner les formations collectives qu'il sera opportun de mettre en place. J'y reviendrai. Ce groupe de travail pourrait intégrer

l'animatrice de l'EHPAD Saint-Léon qui propose depuis quelques années pour les résidents atteints de troubles cognitifs des ateliers mémoire.

Un quatrième groupe de travail sera consacré à l'élaboration des procès de travail dans les ilots. Il sera à la fois en lien avec les accompagnements des résidents et l'organisation du travail lui-même.

Ces groupes de travail ne seront pas forcément concomitants mais répartis sur la période allant de septembre 2016 à décembre 2017. La finalité n'est pas de rédiger les procédures des projets d'accompagnement mais d'asseoir les valeurs communes qui présideront à l'écriture de ces dernières.

Cette attention portée à la valorisation des professionnels notamment au travers de ces groupes de travail doit permettre également de faire émerger les besoins en termes de développement des compétences collectives et de préciser les plans de formation.

3.3.3 Les compétences à rechercher pour faire vivre les projets

A la demande des autorités de tarification, le projet de regroupement et de reconstruction des deux EHPAD doit être conduit par redéploiement des effectifs autorisés 2016 de chacun des établissements. Au moment où j'écris, la seule certitude est celle des transferts des autorisations des deux structures soit 110 lits d'hébergement permanent. Je peux compter également avec la création d'un temps de psychothérapeute et d'ergothérapeute. Au regard du profil de certains résidents, 0.1 ETP avait été autorisé pour l'EHPAD Saint-Léon. Ce poste n'a pas été créé car il s'est avéré impossible de pourvoir un temps aussi faible. Le tableau du redéploiement des effectifs que j'ai présenté en annexe V ne prend en compte que la création de l'unité spécifique que je ne qualifie pas d'UHR car à ce stade elle n'est pas labellisée et rien n'indique qu'elle le sera. Seule ma détermination et celle de l'association, conjuguée à un calcul budgétaire ajusté, permet d'envisager dès la mise en service du nouvel EHPAD la création de cette unité.

Mon défi va être alors de concilier les contraintes budgétaires et d'initier la stratégie de diversification envisagée. Les marges de manœuvre sont étroites. Néanmoins, ayant fait le choix d'externaliser la prestation restauration, je dispose de quelques ETP à redéployer sur le pôle soins pour renforcer la prise en soins des résidents de l'unité de vie dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le taux d'encadrement doit y être légèrement supérieur pour assurer un accompagnement qualitatif. Elle doit être également dotée de compétences nouvelles conformément au cahier des charges de la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 auquel je veux me conformer. En effet, si par le redéploiement je réussis à présenter une organisation fidèle au cahier des charges, je ne manquerai pas de demander la labellisation qui devrait conduire à consolider le financement pour son

fonctionnement. Quant à la configuration architecturale adoptée pour l'ensemble des unités de vie, elle en valide l'aspect technique.

Résultant de toutes ces exigences, la projection de l'organisation fonctionnelle de l'EHPAD d'Idron devra s'enrichir :

- d'assistants de soins en gérontologie (ASG)
- de 0.4 ETP autorisé de psychomotricien
- de 0.4 ETP autorisé d'ergothérapeute

Ces compétences nouvelles dont je ne dispose pas dans les effectifs étant communes à l'unité spécifique et au PASA, même si ce dernier n'est pas immédiatement construit, la dotation de ces compétences sera un acquis pour son développement que je souhaite ultérieur.

Après l'examen des effectifs en présence et les compétences nouvelles nécessaires, trois mouvements vont s'opérer en termes de gestion des ressources humaines pour correspondre à l'organisation cible de l'EHPAD d'Idron :

- des requalifications de poste
- des formations complémentaires pour consolider la professionnalisation de certains métiers
- des recrutements pour des postes ne pouvant être pourvus en interne.

Les requalifications de poste

Le regroupement permettant de dépasser le seuil de 100 lits entraîne *de facto* le financement d'un poste d'adjoint de direction. Il sera proposé à l'actuelle infirmière coordinatrice de l'EHPAD François-Henri qui possède un master 2 en Management et Administration des Entreprises. Il y aura donc une requalification de poste associé à une valorisation des compétences acquises.

Les formations complémentaires

Un certain nombre d'outils ont été mis en place au niveau associatif pour valoriser les salariés et optimiser leurs compétences en référence aux principes de la QVT et aux accords avec les partenaires sociaux nationaux⁷⁰.

Le premier est l'accord collectif unique signé entre les partenaires sociaux et l'ADGESSA en 2013. Cet accord porte sur la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), sur l'emploi des seniors, sur la pénibilité et sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes. Un diagnostic a été établi dans chaque établissement à l'appui

⁷⁰ Accord National Interprofessionnel (ANI) du 14 Novembre 2008

d'un questionnaire. Il a permis d'évaluer l'existant, de repérer les éléments prévisibles d'évolution de l'effectif pour les prochaines années et de proposer des actions de formation cohérentes. Les états des lieux réalisés dans les deux EHPAD François-Henri et Saint-Léon prenaient en compte l'évolution probable des qualifications et des besoins en poste nouveaux en lien avec le projet d'Idron.

Les plans de formation établis chaque année par les directions et présentés aux IRP l'ont été depuis 2015 en tenant compte de cette perspective.

En 2015, les actions collectives de formation ont ainsi porté sur la QVT et l'accompagnement au changement. Il s'agissait d'établir une première sensibilisation pour préparer les équipes au changement dans le cadre du projet de regroupement. Six personnes en ont bénéficiées respectivement dans les deux structures. En 2016, j'ai reconduit cette action de formation après en avoir évalué l'intérêt auprès des personnes qui l'ont suivie en 2015. Dix salariés la suivent actuellement issues des deux établissements en session commune cette fois.

Dans la limite des possibilités de financement des plans de formation, les demandes de formations individuelles qualifiantes ou diplômantes sont encouragées. Pour 2016, réparties sur les deux établissements, elles concernent six salariés au total :

- une formation d'Assistante de Soins en Gériatrie,
- deux Diplômes d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS),
- deux Diplômes d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS),
- un diplôme en management.

Ces formations individuelles sont repérées ou demandées lors des entretiens individuels menés tous les deux ans par les directions dans l'esprit de la réforme de la formation professionnelle. Chaque professionnel y est encouragé à présenter ses objectifs d'évolution de carrière et ses souhaits de formation. L'objectif partagé entre le salarié et la direction est de favoriser une mobilité professionnelle en acquérant de nouvelles compétences et/ou formation qualifiante.

Une première aide-soignante en 2015 à l'EHPAD François-Henri avait été formée en soins gériatriques, ce qui porte à deux le personnel soignant qui pourra intervenir sur l'unité spécifique. Je compte inscrire dans les plans de formation 2017 et 2018 au minimum deux formations d'ASG par établissement. Les comptes rendus des entretiens avec les salariés indiquent que de nombreux (ses) AS souhaitent suivre cette formation. Il me faudra donc arbitrer. Cette formation doit être prioritairement proposée à des AS ou AMP qui en font la demande car il est préconisé (mesure 16 du plan Alzheimer) de ne destiner à ces postes auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer que des salariés qui auront exprimé leur volonté de travailler auprès de ces personnes.

UNIFAF, l'organisme paritaire collecteur agréé pour gérer les fonds de la formation professionnelle continue de la branche a signé un accord avec la CNSA et nous permet en tant qu'EHPAD de bénéficier d'une aide au financement pour cette formation.

Le contenu de la formation d'ASG fait l'objet d'une définition précisée dans la mesure 20 du plan Alzheimer. Il s'agit d'un éclairage nouveau et particulier pour l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Cette formation est accessible aux AS et aux AMP, en situation d'exercice ou se destinant à exercer auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Elle est dispensée par différents organismes de formation et comprend 140 heures.

Les recrutements

Le développement de l'unité spécifique Alzheimer entraîne de recourir à des qualifications professionnelles dont je ne dispose pas actuellement : un(e) ergothérapeute et un(e) psychomotricien(ne).

Ces deux métiers nécessitent d'être titulaire de Diplôme d'État qui se prépare en 3 ans après avoir satisfait au concours. Ils s'inscrivent dans une prise en charge non médicamenteuse de certaines pathologies et sont complémentaires dans leur approche.

L'ergothérapie en gériatrie permet le maintien des activités physiques, psychosociales et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge. L'ergothérapeute est un rééducateur qui s'occupe de personnes souffrant d'un handicap moteur ou neuropsychologique. Après avoir analysé le handicap de la personne, l'ergothérapeute apporte les aides techniques nécessaires à l'autonomie de la personne : aménagement du mobilier, communication, habillage, hygiène, alimentation. Il intervient sur prescription médicale au sein d'équipes pluridisciplinaires. Son rôle est d'accompagner la rééducation afin de faciliter l'autonomie des personnes dans leur vie quotidienne.

Le psychomotricien, quant à lui, vise à rééduquer les personnes confrontées à des troubles liés à des perturbations d'origine psychologique, mentale ou neurologique. Il fonde son intervention sur le mouvement, l'action, la communication verbale et non verbale et les émotions. La rééducation proposée peut prendre différentes formes : gymnastique, expression gestuelle, relaxation, activités d'équilibre, travail sur la mémoire.

Le recrutement ne va pas être aisé car ces deux métiers sont en tension. Ils sont très demandés au sein des établissements médico-sociaux et peu de personnes sont formées par an.

3.3.4 Les évaluations au service des actions

L'exigence d'évaluation a envahi tous les secteurs de la société. Dans le secteur sanitaire et médico-social, elle est encadrée par la législation et relève désormais d'un ensemble de dispositifs et de règles procédurales. L'évaluation doit permettre d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service concerné à réaliser les missions qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation.

La démarche qualité et l'évaluation sont deux notions étroitement liées. L'objectif de l'évaluation est de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé. Le constat des écarts conduit le plus souvent à des actions correctives. Leur mise en œuvre de façon pérenne s'inscrit dans la démarche qualité.

Après avoir rappelé les objectifs et les modalités de mise en place de l'évaluation dans les établissements, je finirai en proposant quelques indicateurs pour évaluer le projet présenté dans cet écrit.

A) Evaluations réglementées

La loi 2002-2 oblige les ESMS à procéder à l'évaluation interne et externe de leurs activités et de la qualité de leurs prestations.

Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes. On peut les regrouper en quatre grands thèmes :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;
- la personnalisation de l'accompagnement ;
- la garantie des droits et la participation des usagers ;
- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

L'évaluation interne est réalisée par l'établissement qui choisit son outil d'évaluation. De nombreux référentiels ont été produits. Les deux EHPAD ont utilisés le référentiel ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements) issu du décret du 26 avril 1999.

L'évaluation externe est conduite par un organisme extérieur habilité par l'ANESM.

Les résultats sont à transmettre aux autorités de délivrance de l'autorisation au moins tous les cinq ans pour l'évaluation interne. Pour l'évaluation externe, elle doit avoir lieu dans les sept ans suivant l'autorisation et au moins deux ans avant son renouvellement. La durée d'autorisation étant de 15 ans, il doit donc être procédé à deux évaluations externes durant cette période.

Les deux EHPAD François-Henri et Saint-Léon ont procédé à leur évaluation externe en mai 2014.

L'aspect réglementaire de l'évaluation par nature très cadré ne doit pas faire oublier que l'évaluation est une démarche qui vise à donner de la valeur, prendre du recul, émettre un constat sur une situation ou un projet, et prendre des décisions, au regard des finalités de l'action.

B) Evaluer les actions de mise en mouvement

Dans le cadre d'un projet comme celui de l'EHPAD d'Idron, l'évaluation doit s'inscrire dans la démarche de la conduite du changement. Evaluer c'est mesurer le chemin parcouru pour progresser, réajuster, mettre en cohérence. Pour évaluer une action, il faut pouvoir la mesurer à l'aide d'indicateurs. Ces indicateurs doivent objectiver la situation, justifier la décision et crédibiliser le résultat de l'action.

Je vais reprendre le plan de cette troisième partie et déterminer les indicateurs que je compte utiliser pour évaluer la pertinence et l'efficacité de mes choix stratégiques.

L'évaluation concerne tous les acteurs de l'organisation. Ainsi, le premier indicateur va porter sur la constitution de l'équipe de direction. Il s'agit de savoir si cette réorganisation au sein des deux EHPAD permet d'être un relais de régulation selon un des objectifs que je lui ai assignée. Je peux mesurer le nombre de demandes d'entretien que les salariés me font directement pour traiter de questions purement opérationnelles, ces dernières relevant de l'intervention des cadres intermédiaires. Ces situations témoignent d'une communication insuffisamment efficace sur les délégations mises en place. Il me faudra alors réaffirmer lors d'une réunion institutionnelle les nouvelles modalités de fonctionnement.

Concernant la décision de réaliser un protocole d'admission et d'accueil, l'évaluation de cette action recouvre deux niveaux d'évaluation. Une première dans un court terme va mesurer la pertinence de l'échéancier que j'ai déterminé reprenant les dates et les points que je souhaite voir traiter à chaque session. Une seconde évaluation concernera la mise en œuvre du protocole. Pour ce faire, un certain nombre d'indicateurs sur lesquels je me suis appuyée pour faire mon diagnostic dans la première partie pourront être mobilisés :

- Le nombre de dossier de demande d'entrée sur la file active (alors constituée)
- Le nombre de visite de l'établissement réalisé avant l'admission

Ces deux indicateurs devront être croisés avec les enquêtes de satisfaction que je compte élaborer dans le cadre de la commission d'accueil pour recueillir le ressenti des résidents et des familles à la préparation de leur accueil.

Je compte évaluer la participation aux groupes de travail en mesurant le nombre de personnes inscrites sur chacun des groupes et leur établissement d'origine. Ces indicateurs me permettront d'examiner le degré de participation du personnel et par ce biais leur implication dans la dynamique de changement. L'autre niveau de lecture sera le nombre

d'inscrits dans chaque thématique qui permettra de rendre compte de l'intérêt suscité par chacune d'elles.

C) Evaluer les risques tout au long du processus

A l'instar de ce qui est fait pour évaluer les risques professionnels dans les établissements, je vais recenser les risques qui peuvent être présents tout au long du déroulé du projet d'Idron. Certains se sont déjà manifestés, d'autres restent pour moi des points de vigilance et d'autres encore ne sont pas identifiés.

- Risque lié à la configuration architecturale au regard des financeurs

Nous avons bien imaginé avec le comité de pilotage la possibilité que le projet soit refusé en l'état. Jugé innovant mais trop ambitieux car surtout trop coûteux. En tant que directrice et association gestionnaire nous ne pouvions ignorer cet aspect. Négocié fait partie du jeu. L'évaluation de cette action est de mesurer la différence entre le projet « utopie » et le projet « réel ».

- Risque lié à l'organisation fonctionnelle choisie au regard des professionnels

L'organisation proposée est basée sur la création de trois îlots d'hébergement accueillant 36 ou 37 résidents. Chaque îlot, comme indiqué, aura une équipe dédiée en ce qui concerne le personnel soignant : IDE et AS/AMP/ASG. Pour éviter l'usure professionnelle, j'envisage de procéder à un changement d'affectation par tiers des soignants tous les ans. Cette mesure devra être évaluée en comité de direction lors de la mise en service du nouvel établissement.

Ce fonctionnement par îlot du fait de la configuration architecturale en « petit chez soi » pour les résidents comporte aussi un risque de perte de culture institutionnelle à terme pour les professionnels. Les transmissions orales, temps durant lequel l'équipe qui quitte le service échange avec l'équipe qui prend le service sur les évolutions de la prise en charge des résidents se feront également à l'échelle des îlots. Il faudra prévoir des réunions inter équipes. Un rythme mensuel me paraît convenable pour maintenir une idée de collectif institutionnel. Cette temporalité ainsi que les thèmes à aborder dans ces réunions seront à définir avec l'équipe de direction.

Ces deux risques feront l'objet d'une attention particulière tout au long de la finalisation du projet car ils peuvent être anticipés mais avec une certaine marge d'incertitude. Des modifications continueront à être apportées afin de ne pas perdre la finalité du projet.

Conclusion

Le projet de regroupement et de reconstruction des deux EHPAD s'inscrit dans une perspective d'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes du territoire et d'amélioration des conditions de travail des équipes professionnelles. La volonté d'agir en faveur de la continuité des parcours de vie vise la participation des personnes âgées accompagnées à la définition de leur projet de vie.

La reconstruction d'un EHPAD est une opportunité pour une direction de conduire une politique de changement. Le nouvel établissement sera construit par opposition à des espaces collectifs imposants afin de créer de petites unités de vie proches du domicile. Cet aménagement de l'espace amène nécessairement le directeur ou la directrice à revoir les modes d'organisation du travail en collaboration avec les équipes professionnelles. Il s'agit également d'associer un modèle économique à un modèle social.

Un tel projet s'inscrit dans un long processus de changement. Le philosophe Héraclite d'Éphèse disait au VI^e siècle avant Jésus-Christ que « *rien n'est permanent sauf le changement* ». Ainsi, le changement étant permanent et le questionnement continu dans un secteur où les zones d'incertitudes vont grandissantes, il ne cessera pas avec le déménagement dans le nouvel EHPAD.

Ce processus en cours, qui met en mouvement les équipes, les résidents, les partenaires institutionnels dans une expression démocratique devra se prolonger et se pérenniser dans le fonctionnement de cette nouvelle entité. La conception architecturale modulable est un support pour que le changement envisagé se réalise pleinement. Elle favorise, d'une part, l'accompagnement personnalisé et le respect des trajectoires individuelles et elle offre, d'autre part des possibilités à une ouverture sur l'environnement.

En tant que directrice, il me revient de continuer à être attentive à toutes les opportunités qui permettront de développer des modes d'accompagnement nouveaux dans une logique de parcours de vie comme l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou toutes autres alternatives afin de s'affranchir de cette bipolarité établissement-domicile. Cette projection vers d'autres possibles offrira également de nouvelles perspectives de mobilité professionnelle qui participeront à limiter les risques d'usure professionnelle.

Bibliographie

Monographie lues

AUBERT N., GRUERE J-P, JABES J., et al., 2010, *Management : aspects humains et organisationnels*, 9^e édition, Paris : PUF (collection fondamentale), 656 p.

BADEY-RODRIGUEZ C., 1997, *Les personnes âgées en institution : vie ou survie, pour une dynamique du changement*, Paris : Seli Arslan SA, 192 p.

BATIFOULIER F. (dir.), 2014, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod- Andesi, 512 p.

BELLENGER L., 2014, *L'autorité responsabilisante : Refonder l'engagement et le respect*, Paris : ESF, 190 p.

BERNOUX Ph., 2009, *La sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, 6^e édition revue et corrigée, éditions du seuil (collection points essais), 466p.

CHRISTEN-GUEISSAZ E. (dir.), 2010, *Le bien-être de la personne âgée en institution : Un défi au quotidien*, Paris : Seli Arslan SA, 218 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2010, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées : de la relation humaine aux motivations*, 2^e édition, Toulouse : Eres, 150 p.

DARNAUD T., 2008, *L'entrée en maison de retraite : une lecture systémique du temps de l'accueil*, Paris : ESF (Collection art de la psychothérapie), 188 p.

DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *Conduite du changement en action sociale : Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations*, Paris : ESF (Collection action sociale), 412 p.

DUBREUIL B., 2013, *Le travail de directeur en ESMS*, 2^e édition, Paris : Dunod, 256 p.

ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod, 320 p.

JANVIER R., 2015, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Paris : ESF (Collection Action Sociale), 128 p.

JANVIER R., MATHO Y., 2011, *Comprendre la participation des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, 4^e édition, Paris : Dunod, 288 p.

JEGER F., PERALDI O., 2011, *Solidarité et vieillissement : le défi de la dépendance*, Territorial édition 130 p.

LAPRIE B., MINANA B., 2014, *Favoriser la participation des usagers en établissement médico-social*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur (collection Les guides Directions), 123 p.

LEBRUN J-P., (dir.), 2009, *Y a-t-il un directeur dans l'institution ?*, Rennes : Presses EHESP (collection TERRAINS Santé Social), 192 p.

LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod, 512 p.

LEFEVRE P., MURA Y., 2010, *Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale*, 1^{re} édition, Paris : Dunod, 348 p.

LOUBAT J-R., 2012, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod, 409 p.

LOUBAT J-R., 2014, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2^e édition, Paris : Dunod, 432 p.

MIRAMON J-M, 2002, *Promouvoir le changement*, les Cahiers de l'Actif, n°314-317, p 211-219

MIRAMON J-L., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Rennes : Presses EHESP, 192 p.

NERE J-J., 2006, *Le management de projet*, 4^e édition mise à jour 2015, Paris : Presse Universitaire de France, 127 p.

THEVENET M., 1993, *La culture d'entreprise*, 7^e édition mise à jour 2015, Paris : Presse Universitaire de France, 128 p.

SCHAFFJ-L., VERCAUTEREN R., HERVY B., 2009, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*, édition, Toulouse : Eres, 176 p.

Monographies consultées

AGAESSE M., 2004, *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, 674 p.

CAIRE M., 2012, *De la maison de santé de Pau au Centre Hospitalier des Pyrénées*, uniquement disponible sur : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/documents/pau.htm>

DURKHEIM E., 1894, réédition 2010, *Les règles de la méthode sociologique*, Flammarion, 333 p.

MEMBRADO M., 2013, *le genre et le vieillissement : regard sur la littérature*, Recherches féministes, vol.26, n°2, p. 5-24

MUCCHIELLI A., 2013, *l'identité*, 9^e édition, Paris : PUF, 128 p.

MULLENBACH-SERVAYRE A., 2007, *L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises*, *La Revue des Sciences de Gestion* n°223, p. 109-120. Disponible sur : www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2007-1-page-109.htm.

Rapports, articles et enquêtes

Rapport du groupe. *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie*. Modérateur : Evelyne RATTE, conseiller-maître à la Cour des Comptes. Rapporteur : Dorothee IMBAUD, inspectrice des affaires sociales. 21 juin 2011. 50p.

Rapport du groupe de travail. *Perspectives démographiques et financières de la dépendance* Modérateur : CHARPIN J.M. Rapporteur : TLILI C. Juin 2011, 60 p. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g2_def-2.pdf

Rapport du commissaire au Plan, juin 2006, *Personnes âgées : bâtir le scénario du libre choix (tome I)*, 308 p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000526.pdf>

AQUINO J-P., *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Comité d'avancée en âge, prévention et qualité de vie, 2013, 132 p. Disponible sur : [www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175 .pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175.pdf)

JOVIC L., 2012, *Recherche en soins infirmiers* 2/2012 (N° 109), p. 5-5. Disponible sur : www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-5.htm.

PINVILLE M., *Relever le défi politique de l'avancée en âge : perspectives internationales*, 2013, 81 p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000174.pdf>

SENAT. *Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*. Octobre 2008, 71 p. Disponible sur : <http://www.senat.fr/commission/missions/Dependance/etude.pdf>

ASSOCIATION NATIONALE des CREAI, Pôles Etudes Recherches Observations, *Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale*, novembre 2013, Paris : ANCREAI, 116 p. Disponible sur : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_1.pdf

ORS Aquitaine, profils aquitain Béarn Soule 2013. Disponible sur : www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/category/population

Schéma départemental autonomie des Pyrénées Atlantiques 2013-2017, *Etat des lieux*, 112 p. Disponible sur : http://www.le64.fr/fileadmin/mediatheque/cg64/images/Pages_actions/Autonomie/SA_CG_64_Etat_des_lieux_WEB.pdf

Schéma départemental autonomie des Pyrénées Atlantiques 2013-2017, *Axes stratégiques*, 90 p. Disponible sur :

http://www.le64.fr/fileadmin/mediatheque/cg64/images/Pages_actions/Autonomie/SA_CG_64_Axes_WEB.pdf

Règlement départemental d'aide sociale des Pyrénées Atlantiques, 2012, 165 p.

Disponible sur :

http://www.le64.fr/fileadmin/mediatheque/cg64/documents/solidarite/R%C3%A9glement_d_%C3%A9partemental_d_aide_sociale_2015.pdf

ARS Aquitaine DOSA- Pôle études et PMSI, indicateurs territoriaux, janvier 2015.

Disponible sur :

http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/01_votre_ars/104_Co_ntexte_Region/TS_642_Indicateurs_globaux.pdf

Statiss, statistiques et indicateurs de la santé et du social 2014, 40 p.

Disponible sur : http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99_publications/02_ars/Etudes_statistiques/statiss_2014/Statiss_Aquitaine_2014.pdf#page=6

http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99_publications/02_ars/Etudes_statistiques/statiss_2014/Statiss_Aquitaine_2014.pdf#page=6

Avis PRS – Note PRIAC 2012-2016. Disponible sur :

http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sante/50103_avis_prs_19_10_2012/Avis_PRS_note_PRIAC_2012_2016.pdf

CNSA, Juillet 2014, *Les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes Pathos*, 24 p. Disponible sur : http://www.uriopss-pacac.asso.fr/resources/trco/pdfs/2014/J_octobre_2014/79559soins_en_ehpad_en_2013.pdf

CNSA, rapport 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, 25 p. Disponible sur :

http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Observatoire des EHPAD - KPMG, juillet 2014, 84 p. Disponible sur :

<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

Documents de référence

ANESM : Recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

Disponible sur : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

- *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, janvier 2012, 80 p.
- Analyse documentaire relative à accueil et au projet personnalisé en EHPAD, mars 2011, 59 p.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 1), de l'accueil de la personne à son accompagnement*, janvier 2011, 76 p.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, septembre 2011, 64 p.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en Ehpads*, janvier 2012, 70 p.

- *Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, novembre 2012, 114 p.
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, novembre 2008, 39 p.

Projet associatif de l'ADGESSA 2013-2018, *Humanisme et professionnalisme*, 31 p.

Projet d'établissement EHPAD François-Henri 2014-2018, 81 p.

Projet d'établissement EHPAD Saint-Léon 2014-2018, 144 p.

Haute Autorité de Santé, janvier 2016, *Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins

ANACT / HAS, 2015, *10 questions sur la QVT, comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?*, 16p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

Textes législatifs et réglementaires

Circulaire n°82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées. JORF du 8 juin 1982, numéro complémentaire page 5358
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000872140>

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005627852&dateTexte=20041025>

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005765525>

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000437022&dateTexte=20040327>

Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillants des personnes âgées. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110039.htm>

Accord national interprofessionnel du 14 novembre 2008 relatif à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Disponible sur : http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2009/0032/CCO_20090032_0032_0010.pdf

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

Autres sites internet consultés

<http://www.insee.fr>

<http://www.cnrtl.fr>

<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

<https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/l_anap/projets/OSCIMES_LES_PRINCIPALES_SURFACES.pdf

Liste des annexes

ANNEXE I : Cartographie de la population accueillie dans les deux EHPAD

ANNEXE II : Repères temporels du projet de l'EHPAD d'Idron

ANNEXE III: Plans du projet de l'EHPAD d'Idron

ANNEXE IV : Proposition du roulement des personnels

ANNEXE V : Proposition de redéploiement des effectifs

ANNEXE I : Cartographie de la population accueillie dans les deux EHPAD comparée aux données nationales disponibles

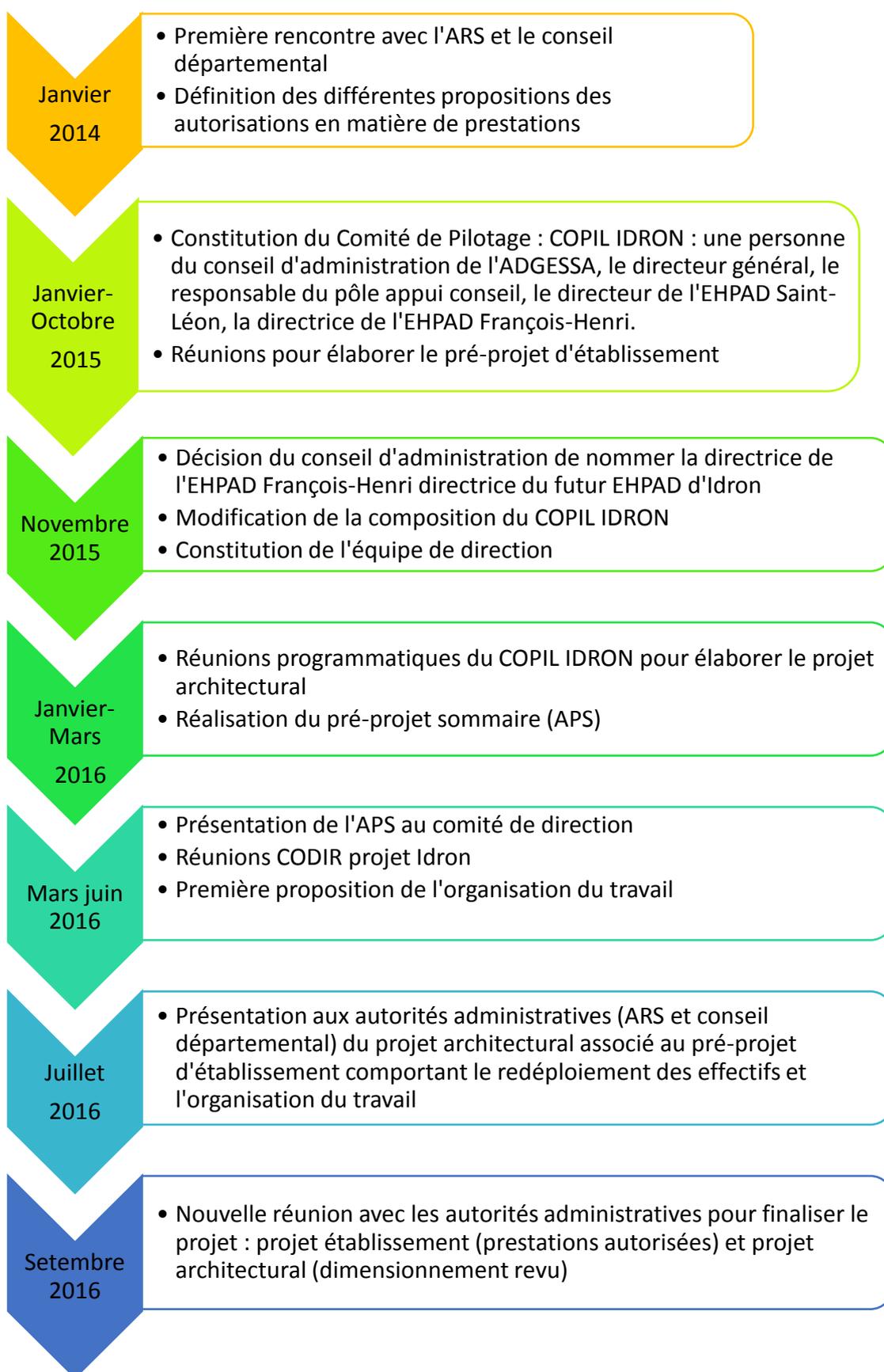
THEME		EHPAD FRANÇOIS-HENRI	EHPAD SAINT-LEON	AUTRES DONNEES (référence source)	
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	Répartition par sexe	Hommes : 57% Femmes : 43%	Hommes : 37% Femmes : 63%	Hommes : 26% (1) Femmes : 74% (1)	
	Age moyen	88 ans et 9 mois	82 ans et 7 mois	85 ans et 8 mois (1)	
	Répartition par âge (en %)				
	60-69 ans	0	16	NR	
	70-79 ans	9	14	NR	
	80-89 ans	36	47	NR	
	90-99 ans	48	20	NR	
	Plus de 100 ans	3	2	NR	
	Aide sociale	40%	60%	NR	
	Protection juridique	18%	44%	NR	
Durée moyenne de séjour	3 ans et 3 mois	5 ans et 5 mois	3 ans et 10 mois (2)		
MESURE « GLOBALE » DE LA DEPENDANCE	GMP	657	733	708 (1)	
	GIR 1-2	34 %	59 %	55% (1)	
	GIR 3-4	48 %	39 %	34% (1)	
	GIR 5-6	18 %	2 %	11% (1)	
	Détail des aides	Toilette	86%	96%	NR
		Repas	65%	79%	NR
		Déplacements	53%	74%	NR
		Transferts	72%	59%	NR
	PMP (validé en 2011)	303	311	198 (1)	
	Détail des Pathologies ⁷¹	Démences et apparentés	32%	63%	55% (1)
		Maladie psychiatrique	11%	21%	NR
		Etats dépressifs	27%	42%	38% (1)
		Autres (AVC, cancer, polyarthrose, ...)	30%	21%	NR
Etat grabataire		2%	15%		

(1) CNSA Coupe pathos 2013. Drees Enquête EHPA 2011

(2) Observatoire KPMG : comptes administratifs 2012

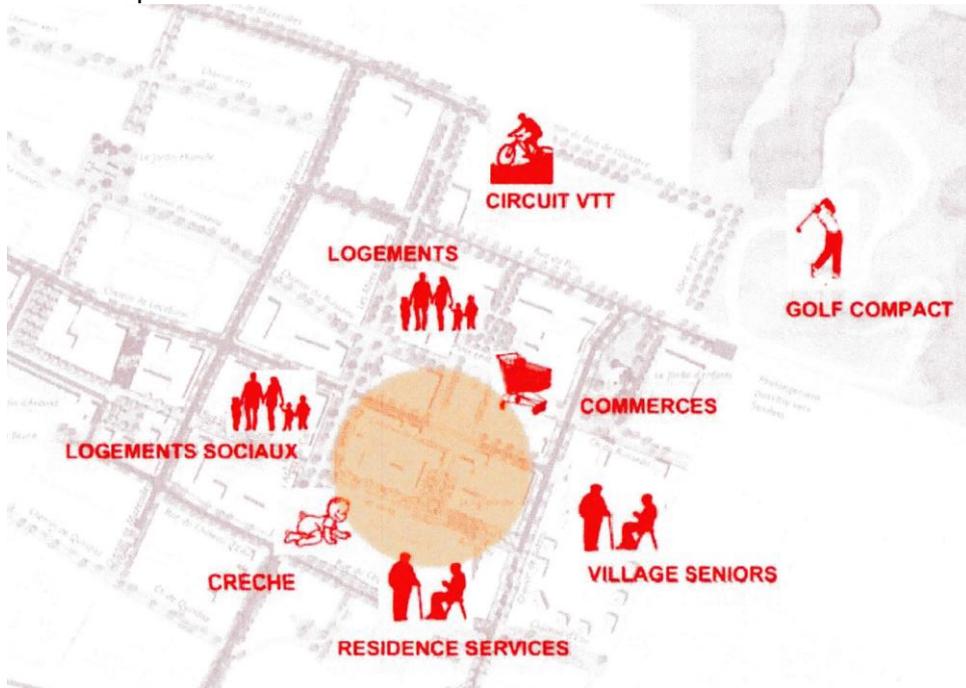
⁷¹ Source : logiciel NET soins dans son module intégrant la détermination des états pathologiques du modèle Pathos

ANNEXE II : Repères temporels du projet de l'EHPAD d'Idron

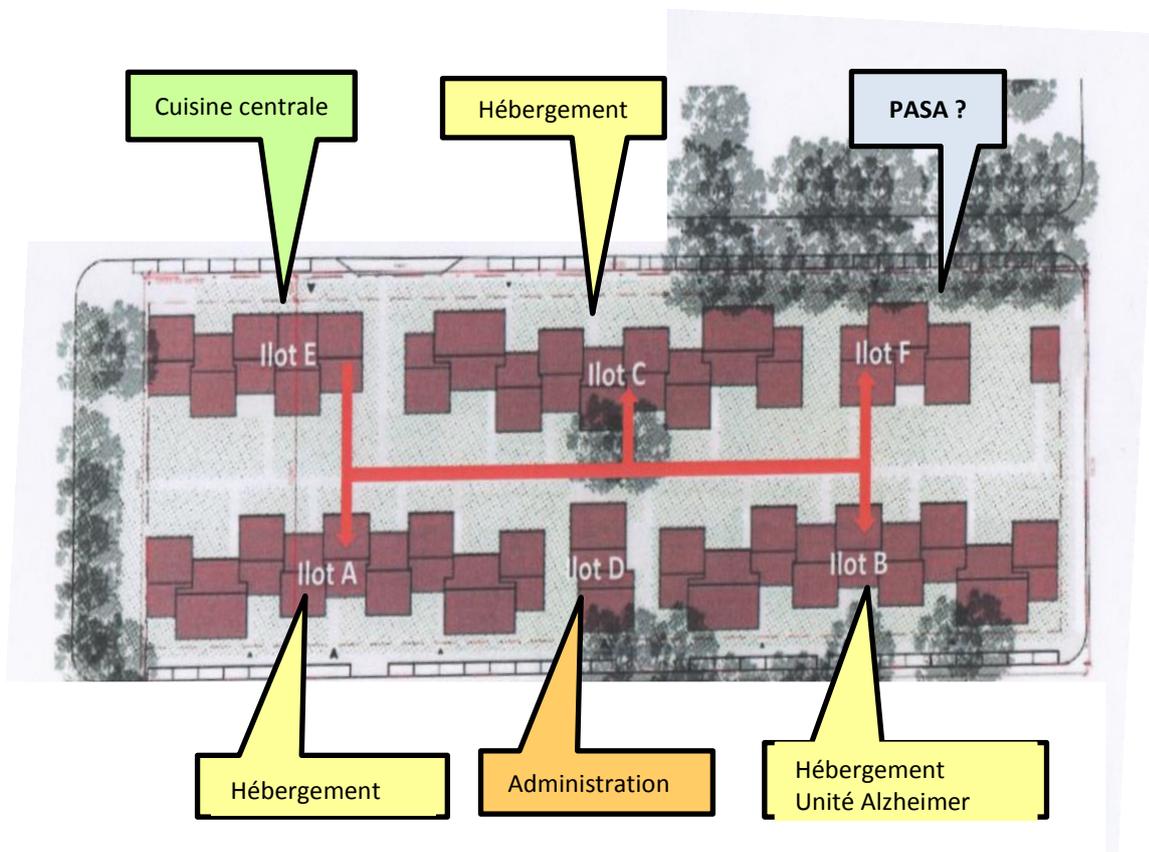


ANNEXE III : Plans de l'EHPAD d'Itron

Implantation

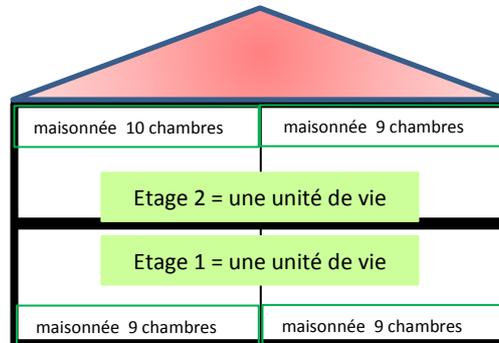


Plan de masse

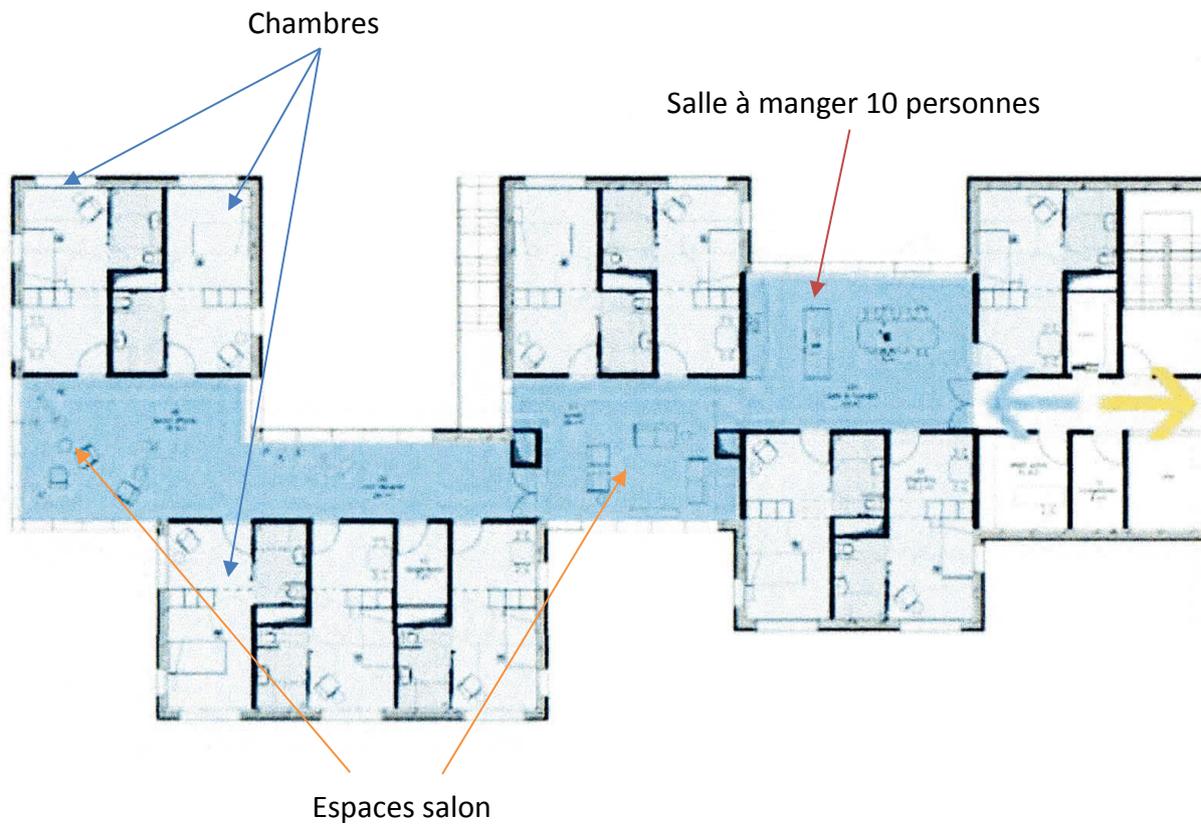


+ Schématisation des espaces

- 1 maisonnée = 9-10 résidents
- 1 unité de vie = 18-19 résidents
- 1 ilot = 2 unités de vie = 4 maisonnées = 37 résidents



+ Plan d'un ilot au premier étage : une maisonnée



ANNEXE IV : Roulement des personnels de l'EHPAD d'Ildron (document de travail)

Roulement du personnel de jour

Présence effectif IDE en semaine (journée type)					Présence effectif IDE le week-end				
Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	Présence sur site	Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	Présence sur site
De 6h30 à 7h	1	1		2	De 6h30 à 7h	1			1
De 7h à 12h	1	1	1	3	De 7h à 12h	1	1		2
De 12h à 13h15	1	1		2	De 12h à 13h15	1			1
De 13h15 à 14h15	1	1	1	3	De 13h15 à 14h15	1		1	2
De 14h15 à 16h			1	1	De 14h15 à 16h			1	1
De 16h à 19h		1	1	2	De 16h à 19h		1	1	2
De 19h à 21h			1	1	De 19h à 21h			1	1

Présence effectif AS/AMP en semaine (journée type)					Présence effectif AS/AMP le week-end				
Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	Présence sur site	Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	Présence AS sur site
De 7h à 8h	3	3	3	9	De 7h à 8h	2	2	2	6
De 8h à 12h	4	4	4	12	De 8h à 12h	3	3	3	9
De 12h à 13h	3	3	3	9	De 12h à 13h	3	3	3	9
De 13h à 14h	2	2	2	6	De 13h à 14h	2	2	2	6
De 14h à 16h	2	2	2	6	De 14h à 16h	2	2	2	6
De 16h à 17h	1	1	1	3	De 16h à 17h	1	1	1	3
De 17h à 20h	2	2	2	6	De 17h à 20h	2	2	2	6
De 20h à 21h	1	1	1	3	De 20h à 21h	1	1	1	3

Présence effectif ASL en semaine (journée type)						Présence effectif ASL le week-end					
Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	volante	Présence sur site	Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	volante	Présence sur site
De 7h à 8h	2	2	2		6	De 7h à 8h	1	1	1		3
De 8h à 12h	2	2	2		6	De 8h à 12h	2	2	2		6
De 12h à 13h	2	2	2		6	De 12h à 13h	2	2	2		6
De 13h à 14h	2	2	2		6	De 13h à 14h	2	2	2		6
De 14h à 15h	2	2	2	3	9	De 14h à 15h	2	2	2		6
De 15h à 16h	2	2	2		6	De 15h à 16h	1	1	1		3
De 16h à 17h	2	2	2		6	De 16h à 17h	2	2	2		6
De 17h à 20h	2	2	2		6	De 17h à 20h	2	2	2		6
De 20h à 21h	2	2	2		6	De 20h à 21h	2	2	2		6

Présence effectif Animatrice en semaine (exemple sur deux semaines type)							
<u>Semaine 1</u>	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Animatrice T.C	9h-17h	10h-17h	9h-17h	Repos	9h-17h	10h-17h	Repos
Animatrice T.P	Repos	12h-18h	Repos	10h-16h	Repos	Repos	Repos
<u>Semaine 2</u>	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Animatrice T.C	Repos	9h-17h	9h-17h	9h-17h	9h-17h	Repos	Repos
Animatrice T.P	11h-17h	Repos	12h-18h	Repos	10h-16h	13h-18h	Repos

Roulement du personnel de nuit

Présence effectif AS nuit					
Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	volante	Présence sur site
De 21h à 6h45	1	1	1		3

Présence effectif ASL nuit					
Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	volante	Présence sur site
De 21h à 7h				2	2

Présence la nuit					
Horaires	Ilot A	Ilot B	Ilot C	volante	Présence sur site
De 20h45 à 21h	1AS	1AS	1AS		3
De 21h à 6h45	1AS	1AS	1AS	2 ASL	5
De 6h45 à 7h	2ASL +2 IDE				

ANNEXE V : Proposition de redéploiement des effectifs

Pôle administratif et financier										
Fonction occupée	F.Henri	Age en 2016	Départ probable avant 2019	St léon		Age en 2016	Départ probable avant 2019	Effectif prévisionnel EHPAD d'IDRON		
	ETP			Salarié	ETP			Personnel redéployé	ETP	Fonction
Direction	1,00	54	-		1,00		-		1,00	Direction
Adjoint de direction	-		-		-		-		1,00	Adjoint de direction
Comptable	0,83	45	-		0,57	50	-		1,00	Comptable
				Non créé	0,43				0,60	Comptable adjoint
Secrétaire	0,50	46	-		1,00	48	-		0,50	Secrétaire
									1,00	
Sous total	2,33				3,00				5,10	- 0,23

Pôle social et logistique										
Fonction occupée	F.Henri	Age en 2016	Départ probable avant 2019	St léon		Age en 2016	Départ probable avant 2019	Effectif prévisionnel EHPAD d'IDRON		
	ETP			Salarié	ETP			Personnel redéployé	ETP	Fonction
Responsable Hôtelière	1,00	44		Non créé	1,00				1,00	Responsable hôtelière
Ouvrier d'entretien	1,00	40	-		1,00	54	-		1,00	Ouvrier d'entretien
									1,00	Ouvrier d'entretien
Animatrice	0,50	50	-		1,00	48	-		0,50	Animatrice
									1,00	Animatrice
ASL Jour	1,00	29	Promotion AS						1,00	ASL Jour
	1,00	35	Promotion AS						1,00	ASL Jour
	1,00	53	-						1,00	ASL Jour
	0,50	50	-						0,50	ASL Jour
	0,50	45	-						1,00	ASL Jour
	1,00	42	-						1,00	ASL Jour
	1,00	57	-						1,00	ASL Jour
	1,00	30	-						1,00	ASL Jour
	1,00	54	-						1,00	ASL Jour
Remplacement	0,76				1,00	41	-		1,00	ASL Jour
					1,00	55	-		1,00	ASL Jour
					1,00	43	Promotion AS		1,00	ASL Jour
					1,00	61	-		1,00	ASL Jour
					1,00	53	-		1,00	ASL Jour
					1,00	57	-		1,00	ASL Jour
					1,00	44	-		1,00	ASL Jour
					0,18	60	-		0,18	ASL Jour
				A recruter	1,00			A recruter	2,32	ASL Jour
				Remplacement	1,24			Remplacement	2,20	ASL Jour
ASL Nuit	1,00	28	-		1,00	42			1,00	ASL Nuit
	1,00	59	-		1,00	59			1,00	ASL Nuit
									1,00	ASL Nuit
									1,00	ASL Nuit
Remplacement	0,24			Remplacement	0,37			Remplacement	0,60	ASL Nuit
Cuisiniers	-				1,00	41		Externalisation		
	-				0,82	57				
	-				0,63	39				
	-			Remplacement	0,18					
Sous total	13,50				17,42				29,30	- 1,62

Pôle soins										
Fonction occupée	F.Henri ETP	Age en 2016	Départ probable avant 2019	St léon		Age en 2016	Départ probable avant 2019	Effectif prévisionnel EHPAD d'IDRON		
				Salarié	ETP			Personnel redéployé	ETP	Fonction
IDE Co	0,30	32			1,00	49			1,00	IDE Co
Méd Co	0,25	70	Retraite		0,50	50			0,60	Méd Co
Ergothérapeute	-			Non créé	0,10			A recruter	0,40	Ergothérapeute
Psychomotricien	-				-			A recruter	0,40	Psychomotricien
Psychologue	0,20	33			0,50	33			0,80	Psychologue
IDE	1,00	46			1,00	65	Retraite		1,00	IDE Référente
	1,00	46			1,00	57			1,00	IDE
Remplacement	0,40				0,50	49			1,00	IDE
					0,50	51			1,00	IDE
				Remplacement	0,69				0,50	IDE
									0,50	IDE
								A recruter	1,00	IDE
								Remplacement	1,00	IDE
AS Jour	1,00	26			1,00	40			1,00	AS Jour
	1,00	62			1,00	44			1,00	AS Jour
	1,00	47			1,00	45			1,00	AS Jour
	1,00	46			1,00	47			1,00	AS Jour
	0,75	46			1,00	43			0,75	AS Jour
	0,75	28			1,00	37			0,75	AS Jour
	0,75	32			1,00	48			0,75	AS Jour
	0,75	26			1,00	59	Retraite	Recruter	0,75	AS Jour
	0,50	50			1,00	41			0,50	AS Jour
	0,50	45			1,00	39			0,50	AS Jour
Remplacement	0,95				0,50	27			1,00	AS Jour
					1,00	52			1,00	AS Jour
					1,00	50			1,00	AS Jour
					0,76	50			1,00	AS Jour
					1,00	26			1,00	AS Jour
					0,79	54			1,00	AS Jour
					1,00	34			1,00	AS Jour
					0,50				1,00	AS Jour
				Remplacement	0,25				1,00	AS Jour
									1,00	AS Jour
									0,50	AS Jour
									1,00	AS Jour
									1,00	AS Jour
									1,00	AS Jour
									0,76	AS Jour
									1,00	AS Jour
									0,79	AS Jour
									1,00	AS Jour
								Passage Jour- Nuit	- 2,00	AS Jour
								Remplacement	2,10	AS Jour
AS Nuit	1,00	53			1,00	57			1,00	AS Nuit
	1,00	58			1,00	59			1,00	AS Nuit
Remplacement	0,30			Remplacement	0,30				1,00	AS Nuit
									1,00	AS Nuit
								AS de jour	1,00	AS Nuit
								AS de jour	1,00	AS Nuit
								Remplacement	0,85	AS Nuit
Sous total	14,40				24,89				41,20	1,91

Total effectif	30,23		-	-	45,31		-	-	75,60	1,68
-----------------------	--------------	--	---	---	--------------	--	---	---	--------------	-------------

ROQUES	Catherine	Novembre 2016
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Aquitaine</p>		
<p align="center">Co-construire un projet d'EHPAD regroupé et développer les prestations préservant la continuité des parcours de vie</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La rupture des parcours de vie marquée par l'entrée en EHPAD vient interroger la pertinence des prestations proposées ainsi que le positionnement d'un EHPAD.</p> <p>Le projet de regroupement et de reconstruction de deux EHPAD offre l'opportunité de répondre aux besoins du territoire, aux particularités de la population accueillie et à leur évolution tout en respectant le cadre des effectifs permettant de conjuguer « intérêt social et intérêt économique ».</p> <p>Les solutions architecturales et organisationnelles doivent être suffisamment plastiques pour prendre en compte ces évolutions sur le long terme.</p> <p>Souhaitant ne pas cantonner l'accueil en EHPAD à la question de l'hébergement, ce projet de construction s'accompagne d'une réflexion critique visant une logique de parcours de vie pour les personnes âgées et la qualité de vie au travail pour les professionnels.</p> <p>Le fil conducteur du projet s'inscrit dans le management de la participation.</p> <p>Ce mémoire présente la co-construction du projet d'établissement en lien avec le projet architectural qui traduit en « murs » les choix opérés.</p> <p>Au carrefour de nombreux enjeux sociétaux, sociaux et financiers, le projet sera amené à évoluer au fur et à mesure de son élaboration.</p>		
<p>Mots clés : Regroupement – reconstruction – EHPAD – participation – parcours de vie – qualité de vie au travail</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		