



**EHESP**

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social, et Médico-social**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

# **Quelle place pour une offre médico- sociale en établissement de santé mentale ?**

L'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (Rennes, Ille et Vilaine)

---

**Thibault EUVRARD**

---

# Remerciements

---

Mes premiers remerciements s'adressent à Mme Anne GENIN, pour avoir accepté de m'accueillir en stage de professionnalisation à la direction de la MAS et de l'EHPAD du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, et pour son accompagnement dans l'élaboration du présent mémoire ;

Je remercie également M. Bernard GARIN, Directeur Général du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, pour sa confiance, et pour m'avoir permis notamment en m'associant à l'équipe de direction d'acquérir une perception plus large du fonctionnement institutionnel ;

Un grand merci à l'ensemble des acteurs de la MAS et de l'EHPAD, avec une attention particulière pour le Dr Natalia SHPAK, Mme Sylvie LETUE, et M. Thierry ANNEIX pour leur bienveillance et leur communication d'éléments «historiques» comme de perspectives à terme, ainsi que Mme Anne-Charlotte BISSEGE pour la mise à disposition de l'ensemble des données documentaires utiles ;

J'exprime ma gratitude à Mme Anne-Françoise COURTEILLE pour son accueil au Conseil départemental d'Ille et Vilaine, et ses informations sur les enjeux territoriaux afférents aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap ;

Je reste très reconnaissant à M. Ivan LECOURT pour m'avoir reçu à la MAS de l'EPSM du Morbihan, comme pour les riches échanges entretenus et ses recommandations particulièrement utiles à plus ou moins long terme ;

Merci également à Mme Nicole BOHIC pour l'animation des ateliers méthodologiques, et pour ses précieux conseils dans la définition de la problématique, l'élaboration du plan et la conduite dynamique du mémoire ;

Mon meilleur souvenir à l'attention des résidents de la MAS que j'ai eu l'occasion de connaître et de côtoyer, et dont le parcours put inspirer le choix du sujet ainsi qu'un certain nombre d'éléments clés du développement.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Des mouvements de restructuration de l'offre psychiatrique pour des usagers identifiés.....	5
1.1 Le développement d'alternatives à l'hospitalisation psychiatrique au long cours .	5
1.1.1 La création de deux sites de MAS .....	6
1.1.2 De la psychiatrie vers les unités de soins de longue durée partiellement redéfinies en EHPAD .....	7
1.2 Des résidents au parcours majoritairement psychiatrique .....	8
1.2.1 Des profils de résidents ciblés.....	8
1.2.2 Des modalités d'admission réévaluées .....	12
1.3 Les évolutions démographiques à l'origine de nouveaux enjeux .....	15
2 Vers une culture médico-sociale à part entière.....	21
2.1 De la prise en charge du patient à l'accompagnement du résident.....	21
2.1.1 La mise en place d'outils d'accompagnement individualisés .....	22
2.1.2 La reconnaissance de la notion de domicile du résident.....	26
2.2 L'évolution des métiers et la réorganisation des tâches à renforcer.....	28
2.2.1 La réorganisation des missions professionnelles.....	28
2.2.2 De nouveaux projets stimulant la participation sociale du résident .....	31
2.3 L'accompagnement de chaque acteur au changement à renforcer .....	34
2.3.1 L'implication du personnel à encourager .....	34
2.3.2 Une place équitable pour les familles .....	36
2.3.3 Un dialogue social constructif.....	37
3 Des pôles d'activité clinique vers des établissements médico-sociaux ? .....	39
3.1 Une autonomie à définir dans une organisation polaire .....	39
3.1.1 La nécessité d'une gouvernance clarifiée.....	40
3.1.2 La mise à disposition d'outils de fonctionnement adaptés .....	41
3.2 Un dynamisme institutionnel à confirmer .....	42
3.2.1 La conception des leviers stratégiques de la structure médico-sociale.....	43

3.2.2	La conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité .....	45
3.3	Des mouvements d'ouverture à poursuivre .....	47
3.3.1	Une complémentarité entre offres psychiatrique et médico-sociale à encourager .....	47
3.3.2	Le développement de réseaux extérieurs à réfléchir .....	49
	Conclusion .....	52
	Bibliographie .....	55
	Liste des annexes .....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignant

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CASF : Code de l'Action sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CH : Centre Hospitalier

CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Régnier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail

CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CODEM : Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation

COFIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale

CSP : Code de la Santé Publique

DESSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social, et Médico-social

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPSM : Etablissement Public spécialisé en Santé Mentale

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIHP : Filière Inter hospitalière d'Hospitalisation Prolongée

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIR : Groupe Iso-ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

HPST : Hôpital, Patients, Santé, et Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
ME : Moniteur Educateur  
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé  
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés  
PAERPA : Parcours des Aînés en Risque de Perte d'Autonomie  
PMP : Projet médical partagé  
PVI : Projet de Vie Individualisé  
SESSAD : Service d'Education Spécial et de Soins à Domicile  
TED : Troubles envahissants du développement  
TSA : Troubles du spectre autistique  
T2A : Tarification à l'Activité  
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

« Qui niera que les hôpitaux ont à connaître du handicap ? Qui niera, à l'inverse, que les établissements médico-sociaux sont, pour partie, peuplés d'authentiques malades mentaux, loin d'être tous stabilisés dans un état figé et non évolutif ? Qui niera que beaucoup de malades chroniques voient leur handicap moins bien pris en compte dans certains hôpitaux que dans des établissements médico-sociaux et qu'à l'inverse, seuls les soins psychiatriques et parfois l'hospitalisation peuvent prendre en compte et soulager la souffrance qui s'exprime à travers et au-delà du handicap, et aussi à cause de lui ? »<sup>1</sup>

Ces déclarations révèlent à la fois l'existence d'un clivage entre secteurs sanitaires et médico-sociaux, et de fréquentes erreurs d'orientation d'un usager vers une structure adaptée à son état et à ses besoins. Concrètement, des parcours individuels restent fréquemment entachés tant de passages mal maîtrisés d'un dispositif à un autre que de périodes de vide dans les prises en charge, lorsqu'une personne en difficulté est suspendue à une décision lui échappant, ou bien confrontée à une absence de décision.

La psychiatrie sus évoquée constitue une partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales, les troubles de la vie psychique et notamment les psychoses (pathologies ignorées des personnes atteintes et à l'origine de troubles de la personnalité). La psychiatre Gladys SWAIN (1945-1993) avait proposé d'attribuer au travail psychiatrique une place tierce entre la tentation médicale, avec l'enjeu de guérison, et la tentation sociale défendant l'objectif d'accompagnement en vue d'insertion ou de réinsertion sociétale. Cette complexité contribua à la création du secteur médico-social.

Le concept de modernité favorise la reconnaissance de l'homme comme citoyen à part entière. Nul n'est extérieur à la société démocratique. Dans cette perspective, le rôle de la psychiatrie a évolué vers un équilibre entre l'enfermement et la réappropriation par la société de ceux qui lui paraissaient les plus « étrangers ». La notion de guérison reste aujourd'hui peu présente dans les discours psychiatriques, et les troubles mentaux sont renvoyés à des structures profondes de la personnalité, dont la maîtrise paraît délicate. Au sein des établissements de santé mentale se pose en matière d'orientation la distinction entre les malades dont une sortie peut être envisagée et ceux qui ne pourront jamais quitter l'enceinte hospitalière. L'une des origines des secteurs sociaux et médico-sociaux réside ainsi lorsque la fonction thérapeutique de l'« asile » n'a pu ou ne peut être remplie, et que d'autres alternatives à l'enfermement sont à trouver<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Association nationale des présidents et vice-présidents de CME d'établissements et CH de psychiatrie, De la psychiatrie..., Nantes, Les bulletins d'Information Spécialisés Ed., 1994

<sup>2</sup> L'articulation du sanitaire et du social, Marcel JAEGER

Ces préoccupations furent en lien direct avec la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 qui acta la séparation entre les champs médico-sociaux et sanitaires. La réforme fut notamment influencée par le rapport élaboré en 1962 par le Conseiller d'Etat Pierre Laroque, qui avait alerté les pouvoirs publics sur les conséquences sanitaires de l'allongement de la vie humaine. Il convenait ainsi d'une part d'assurer une meilleure spécialisation des équipements en fonction de l'acuité de la maladie, et d'autre part de faciliter le transfert des charges d'hébergement vers les patients ou les départements. Puis il s'est avéré que la prise en charge médicale de patients chroniques, qu'ils soient encore à leur domicile ou bien en institution, exigeait une coordination des différents intervenants à l'acte de soins, qu'il s'agisse de médecins généralistes ou spécialistes d'une fonction ou d'un organe, de médecins spécialistes de la réadaptation ou de la prévention de la perte d'autonomie, d'infirmiers (IDE), d'aides soignants (AS), de kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes. Tous devaient ainsi coordonner leur intervention afin d'éviter les redondances voire les incohérences. L'idée de réunifier les 2 champs en vue d'optimiser le parcours santé était déjà contenue dans la loi hospitalière du 31 juillet 1991, qui avait prévu un dispositif de soins coordonné d'abord au domicile du malade. L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 fut encore plus explicite en insistant pour que les établissements de santé adhèrent à des réseaux de soins. La renaissance de la réunification sous le concept de territoire fut actée par l'ordonnance hospitalière de 4 septembre 2003 et confirmée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires (HPST)<sup>3</sup>. Cette loi permet de regrouper sous l'égide d'un CH les différents établissements sanitaires et publics et des établissements publics médico-sociaux afin d'organiser un projet médical commun harmonisant la prise en charge des hospitalisés<sup>4</sup>. Ce dispositif peut légitimer l'existence de services médico-sociaux au sein d'établissements sanitaires.

L'exemple concret du Centre Hospitalier Guillaume Rénier (CHGR), établissement public spécialisé en santé mentale (EPSM) implanté sur l'agglomération rennais (Ille et Vilaine) serait susceptible d'illustrer parfaitement ces enjeux.

La logique hospitalière de sectorisation territoriale est maintenue, et à l'origine d'une cohabitation de différents publics ayant un profil psychiatrique. Le CHGR garde une image psychiatrique très marquée, avec une offre majoritairement sanitaire. Son rôle en santé mentale demeure prépondérant sur le territoire de santé. Sachant qu'une dérogation a été obtenue sur l'obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire (GHT) prévue par la loi de modernisation du système de santé<sup>5</sup>, il n'en demeure pas moins que l'axe psychiatrique du Projet médical partagé (PMP) lui a été confié.

---

<sup>3</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

<sup>4</sup> Questions de politiques hospitalières, Jean-Marie CLEMENT

<sup>5</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016



Le projet d'établissement 2012-2016, adopté en vertu des dispositions de l'article L 6143-2 du code de la santé publique (CSP), a conforté sa vocation d'offrir les prestations d'un grand service public de santé mentale à plus de 850.000 habitants du département de l'Ille et Vilaine. Le CHGR est positionné sur un champ d'activités diversifié, avec un effet taille important par le volume de population desservi. Outre les activités de recherche et d'enseignement, les soins de psychiatrie adulte, d'enfants et d'adolescents sont maintenus, au même titre que la prise en charge des addictions, du handicap des enfants et adultes, des personnes âgées et des détenus.

En complément des structures d'addictologie et de SESSAD, pleinement implantées dans des pôles médicaux et articulant une prise en charge d'ordre sanitaire avec un accompagnement médico-social, et qui ne seront pas concernés par les prochains développements, le CHGR a encouragé le développement d'une nouvelle offre. Celle-ci concerne des patients âgés et des patients en situation de handicap mental ou psychique, en hospitalisation au long cours. Cette évolution fut censée trouver un nouvel équilibre entre les orientations de la loi HPST et celles de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'offre du CHGR fait apparaître distinctement un pôle personnes âgées et un pôle handicap mental et psychique.

Les 2 terrains médico-sociaux objets de la présente étude sont d'une part la Maison d'accueil spécialisée (MAS) la plus importante de France de par sa taille, et d'autre part l'EHPAD qui accueille des personnes âgées au profil psychiatrique. Un directeur d'établissement sanitaire, social, et médico-social (DESSMS) adjoint y est positionné.

Le questionnement quant à la raison de fonctionner pour un service en principe à caractère exclusivement médico-social au sein d'un dispositif encore très hospitalo-centré a été révoquée lors d'une enquête administrative survenue à l'EHPAD en octobre 2016. Les représentants syndicaux siégeant au CHSCT ont saisi l'ARS de Bretagne sur l'existence de moyens en personnels insuffisants au sein de l'EHPAD de l'établissement, induisant une diminution de la qualité des prises en charge des résidents. La pratique fréquente d'« alitements administratifs » a été notamment assimilée à une « maltraitance institutionnelle ». A titre explicatif, l'alitement administratif se distingue de l'alitement médicalement prescrit au regard de l'état de santé du patient, et réévalué en fonction de son évolution. Il se différencie également de l'alitement sur demande personnelle du résident souhaitant un temps de repos. L'origine remonte à d'anciennes pratiques dites « coutumières » en secteur gériatrique hospitalier. Les débats entretenus avec les représentants de l'ARS et du Conseil Départemental (CD) de l'Ille et Vilaine ont confirmé les spécificités du secteur médico-social du CHGR. La nécessité lui incombant de s'affranchir de logiques sanitaires et de construire son identité au sein d'une structure de grande taille a été réaffirmée.

Il convient à ce titre de s'interroger sur le rôle donné à l'offre médico-sociale adulte par la Direction Générale du CHGR comme par les autorités de tarification. Effectivement, une articulation est à trouver entre l'existence d'un service spécifique interne au CHGR, nécessitant une attention particulière, et la reconnaissance d'établissements médico-sociaux porteurs d'une mission identifiée à l'échelle territoriale. Bien que ces perceptions du secteur médico-social de la part de personnes décisionnaires soient complémentaires ou bien disparates les unes des autres, il demeure impératif pour le directeur en charge de ces structures de garantir la meilleure compatibilité possible avec les attentes du résident, de ses proches, et également celles du personnel y exerçant quotidiennement.

Une logique de réduction de lits d'hospitalisation pour des usagers avec des profils identifiés (1<sup>ère</sup> partie) conduit à l'émergence d'une culture médico-sociale de leur nouvelle structure d'accueil (2<sup>ème</sup> partie). L'identité médico-sociale reconnue peut conforter l'évolution du secteur en établissement lieu de vie à part entière (3<sup>ème</sup> partie).

### **Méthodologie**

Le choix de la thématique fut déterminé d'abord par des échanges avec plusieurs résidents de la MAS, dans le cadre des démarches d'immersion auprès des équipes soignantes comme à l'occasion de visites de leur part à la Direction compte tenu de leur libre circulation dans l'enceinte du site du Placis Vert. Malgré des possibilités d'échanges verbaux très limitées, la consultation de leur monographie révéla pour la majorité d'entre eux l'existence d'une longue prise en charge antérieure en milieu psychiatrique. Il me sembla opportun de s'intéresser aux évolutions d'un secteur à un autre eu sein d'une unique institution. Par ailleurs, l'actualité sur l'EHPAD engagée en amont du début du stage de professionnalisation relança les débats quant aux enjeux réels de l'offre médico-sociale adulte, anciennes structures sanitaires, en établissement spécialisé en santé mentale. L'avancée déjà entreprise au sein de la MAS s'avérait à accélérer à l'EHPAD.

Les lectures de la réglementation, d'ouvrages et de travaux de recherches, réaffirmant les attendus et objectifs des établissements médico-sociaux, me fournirent de premiers éléments théoriques. Les ateliers mémoire à l'EHESP me permirent de définir plusieurs pistes en amont de la construction de la problématique puis du plan. Le contenu du travail et son organisation fut finalisé essentiellement grâce à la participation à de nombreuses instances et réunions, et surtout avec de nombreux entretiens semi-directifs avec des professionnels comme des représentants des familles. Dans une logique de benchmark, des rencontres ont aussi été organisées auprès de représentants d'établissements extérieurs, de santé comme médico-sociaux.

# **1 Des mouvements de restructuration de l'offre psychiatrique pour des usagers identifiés**

Le développement d'une offre médico-sociale adulte au sein d'un EPSM a consisté à répondre à deux impératifs complémentaires l'un de l'autre. Face à l'enjeu de réduction de lits sanitaires dans une logique d'efficacité médico-économique, il demeurerait aussi essentiel de prévenir des ruptures de parcours pour des patients hospitalisés au long cours. Parmi ces patients figuraient essentiellement des adultes en situation de handicap mental ou psychique. Par ailleurs, le vieillissement de multiples patients au profil psychiatrique et pour lesquels aucune solution alternative à l'hospitalisation n'était envisageable a encouragé l'évolution d'unités psycho gériatriques en EHPAD.

Ces alternatives à l'hospitalisation au long cours (1.1) concernent des résidents ayant majoritairement un parcours psychiatrique (1.2), et pour qui les évolutions démographiques vont nécessiter la définition de nouveaux enjeux (1.3).

## **1.1 Le développement d'alternatives à l'hospitalisation psychiatrique au long cours**

Le CHGR, comme d'autres EPSM, accueille régulièrement en services de psychiatrie des personnes dont l'orientation n'est pas ou plus justifiée sur le plan thérapeutique, mais qui faute de places en structures adaptées à leur pathologie ou à leur dépendance psychique et/ou physique, y demeurent hospitalisées.

Si la distinction entre santé mentale, grand âge, et handicap est relativement précise d'un point de vue théorique, celle-ci demeure plus délicate en matière de prise en charge ou d'accompagnement adapté du fait des caractéristiques afférentes à la personne concernée. Quelle orientation proposer pour une personne âgée démente avec des troubles du comportement, ou à une personne âgée sujette à des séquelles dues à une maladie neuro-dégénérative? Quelle prise en charge sera adaptée à une personne en situation de handicap mental et également schizophrène? De même, l'autisme était considéré au moins jusqu'au milieu des années 1960 comme une maladie psychiatrique à part entière, avant d'être progressivement reconnu comme un trouble de nature biologique<sup>6</sup>.

L'installation de la MAS (1.1.1) puis de l'EHPAD (1.1.2) au sein du CHGR tendent à repenser l'offre en vue d'une alternative à l'hospitalisation.

---

<sup>6</sup> Voyage au bout de l'autisme, Vanessa VIRAG et Dominique PREDALI

### 1.1.1 La création de deux sites de MAS

Les MAS ont été instituées en France à partir de 1978, conformément au décret d'application de la loi du 30 juin 1975 relative à l'intégration des personnes handicapées. En vertu des dispositions des articles R 344-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF), les MAS ont pour mission d'assurer l'accueil d'adultes en situation de handicap et en grande dépendance, du fait de leur incapacité de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence, et de leur nécessité d'une surveillance médicale et de soins constants.

Parmi les 2 sites composant aujourd'hui la MAS du CHGR, le centre du Placis Vert a ouvert à Thorigné-Fouillard en 1977 en qualité d'établissement sanitaire annexe, et avec comme critères d'admission le handicap mental profond et la non agressivité. Le 1<sup>er</sup> juillet 2001, à la suite d'une demande déposée au CROSMS, les 160 lits sanitaires de psychiatrie du site ont été transformés en 160 places de MAS ; transformation concernant tous les résidents adultes du centre. Cette opération fut autorisée par arrêté préfectoral.

Parallèlement, un projet de création de 80 puis de 60 places supplémentaires de MAS fut destiné à compléter le dispositif engagé. Sur cette base, le site Ty Heol a ouvert à Betton, en octobre 2011. Cette ouverture a été réalisée d'une manière concomitante à la fermeture de 3 unités de psychiatrie adulte du CHGR. Un accueil de jour de 12 places a aussi été installé, et un point d'accueil temporaire de 2 places le sera prochainement.

Ces 2 sites sont bien distincts à la fois géographiquement, chronologiquement mais aussi sur le plan architectural, au niveau des résidents accueillis, et des projets identifiés.

Le Placis Vert est situé à 11 kms au nord de Rennes, et en bordure d'une zone forestière sur une superficie d'une dizaine d'hectares. Le site est organisé en maisons construites de plain pied sur une capacité de 20 places chacune, jouxtant des espaces communs consacrés à différentes activités (centre d'animation, balnéothérapie, salle de sports...).

Le site de Ty Héol est implanté à l'entrée de la commune de Betton, également au nord de l'agglomération rennaise. Celui-ci est composé de 4 blocs, soit un bâtiment abritant les services centraux, et 3 maisons de plain pied et de conception identique avec une partie jour et une partie nuit, reliées entre elles.

Dans le cadre de la loi HPST, le CHGR a créé un pôle handicap mental et psychique, et un médecin psychiatre y a été nommé chef de pôle en 2012.

D'autres EPSM ont su développer des secteurs médico-sociaux dédiés au handicap mental ou psychique. Celui du Morbihan (Saint-Avé) a dès la fin des années 1990 engagé la transformation de lits sanitaires, en secteur MAS pour des patients psychotiques

déficitaires, ou en Foyers d'accueil médicalisés (FAM) pour des malades psychiques disposant d'un seuil d'autonomie plus élevé. 2 sites de MAS et 2 de FAM, géographiquement éloignés les uns des autres, accueillent aujourd'hui plus de 190 adultes handicapés psychiques âgés de plus de 20 ans. Tous présentent une situation complexe de handicap, avec altération plus ou moins élevée de leurs capacités de décision et d'action dans les actes de la vie quotidienne.

### **1.1.2 De la psychiatrie vers les unités de soins de longue durée partiellement redéfinies en EHPAD**

Outre les questions d'orientation évoquées en amont, le CHGR se retrouve confronté au problème de vieillissement de la population du département de l'Ille et Vilaine, et de la pression exercée par cette population à l'entrée en psychiatrie. Cette pression est aggravée par les difficultés à mettre en place des projets de sortie du fait de l'insuffisance de lits et de places dans des structures spécialisées dans la prise en charge de personnes âgées au profil psychiatrique.

Le CHGR a engagé une première étape d'adaptation de l'établissement aux besoins de ces patients en transformant des lits de psychiatrie en lits de long séjour. 120 lits d'unités de soins de longue durée (USLD) ont été ouverts en 1992, dont 80 à proximité du site principal du CHGR et 40 sur le site de Chateaugiron. La capacité de long séjour étant toujours insuffisante pour répondre à la demande d'orientation des patients âgés dépendants, le projet d'établissement du CHGR de 1993 a projeté de fixer la capacité de ce long séjour à 200 lits par la construction d'une aile supplémentaire sur le nouveau site de Bruz. Cette création a permis la transformation de 80 lits de psychiatrie générale en 80 lits d'USLD.

A partir de la seconde moitié des années 2000, des premiers mouvements de conversion des lits d'USLD en places d'EHPAD ont été engagés. A titre de rappel, les EHPAD sont des structures médicalisées ayant vocation à accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans, en situation de dépendance due à une perte d'autonomie, conformément aux dispositions des articles D 313-55-0 et suivants du CASF. En 2006, une première coupe PATHOS effectuée dans la région Bretagne attribua au CHGR 20 lits sanitaires et 180 places d'EHPAD pour la prise en charge de ses patients les plus âgés. Le CHGR fit valoir la diversité des pathologies psychiatriques de ses patients et leur caractère de gravité, ainsi que leur degré de dépendance. L'Agence Régionale d'Hospitalisation proposa donc un nouveau découpage maintenant 80 places d'USLD sur le site de Rennes et assurant la

conversion en un EHPAD unique des sites de Chateaugiron (40 lits) et de Bruz (80 lits). Cette opération fut effective à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Dès 2009, l'encadrement médical et soignant avait déjà répertorié sur les 3 sites les patients ayant besoin de soins de nuit et médico-techniques, lesquels ont été maintenus ou transférés à l'USLD. Les autres patients nécessitant une prise en charge médicale moins constante et moins rigoureuse ont été affectés sur les nouveaux secteurs EHPAD. La convention tripartite signée le 31 mars 2010 acta la requalification de 120 lits d'USLD en 120 places d'EHPAD, et légitima les premiers aménagements des organisations de travail en vue d'une adaptation à la nouvelle qualification médico-sociale de l'EHPAD.

Les sites de Bruz et de Chateaugiron sont des structures rattachées au CHGR, faisant avec les 80 lits d'USLD partie intégrante du pôle personnes âgées. Ce pôle est destiné à accueillir des personnes de plus de 60 ans, provenant des secteurs de psychiatrie et des différentes structures médicales et médico-sociales du territoire 5. Un médecin spécialisé en psychologie clinique et disposant d'une expérience confirmée dans la prise en charge de la personne âgée en assure la chefferie<sup>7</sup>.

L'EPSM du Morbihan a également développé un EHPAD d'une capacité de 40 places, assurant l'accueil de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans et souffrant de handicap psychique et/ou de troubles liés au vieillissement.

## **1.2 Des résidents au parcours majoritairement psychiatrique**

En complément des profils des résidents (1.2.1), stabilisés en principe sur le plan sanitaire et psychiatrique, des critères d'admission ont été redéfinis pour les secteurs MAS comme EHPAD (1.2.2).

### **1.2.1 Des profils de résidents ciblés**

Le public accueilli sur la MAS relève très majoritairement du registre de l'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED). Les résidents du Placis Vert sont essentiellement autistes, et près de la moitié d'entre eux y sont présents depuis 1978, année de l'ouverture du centre. Cette longue durée a notamment permis l'acquisition et le maintien de multiples savoirs faire et savoirs être avec ces catégories de résidents. Les profils présents sur la MAS relèvent ainsi essentiellement du handicap mental et

---

<sup>7</sup> Entretiens avec le Dr SHPAK et Mme LETUE, chef et CSS du pôle Personnes âgées

psychique, en particulier sur le registre des TED et des TSA (troubles du spectre autistique) : 140 résidents sur 154 au Placis Vert, 30 résidents sur 60 à Ty Heol. Parmi les autres personnes accueillies, plusieurs sont sujettes à des troubles psychotiques (schizophrénies vieilles, Korsakoff sur personnalités pathologiques, troubles graves de la personnalité), et 14 souffrent de paralysies générales, de pathologies neurologiques depuis la naissance, et de polyhandicap<sup>8</sup>.

Malgré la stabilité évoquée en amont, tant sur le plan institutionnel que sur le plan psychiatrique, le personnel est régulièrement formé face aux comportements à risques, et notamment sur les modalités d'approche d'une personne sujette à l'autisme ou autres TED. Des méthodes préventives sont enseignées notamment face aux risques de gestes non adaptés et susceptibles de déclencher ou de renforcer l'agressivité du résident. Sur 92 fiches d'évènements indésirables transmises en 2016, 13 concernaient des agressions physiques et verbales (contre 32 en 2015). Parmi ces agressions sont recensées une menace verbale, 9 agressions physiques sans dommage corporel, et 3 agressions physiques avec dommage corporel.

A titre d'exemple concret peut être évoqué le parcours de Karim<sup>\*9</sup>, né en 1972, sujet à une psychose infantile à évolution déficitaire et à des troubles comportementaux. Son taux d'incapacité est de 100%. Scolarisé jusqu'à l'âge de 8 ans, il fut ensuite orienté en Institut médico-éducatif (IME) jusqu'à ses 15 ans, où il a confirmé ses progrès en langage et en autonomie, malgré des troubles importants d'élocution et un vocabulaire pauvre persistants. Puis après 3 ans en lieu de vie, il fut hospitalisé durant 10 mois au CHGR avant d'être admis définitivement au Placis Vert en 1991. Les premiers temps de sa prise en charge en milieu sanitaire révèlent des comportements auto agressifs et de violence physique sur d'autres patients comme sur des soignants, une anxiété majeure, ainsi qu'une intolérance à la frustration. Progressivement stabilisé, Karim demeure très ritualisé et quotidiennement victime de ses obsessions. Il manifeste constamment un besoin d'écoute et de compréhension. Le personnel éducatif comme soignant reste sensibilisé en matière de stimulation, de cadrage, et d'atténuation de ses angoisses comme de ses rituels. Il est également suivi régulièrement par la psychologue du Placis Vert.

En 2012, le médecin psychiatre et le médecin généraliste ont réalisé une analyse fine des résidents en termes de diagnostic et de niveau de cotation de leur dépendance en GIR, et PATHOS, pour ceux dont l'âge le permettait. Le GIR moyen est de 2,59, se situant entre celui des USLD et celui des EHPAD, et traduisant donc une grande dépendance chez la majorité des résidents, et ce essentiellement sur le Placis Vert. Par ailleurs, l'analyse

---

<sup>8</sup> Eléments recueillis auprès du Dr COREAU-GUILLER, chef du pôle handicap mental et psychique

<sup>9</sup> Dans un souci de confidentialité, le prénom a été modifié

clinique a permis de coter les résidents non plus en handicap mental (retard mental léger, moyen, profond) mais en handicap psychique, comme le permet la loi n°2005-102 du 11 février 2005.

Au niveau de l'EHPAD, la majorité des résidents a séjourné en psychiatrie en amont de l'admission. Selon des moyennes élaborées en 2016, la répartition des durées antérieures d'hospitalisation sont les suivantes :

	<b>EHPAD de Bruz</b>	<b>EHPAD de Chateaugiron</b>
<b>Plus de 10 ans</b>	11 résidents (13,75%)	6 résidents (15%)
<b>Entre 1 et 10 ans</b>	26 résidents (32,5%)	21 résidents (52,5%)
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	14 résidents (17,5%)	4 résidents (10%)
<b>Entre 1 et 6 mois</b>	17 résidents (21,25%)	8 résidents (20%)
<b>Aucun passage en psychiatrie</b>	12 résidents (15%)	1 résident (2,5%)

A la date du 23 mai 2017, sur les 120 résidents de l'EHPAD, 46 sont en provenance de l'USLD de Rennes (38,98%), 69 de la psychiatrie (58,47%), et 3 en provenance du domicile (2,54%). Il convient à ce titre de s'intéresser à la distribution des pathologies :

	<b>Psychopathologies</b>	<b>Syndromes démentiels dont Alzheimer</b>	<b>Retard mental</b>	<b>Grande dépendance</b>
<b>EHPAD de Bruz</b>	79%	16%	5%	
<b>EHPAD de Chateaugiron</b>	83%	0	17%	16 résidents en fauteuil

Les sites de Bruz et Chateaugiron accueillent 11 personnes handicapées âgées atteintes de retard mental. Le site de Bruz accueille également 13 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui ne sont pas séparées des autres résidents.

Selon que les résidents aient un passé institutionnel ou une provenance du domicile, la charge de travail fluctue. Les personnes provenant du domicile sont a priori plus accoutumées à des comportements individualisés, sollicitant davantage de temps d'intervention des soignants que les résidents ayant une antériorité plus ritualisée par les habitudes de vie en institution. La désorientation, majoritaire parmi la population générale des EHPAD, substitue toutefois aux comportements individualisés des résidents



concernés des attitudes imprévisibles impliquant une surveillance constante. En revanche, les profils plus ritualisés issus des structures psychiatriques présentent, sauf épisodes de décompensation aiguë, des comportements plus prévisibles, du moins pour le plus grand nombre. Certaines psychopathologies conduisent les résidents à formuler des demandes délirantes ou agressives, marquées par des sollicitations très nombreuses, une déambulation excessive et une agitation potentiellement dangereuse. Dès lors ces profils exigent une surveillance comparable à celle qui s'exerce sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer<sup>10</sup>.

En matière de dépendance, la répartition des GIR sur les 200 lits composant l'ensemble du pôle personnes âgées est la suivante (relevé du 30 mars 2017) :

	<b>GIR 1</b>	<b>GIR 2</b>	<b>GIR 3</b>	<b>GIR 4</b>	<b>GIR 5</b>	<b>GIR 6</b>
<b>USLD</b>	20	31	11	11	1	3
<b>EHPAD de Chateaugiron</b>	12	10	3	15	0	0
<b>EHPAD de Bruz</b>	17	33	19	7	2	1
<b>Total</b>	49	74	33	33	3	4

60% de la population accueillie à l'EHPAD est classée en GIR1/GIR2 (contre 57% lors du recensement du 10/06/2014). Cet indicateur démontre une hausse de la grande dépendance des personnes accueillies.

Les niveaux de cotations, relevés à la même date sur l'EHPAD, sont les suivants :

	<b>GIR Moyen Pondéré (GMP)</b>	<b>PATHOS Moyen Pondéré (PMP)</b>
<b>EHPAD de Bruz</b>	770	188
<b>EHPAD de Chateaugiron</b>	717	188

A titre complémentaire, la durée moyenne de séjour (DMS) a été calculée sur les sortants définitifs de 2016 et s'élève à 11 ans. Il est à souligner que la DMS apporte dans le secteur médico-social 3 informations. En premier lieu, elle permet d'effectuer des comparaisons avec des valeurs moyennes sur un territoire donné. Celle-ci est de 4 ans pour l'Ille et Vilaine<sup>11</sup> et de 2,5 ans en moyenne nationale.<sup>12</sup> La tendance nationale est

<sup>10</sup> Propos recueillis auprès du Dr SHPAK et de Mme LETUE

<sup>11</sup> Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

marquée par une réduction régulière de la DMS du fait du développement encourageant des réseaux d'aide à domicile et de l'entrée plus tardive en institution, soit 85 ans en Ille et Vilaine. En deuxième lieu, la DMS constitue un indicateur de la charge de travail, dans la mesure où une rotation plus importante des résidents induit un effort d'adaptation plus marqué pour les soignants. En troisième lieu, elle apporte une information macro-économique sur le taux de création indirecte de places nouvelles et répond implicitement à une augmentation de la demande, à taux d'équipement global constant.

Par opposition, le rôle de la DMS en milieu hospitalier, essentiellement en secteur de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), consiste à apporter 2 informations totalement différentes. L'une tend à renseigner le degré de pénétration de technologies innovantes, notamment en chirurgie, comme par exemple pour les actes sous coelioscopie en ambulatoire. L'autre est destinée à évaluer le risque budgétaire par comparaison des coûts internes constatés et de la rémunération de l'acte en tarification à l'activité (T2A). Les logiques de prise en charge sont ainsi totalement inverses entre le secteur médico-social, où tout l'effort des professionnels est tourné vers l'allongement des DMS pour les personnes âgées et handicapées, et le secteur hospitalier où l'objectif vise à la réduction des DMS en deçà des durées de référence de la T2A<sup>13</sup>.

L'exemple d'orientation à l'EHPAD du CHGR peut être illustré par le cas de Mireille\*<sup>14</sup>, née en 1960. Hospitalisée en psychiatrie à partir de mars 2015, elle a été admise à l'EHPAD en septembre 2016, en obtenant une dérogation d'âge. La demande d'admission a été formulée par son époux, compte tenu de son état de santé nécessitant une surveillance constante, et incompatible avec un retour à domicile. L'état de santé est en nette détérioration, avec une désorientation, une inconscience face au danger (ex : traversée de la route sans vérification de la circulation sur la chaussée), et une tendance à s'enfermer chez elle à double tour, en refusant d'ouvrir à son conjoint ou à ses enfants. Mireille est en GIR 2, et nécessite une surveillance quasi permanente du fait de ses troubles du comportement et du ralentissement quotidien de son état psychique, ainsi qu'un suivi infirmier régulier.

### **1.2.2 Des modalités d'admission réévaluées**

Toute nouvelle admission en MAS doit faire l'objet d'une demande officielle d'inscription sur la liste d'attente. Cette demande émane d'un membre de la famille du résident potentiel ou de l'autorité de tutelle, et doit être appuyée d'une orientation de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Une priorité est accordée aux

---

<sup>12</sup> DREES, Etudes et Recherches, septembre 2016

<sup>13</sup> Eléments recueillis lors de réunions relatives à la réorganisation du travail soignant à l'EHPAD

<sup>14</sup> Dans un souci de confidentialité, le prénom a été modifié

personnes justifiant d'un lien familial ou social sur le département de l'Ille et Vilaine. La demande fait l'objet d'un examen suivi d'un avis de la part du médecin psychiatre de la MAS. La gestion de la liste d'attente comme de la Commission d'admission est assurée par l'assistante sociale ainsi que la secrétaire médico-sociale de la MAS. Dès lors qu'une place se libère, le traitement de la liste d'attente s'effectue par ordre chronologique en fonction de l'ancienneté de l'inscription, à l'exception des cas à caractère urgent. La Commission composée du DESSMS, du médecin psychiatre, de l'assistante sociale, de la psychologue, et du cadre référent de la maison où se trouve la place vacante se réunit afin d'examiner le profil du candidat, son parcours institutionnel, ses troubles comportementaux, ses liens familiaux et sociaux. Les informations à caractère médical sont aussi prises en considération (traitements psychiatriques et somatiques, antécédents médicaux, interventions chirurgicales...). Il y est particulièrement important d'examiner la compatibilité du profil avec les caractéristiques et personnalités des résidents occupant la même maison concernée, afin d'évaluer si une cohabitation est envisageable ou non. A titre indicatif, le nombre moyen d'admissions sur l'internat comme sur l'accueil de jour s'élève à 2 par an. 4 sorties définitives ont été enregistrées sur l'année 2016, dont 3 consécutives à un décès, et une due à une réorientation en établissement médico-social<sup>15</sup>.

Les modalités d'admission au sein de l'EHPAD ont aussi été redéfinies. Historiquement, jusqu'au milieu des années 2000, l'EHPAD intégrait uniquement des résidents en provenance du CHGR. Chaque pôle psychiatrique disposait d'un « quota d'admission », fonctionnant tour à tour. Aucune demande extérieure n'était recevable. Une liste externe a ensuite été instituée.

Dans le cadre des pré-admissions, l'assistante sociale reçoit les familles et /ou tuteurs, ainsi que les résidents s'ils sont en capacité d'être réceptifs et de donner leur consentement. La nature de la structure ainsi que son fonctionnement et les modalités de financement sont communiqués. Une visite sur place est aussi proposée.

Le médecin chef du pôle définit ensuite si le profil du candidat est compatible avec une orientation au sein de l'EHPAD ou bien de l'USLD.

Une fois l'inscription sur la liste d'attente effectuée, le délai est variable en fonction des places disponibles et de l'orientation. Le délai d'attente moyen est impossible à déterminer. Certaines personnes sont inscrites depuis 2012, d'autres sont admises dans des délais très restreints selon le degré d'urgence. Le médecin chef de pôle reste très vigilant sur ce niveau d'urgence, notamment s'agissant des orientations en provenance du domicile.

---

<sup>15</sup> Propos recueillis auprès de Mme GAGEOT, assistante sociale de la MAS

Pour l'année 2016, 40 mouvements de sortie ont été enregistrés sur le pôle personnes âgées. Le décès reste la principale cause de sortie définitive, suivie de transferts internes et réciproques entre l'EHPAD et l'USLD. 19 admissions ont été prononcées sur le pôle, dont 11 à l'EHPAD.

L'EHPAD évolue vers davantage d'hétérogénéité parmi ses résidents, bien que les profils demeurent très majoritairement si ce n'est quasi exclusivement psychiatriques (troubles cognitifs ou pathologies psychiatriques), quelque soit leur provenance. Les troubles du comportement demeurent importants par rapport à de nombreux autres EHPAD.

Le caractère psychiatrique de l'EHPAD comme « l'étiquette CHGR » ont un impact certain sur les demandes d'admission. Lors des visites de pré-admission, outre la réticence affirmée à l'idée de placer leur parent « chez les fous », beaucoup de familles réalisent l'inadaptation de la structure au profil et aux besoins exprimés.

De même, de nombreuses unités psychiatriques du CHGR, et notamment la filière inter hospitalière d'hospitalisation prolongée (FIHP) ont tendance à insister pour faire admettre des patients non entièrement stabilisés<sup>16</sup>. A titre informatif, la FIHP a été instituée dans un enjeu de mutualisation des unités long cours dans une vocation intersectorielle, comme inscrit dans le projet d'établissement du CHGR. Cette réorganisation permet la création d'une filière de soins coordonnée avec les acteurs sociaux et médico-sociaux de territoire au bénéfice de patients hospitalisés de manière prolongée. Elle s'inscrit dans le cadre du projet ARS Bretagne/ Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) sur les parcours en santé mentale, relatif à l'examen des situations d'hospitalisation au long cours en lien avec la MDPH et à la mise en place de dispositifs d'habitat regroupé.

A l'inverse, le rattachement à un EPSM n'a pas d'incidence particulière sur les demandes d'admission au sein de la MAS. L'offre de structures adaptées pour les adultes en situation de handicap mental ou psychique reste effectivement très insuffisante sur le département. Par ailleurs, sur le site de la MDPH, la MAS n'est pas recensée comme établissement psychiatrique, le CHGR étant seulement identifié comme organisme gestionnaire<sup>17</sup>. L'évaluation en vue de l'orientation reste exclusivement réalisée en fonction de la compatibilité du profil<sup>18</sup>.

L'intérêt de conservation d'un EHPAD au sein d'un EPSM reste partagé à l'échelle interne<sup>19</sup>, comme par les autorités de tarification<sup>20</sup>. Le parcours psychiatrique des

---

<sup>16</sup> Entretien avec Mme AUDREN, assistante sociale de l'EHPAD

<sup>17</sup> [http://www.mdp35.fr/sites/default/files/asset/document/foyer\\_fam\\_et\\_mas\\_3.pdf](http://www.mdp35.fr/sites/default/files/asset/document/foyer_fam_et_mas_3.pdf)

<sup>18</sup> Entretien avec Mme GAGEOT

<sup>19</sup> Eléments confirmés par M. GARIN, le Dr SHEPPARD, et le Dr SHPAK

<sup>20</sup> Elément confirmé par Mme COURTEILLE

résidents rendrait leur admission et leur intégration beaucoup plus délicate dans des EHPAD dits «classiques». Le nombre de résidents au profil psychiatrique accueillis dans ces EHPAD reste très marginal, les professionnels n'étant pas suffisamment formés pour leur assurer un accompagnement adéquat comme pour gérer et intervenir directement sur des situations de crises aiguës<sup>21</sup>. Les coopérations avec les EPSM sur le territoire ont ainsi tendance à se renforcer. Parmi les établissements bien avancés peut être mentionné le CH de Janzé, hôpital de proximité situé au sud de l'agglomération rennaise, regroupant initialement 40 lits sanitaires (médecine, soins de suite et de réadaptation) et 149 places d'hébergement EHPAD. L'établissement a récemment fusionné avec l'EHPAD du Theil de Bretagne, anciennement géré par l'Office National des Anciens Combattants et des Victimes de Guerre, et comptant 59 places d'hébergement et plusieurs résidents sujets à des pathologies psychiatriques. Les personnels ont progressivement bénéficié de formations à la discipline psychiatrique, notamment avec l'aide de la psychologue de l'établissement. Les rapprochements conventionnels avec le CHGR se sont confirmés en vue d'optimiser l'articulation entre la filière gériatrique et le secteur psychiatrique<sup>22</sup>.

Les EHPAD psychiatriques n'ont pas d'existence officielle en France à ce jour. Des interrogations se posent quant à l'utilité de prendre davantage en compte les caractéristiques psychiatriques dans les éléments GIR et PATHOS afférents à la tarification<sup>23</sup>. Le phénomène de vieillissement va également nécessiter de multiples réadaptations dans le secteur médico-social au cours des prochaines années.

### **1.3 Les évolutions démographiques à l'origine de nouveaux enjeux**

La population du département de l'Ille et Vilaine demeure plus jeune par rapport à la moyenne nationale, mais connaît un vieillissement accéléré. Si celle-ci s'est accrue de 17,2% de 1999 à 2013, avec une croissance démographique deux fois plus élevée qu'au niveau national, le nombre de personnes de plus de 80 ans a augmenté de plus de 92,6%, et cette hausse s'élève à 119% pour la tranche des 80-84 ans. Le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de plus de 300 personnes par an au cours des 15 prochaines années. L'Ille et Vilaine recense 8,5% d'individus de 75 ans et plus (soient 83.176 personnes en 2011), et 13,2% de 60 à 74 ans. A titre indicatif, ces mêmes données sont à hauteur de 9,2% et 14,9 % pour la moyenne nationale. Par

---

<sup>21</sup> Eléments confirmés par les représentants de l'EHPAD des Champs Manceaux (Rennes)

<sup>22</sup> Elément obtenu en stage d'observation au CH de Janzé, et lors de l'intervention à l'EHESP de Mme JOUZEL, Directrice de l'établissement

<sup>23</sup> Echanges avec le Dr SHPAK et Mme LETUE

ailleurs, l'espérance de vie à la naissance reste équivalente à celle observée en France métropolitaine, soit de 85,1 ans pour les femmes et de 78,9 ans pour les hommes.

L'âge moyen d'entrée en EHPAD et de bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est de 85 ans. L'augmentation de la classe d'âge des plus de 85 ans au cours de ces dernières années devrait générer des besoins croissants d'accompagnement à domicile ou en établissement. Une étude menée par l'INSEE Bretagne en lien avec l'ARS et les 4 conseils départementaux de la région projette 22.300 personnes dépendantes en 2020, soit 23,6% de plus qu'en 2010, et 25.600 pour l'horizon 2030 (soit un accroissement de 15% escompté au cours de la prochaine décennie)<sup>24</sup>.

La longévité et l'espérance de vie augmentent pour tous, y compris pour les personnes handicapées, quelque soit l'origine, la nature, et le niveau de gravité du handicap<sup>25</sup>. Si l'espérance de vie des résidents de la MAS augmente ainsi de la même manière que celle de la population générale, en considérant le maintien d'une prise en charge adaptée et à défaut de nouvelle orientation, l'âge moyen va considérablement s'accroître au cours des prochaines années.

Cette moyenne d'âge est de 49 ans pour le site du Placis Vert et de 50 ans pour le site de Ty Héol. La répartition des âges à l'internat au 31 décembre 2016 était la suivante :

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Nombre de résidents</b>
20 à 29 ans	4
30 à 39 ans	23
40 à 49 ans	55
50 à 59 ans	60
60 à 74 ans	68
75 à 84 ans	2

Au niveau de l'accueil de jour à la même date étaient dénombrés 3 adultes accueillis âgés de 20 à 29 ans, 3 âgés de 30 à 39 ans, et 1 âgé de plus de 40 ans.

Selon des estimations internes initialement élaborées en 2014, la proportion des résidents de plus de 60 ans devrait atteindre 50% en 2022 et devenir majoritaires au cours de la prochaine décennie. Au vu des données chiffrées indiquées précédemment, les prévisions initiales relatives à l'année 2017 restent en adéquation avec le résultat actuel.

---

<sup>24</sup> Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

<sup>25</sup> Les personnes handicapées vieillissantes et âgées, Gérard ZRIBI

	<b>Résidents âgés de plus de 60 ans</b>			
	<b>En effectif</b>		<b>En pourcentage</b>	
	<b>Placis Vert</b>	<b>Ty Heol</b>	<b>Placis Vert</b>	<b>Ty Heol</b>
<b>2014</b>	42	13	27%	23%
<b>2017</b>	54	22	34%	39%
<b>2022</b>	77	34	48%	60%
<b>2027</b>	96	44	60%	77%

Une projection du nombre des personnes âgées de plus de 70 ans était aussi reconnue comme intéressante à effectuer, même si sa fiabilité reste moindre du fait des risques de décès. En effet, il est légitime de penser qu'en sus de leurs pathologies actuelles, les résidents présenteront des pathologies plus spécifiquement gériatriques, notamment des démences et de fait une dépendance accrue et une charge de soins plus importante. Il est ainsi vraisemblable d'estimer que la 3<sup>ème</sup> décennie de ce siècle verra la population des plus de 70 ans dépasser le quart de l'ensemble des résidents accueillis à la MAS.

	<b>Résidents âgés de plus de 70 ans</b>			
	<b>En effectif</b>		<b>En pourcentage</b>	
	<b>Placis Vert</b>	<b>Ty Heol</b>	<b>Placis Vert</b>	<b>Ty Heol</b>
<b>2014</b>	3	0	27%	0
<b>2017</b>	9	0	6%	0
<b>2022</b>	22	4	14%	7%
<b>2027</b>	54	22	34%	39%

De manière générale, parmi les évolutions de ces 30 dernières années à mettre en avant pour donner une explication à l'amélioration de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap figurent les progrès médicaux et les réaménagements matériels comme humains entrepris au sein des MAS comme d'autres structures médico-sociales. Les progrès médicaux ont effectivement permis l'éradication de certaines maladies à l'origine de risques prénataux comme la rubéole, d'établir des diagnostics plus précis ainsi qu'une meilleure prise en charge autour de la naissance. Le nombre de personnes en situation de polyhandicap sévère est en diminution, à l'inverse du nombre de handicaps psychiques. Au niveau institutionnel, les MAS comme les foyers d'accueil médicalisés (FAM) n'ont plus seulement vocation à assurer l'admission d'individus autrefois perçus par la société civile comme « incasables », « incurables » ou « inclassables » (idiots, arriérés ou débiles profonds, grabataires, végétatifs, gâteux...) qui occupaient les fonds des salles d'internat des asiles psychiatriques, avant la transformation de ces pavillons en services pour « psycho déficitaires chroniques ». En outre, la plupart de ces sujets

n'avaient aucun membre de leur famille connu, étant souvent abandonnés dès la naissance ou bien, devant l'ampleur de leur handicap, laissés à l'hôpital, puis en pouponnière, avant d'être ballotés de familles d'accueil en établissements de santé. De nouvelles classifications (handicap moteur grave, retard mental plus ou moins profond, personne souffrant de maladie ou de déficience mentale, maladie chromosomique, handicap sensoriel, sujet à des troubles épileptiques) ont contribué à la reconnaissance progressive d'une identité propre à la personne accueillie, liée à sa pathologie et à son parcours, et à une réadaptation conséquente de sa prise en charge. Le personnel formé veille à la santé, à l'hygiène, à la nourriture, ainsi qu'à la mise à disposition de moyens éducatifs et thérapeutiques appropriés. Il s'agit désormais de répondre aux besoins de personnes que l'on sent capables d'entamer ou de poursuivre des apprentissages, comme de développer des compétences, même minimes, avec une relation d'échange et d'écoute ; progrès à stimuler et à renforcer encore aujourd'hui<sup>26</sup>.

La moyenne d'âge de l'EHPAD du CHGR est d'environ 75 ans, soit plus faible que celle de l'âge moyen d'entrée à l'échelle nationale et départementale, et plus stagnante en comparaison avec celle enregistrée à la MAS.

	<b>Nombre de résidents au 01/09/2014</b>	<b>Nombre de résidents au 23/05/2017</b>	<b>Taux au 01/09/2014</b>	<b>Taux au 23/05/2017</b>
<b>Moins de 60 ans</b>	6	3 (de 56 à 59 ans)	5%	2,5%
<b>60 à 69 ans</b>	34	37	28%	31%
<b>70 à 79 ans</b>	38	46	31%	38,5%
<b>80 à 89 ans</b>	33	27	27%	22,5%
<b>90 ans et plus</b>	9	7 (de 90 à 97 ans)	8%	6,5%

La hausse de la moyenne d'âge au sein de la MAS conjugué avec le peu d'évolution de celle en EHPAD soulignent l'intérêt des réflexions engagées en matière de déclouonnement entre les services pour personnes âgées et les services pour personnes en situation de handicap dans le cadre des mutations du secteur médico-social dans son ensemble. A l'échelle départementale, les deux thématiques sont traitées communément dans un seul et unique schéma d'orientation en faveur de leur autonomie.

<sup>26</sup> La vie en MAS : Quel accompagnement ? ; Françoise VERGNE, Gérard MEDICI



Si dans le cadre de l'organisation des établissements des perspectives de regroupements entre unités voire de cohabitations entre publics pourraient être envisagées, celles-ci sont encore peu réalisables à ce jour ou encore très marginales. L'exemple de l'EHPAD de la Poterie situé à Chartres de Bretagne au sud de l'agglomération rennaise mérite d'être mis en avant. Un seul établissement public communal dispose de 53 places d'EHPAD et de 6 places de foyer de vie. Le projet a consisté à assurer un accueil conjoint entre le parent âgé admis en EHPAD et celui de son enfant adulte handicapé pour qui le maintien à domicile restait impossible. Il s'agit de permettre à ces deux personnes d'intégrer simultanément la même institution leur garantissant un accompagnement adapté à leurs propres besoins. Plusieurs postes ont été mutualisés, notamment ceux d'aides médico-psychologiques (AMP). La moyenne d'âge au sein de l'EHPAD est de 87 ans, et de 55 ans pour le foyer de vie. Les premiers résultats s'avèrent particulièrement encourageants. Cette organisation rassure les parents vieillissants pour lesquels une séparation avec leur progéniture serait éprouvante<sup>27</sup>.

Concernant les structures médico-sociales implantées au sein d'EPSM, des évolutions similaires restent encore délicates à envisager. L'EPSM de Saint Avé (Morbihan) dispose également d'une structure EHPAD regroupant de vieilles personnes psychotiques relativement autonomes avec un GIR et un PATHOS peu élevés et des personnes issues de l'inter secteur géronto-psychiatrique. Selon le directeur du pôle médico-social, l'EHPAD pourrait davantage accueillir des profils FAM en situation de vieillissement, plutôt que des profils MAS.

Au niveau du CHGR, les structures restent géographiquement très éloignées, les unes au nord de la périphérie de Rennes et les autres au sud, soit avec une distance d'une quarantaine de kilomètres. Une cohabitation, même partielle, entre les publics ne semble pas opportune, et ce malgré les points communs d'un long parcours institutionnel et d'un niveau de dépendance relativement élevé pour la majorité d'entre eux<sup>28</sup>. Les principaux obstacles sont liés à des disparités radicales entre les profils et les enjeux d'accompagnement, comme sur le plan des pratiques professionnelles. Ainsi concrètement, de la même manière qu'un regroupement entre personnes autistes et psychotiques au sein même d'un établissement accueillant des adultes en situation de handicap se révèle très difficilement fructueux, un rapprochement de ces catégories de publics avec des personnes Alzheimer ou sujettes à d'autres maladies neurodégénératives ne pourra être optimal. En outre le concept de vieillissement pour la personne en situation de handicap ne peut être uniquement lié à l'âge. Beaucoup d'entre

---

<sup>27</sup> Eléments recueillis auprès de Mme COUDRAY, Directrice de l'établissement

<sup>28</sup> Propos recueillis auprès du Dr COREAU GUILLIER et du Dr SHPAK

elles sont sujettes à un vieillissement prématuré subi à partir de 50 ans voire 40 ans. Les phénomènes de « régression » plus ou moins rapides comme de « désadaptation » ou d' « usure » sont à l'origine d'un véritable effondrement de leur autonomie.<sup>29</sup> Au-delà des facteurs spécifiques à certaines catégories de handicaps, comme l'aggravation des épilepsies ou la fragilité des acquis en matière d'autonomie élémentaire pour les psychotiques déficitaires parvenus à l'âge adulte, d'autres facteurs plus globaux sont propres au vieillissement accéléré. Parmi ceux-ci figurent les troubles alimentaires (défauts de mastication, difficultés afférentes au transit intestinal, fausses routes), les problèmes de sommeil (sur le plan qualitatif comme quantitatif), et le non respect de l'équilibre des rythmes (veille et sommeil, activité et repos, prise alimentaire...).

Par ailleurs, les moyens financiers comme les ratios en personnels demeurent très inégalitaires d'une structure à l'autre. Si la MAS compte 270 ETP pour 220 places, soit un ratio moyen de 0,70 ETP par résident, les effectifs sont beaucoup plus faibles en EHPAD. Si des orientations de personnes de MAS vers les EHPAD pourraient avoir un impact positif sur la gestion des listes d'attente, celles-ci seraient très probablement mal vécues par les résidents comme par leur famille, craignant ainsi une disponibilité du personnel plus réduite et en conséquence une diminution de la qualité de l'accompagnement adapté à la personne<sup>30</sup>. Le maintien du meilleur degré d'autonomie et des repères du résident, le respect de ses souhaits, de ses rythmes et us de vie, de son intimité, ainsi que la poursuite ou la restauration de son lien social constituent des objectifs à préserver à part entière.

Malgré les différences avérées entre les publics et les enjeux des structures assurant leur accompagnement, malgré le rattachement au même EPSM, il reste essentiel de donner un sens réel à la prise en charge du handicap et de la vieillesse. En EHPAD comme en MAS, le travail professionnel est à axer sur le maintien et la consolidation des acquis, tant par des exercices répétitifs, quotidiens, et routiniers que par de nouvelles initiatives dans les pratiques éducatives et soignantes, en vue de progresser dans l'accompagnement. Il appartient au DESSMS de tenir compte des besoins et des attentes spécifiques et propres à chaque résident en vue de proposer, après concertation pluri professionnelle, un projet d'accompagnement cohérent et respectant le mieux possible la participation et le consentement de l'utilisateur citoyen.

---

<sup>29</sup> L'accompagnement de la vieillesse : l'exemple de la Fondation John Bost, Philippe GABBAI

<sup>30</sup> Propos recueillis auprès des équipes de la MAS du CHGR, et confirmés par M. LECOURT

## **2 Vers une culture médico-sociale à part entière**

L'institution de structures à caractère médico-social nécessite l'adoption d'un fonctionnement et d'une organisation conformes à leur mission définie. Cette révolution culturelle marquée par un affranchissement de la logique sanitaire, sans remise en cause des nécessités de soins et de traitements médicaux et soignants, suppose une assimilation et une reconnaissance de tous du principe selon lequel ces entités constituent désormais des lieux de vie et non plus des services hospitaliers annexes.

Il s'agit d'évoluer vers une philosophie d'accompagnement du résident en lieu et place d'une prise en charge du patient (2.1) conditionnée par l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles pratiques professionnelles (2.2). Ces transformations supposent un accompagnement de chaque acteur face au changement (2.3).

### **2.1 De la prise en charge du patient à l'accompagnement du résident**

L'hôpital assure essentiellement la gestion de crises aiguës, par une prise en charge temporaire visant à une stabilisation d'un état psychique ou somatique. La finalité médico-sociale reste à plus long terme, ne suppose pas l'apport d'une solution immédiate, et s'inscrit dans un projet de vie et non un projet de soins. Malgré un rééquilibrage de la relation entre le médecin et le patient confirmé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, la prise en charge sanitaire reste axée sur une logique selon laquelle le professionnel de santé détermine l'acte ou le traitement qu'il juge le plus adapté à l'état de santé du patient, qu'il met en œuvre directement après recueil du consentement suivi d'une information (en dehors de certains contextes d'urgence ou de soins sous contrainte). Le socle de l'accompagnement médico-social consiste à demander l'avis du résident et à connaître continuellement ses besoins en essayant d'établir avec lui un échange adapté à sa capacité à communiquer. Cette évolution se résume par le passage du patient objet de soins au résident sujet d'accompagnement.

Reconnu comme citoyen à part entière, le résident a des droits et des devoirs qui s'accompagnent de compétences et d'incapacités. Le professionnel se doit donc de découvrir la richesse et la singularité de chaque usager sans se limiter aux seuls diagnostics médicaux. Il est important d'éviter l'écueil selon lequel on pense savoir à la place de la personne concernée ce qui est bon pour elle en poursuivant des actions ou des mesures en plus ou moins grand décalage avec ses attentes et ses besoins réels.

Cette philosophie est à concrétiser prioritairement par la mise en place d'outils d'accompagnement individualisés (2.1.1) et par la reconnaissance de la notion de domicile du résident (2.1.2).

### **2.1.1 La mise en place d'outils d'accompagnement individualisés**

La MAS comme l'EHPAD défendent leurs propres valeurs. Celles de la MAS sont formalisées dans le projet d'établissement de la structure tandis que celles de l'EHPAD sont redéfinies et en cours d'officialisation. Les valeurs communes sont axées sur la promotion du concept de lieu de vie adapté au bien être du résident, dans le respect de sa dignité, en recherchant activement son expression et sa participation dans la mesure de ses capacités, et ce tout en garantissant un accompagnement de qualité.

La philosophie d'accompagnement des résidents faisant l'objet d'une réflexion évolutive au sein de l'EHPAD, et méritant d'être aussi renforcée à la MAS en préservant l'identité de la structure, énonce comme principe général celui de la promotion des concepts de bientraitance et d'humanité. Cela signifie que l'établissement s'engage à promouvoir un milieu de vie garant de l'autonomie, de la liberté, de la citoyenneté, de la qualité de vie des résidents en déployant une culture d'accompagnement et de soins en accord avec leurs besoins explicites comme implicites. La promotion de la bientraitance et le respect de la personne humaine se déclinent à différents niveaux du soin et de l'accompagnement :

- La personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement du résident.
- Le respect des choix, des rythmes, et les habitudes de vie de chaque résident.
- L'attention et l'écoute auprès de chaque résident.
- Le maintien ou la facilitation des liens familiaux et amicaux.
- Le soutien et l'accompagnement de l'autonomie
- La recherche du bien-être et de la qualité de vie.
- Une qualité de soins satisfaisante et la prise en charge de la douleur.
- La stimulation des fonctions cognitives et des actes de la vie quotidienne.
- La sécurisation de l'environnement
- L'accompagnement avec dignité des fins de vie.

Ces enjeux nécessitent la proposition d'un projet d'accompagnement personnalisé et individualisé permettant une réponse adaptée à chaque personne. Le rôle du DESSMS consiste à bien formaliser l'ensemble des dispositifs afin de clarifier les valeurs et missions qui en découlent. Dans le cadre du virage médico-social, la mise en place des commissions d'admission au sein de la MAS constitue un 1<sup>er</sup> élément méritant d'être souligné. Pour une prise en charge sanitaire, l'admission comme l'orientation s'effectuent exclusivement sur avis médical. La mise en place d'une commission d'admission permet à l'inverse la tenue d'un débat pluridisciplinaire, afin d'estimer l'opportunité ou non d'intégrer une nouvelle personne. L'avis médical reste fondamental mais partagé avec

celui d'autres intervenants potentiels dans l'accompagnement du futur résident. C'est à l'issue du choix défini par la commission que le DESSMS établit et signe le courrier d'acceptation ou de refus. Ce fonctionnement acté et effectivement applicable à la MAS sera à développer à l'EHPAD, au moins pour homogénéiser les pratiques.

La formalisation du projet personnalisé constitue un 2<sup>nd</sup> levier incontournable pour garantir un accompagnement optimal. Ce document consiste à officialiser la prise en compte des attentes concrètes de la personne accueillie et accompagnée, de permettre son expression et sa participation, et de négocier un compromis entre ses attentes, celles de son entourage, et les moyens dont disposent des professionnels. La loi n°2002-2 prévoit que l'exercice des droits et libertés individuelles de la personne doit notamment être assuré par « la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement de la personne qui la concerne » (article L 311-3 du CASF). L'obstacle majeur persistant dans de nombreuses structures médico-sociales en la matière est le suivant : beaucoup de professionnels intègrent la nécessité d'établir et de faire fonctionner un projet personnalisé, en assurant un suivi plus ou moins rigoureux, mais sans avoir assimilé en amont les finalités escomptées. De nombreuses confusions persistent lorsque beaucoup continuent à penser que les éléments définis seront les meilleurs pour le résident, sans pour autant s'en assurer en amont comme en aval.

A titre d'exemple, lors de l'évaluation interne de la MAS de l'EPSM du Morbihan, le Directeur et l'encadrement mirent en avant la mise en place de projets individualisés, étape essentielle dans l'enracinement médico-social. L'évaluation révéla néanmoins que le résident et sa famille n'avaient pas été associés à la démarche. Il s'avéra ainsi que la structure avait bien la volonté affirmée de réaliser des prestations et services médico-sociaux, mais sans en avoir compris la philosophie correspondante. La mise en place consécutive d'un groupe de travail commun à l'ensemble de la MAS a permis l'élaboration d'une maquette commune de projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et d'un guide d'utilisation. Tous les agents du pôle ont été formés et une session de formation par an est assurée pour les nouveaux arrivants. Le Directeur a également rédigé une note de service relative au PAP. La MAS de l'EPSM du Morbihan dispose ainsi d'outils « faits maison » et bien formalisés, avec une charte interne récapitulative des valeurs communes, ainsi que d'un projet commun et partagé<sup>31</sup>.

Le terme de projet personnalisé a été retenu par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux (ANESM) pour qualifier la démarche de

---

<sup>31</sup> Entretien avec M. LECOURT

co-construction du projet entre la personne accueillie et accompagnée, son représentant légal, et les équipes professionnelles. Le processus se décline en plusieurs étapes :

- Premiers contacts recueillant les attentes du résident et analyse de situation
- Co-construction du projet en réunion pluridisciplinaire associant des personnes ressources (référents, tuteur, médecin, assistante sociale, soignants...)
- Phase de décision à partir de la validation d'objectifs et d'un plan d'actions personnalisé. Le plan est présenté au résident et/ou son représentant légal pour approbation et signatures
- Mise en œuvre du projet dès lors que les objectifs et les actions sont retranscrits dans les plans d'accompagnement et de soins au quotidien
- Réévaluation du PAP une fois par an.

Tous les résidents de la MAS du CHGR ont aujourd'hui un projet « personnalisé », qualifié de projet de vie individualisé (PVI), élaboré par l'équipe pluridisciplinaire en définissant les objectifs et moyens associés. Ce PVI est coproduit avec l'utilisateur et/ou son représentant légal qui participe, selon son degré d'investissement dans la vie du résident, à la définition des objectifs d'accompagnement. Les actions proposées sont en adéquation avec les problèmes identifiés et les souhaits de l'utilisateur lorsqu'il peut les exprimer. Elles respectent ses habitudes de vie, et une prise en charge individualisée (avec activités individuelles ou collectives) est proposée. Le contrat de séjour de la MAS précise que les rythmes de vie sont adaptés aux besoins de chaque résident, dans les limites des contraintes collectives et des moyens en personnel. Il est notamment prévu d'individualiser au maximum les heures de lever, de sieste et de coucher. Les PVI sont évalués tous les 2 ans sous forme de synthèses avec un bilan des objectifs.

Les difficultés de compréhension et de communication rendent délicates la participation active du résident à son PVI. A titre indicatif seule une dizaine de résidents sur les 160 du Placis Vert a accès au langage. A contrario, seuls 14 résidents de Ty Heol ne peuvent communiquer verbalement. D'une manière générale, la demande d'un utilisateur est globalement prise en compte selon différents modes d'expression: comportements, attitudes et gestuelles observées et interprétées par les professionnels de terrain.

Deux exemples de PVI peuvent être mentionnés à titre illustratif.

Louis\*, âgé de 46 ans, est sujet à un retard mental et à une psychose infantile déficitaire. Son élocution est difficilement compréhensible malgré son souhait réel de communiquer et son besoin affectif. Il est en quête permanente de petits objets qu'il s'approprie et collectionne, et nécessite un accompagnement dans tous les gestes de la vie courante ainsi qu'une surveillance constante. Son PVI défend l'importance de maintenir ses acquis,

de lui proposer des activités manuelles qu'il apprécie beaucoup, de le valoriser par la participation à diverses tâches quotidiennes, et de favoriser les sorties.

Christophe<sup>\*32</sup>, âgé de 45 ans, est victime depuis sa naissance d'une perturbation du développement psychomoteur, d'une lourde déficience mentale, et de graves troubles somatiques. Il est incapable de marcher et reste dans son fauteuil le matin et en laveuse l'après-midi. Il s'exprime par des bruits, des cris, des sourires, est sensible au son de la voix d'autrui et reconnaît bien les personnels soignants. Sa dépendance est complète pour la toilette, l'habillage, l'alimentation, et le coucher devant s'effectuer dans une position déterminée. Les nécessités de préserver ses acquis et de poursuivre les soins de confort et de bien-être ont été réaffirmées. Figurent notamment la balnéothérapie, les activités d'éveil corporel avec l'ergothérapeute, les sorties dans l'enceinte du Placis Vert et les goûters dans son fauteuil avec les autres résidents. Les visites régulières de ses parents et de sa sœur sont aussi à maintenir.

Un chantier de grande taille reste à mettre en œuvre sur ce plan au sein de l'EHPAD. A titre préliminaire, et de manière générale, une admission ne fait pas l'objet en amont du recueil du consentement de la personne quant à son placement. Les résidents disposant aujourd'hui d'un projet de soins personnalisé sont en mesure d'exprimer leur consentement et leurs attentes. Les équipes souhaitent au préalable généraliser les PAP, mais en confondant les enjeux avec ceux du projet de soins personnalisé encore prépondérant. Une réflexion est ainsi engagée en vue de définir un accord commun sur les termes, d'élaborer une maquette, et de déterminer qui peut relever ou non d'un PAP, celui-ci étant un droit et non une obligation. Si les objectifs et la philosophie restent en adéquation avec ceux existants à la MAS, les modalités de mise en œuvre en EHPAD restent spécifiques aux enjeux propres à la structure. Le projet de soins est à intégrer au PAP. A défaut, pour refus ou impossibilité du résident à donner son consentement éclairé, seul un projet de soins est élaboré<sup>33</sup>.

Un travail de fond est à coordonner par le DESSMS sur le secteur médico-social, en vue d'harmoniser l'ensemble des pratiques d'accompagnement tout en préservant l'identité propre à chaque structure. Le principe selon lequel le projet personnalisé est celui du résident et non celui de l'équipe, ni celui de sa famille, reste primordial et donc à enregistrer et à stimuler auprès de chaque intervenant.

---

<sup>32</sup> Dans un souci de confidentialité, les prénoms ont été modifiés

<sup>33</sup> Eléments recueillis auprès de Mme LETUE

## 2.1.2 La reconnaissance de la notion de domicile du résident

Le principe à faire admettre et reconnaître en milieu médico-social est celui selon lequel le résident se trouve chez lui, à son domicile, et non hospitalisé ou uniquement installé dans un programme de soins.

En qualité de lieu de vie, la MAS et l'EHPAD se doivent de proposer un cadre adapté à la promotion du bien être des résidents, leur assurant un niveau de confort satisfaisant.

Sur le plan des conceptions des 2 sites de la MAS évoquées précédemment, des réaménagements restent à entreprendre.

La 5<sup>ème</sup> orientation du projet d'établissement est relative à la poursuite de la restructuration complète des 5 maisons non rénovées du site du Placis Vert, dans le but d'assurer des conditions de vie similaires au domicile et garantissant le respect de l'intimité. Une inspection de la MAS intervenue en septembre 2011 a en effet constaté que le patrimoine immobilier était hétérogène, et donc partiellement non fonctionnel et non adapté à la population accueillie. Ces irrégularités étaient soulignées essentiellement par l'existence de chambres collectives pouvant accueillir jusqu'à 4 résidents, ainsi que l'absence de douches dans les chambres des maisons non rénovées, les sanitaires y étant collectifs. De plus, l'état de vétusté plus ou moins important suivant les maisons pouvait majorer ce défaut de configuration. Les mêmes constats sont ressortis lors de l'évaluation externe sur la MAS en octobre 2014.

Un comité associant le DESSMS, des responsables de la Direction des Plans et Travaux du CHGR, des professionnels et des responsables de la MAS ainsi que des représentants des familles s'est réuni à plusieurs reprises à partir de 2014. Des plans complémentaires de réorganisation et de rénovation de maisons ont ainsi été élaborés, avec des priorités définies. Ces restructurations seront réalisées en intégrant les problématiques spécifiques à l'autisme et au vieillissement. Trois maisons permettent actuellement à leurs résidents de disposer de leur propre chambre rénovée avec sanitaires personnels

Dans l'attente de la suite des opérations, des disparités persistent au niveau des conditions matérielles d'accueil pas toujours adaptées au profil ni à la personnalité des résidents. Le cas de Pedro\*, âgé de 45 ans, peut illustrer cette problématique. Il réside au Placis-Vert depuis 1978, est déficient mental profond et psychotique avec stéréotypie. Il reste très solitaire et centré sur lui-même, calme, non agressif, et n'est sujet à aucun trouble du comportement. Accueilli dans la maison la plus vétuste et la plus bruyante du site, il partage sa chambre avec 3 autres résidents, et ses toilettes sont réalisées dans des espaces communs. Il n'a jamais manifesté de signes particuliers de mal être du fait de ces conditions, même auprès de ses proches, et ce malgré son langage verbal très pauvre. Des améliorations s'avèreront néanmoins bénéfiques à son quotidien.



Des inégalités subsistent également au sein de l'EHPAD. Le site de Châteaugiron demeure le « parent pauvre » du service, initialement dédié au placement de résidents n'ayant aucun lien familial ni amical. Les locaux ne sont ni agréables ni adaptés à un accompagnement optimal. La plupart des chambres sont doubles avec des sanitaires communs, les espaces manquent de lumière naturelle et rendent la déambulation difficile. Sur le site de Bruz, les chambres simples sont plus nombreuses et comportent chacune une douche. Leur situation au rez-de-chaussée, à l'inverse du site de Chateaugiron, facilite les promenades intérieures comme vers le patio extérieur. Malgré ces différences qualitatives les tarifs hébergement restent identiques sur les 2 sites.

En complément des aspects d'ordre matériel et architectural, une homogénéisation des publics sur chaque site ou unité de la MAS comme de l'EHPAD reste à entreprendre afin de rendre plus lisibles leurs différences et spécificités.

Pour la MAS, le site du Placis Vert reste le plus approprié pour accueillir des personnes autistes et dépourvues de langage. Sur le site de Ty Heol, il serait pertinent de rééquilibrer certaines maisons en termes de population accueillie. En effet, 2 maisons accueillent des profils trop hétérogènes, à savoir 9 résidents autistes et sans langage, 9 autres plus psychotiques, et 2 à 3 autres un peu en marge de ces 2 catégories. Alors que certains ont besoin de calme, de stabilité, d'activités ritualisées et de cadre, les autres sont beaucoup plus agités. Ces derniers doivent, en fonction de leur état clinique, se voir reconnaître plus de souplesse, notamment au niveau des temps collectifs et du respect de leur intimité. Par ailleurs, plusieurs seraient capables d'apprendre certaines habiletés sociales, et de s'ouvrir vers la Cité.

Des réflexions au sein de l'EHPAD visent à profiler les accompagnements, à partir de 3 profils différents répartis en 3 unités. L'une serait consacrée à l'accompagnement de la démence et des troubles du comportement, une 2<sup>ème</sup> aux résidents en grande dépendance, et une 3<sup>ème</sup> aux psychotiques vieilliss. Il s'agirait de créer une dynamique spécifique à chaque pathologie, dans chaque unité<sup>34</sup>.

Ces perspectives de réorganisation renforcent le rôle crucial du DESSMS en créant une dynamique et en assurant le contrôle des mouvements. Ce pilotage de projets fixe une ligne générale permettant de faire travailler chacun dans son propre domaine de compétences. Une coordination concertée avec l'encadrement médical et soignant favorise la réalisation et la concrétisation des objectifs donnés.

---

<sup>34</sup> Echanges avec le corps médico-soignant de l'EHPAD et de la MAS

## **2.2 L'évolution des métiers et la réorganisation des tâches à renforcer**

Un lieu de vie attribue à l'accompagnement social et à l'animation une place prioritaire sur l'offre de soins. Dans cette perspective, des moyens matériels et humains sont à mobiliser, et une réorganisation du temps reste à envisager. Le contenu du programme d'animation et socio-éducatif est à déterminer, au même titre que le rôle et le positionnement du personnel dédié. La fixation des moments de la journée les plus opportuns n'est pas non plus à omettre. Selon des avis concordants, les résidents sont ainsi généralement plus disposés et moins fatigués durant la matinée.

Des réorganisations des missions professionnelles (2.2.1) facilitent la mise en œuvre de nouveaux projets concrets pour stimuler la participation sociale du résident (2.2.2)

### **2.2.1 La réorganisation des missions professionnelles**

La MAS du CHGR était considérée jusqu'en 2001 comme un établissement sanitaire annexe. L'encadrement médical et soignant était plus nombreux. Par ailleurs, dès les premières années de fonctionnement du site du Placis Vert, certains soignants prirent l'initiative de proposer une première logique d'accompagnement pour les malades accueillis dans des unités sanitaires non adaptées.

La 1<sup>ère</sup> étape consista à faire émerger des missions d'Aides médico-psychologiques (AMP), parmi les AS volontaires, en réponse à l'idée selon laquelle l'accompagnement ne peut s'effectuer seulement au niveau du soin. Plusieurs de ces nouveaux AMP défendirent le résident comme citoyen, et donc semblable au plus grand nombre et ainsi porteur de droits communs, parmi lesquels celui d'effectuer des sorties à l'extérieur de l'institution, du cinéma aux séjours de vacances.

La 2<sup>nde</sup> étape assimilable au début d'un véritable choc culturel fut consécutive à l'ouverture du site de Ty Heol, impliquant une réorganisation sur l'ensemble de la MAS. A titre indicatif, cette ouverture impliqua le transfert en l'espace d'une journée et demie de 3 groupes de 20 résidents qui ne se connaissaient pas, et une réorganisation des équipes. Un cadre de santé est désormais mobilisé sur 2 maisons, ainsi que 2 IDE sur une seule maison contre 5 auparavant, ces derniers ayant majoritairement un profil d'infirmier de secteur psychiatrique. Par la suite, une trentaine de postes d'IDE ont progressivement été supprimés et remplacés en 13 postes de moniteurs éducateurs (ME) et 19 postes d'Auxiliaires de vie sociale (AVS)<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Entretien avec M.ANNEIX

Le ME est chargé de la coordination des PVI et des activités. Il contribue activement à une prise en charge plus éducative, prenant en compte les différents besoins de la personne, au delà de ses besoins primaires. Au niveau de l'animation, il intervient dans la prise en compte de ce que les résidents veulent vraiment réaliser, en proposant des activités en adéquation avec leurs attentes, en interne comme en dehors des murs de la MAS. Il est primordial de rendre le résident le plus acteur possible dans l'individualisation de sa prise en charge. L'encadrement continue à se renforcer dans cette perspective, avec l'arrivée récente d'un agent faisant fonction de cadre socio-éducatif et l'attente d'un premier éducateur spécialisé au cours du second semestre 2017. L'articulation de leurs missions respectives est en cours de finalisation.

Parmi la redéfinition des métiers dans la poursuite du virage médico-social peut être évoqué en 1<sup>er</sup> lieu le rôle ciblé de l'ergothérapeute. Celui-ci consiste à organiser des activités de rééducation et de réadaptation pour stimuler l'autonomie ou pour compenser le handicap, comme la balnéothérapie, l'éveil corporel, la stimulation mémorielle, ou la mosaïque. Son travail de référent de la gestion du matériel adapté (fauteuils, chaussures orthopédiques) occupe aussi une place importante. Le vieillissement des résidents nécessiterait la mobilisation d'au moins +0,5 ETP. Chaque année, près de 5 résidents supplémentaires ne sont plus en capacité de marcher et ainsi contraints de se déplacer en fauteuil roulant. L'ergothérapeute est aussi davantage sollicitée dans la commande et l'utilisation de matériel anti escarres, et d'appareillage orthopédique qui nécessite une prise en charge sur mesure. En effet, plusieurs résidents sont sujets à des déformations corporelles, et la définition d'équipements adaptés prend un certain temps.

En 2<sup>nd</sup> lieu, la redéfinition des missions des psychologues mérite d'être mentionnée. Près d'1 ETP est affecté sur chaque site. Un suivi individuel est assuré auprès de certains résidents, à leur demande ou bien sur les conseils de l'équipe référente, et avec des objectifs différents selon la personnalité et les besoins. La participation à l'élaboration et au suivi du projet du résident ne consiste pas à fournir des réponses toutes faites, mais à orienter la réflexion afin de se poser les questions adéquates. Le psychologue est également perçu comme une personne ressource par de nombreux résidents, qui trouvent un apaisement lors des rencontres<sup>36</sup>.

A titre récapitulatif, les effectifs actuels regroupent une DESSMS en charge de l'offre médico-sociale adulte (0,5 ETP), 1 ETP de Psychiatre chef de pôle, 1,5 ETP de médecins généralistes, 1 ETP de cadre supérieur de santé (CSS), 6 ETP de cadres de santé, 31 ETP d'IDE, 13 ETP de ME, 19 ETP d'auxiliaires de la vie sociale (AVS), 163 ETP d'AS/ aide médico-psychologique (AMP), 15 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH), 3

---

<sup>36</sup> Entretiens avec Mme SERRE et Mme DETOC

ETP d'adjoints administratifs, 2,8 ETP d'ouvriers professionnels qualifiés (OPQ), 1,5 ETP de psychologues, 1,5 ETP de kinésithérapeutes, 1 ETP d'ergothérapeute, 1 ETP d'assistante sociale, et 1 ETP d'éducateur spécialisé depuis le 4 septembre 2017. Plus aucun interne en médecine n'exerce aujourd'hui à la MAS.

L'EHPAD n'est plus à considérer comme un service de géro-psycho-geriatrie. Les troubles psychiatriques des résidents sont stabilisés et, à défaut, une réorientation temporaire ou définitive vers le secteur sanitaire s'impose<sup>37</sup>. L'adaptation de l'évolution des métiers, des organisations, des pratiques professionnelles à l'évolution des objectifs et de la philosophie de soins et d'accompagnement constitue l'une des orientations stratégiques potentielles du futur projet d'établissement. A l'occasion des transformations dans le cadre de la convention tripartite, un 1er aménagement avait été effectué au niveau des organisations avec notamment la suppression des postes infirmiers de nuit. Il avait par ailleurs été convenu d'un suivi psychiatrique des résidents par les secteurs de référence du CHGR. En lien avec les réformes en cours sur le champ médico-social et spécifiquement sur les EHPAD (substitution du CPOM à la convention tripartite, réforme de la tarification dès 2017), qui seront évoquées ultérieurement, il est à noter que le tableau des effectifs de l'EHPAD du CHGR est désormais rigoureusement distinct de celui de l'USLD. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, un poste de cadre de santé a été supprimé et depuis le 22/05/2017, 2 postes IDE ont été supprimés à Bruz et 2 postes AS ont été transformés en ASH participant aux soins et aux accompagnements. La prochaine réorganisation définie et escomptée en réponse aux recommandations de l'ARS à la suite de l'enquête administrative est la suivante :

Grades/ métiers	Nombre
Cadres de santé	2
IDE	10
AS/AMP	50
ASH FFAS JOUR	8
ASH FFAS NUIT	3
Total	73

Les 2 cadres sont positionnés sur chacune des résidences. Une organisation commune entre les 2 sites a été redéfinie. Il est à préciser notamment qu'en milieu médico-social, la compétence des AS est reconnue dans la distribution des médicaments dès lors qu'il s'agit d'apporter une aide ou un soutien à une personne ayant perdu son autonomie. Il reste néanmoins impératif que l'AS dispose d'une information adéquate, et garde au

---

<sup>37</sup> Propos recueillis auprès du Dr SHPAK

moins doute la possibilité de contacter l'IDE ou le médecin prescripteur. Les enjeux sont importants car il s'agit de repenser une organisation des soins en organisation des accompagnements et de redéployer le temps de travail des soignants au plus près des résidents. Chaque poste doit donc être appréhendé de manière à personnaliser l'accompagnement en tenant compte des habitudes de vie des usagers. Le déroulement d'une journée type de travail est donc calqué sur une journée type du résident en tenant compte de son rythme, et ne peut donc s'envisager sans la connaissance du profil de chaque personne accueillie.

La nouvelle organisation, fruit d'un dialogue entre le DESSMS, la direction des soins, et l'encadrement soignant doit redonner du sens au travail, en valorisant l'exercice en équipe pluridisciplinaire dans un cadre plus souple, transversal, et adaptable en fonction des besoins identifiés.

### **2.2.2 De nouveaux projets stimulant la participation sociale du résident**

Le virage médico-social se renforce, outre l'adoption de nouvelles pratiques, par l'élaboration et la mise en œuvre de programmes proposés, et non imposés au résident dans l'objectif de maintenir ses acquis et de renforcer d'autres savoirs. Afin de donner un aperçu concret de ces mouvements de manière non exhaustive, un exemple de projet par structure sera communiqué ci-après.

Dans l'objectif d'amélioration de l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, l'EHPAD a choisi de mettre en place un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés). Celui-ci accueille en journée 12 à 14 résidents. Les principales caractéristiques sont les suivantes :

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

La création du PASA s'est inscrite dans la diversification de l'offre du pôle personnes âgées et le renforcement de l'individualisation de la prise en charge. Son ouverture, comme sa labellisation à la suite de la visite des représentants des autorités de tarification en décembre 2016, s'intègrent pleinement dans les orientations du projet d'établissement

du CHGR comme dans le projet médical. Ils s'inscrivent également dans les orientations futures du prochain projet d'établissement (2017-2021) visant à organiser une filière structurée de prise en charge des sujets âgés présentant des troubles psychiatriques.

La résidence de Bruz dispose à cet effet d'une salle polyvalente située au rez-de-chaussée, équipée d'une cuisine attenante, et ouverte sur un grand patio permettant aux résidents un accès direct et une déambulation sécurisée. Des aménagements et réhabilitations sont prévus afin d'optimiser l'utilisation de la salle multi-sensorielle Snoezelen et de la salle de kinésithérapie.

Une équipe pluridisciplinaire disposant d'un savoir-faire confirmé y est dédiée (0,10 ETP de médecin coordonnateur, 0,20 ETP de psychologue, 0,20 ETP d'ergothérapeute, un binôme AS/ assistant de soins en gérontologie spécifiquement formé).

Les usagers sont sélectionnés sur des critères prédéfinis. Leur consentement éclairé ou, à défaut, celui du représentant légal dûment informé, a été recueilli. Des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, et réparties autour de 4 objectifs leurs sont proposées :

- Maintien ou réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes : activités manuelles, gym douce, ateliers crêpes ou pâtisserie...;
- Maintien ou réhabilitation des fonctions cognitives restantes : ateliers mémoire, lecture, culture générale, discussions... ;
- Mobilisation des fonctions sensorielles : bains thérapeutiques, ateliers Snoezelen, soins esthétiques, massages, écoute de musique... ;
- Maintien du lien social entre les résidents, avec leur famille et leurs proches : jeux de société, courses magasin, sorties extérieures, marché de Bruz...

La mise en œuvre évolutive du PASA valorisant la spécificité de la prise en charge de la personne âgée dépendante est à poursuivre.

Les résidents de la MAS sont porteurs de handicaps affectant et altérant leurs capacités de reconnaissance des expressions comme des codes sociaux et affectifs. Cela génère également une hypersensibilité émotionnelle et des troubles du comportement. Ils peuvent présenter une sensibilité réduite à la douleur, mais sont sensibles aux sensations sensorielles comme le son, le toucher ou d'autres stimulations. La difficulté la plus importante reste afférente à la diminution du contact avec la réalité extérieure, qui fait obstacle aux communications avec autrui<sup>38</sup>. En complémentarité avec le projet de soins, un travail de contact avec l'animal a été proposé dans l'idée de permettre à ces personnes de susciter des réactions favorisant ou stimulant le potentiel cognitif, psychologique, psychique et social. 2 projets sont à exposer.

---

<sup>38</sup> Echanges avec les équipes soignantes, médico-techniques, et socio-éducatives

En 1<sup>er</sup> lieu, 8 résidents de la MAS suivent depuis 2016 dans un cadre thérapeutique des instants d'échanges avec des animaux domestiques (aide à la nourriture, promenades...) au sein d'une ferme pédagogique. Il s'agit de permettre simultanément une ouverture sur l'extérieur, une expression des émotions, un éveil des réactions et des sens, des prises d'initiatives et de confiance en soi, un dépassement des appréhensions et des angoisses, et un moment spécifique de convivialité et d'épanouissement personnel. Une séance d'1 heure se tient mensuellement par groupe de 4 résidents accompagnés par 2 soignants de la MAS et encadrés par une professionnelle titulaire d'un diplôme de médiation animale et spécialisée dans l'accompagnement des troubles autistiques.

En 2<sup>nd</sup> lieu, un chien de race labrador est accueilli régulièrement dans l'enceinte du site de Ty Heol depuis début 2016, et également sur le site du Placis Vert depuis la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2017. 2 référentes principales, soient une AMP et une AS, organisent la vie et les activités de l'animal, en veillant à son état de santé, son hygiène, sa sécurité et son bien être. Les principales activités possibles et adaptées avec les résidents sont les suivantes : atelier brossage, activités ludiques, promenades, ateliers détente, contribution au bien être du chien. Ces activités font l'objet d'évaluations, notamment sur l'observation du comportement des résidents comme de l'animal, et leur déroulement global. D'éventuelles actions correctives sont ainsi définies. Un bilan annuel est établi par les référents en lien avec le groupe de suivi. Un point est aussi effectué au moment de la réévaluation des PPI. L'éducation reçue en amont garantit l'accueil d'un animal exempt de toute agressivité et respectueux des personnes en situation de handicap. Les personnes qui assurent l'activité en lien avec les référentes ont une bonne connaissance de l'animal et de ses réactions, mais aussi une bonne connaissance des résidents et de leurs comportements et personnalité. Le chien ne se déplace dans l'espace de vie des résidents que sous le contrôle de ses référentes ou du personnel formé.

Au-delà de programmes concrets d'animation et de socialisation, aussi fructueux soient-ils pour le résident comme pour le personnel, l'accompagnement quotidien suppose le maintien d'un accent sur l'individu et sa singularité. La mobilisation du personnel soignant comme socio-éducatif est particulièrement importante dans le contexte de l'EHPAD comme de la MAS du CHGR, où l'expression du consentement du résident est difficile voire impossible. L'obstacle est particulièrement renforcé au sein de structures de capacités et de taille élevées, à l'inverse d'établissements sociaux et médico-sociaux plus standards à taille plus humaine, où le fonctionnement pourrait être assimilable à celui de grandes familles ou de petits villages. La domination hospitalière reste encore prégnante, même dans le fonctionnement lorsqu'il est imposé au résident de s'adapter à un rythme et à une collectivité. L'expérience des alitements administratifs exercés précédemment à l'EHPAD illustre parfaitement cette problématique. De même, dans le cadre de

l'accompagnement d'une personne sujette à des TSA, il est primordial d'assimiler dès le point de départ que son fonctionnement est différent, et que ce qui peut sembler applicable au plus grand nombre ne lui sera pas aisément adaptable. A titre d'exemple, il sera très probablement peu bénéfique de l'inciter à partager son repas avec d'autres, la convivialité étant généralement le cadet de ses soucis, et l'environnement lui semblant hostile. Par ailleurs, les rituels qui comblent un besoin nécessitent une compréhension du fonctionnement, avant de chercher à les canaliser<sup>39</sup>.

Le projet du résident doit pouvoir guider le travail au quotidien. Le manque d'empathie est souvent dû à un manque de formation adaptée, et à l'origine de maltraitance par simple ignorance. Il est indispensable dans cette perspective de définir et de maintenir un programme d'accompagnement adapté pour le personnel comme pour tout acteur intervenant de près ou de loin dans le projet du résident.

## **2.3 L'accompagnement de chaque acteur au changement à renforcer**

L'effectivité de la transformation médico-sociale est corroborée par l'existence d'un dispositif ininterrompu et solide d'accompagnement de chaque intervenant. Cet enjeu fort est à conjuguer avec l'objectif de maîtrise des dépenses en personnel. Le pouvoir décisionnaire du DESSMS voit sa légitimité renforcée par le maintien d'un niveau d'échange optimal auprès de son personnel (2.3.1), des familles des résidents (2.3.2), et des partenaires sociaux (2.3.3).

### **2.3.1 L'implication du personnel à encourager**

La culture sanitaire est encore prégnante chez de nombreux agents de la MAS comme de l'EHPAD. Beaucoup de soignants ont exercé auparavant en secteur sanitaire et restent marqués par une logique de fonctionnement hospitalier.

L'intégration des ME dès 2011 connut des débuts difficiles, avant une reconnaissance progressive de la valeur ajoutée de ces métiers. Parallèlement, les AMP qui développaient des initiatives axées sur une logique médico-sociale eurent le sentiment lors de l'officialisation que l'institution leur donnait la consigne de pratiquer dorénavant un accompagnement d'un enjeu identique à ce qu'ils mettaient déjà en œuvre depuis plusieurs années, à l'inverse du modèle de Monsieur Jourdain<sup>40</sup>. Par ailleurs, la problématique de turn-over persiste, notamment chez certains agents exerçant sur le secteur médico-social à titre transitoire, dans l'attente d'une affectation sur une unité

---

<sup>39</sup> Entretiens avec Mme SERRE et M.COQUEREL

<sup>40</sup> Entretien avec M. ANNEIX



psychiatrique du CHGR. Ce phénomène accentue les limites de l'implication et de l'investissement personnels. Dans l'objectif que chacun sache pourquoi il exerce au sein de la MAS ou de l'EHPAD, et quelle valeur ajoutée il est en mesure d'apporter au quotidien, 2 axes élémentaires sont à renforcer, soient la formation ainsi que l'esprit d'appartenance et d'équipe.

En matière de formation continue, des programmes médico-sociaux sont davantage proposés. Ainsi, 11 AS de l'EHPAD ont suivi en 2017 des enseignements sur la prise en charge des symptômes comportementaux de la démence, pour les profils Alzheimer ou apparentés. 25 personnes ont été formées à la bientraitance de la personne âgée dépendante en institution, et 31 autres au projet personnalisé en EHPAD.

En 2016, 79 agents de la MAS ont suivi au moins une formation, sur un volume total de 217 jours. Outre les sensibilisations face aux comportements à risques, évoquées précédemment, les principales formations se développent sur les thématiques suivantes: Accompagnement éducatif et social, alimentation, bientraitance, MAKATON (langage des signes), PECS (dispositif de communication et d'échange par l'image), Snoezelen.

Ce dispositif est à compléter par un accompagnement méthodologique et pédagogique constant, avec le temps nécessaire à un apprentissage et une remise en question sur le terrain. L'enquête administrative de l'ARS sur l'EHPAD, initialement vécue comme un traumatisme par de nombreux soignants, encourage à terme le renouveau dans les pratiques quotidiennes. Un dynamisme est à créer dans chaque maison ou unité<sup>41</sup>. Il convient de favoriser la polyvalence, le partage de compétences, et de limiter la routine dans les tâches et l'organisation. Il importe de laisser un espace d'improvisation et de construction aux personnes exerçant auprès du résident. La stabilisation de l'emploi et la limitation du turn-over seront conditionnées par l'existence de missions attractives et stables. La qualité de recrutement dans les filières médico-sociales favorisant le savoir faire, le savoir être et la motivation personnelle constituent un 1<sup>er</sup> socle. Celui-ci est complété par une démarche de pérennisation de la fonction, conditionnée par une politique managériale bientraitante valorisant le sentiment de reconnaissance de la part de la hiérarchie, mais aussi du résident et de ses proches. L'existence d'un esprit d'équipe est conditionnée par l'association régulière du personnel au fonctionnement de la structure, en fonction des compétences et capacités de chaque agent. L'initiative personnelle ou collective est à valoriser à part entière dès lors qu'elle s'avère bénéfique au progrès dans l'accompagnement du résident, mais aussi dans le bien être au travail.

---

<sup>41</sup> Propos recueillis auprès du Dr SHPAK

L'installation du bureau de MAS peut être reconnue comme une étape importante dans la poursuite de ces projets d'évolution. Celui-ci se réunit mensuellement et regroupe le DESSMS (à l'origine du processus), le médecin chef de pôle, le CSS, 2 cadres, la psychologue, l'ergothérapeute, l'assistante sociale, et une secrétaire. Un temps de discussion est consacré aux principaux dossiers d'actualité (achats d'équipements, participation à un appel à projet de l'ARS...). D'autres personnes peuvent également être conviées en fonction de l'ordre du jour, ou en cas de propositions de sujets à leur initiative. Cette instance se révèle riche et vivante, compte tenu à la fois du besoin d'un mouvement ascendant et descendant de l'information, de la mobilisation de personnes ressources, et de projets qui engagent une vraie dynamique. L'accueil du chien sur la MAS est ainsi né de la forte mobilisation de 2 soignantes ayant exposé et fait approuver collectivement le programme, aujourd'hui très majoritairement apprécié par les résidents, les personnels, et les familles. Une déclinaison sur l'EHPAD de ce processus encourageant se révélerait fructueuse et stimulante.

### **2.3.2 Une place équitable pour les familles**

Parmi les familles et leurs représentants, un équilibre est à trouver entre l'empathie, l'intérêt du résident, les enjeux institutionnels, et les problématiques du terrain.

L'EHPAD et la MAS sont reconnus comme des lieux ouverts. Lors de la construction d'un projet personnalisé, il est important de se préoccuper des liens familiaux et amicaux, qui lorsqu'ils existent sont à maintenir et à faciliter. En tout état de cause, et pour rappel, le projet personnalisé comme l'accompagnement restent ceux du résident seul. Les doléances et les recommandations des familles restent à considérer dans la mesure du possible, tout en gardant à l'esprit le sentiment d'abandon taraudant quotidiennement un grand nombre d'entre elles du fait du placement de leur proche, et ce particulièrement pour des parents faisant admettre leur enfant en institution.

Le dialogue avec les familles s'est progressivement renforcé. Beaucoup étaient antérieurement habituées à un haut niveau de prise en charge en soins psychiatriques comme somatiques. L'émergence de profils médico-sociaux et de nouvelles orientations ont fait naître chez plusieurs d'entre elles un sentiment de «prise en charge au rabais», voire de délaissement du corps médico-soignant. Des échanges réguliers étaient de facto indispensables. Après de nombreuses difficultés rencontrées en 2015 compte tenu d'un climat social temporairement tendu, de nouveaux challenges ont été relevés.

Le rôle du Conseil de vie sociale (CVS), « nouvelle » instance de représentation des familles conformément aux orientations de la loi n° 2002-2, a été redéfini. Lors de sa démission en début 2016 l'ancien président a souhaité que son successeur ne soit plus

désigné par l'association des familles mais élu, dans une optique de renforcement de la légitimité du CVS. Une première élection des représentants des familles a été organisée au printemps 2016, et a enregistré un taux de participation élevé. Cette question de légitimité s'accroît au sein d'une instance où la participation des usagers est encore délicate, et dans un enjeu d'amélioration de l'ensemble des modes de communication. L'ordre du jour des réunions redéfini s'oriente désormais dans un sens plus concret et en adéquation avec les réalités du terrain, en complément des problématiques d'ordre institutionnel. Pour les représentants du personnel, cette évolution pourrait permettre d'alerter plus directement les familles comme les tutelles sur les difficultés rencontrées. Les représentants des familles souhaitent poursuivre la construction d'une relation de confiance, sans rester sur les acquis. Il leur est essentiel d'être davantage considérés comme des partenaires, dans le respect du rôle incombant à chacun. Une vigilance est à préserver afin de fonctionner en bonne intelligence, sans se cacher la réalité des choses, ni éviter les conflits susceptibles de survenir mais au contraire les surmonter dans la recherche de solutions adaptées. Le CVS doit être reconnu comme une structure de réflexion constructive, concentrée sur des projets certains, et sans dispersion sur des programmes dépourvus de finalités ou bien irréalisables et sans lendemain<sup>42</sup>.

Un travail important avec les familles demeure à entreprendre dans la construction du CVS sur l'EHPAD. Bien que celui-ci soit officiellement installé, et que les représentants restent globalement satisfaits de l'existence d'un espace de lien et de dialogue, un sentiment de frustration persiste du fait du manque de résultats et de réalisations concrètes. Le dispositif d'élection du président a été proposé par le DESSMS, mais non encore officiellement approuvé à ce jour<sup>43</sup>.

30 résidents sur les 80 de l'EHPAD de Bruz, et 10 résidents sur les 40 de l'EHPAD de Chateaugiron reçoivent au moins une fois par semaine la visite d'un membre de leur famille. Beaucoup de résidents de la MAS sont seuls, n'ayant que leur tuteur institutionnel comme contact extérieur. 78 résidents du site du Placis Vert et 22 résidents du site de Ty Heol ont un tuteur familial<sup>44</sup>.

### **2.3.3 Un dialogue social constructif**

Les organisations syndicales représentées au sein du CHGR conservent une vision sanitaire quasi-exclusive sur l'ensemble de l'établissement. Les réformes entreprises au

---

<sup>42</sup> Eléments recueillis auprès de M. FERRON et de Mme HAUDEBERT

<sup>43</sup> Eléments recueillis auprès de Mme GENIN

<sup>44</sup> Entretiens avec Mme AUDREN et Mme GAGEOT

sein de la MAS puis de l'EHPAD furent et restent perçues, pour la majorité de leurs membres et représentants, comme une opération de déqualification des métiers.

La mise en place d'un CHSCT local sur la MAS a permis de faire avancer la cause et les enjeux médico-sociaux auprès des partenaires sociaux. Le DESSMS en assure la présidence par délégation du Directeur Général du CHGR, ce qui renforce sa place.

En revanche, l'EHPAD est encore dépourvu de CHSCT. Les problématiques le concernant restent discutées à l'échelle centrale. Les représentants du personnel gardent ainsi une perception du fonctionnement et des objectifs parfois en décalage avec les réalités du secteur. A titre d'exemple, la mise en place du PASA fut majoritairement considérée comme vectrice de mobilisations complémentaires de personnel soignant non compensées. Ce sentiment s'inscrit dans un contexte où les réformes médico-sociales non suffisamment anticipées ont eu un impact financier et organisationnel. L'EHPAD resté dans une logique sanitaire a ainsi mal géré les conséquences des coupes budgétaires au niveau des dotations soins, à l'origine de réfections en personnels soignants. Les réorganisations en cours, accentuées par les préconisations de l'ARS en aval de l'enquête administrative, compliquent le climat social<sup>45</sup>.

Le Directeur Général du CHGR reconnaît l'utilité du CHSCT de la MAS, mais considère qu'une extension du dispositif sur l'EHPAD n'est pas prioritaire à ce jour. Cette position est à mettre en balance avec l'opinion selon laquelle un dialogue social de terrain basé sur des relations d'échange, de confiance et de proximité serait nettement plus fructueux pour le développement du secteur médico-social dans son ensemble.

A la suite des conflits sociaux au sein de la MAS, des Tables rondes ont été installées en 2013 et en 2016, dans l'objectif de renouer le dialogue principalement avec les représentants du personnel, et en regroupant plusieurs acteurs (DESSMS, représentants de l'encadrement médico-soignant, du personnel, des familles, de l'équipe de direction et du Conseil de surveillance du CHGR). En aval de ces tables rondes ont été constitués des groupes de travail spécifiques à des thématiques ciblées (travaux et aspects logistiques, projet d'établissement, qualité, mesures de gestion des ressources humaines (GRH) notamment en vue de stabiliser le personnel et de limiter le turn-over.

L'existence d'un travail collectif, mobilisant chaque acteur au changement, et au sein d'instances formalisées, est facteur d'évolution progressive de l'offre médico-sociale. Une logique institutionnelle bien finalisée au niveau central conditionne un seuil d'autonomie permettant à la MAS comme à l'EHPAD de remplir les missions leur incombant.

---

<sup>45</sup> Eléments recueillis auprès de Mme COURTEILLE et de Mme GENIN

### **3 Des pôles d'activité clinique vers des établissements médico-sociaux ?**

L'accompagnement médico-social suppose la prévalence du projet de vie sur le projet de soins ou de guérison. Il ne s'agit pas de guérir la personne, mais de lui faire bénéficier d'un contexte de vie correspondant à une perspective de bien-être. En dépit des réformes législatives et de la dissociation des secteurs dans un enjeu de bénéfice commun dans l'intérêt du résident, le clivage entre les 2 cultures demeure encore très perceptible. Le CHGR fait ainsi face à un conflit persistant entre des enjeux médico-sociaux et une conception hospitalo-centrée. Outre des compréhensions linguistiques et terminologiques mutuelles, il s'avère aujourd'hui nécessaire de favoriser un partage de culture et de projet. Dans une logique de complémentarité et de travail ensemble, les missions et rôles de chacun restent à clarifier, malgré la nécessité de conserver une vision intégrative des choses. Il est important que chaque acteur puisse se connaître, se coordonner, et avoir une vision de réseau, intra comme à l'extérieur de l'établissement. Une logique institutionnelle demeure à renforcer<sup>46</sup>.

Ancré dans un domaine psychiatrique, une marge de manœuvre optimale est à accorder aux structures médico-sociales, au même titre que des attributions et un rôle précis du DESSMS en charge d'assurer leur pilotage.

Un seuil d'autonomie est à définir dans le cadre d'une organisation polaire (3.1), afin d'encourager un dynamisme collectif au service du résident (3.2) comme la poursuite des démarches d'ouverture de ces structures médico-sociales (3.3).

#### **3.1 Une autonomie à définir dans une organisation polaire**

Deux sources législatives sont à prendre en considération. D'une part, les dispositions de la loi HPST ont rendu obligatoire l'organisation de l'établissement de santé en pôles d'activité cliniques ou médico-techniques. D'autre part, celles de la loi n° 2002-2 ont renforcé les droits des usagers, élargi les missions de l'actions sociale, et défini une meilleure organisation et coordination des différents acteurs du modèle social et du modèle médico-social.

Il s'agit de définir une gouvernance clarifiée (3.1.1), et d'assurer une mise à disposition d'outils de fonctionnement adaptés (3.1.2).

---

<sup>46</sup> Entretien avec le Dr SHEPPARD

### 3.1.1 La nécessité d'une gouvernance clarifiée

La loi HPST a confirmé le principe introduit par l'ordonnance du 2 mai 2005, codifié à l'article L 6146-1 du CSP, et selon lequel pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements de santé définissent librement leur organisation interne, aussi bien médicale et médico-technique qu'administrative et logistique. Il revient ainsi au directeur de définir l'organisation de l'établissement après avis du président de la CME. Cette organisation ainsi dite « polaire » doit être conforme au projet médical de l'établissement. Les pôles constituent désormais le seul mode d'organisation prévu par la loi. Il est à préciser que la définition des pôles sanitaires du CHGR est essentiellement basée sur la logique de sectorisation territoriale, à l'image de nombreux EPSM. La logique de secteur suppose un mélange de différents profils de patients au sein d'une même unité, à l'opposé de la logique MCO. A l'issue de l'adoption de la loi HPST, il parut inconcevable de ne créer aucun pôle pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap<sup>47</sup>. Comme évoqué en amont, l'offre médico-sociale adulte regroupe ainsi 2 pôles distincts. Sur chaque pôle sanitaire comme sur les pôles personnes âgées et handicap mental et psychique a été positionné un chef de pôle nommé par le directeur général, sur proposition du président de la CME. Un cadre supérieur de santé assure la coordination de l'activité et du personnel soignant, sous le contrôle de la direction des soins. Un directeur référent est désigné par le Directeur Général pour chaque pôle sanitaire. Au niveau de l'offre médico-sociale adulte, un directeur en charge des structures est identifié. Ce mode d'organisation en « trio de pôle », propre à une logique sanitaire, est-il compatible avec les enjeux médico-sociaux ? Reste-t-il concevable qu'une structure, où l'accompagnement prime sur le soin, soit pilotée par un professionnel médical ?

Quelque soit l'orientation définie, et son caractère adapté ou non, il est fondamental que la place et le rôle de chacun soient clairement définis, identifiés et reconnus à l'intérieur du pôle, de l'établissement, et à l'extérieur.

Dans une logique de coordination des activités locales, le DESSMS est à positionner comme garant d'une logique propre à l'objet médico-social ; logique soutenue par les familles, par plusieurs partenaires sociaux de la MAS, et par l'ARS. Il constitue l'interlocuteur de proximité et de partenariat, intégré dans la globalité de l'établissement. Au même titre qu'un chef d'établissement, la défense des enjeux, la conduite du changement, la fonction de pilote de la mise en application concrète des droits des résidents et de la politique médico-sociale sur le terrain, ainsi que la représentation de la structure constituent les piliers de la légitimité de son positionnement consolidé et quotidien.

---

<sup>47</sup> Entretien avec M. GARIN

Dans un établissement avec une culture construite sur une base sanitaire maintenant une organisation jacobine et pyramidale, il est important de considérer le directeur de site comme un véritable acteur et non un simple exécutant, et ce sans aucune remise en question du devoir de loyauté et d'obéissance hiérarchique lui incombant.

Par ailleurs, au sein d'une structure de grande taille comme le CHGR, une cohésion est à stimuler au sein même de l'équipe de direction, au même titre qu'une prévention de conflits potentiels dus à une confusion dans les champs de délégations et de responsabilités attribués à chaque direction fonctionnelle, de pôle, ou de site. A titre d'exemple, une répartition est à définir entre le directeur de l'offre médico-sociale et le directeur des soins. Le directeur des soins reste le garant de la mise en œuvre du projet de soins et médico-soignant sur l'ensemble de l'établissement. Qu'en est-il du lien hiérarchique du personnel soignant exerçant sur la MAS et sur l'EHPAD ? Une réduction des interventions du directeur des soins dans sa gestion pourrait favoriser une évolution des profils de recrutements, comme en diminuant les profils IDE et AS en faveur de profils AMP, ME, ou éducateurs spécialisés<sup>48</sup>.

### **3.1.2 La mise à disposition d'outils de fonctionnement adaptés**

Le processus de contractualisation interne est à orienter afin de fournir des moyens adaptés aux objectifs. Les responsables de pôles bénéficient en principe de « délégations de gestion » de la part du directeur général, leur permettant d'être associés très concrètement à la gestion, dans un cadre défini par le directeur général. Cette notion dont la portée juridique reste incertaine s'intègre dans une politique institutionnelle favorisant un processus de «décentralisation interne» avec un objectif précis. Il s'agit de confier aux pôles une certaine autonomie en les responsabilisant, avec le devoir à chacun d'eux de conserver un équilibre financier. Afin de remplir ces objectifs, il convient de laisser une marge de liberté aux pôles, notamment en matière de GRH dans la perspective pour eux de s'entourer des collaborateurs qu'ils jugent aptes à l'accomplissement des missions. Par ailleurs, des outils de suivi des recettes et des dépenses sont à fournir. Le CH de Valenciennes, pionnier du processus, dispose aujourd'hui de pôles fonctionnant comme de petits établissements en lien avec le siège central. Le directeur est garant de l'équité institutionnelle et de l'équilibre économique global de l'institution. Le dispositif suppose la formalisation de piliers solides. Tout doit être précisé et écrit dans le cadre du contrat de pôle. Le chef de pôle se voit attribuer une délégation de signature lui permettant d'engager les dépenses, et rend compte de l'exécution du contrat de pôle tous les ans devant le directoire. Le pôle dispose de son propre budget et établit annuellement son

---

<sup>48</sup> Entretien avec M. RIPOCHE

état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Ainsi, un pôle conservant un budget équilibré ou excédentaire est habilité à recruter le personnel de son choix et à définir les profils de postes qu'il estime nécessaires à la réalisation de ses missions. A titre d'exemple, il peut choisir de transformer 1,5 à 2 ETP d'AS en 1 ETP d'IDE. La Direction des ressources humaines (DRH) assure la vérification administrative des candidatures, élabore et signe le contrat de travail, et assure en lien avec les pôles le suivi des effectifs partagés et la sécurité juridique des actes. Par ailleurs, la DRH dispose d'une liste de candidats qu'elle soumet au pôle, qui choisit lui-même sa recrue. Le Directeur Général Adjoint assure la coordination entre le Directeur Général, les pôles, et les directions fonctionnelles. Une charte de fonctionnement a été approuvée en Directoire et par le Conseil de surveillance<sup>49</sup>.

Une première expérimentation du processus de délégation de gestion en termes de GRH a été engagée au niveau de la MAS à partir de la fin d'année 2016 et en lien avec la DRH et la Direction des soins. Il s'agit d'habiliter la MAS à assurer directement le recrutement de 15 ETP d'AS non titulaires. Le choix des candidats est ainsi effectué sur le terrain, ce qui améliore significativement les délais de recrutement et de remplacement, et facilite l'analyse de la compatibilité du profil avec les attentes, permettant une vérification complémentaire de la motivation réelle des postulants en vue de limiter le phénomène de turn-over à terme.

Le Directeur Général du CHGR met en avant l'intérêt de développer la contractualisation avec les pôles, en décentralisant la décision. L'expérience fructueuse de la MAS mérite d'être développée sur les autres pôles, à partir d'enveloppes à montant déterminé, avec un mécanisme d'intéressement susceptible de stimuler la mobilisation et la responsabilisation des équipes.

Sans nécessairement aboutir, du moins dans l'immédiat, au modèle valenciennois, le dispositif reste à encourager et à développer. Outre une mise en pratique sur l'EHPAD, recommandée par l'ARS à l'issue de son enquête administrative, une extension à d'autres catégories de personnel, soignant et surtout éducatif en vue de favoriser son essor, serait entièrement justifiée dans le cadre d'une dynamisation de l'offre médico-sociale.

### **3.2 Un dynamisme institutionnel à confirmer**

Le DESSMS doit être en mesure d'assurer le pilotage de l'évolution de sa structure. En conduisant la politique générale de l'établissement au sens des dispositions de l'article L6143-7 du CSP, il mobilise les équipes pluri professionnelles dans la conception des leviers stratégiques de la structure (3.2.1) comme dans la conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité (3.2.3).

---

<sup>49</sup> Eléments recueillis auprès de Mme LYDA-TRUFFIER, DRH du CH de Valenciennes



### **3.2.1 La conception des leviers stratégiques de la structure médico-sociale**

Le projet d'établissement de l'établissement de santé définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement, selon les dispositions de l'article L 6143-2 du CSP. Dans le champ médico-social, le projet d'établissement a été défini par l'arrêté du 26 avril 1999 et généralisé par la loi n° 2002-2. Ce document détermine les objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Il constitue également un outil de négociation auprès des tutelles, et apporte une réponse aux besoins des résidents accueillis et aux attentes de leurs proches par la prise en compte des préconisations de bonnes pratiques de l'ANESM.

La MAS dispose aujourd'hui de son propre projet d'établissement, et celui de l'EHPAD est en cours de finalisation.

La démarche d'élaboration du projet d'établissement de la MAS a été dans son ensemble volontairement participative. Il est à préciser que les réorganisations importantes et rapides survenues dès 2011 n'avaient pas été préparées par un projet d'établissement qui aurait au moins défini des objectifs et des moyens, notamment humains. La 1<sup>ère</sup> Table ronde installée en 2013 fut aussi accentuée par la réclamation d'un projet d'établissement médico-social, tant par les représentants des familles que par les personnels. Le résident a été placé au cœur des réflexions menées par les acteurs de la structure. Le dispositif s'est inscrit dans la continuité du projet d'établissement du CHGR 2012-2016, du « projet de vie » de la MAS, et du projet de pôle handicap physique et psychique. La mobilisation était étroitement associée aux travaux menés lors de l'évaluation interne en 2013 et de l'évaluation externe en 2014, avec une construction concertée avec le personnel de la MAS et les représentants des familles de telle sorte que le projet d'établissement soit adapté aux réalités de prise en charge des résidents. Ce mode d'élaboration doit encourager la prise de connaissance et l'appropriation du projet par les professionnels de terrain et les différents acteurs. La démarche a ainsi débuté en avril 2014 par la reconduction du comité de pilotage (COPI) ayant conduit la démarche d'évaluation interne, en assurant une représentation équitable entre les 2 sites. 6 groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués sur les thèmes suivants : grands pôles d'activité de la MAS, établissement dans son environnement, aspects logistiques, ressources humaines, qualité et droits des usagers, parcours du résident. La directrice de la MAS a été désignée

comme chef de projet. Un bilan de l'existant a d'abord été réalisé, puis des orientations ont été définies et traduites en objectifs<sup>50</sup>.

Le projet d'établissement de la MAS a été validé par délibération du Conseil de surveillance du CHGR en date du 9 décembre 2016.

L'EHPAD s'est engagé à élaborer son projet d'établissement lors de la signature de sa convention tripartite. Il est important de noter que le travail préalable réalisé d'abord lors de l'élaboration de cette convention, puis lors de l'évaluation interne réalisée en 2013 a servi de support de réflexion aux acteurs mobilisés. Le groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni sur les thématiques de politique managériale, de politique d'accompagnement des résidents au sein du projet de vie et du projet de soins, de GRH, d'amélioration des conditions de vie au travail, de communication et de complémentarité avec les partenaires extérieurs dans le cadre du projet social (global à l'établissement). Le rapport d'évaluation externe, finalisé en décembre 2014, a permis d'enrichir le contenu. La méthodologie d'élaboration a d'abord consisté à réaliser un bilan de l'existant, des orientations ont ensuite été définies puis traduites en objectifs. La finalisation du projet d'établissement a été interrompue d'abord par un contexte de déficit de la section soins persistant depuis 2012, et dû à l'application de la convergence tarifaire à l'origine de réfections successives de la dotation soins. Les démarches ont été de nouveau engagées durant le 1<sup>er</sup> semestre 2017, à l'issue des résultats de l'enquête administrative, et compte tenu du besoin d'y intégrer le nouveau tableau des effectifs et de la nouvelle organisation du travail résultant de la mise en œuvre de mesures d'économies. Les orientations stratégiques redéfinies mettent essentiellement en avant l'enjeu d'insertion de l'EHPAD dans le réseau interne du CHGR et à l'échelle départementale. Le reprofilage des unités d'accueil des résidents en lien avec la perspective de rapatriement de l'activité du site de Chateaugiron sur celui de Bruz ou sur le site principal à proximité de l'USLD est aussi à entreprendre, au même titre que la concrétisation et la labellisation du PASA. Ces travaux restent en adéquation avec la construction d'une réflexion sur le concept d'humanité, et la redéfinition conséquente de l'organisation et des pratiques professionnelles.

Il est à préciser que la réforme du processus de contractualisation va rendre incontournable le devoir pour les établissements médico-sociaux d'avoir un projet d'établissement finalisé.

En application de l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement n°2015-1776 du 28 décembre 2015, le processus de contractualisation a été rénové d'abord à travers la substitution de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) aux

---

<sup>50</sup> Eléments recueillis auprès de Mme GENIN

conventions tripartites. La généralisation des CPOM a ensuite été fixée dans le secteur médico-social de 2017 à 2022.

Il s'agit d'un outil contractuel signé entre l'établissement et l'ARS pour le secteur handicap, et avec également le conseil départemental pour le secteur personnes âgées. Celui-ci détermine les moyens financiers attribués en incluant des objectifs de qualité et d'efficience dans une dimension pluriannuelle.

La MAS comme l'EHPAD du CHGR seront ainsi concernés dès 2017 par la mise en place d'un CPOM. La généralisation de la mise en place de ces outils devrait permettre une plus grande reconnaissance et valorisation du secteur médico-social du CHGR.

Le CPOM tend d'une part à améliorer la visibilité des autorités de tarification sur le fonctionnement de l'établissement, dans le cadre du dialogue de gestion. D'autre part, sa mise en place vise à renforcer l'autonomie des organismes gestionnaires avec, en particulier, le principe de libre affectation des résultats financiers de ses établissements et services. Le même texte prévoit une réforme tarifaire avec un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ainsi qu'une réforme des règles budgétaires et comptables avec notamment la mise en place d'un EPRD.

Les orientations de l'ARS Bretagne sont encore en attente. Les budgets annexes des structures médico-sociales ont été transmis, avec un déficit persistant sur la section soins pour celui de l'EHPAD, et un équilibre maintenu pour celui de la MAS<sup>51</sup>.

### **3.2.2 La conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité**

Outre l'amélioration de la visibilité des autorités sur le fonctionnement de l'établissement, le CPOM est destiné à constituer un outil complémentaire aux évaluations externe et interne pour développer la démarche qualité. Effectivement, le CPOM va renforcer les orientations stratégiques autour de la personne accompagnée et de son parcours, ainsi que le principe de l'adaptation de l'offre à la qualité de la prise en charge.

La démarche Qualité a été réactivée sur la MAS à partir de fin 2016, en aval des évaluations et du projet d'établissement. Outre la nécessité d'anticipation des prochaines évaluations, interne en 2022 et externe en 2024, celle-ci revêt ainsi un enjeu stratégique en s'articulant parfaitement avec la perspective d'élaboration du CPOM.

Dans une logique restant en adéquation avec celle de l'évaluation interne et de l'élaboration du projet d'établissement de la MAS, le DESSMS a souhaité mener un travail collaboratif associant toutes les catégories professionnelles de la structure, ainsi que les représentants des familles.

---

<sup>51</sup> Entretien avec Mme LE DEIST, Attachée à la Direction des Affaires Financières du CHGR  
<Thibault EUVRARD > - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

Un COFIL pluri professionnel a ainsi été institué, et ce dans une optique de pérennisation d'une démarche basée sur une logique participative, menant des actions simples et concrètes. Celui-ci coordonné par le DESSMS a approuvé la réactivation de tout ou partie des groupes de travail du projet d'établissement en vue de la mise en œuvre d'actions d'amélioration sur leurs thématiques. Chacun des 5 groupes de travail regroupe 5 à 6 personnes de divers profils en assurant une représentation équitable entre les 2 sites de la MAS. 2 à 4 actions prioritaires par groupe de travail ont été identifiées à partir du plan d'actions d'amélioration continue de la qualité et des conclusions des évaluations externe et interne. Le 1<sup>er</sup> groupe consacré au parcours des résidents (dont le suivi des PPI) vise à favoriser une meilleure appropriation des PVI par les agents et les familles, à redéfinir et harmoniser la fonction de référent animation pour chaque maison, et améliorer la coordination entre les maisons et l'animation. Le 2<sup>ème</sup> groupe relatif à la qualité et au respect des droits des usagers tend à réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des familles, à la réactualisation du livret d'accueil, à l'amélioration de l'information des résidents et des familles (panneaux d'affichage, charte des droits, menus...), et au respect des droits dans l'accompagnement des résidents. Le 3<sup>ème</sup> groupe afférent à la GRH se concentre sur la formalisation et l'harmonisation de l'accueil des nouveaux agents, et sur la clarification du rôle de chaque professionnel. Le 4<sup>ème</sup> groupe se penchant sur les aspects logistiques, techniques et architecturaux définit des dispositifs de priorisation des besoins en matériel adapté, d'investissement et d'adaptation des équipements acquis pour la dépendance et les incontinences, et engage des réflexions d'une part sur l'amélioration des circuits logistiques (en lien avec la Direction des plans et travaux et la Direction des services économiques du CHGR) et d'autre part sur le matériel de contention spécifique à la MAS. Le 5<sup>ème</sup> groupe concentré sur le thème de l'établissement dans son environnement encourage le développement et la structuration des partenariats existants par des conventions formalisées (médiathèques, associations...). Le renforcement des liens avec l'environnement extérieur en favorisant notamment les interventions au sein de la structure, et l'amélioration de son accessibilité, sont également évoqués.

La méthodologie définie reste en adéquation avec les RBPP ainsi que le fonctionnement quotidien et les réalités du terrain. Il est essentiel que chaque acteur s'approprie la démarche, et réalise ce qui est concrètement mis en place.

Cette initiative de pérennisation de la démarche qualité avec les spécificités de la culture médico-sociale sera à engager et à développer sur l'EHPAD.

Une politique stratégique consolidée et une démarche participative d'amélioration continue de la qualité contribuent au renforcement de l'affirmation de l'existence même du secteur médico-social comme à son ouverture.

### **3.3 Des mouvements d'ouverture à poursuivre**

En restant incluse à part entière dans le fonctionnement quotidien d'un établissement support, et en conservant un rôle déterminé, l'offre médico-sociale maintient et renforce un ancrage au sein du dit établissement (3.3.1) comme à l'échelle territoriale (3.3.2).

#### **3.3.1 Une complémentarité entre offres psychiatrique et médico-sociale à encourager**

Le rattachement de structures médico-sociales à un établissement sanitaire support fait l'objet de perceptions et de points de vue partagés.

La MAS comme l'EHPAD bénéficient indéniablement d'outils et de dispositifs stables et solides. Parmi les éléments à mettre en avant figure d'abord l'accès direct à une pharmacie à usage intérieur (PUI), avec un circuit du médicament finalisé. Le bénéfice de l'outil informatique-réseaux, des services techniques, et des infrastructures logistiques internes (cuisine centrale, blanchisserie), comme de la fonction achat de l'établissement reste un avantage non négligeable. La continuité et la permanence des soins médicaux demeurent également assurées compte tenu de la présence sur place ou au moins à proximité de praticiens hospitaliers. Une astreinte de l'encadrement reste également assurée sans interruption.

Les principaux inconvénients relevés sont liés aux problématiques de turn-over et de non stabilisation du personnel, comme évoqué en amont. Malgré les premières évolutions encourageantes, la GRH n'est pas encore perçue comme suffisamment délocalisée et proche des réalités du terrain. Outre le seuil d'autonomie nécessaire, des clarifications sont à poser en matière de rattachement de certaines catégories de personnel, en vue de prévenir ou de limiter les conflits de loyautés potentiels. A titre d'exemple, le lien hiérarchique exact du personnel soignant entre le directeur du site médico-social et le directeur des soins demeure à finaliser.

L'autre problématique à remédier est afférente à un manque de lisibilité et de compréhension mutuelle dans l'environnement global du CHGR. De manière générale et non unanime, le secteur sanitaire n'a pas ou peu connaissance des enjeux et des réalités du secteur médico-social. Parallèlement, le renforcement de l'identité médico-sociale au sein de la MAS et de l'EHPAD ne doit pas aboutir à l'oubli de la logique sanitaire propre

aux unités psychiatriques<sup>52</sup>. Il est à préciser que l'éloignement géographique des sites ne facilite pas un niveau d'échanges optimal entre professionnels des différentes structures. Ces manques de communication restent vecteurs d'épisodes de confusions en matière d'orientation ou de parcours des usagers, notamment à titre temporaire dans des contextes d'hôpital sous tension. Par ailleurs, dès lors qu'un patient a été admis en secteur médico-social en aval d'une hospitalisation de plus ou moins longue durée, il demeure très délicat, en cas de crises aiguës à l'origine de comportements auto agressifs ou de violence physique envers le personnel ou d'autres résidents, d'obtenir une ré-hospitalisation, même temporaire, en milieu psychiatrique et notamment sur la FIHP<sup>53</sup>.

Il est ainsi fondamental, dans un établissement de grande taille, d'encourager le développement d'une complémentarité entre chaque secteur, corroborée d'une logique de travail ensemble. Se connaître, se coordonner, avoir une vision de maillage et de réseau contribuera nettement à l'accomplissement de l'objectif de parcours sans rupture, ou orientation médicalement injustifiée, au bénéfice du patient. Si le médico-social est identifié en tant que tel, l'activité psychiatrique a et doit conserver une dimension sanitaire. La clarification des rôles et des missions de chacun, comme le développement d'une vision intégrative des choses, facilitera l'émergence d'un dialogue assurant une compréhension de chaque périmètre dans son ensemble.

Le positionnement de la fonction de DESSMS à la tête des structures médico-sociales s'affirmant en tant que tel est ainsi incontournable.

L'offre médico-sociale de l'EPSM du Morbihan s'est, au-delà de l'évolution d'ordre culturel, affranchie des organisations sanitaires tout en maintenant une collaboration étroite. Les MAS et FAM étaient initialement sous l'autorité d'un seul médecin. La démarche d'évaluation interne a constaté l'émergence d'une culture commune entre ces entités en constatant que le secteur médico-social dédié au handicap psychique n'était pas constitué en un ensemble, et qu'aucun projet médico-social spécifique n'existait dans le projet d'établissement de l'EPSM. Pour mémoire, le projet d'établissement 2007-2012 avait été élaboré avant la création des ARS, d'où l'absence de l'obligation d'intégrer le volet médico-social dans ce même document. Afin d'assurer une meilleure lisibilité institutionnelle interne et externe, le projet d'établissement 2013-2017 a acté la création d'un pôle médico-social. L'autre option déterminante a consisté à décider que pour les structures médico-sociales de l'EPSM, la couverture médicale rentrerait dans le droit commun. De ce fait, au lieu d'avoir une seule équipe médicale de référence pour le pôle,

---

<sup>52</sup> Entretien avec le Dr SHEPPARD

<sup>53</sup> Echanges avec le Dr COREAU-GUILLER et le Dr SHPAK

chaque établissement rattaché dispose d'un psychiatre de l'EPSM relevant de son territoire d'implantation, conformément à la logique sectorielle. Le psychiatre référent reste responsable de la mise en application de l'axe médical du projet d'établissement et conserve une place institutionnelle. Ce panachage entre une organisation hospitalière et une organisation médico-sociale fut approuvé par le Directoire de l'EPSM. Le Directeur Général a également souhaité que la résidence personnes âgées intègre le pôle médico-social pour que le DESSMS puisse conduire la démarche de changement qu'il était parvenue à mettre en œuvre sur le secteur handicap. L'USLD fut parallèlement rattachée au pôle médico-technique. Chaque pôle sanitaire comme médico-social dispose d'un CSS pour assurer la coordination des soins. Le directeur du pôle médico-social reste le principal animateur de la vie institutionnelle et sociale, ainsi que le responsable du suivi de la gestion administrative, de la mise en œuvre de la politique qualité et de la conduite de projet. Par ailleurs, la gestion complémentaire d'une fonction transversale (Direction de la communication) au sein de l'EPSM lui permet de s'impliquer également de manière permanente dans la vie institutionnelle de l'établissement, et de renforcer sa place au sein de l'équipe de direction. En matière d'organisation du temps, il demeure en conséquence essentiel de se déplacer régulièrement pour assurer une présence même ponctuelle sur chaque site, à la rencontre des agents, des résidents et des familles au-delà des tenues de CVS ou de réunions occasionnelles. Il est aussi fondamental de s'appuyer sur ses adjoints sur la base d'une relation de confiance mutuelle, soient les attachés ou adjoints des cadres pour les missions administratives, et les CSS et cadres de proximité pour le volet soignant et socio-éducatif<sup>54</sup>.

Cet exemple de positionnement souligne la possibilité pour le DESSMS de limiter pour le mieux son isolement et celui de son établissement, que cet établissement soit autonome ou bien rattaché à une structure de grande dimension. La dynamique de réseau est aussi à stimuler en dehors des frontières de l'établissement de rattachement.

### **3.3.2 Le développement de réseaux extérieurs à réfléchir**

Le concept de réseau renvoie à une notion de modernité, d'instantanéité, et de dynamisme. Cette pratique permet à des personnes travaillant dans un même secteur d'activité de se connaître, de conserver des contacts, et d'entretenir des échanges réguliers d'informations comme des partages d'expériences satisfaisantes ou plus difficiles. Le DESSMS à la tête d'un établissement ou d'une structure peut ainsi développer l'analyse de son propre fonctionnement, bénéficier de conseils et d'appui, analyser ses erreurs, et prendre du recul. Travailler en réseau ne s'impose pas et ne se décrète pas, aussi il convient au préalable de partager un champ d'intérêt et des valeurs

---

<sup>54</sup> Entretien avec M. LECOURT

en commun. Il est aussi impératif de bien penser son organisation ou au minimum poser une certaine régulation pour le temps qui y est consacré<sup>55</sup>.

La MAS comme l'EHPAD du CHGR s'ouvrent progressivement sur l'extérieur, en renforçant les partenariats territoriaux dans un souci d'optimisation de l'accompagnement du résident et d'amélioration des pratiques professionnelles quotidiennes, vecteurs d'épanouissement professionnel.

Par la représentation du DESSMS et de certains de ses membres du personnel, l'EHPAD participe régulièrement à la réflexion menée dans différents organismes du réseau gérontologique rennais. Cet engagement permet de confronter et d'échanger sur les expériences et pratiques, d'élargir le champ de perception de certaines problématiques, comme de suivre les évolutions des besoins de la population des personnes âgées sur Rennes Métropole, le district et le département. C'est aussi l'opportunité d'être informé et d'informer sur la mise en application de certains dispositifs (réforme de la tarification, politique qualité), et de réfléchir aux perspectives d'évolution et d'avenir des EHPAD et aux coordinations à développer avec d'autres services médicaux, sociaux et culturels. Dans ce cadre, l'EHPAD a notamment participé aux travaux du CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination), du CODEM (Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation), et a été interpellé dans le cadre du dispositif MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration dans la Maladie d'Alzheimer) dans le cadre d'études de situations complexes. L'EHPAD contribue également au dispositif PAERPA<sup>56</sup> (Parcours des Aînés en Risque de Perte d'Autonomie), développé en application des dispositions de l'article 48 de loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2013. La démarche a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépressions, chutes, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux, et médico-sociaux) autour de la personne âgée. La Bretagne fait partie de la vague d'expérimentation, et le pays de Rennes constitue l'un des territoires pilotes.

---

<sup>55</sup> *Ouverture et réseautage, un levier de management dynamisant*, Fanny SALLE

<sup>56</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>



Comme évoqué en amont, l'EHPAD comme le secteur psychiatrique travaillent en coopération avec d'autres établissements médico-sociaux, avec au-delà des échanges de bonnes pratiques un enjeu de développement d'équipes d'appui pour répondre sur place aux besoins médico-soignants aigus, et prévenir ainsi les risques d'«hospitalisations sauvages» par ce travail de connaissance mutuelle. Une réciprocité est à garantir<sup>57</sup>.

Il convient d'étendre les relations conventionnelles de la MAS avec d'autres structures d'accompagnement du handicap mental ou psychique, comme avec des professionnels de santé (dentistes, pédicures, podologues).

La MAS comme l'EHPAD participent et répondent à des appels à projets, comme le développement d'une offre d'appui en MAS pour les personnes sujettes à des TED et TSA, ou la mise en œuvre d'un dispositif expérimental d'astreinte IDE de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD et porté par le CH de Janzé. Ces dispositifs auront pour vocation d'améliorer la continuité comme la qualité de la prise en charge. Par ailleurs, ces démarches constituent un excellent levier et moyen de faire travailler ensemble les partenaires, et de renforcer les échanges autour d'une réponse commune.

En matière de développement de la participation sociale du résident, de nombreux challenges sont encore à mettre en œuvre. En particulier, la culture permet d'aider le résident à trouver sa place dans l'institution, de s'ouvrir aux autres, et d'améliorer sa qualité de vie. Des rapprochements et partenariats sont à consolider ou à envisager au sein de la MAS, notamment avec la troupe de théâtre, la médiathèque et la ludothèque de la ville de Thorigné-Fouillard<sup>58</sup>. Au niveau des perspectives potentielles de l'EHPAD, les villes de Bruz comme de Chateaugiron s'avèrent relativement dynamiques en termes de développement de liens intergénérationnels et des services de loisirs au bénéfice des personnes âgées, dans un objectif de vivre ensemble au sein d'une même commune. Il serait regrettable que la structure ne saisisse pas ces opportunités à court terme<sup>59</sup>.

Le DESSMS peut aider et apporter son soutien à la mise en place de ces projets, mais sans les décréter. Il assure un rôle de coordination après que le terrain ait fait remonter ses besoins en la matière. Dans le cadre du développement d'une culture médico-sociale à part entière, l'initiative individuelle est à encourager et à faire valoir.

---

<sup>57</sup> Entretien avec Mme JEHANNO

<sup>58</sup> Eléments recueillis auprès du Dr COREAU-GUILLER

<sup>59</sup> Colloque FHF Bretagne : Culture et EHPAD : Tout un art ! 9 juin 2017

## Conclusion

Le décloisonnement entre les secteurs psychiatriques et médico-sociaux devrait s'accélérer, comme le prévoient les dispositions de l'article 69 de la loi de modernisation du système de santé. En amont de cette réforme législative, l'ANAP a mené une expérimentation de 2014 à 2016 sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes sujettes à des pathologies psychiatriques et à des situations de handicap psychique. Le sujet reste complexe, s'inscrit dans une certaine durée et nécessite la coordination de multiples intervenants issus de différents horizons (également sociaux et éducatifs) autour d'une notion de projet de vie. Les services sanitaires et médico-sociaux jouent un rôle fondamental dans l'optimisation de ces parcours, faits de nombreuses transitions et nécessitant de véritables coopérations et échanges d'informations entre elles ; et ce sans que leur organisation, leur financement, ou leur régulation ne les y incitent, au moins directement. La méthode proposée par l'ANAP met en avant les enjeux de personnalisation de l'accompagnement, de respect des droits des personnes, et d'amélioration continue de la qualité, conditionnée par l'existence de partenariats ou a minima de communications. Celle-ci va être retenue pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM), dans le cadre duquel le CHGR assurera le rôle d'acteur principal. Son prochain projet d'établissement 2018-2022 comportera un axe sur le décloisonnement, la continuité des parcours, et la prise en considération du handicap psychique en tant que tel. Un groupe de travail sera constitué dans cette optique.

Un axe sera aussi consacré à la personne âgée, en poursuivant la coopération intersectorielle. Par ailleurs, la coopération sur la psychiatrie du sujet âgé sera à renforcer avec l'EHPAD du CHGR, comme ceux extérieurs. Les échanges autour du dispositif PAERPA confirment notamment le caractère incontournable de la matière. Un autre groupe de travail s'avèrera aussi nécessaire à ce titre.

L'un des enjeux majeurs du prochain projet d'établissement consistera ainsi à garantir l'identité médico-sociale de l'EHPAD comme de la MAS, et à poser des pistes d'amélioration de la coordination avec l'activité psychiatrique, notamment la FIHP. Il convient de veiller à ce que les demandes de suppressions de lits d'hospitalisation complète n'entravent pas aux parcours et aux droits de l'utilisateur, en le privant de l'accompagnement adapté auquel il peut prétendre<sup>60</sup>.

Sur le plan territorial, il reste important pour les prochaines évolutions de l'EHPAD et de la MAS du CHGR de rester en cohérence avec les enjeux territoriaux. Concernant le sujet âgé, l'offre n'est pas à quantifier mais à adapter, notamment pour faciliter l'accompagnement des personnes désorientées, en assurant le maintien à domicile dans

---

<sup>60</sup> Entretien avec Mme JEHANNO

la mesure des possibilités. En revanche, l'offre est à renforcer pour les personnes en situation de handicap. L'Ille et Vilaine constitue un territoire pionnier en vue de fournir une réponse adaptée à tous. L'accueil de jour est à développer pour celles et ceux qui le souhaitent, et la place des familles qui revendiquent le droit à une vraie vie familiale reste à prendre en compte dans le développement des services de proximité. Outre la concertation sur le 4<sup>ème</sup> plan autisme officiellement lancée en juillet 2017, un plan national est aussi attendu sur le polyhandicap, donnant lieu à des dépenses encore élevées et non suffisamment adaptées aux besoins de la personne<sup>61</sup>.

Un directeur présent, identifié et reconnu assurera sur le terrain la concrétisation de ces challenges. Il devra assurer la conduite du changement, en ne restant pas l'unique acteur mais en assumant sa fonction de bâtisseur. Il demeure essentiel d'occuper l'espace, de définir son propre diagnostic stratégique en amont de toute décision et mise en œuvre. Un objectif clair est à concevoir avant la détermination du chemin qui sera utilisé.

---

<sup>61</sup> Entretien avec Mme COURTEILLE



---

# Bibliographie

---

## Documents institutionnels

- Projet d'établissement du Centre Hospitalier Guillaume Régner 2012- 2016
- Projet d'établissement 2015-2019 MAS, sites du Placis Vert et Ty Heol
- Projet du Pôle Handicap mental et psychique 2012-2016
- Rapport d'évaluation interne de la MAS du CHGR (janvier 2014)
- Rapport d'évaluation externe de la MAS du CHGR (janvier 2015)
- Rapport d'évaluation interne de l'EHPAD du CHGR (décembre 2013)
- Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD du CHGR (décembre 2014)
- Dossiers de résidents de la MAS et de l'EHPAD du CHGR
- Volet médico-social Handicap psychique du Projet d'Etablissement 2013-2017 (EPSM Morbihan)
- Projet médical Résidence Arc-en-ciel 2016- 2019 (EPSM Morbihan)

## Sources administratives et juridiques

- Code de la santé publique
- Code de l'action sociale et des familles
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap- 2015-2019 - Département de l'Ille et Vilaine
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Portail du Ministère des Solidarités et de la Santé <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
- Site de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- Légifrance, le service public de l'accès au droit <https://www.legifrance.gouv.fr/>

## Ouvrages

- BERGOIGNAN-ESPER Claudine, DUPONT Marc, 2014, *Droit hospitalier*, Dalloz, 9<sup>ème</sup> édition
- CLEMENT Jean-Marie, 2015, *Questions de politiques hospitalières, Organisation médicale, Technocratie, Droits des malades*, 2015, Les Etudes Hospitalières
- HEINRY Hervé, 2016, *La fabrique du changement au quotidien, Paroles de directeurs*, Presses de l'EHESP
- JAEGER Marcel, 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, La Gazette, Santé et Social, 3<sup>ème</sup> édition
- VERGNE Françoise, MEDICI Gérard, 2016, *La vie en MAS: quel accompagnement ?*, Eres
- VIRAG Vanessa, PREDALI Dominique, 2011, *Voyage au bout de l'autisme*, Albin Michel
- ZRIBI Gérard, 2012, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Presses de l'EHESP, 3<sup>ème</sup> édition
- ZRIBI Gérard, 2016, *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques*, Presses de l'EHESP

## Mémoires et travaux de recherches de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- BOCASSE Valérie, Diplôme d'établissement « Directeur d'EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes » 2013-2014, *La cohabitation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD : atouts et limites*
- CAPRON Christophe, DESSMS 2014-2015, *La recherche du consentement chez la personne âgée entrant en EHPAD, un idéal restant à mettre en œuvre*
- DELECOURT –LEFEUVRE Tagrid, DESSMS 2014-2015, *Spécificité des personnes handicapées âgées et de leur accompagnement en EHPAD, l'exemple de l'EHPAD Mer et Pins de Saint-Brévin les Pins*
- Module Interprofessionnel de Santé Publique 2012, Groupe n°7, *Articulation entre les champs médico-sociaux et sanitaires : Focus à partir d'un public cible*

## Publications de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Médico-sociaux

- L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques. Retours d'expérience de reconversions ou de créations. Août 2014

- Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale- Première approche. Août 2015
- Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social. Guide méthodologique d'appui à la contractualisation. Janvier 2017

### Articles

- Direction de la recherche des études, de l'évaluation, et des statistiques (DREES), 2001, *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites*
- BUBIEN Yann, avril 2014, *Si tout le monde manage, qui dirige ?* Gestions hospitalières, n°535
- Catherine KELLER, Agnès LYDA-TRUFFIER, Philippe JAHAN, *Le management de pôles à l'hôpital : Mise en application au Centre Hospitalier de Valenciennes.* Les cahiers de la fonction publique, numéro 353, Mars 2015

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste récapitulative des entretiens et des rencontres professionnelles

Annexe 2 : Article relatif à l'enquête de l'ARS Bretagne sur l'EHPAD du CH Guillaume Régnier (HOSPIMEDIA, le 11 octobre 2016)

Annexe 3 : Article paru dans le quotidien Ouest France annonçant l'accueil d'un chien à la Maison d'Accueil Spécialisée (publié le 21 décembre 2015)

Annexe 4 : Tarifs en vigueur au Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Annexe 5 : Protocole d'admission à l'EHPAD du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Annexe 6 : Protocole d'admission à la MAS du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Annexe 7 : Exemples de questions d'entretiens semi-directifs



## **Annexe 1 : Liste récapitulative des entretiens et des rencontres professionnelles**

### Direction du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

- M. Bernard GARIN, Directeur Général
- Mme Anne GENIN, Directrice de l'Offre médico-sociale adulte
- Mme Anaïs JEHANNO, Directrice Projets, Qualité, Gestion des risques, Usagers, Communication
- Mme Chantal LE DEIST, Attachée à la Direction des Affaires financières
- M. Sébastien RIPOCHE, Faisant fonction de Directeur des Soins

### Personnalités institutionnelles du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

- Mme Anne- Françoise COURTEILLE, Présidente du Conseil de surveillance, Vice-présidente du Conseil départemental d'Ille et Vilaine en charge des solidarités, des personnes âgées et du handicap
- Dr Elizabeth SHEPPARD, Présidente de la Commission médicale d'établissement

### MAS du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

- M. Thierry ANNEIX, Cadre de santé
- Mme Anne-Charlotte BISSEGE, Secrétaire médico-sociale
- M. Christopher COQUEREL, Moniteur éducateur
- Dr Sylvie COREAU- GUILLER, Chef du pôle Handicap psychique et mental
- Mme Claire DETOC, Psychologue
- M. Jean-François FERRON, Président du Conseil de la vie sociale
- Mme Aurélie GAGEOT, Assistante sociale
- Mme Gisèle HAUDEBERT, Représentante des familles
- M. Alain LAMIRAL, Agent technique
- Mme Chloé SERRE, Ergothérapeute

### EHPAD du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

- Mme Isabelle AUDREN, Assistante sociale
- Mme Sylvie LETUE, Cadre supérieure du pôle
- Mme Claire MERHAND, cadre de santé
- Mme Gladys ROMERO, Psychologue
- Dr Natalia SHPAK, Chef du pôle personnes âgées

### Etablissements extérieurs

- Mme Fanny COUDRAY, Directrice de l'EHPAD de la Poterie, Chartres de Bretagne (Ille et Vilaine)
- M. Ivan LECOURT, Directeur du Pôle médico-social et chargé de communication, EPSM du Morbihan (Saint-Avé)
- Mme Agnès LYDA-TRUFFIER, Directrice des ressources humaines, CH de Valenciennes (Nord)

### Réunions de travail

- Réunion au Conseil départemental à la suite de l'enquête administrative à l'EHPAD, en présence de Mme COURTEILLE et du Dr Luc BOISSEAU (représentant l'ARS Bretagne).
- Réunion de partenariat entre la MAS et la FIHP, en présence du Dr Alexis ROUBINI, Chef du pôle G07 et de la FIHP, et de M. Roger BUCHOUL, CSS de la FIHP
- Réunion relative aux charges comparatives de travail en EHPAD, à l'EHPAD des Champs Manceaux. Rencontre de M. Rémy BOUCHARD (Directeur), et de l'encadrement médico-soignant.
- Rencontres Table Tactique MAIA du Pays de Rennes (30 novembre 2016, 8 mars 2017)
- Rencontre à l'ARS, Présentation PAERPA, Parcours de santé des aînés (25 avril 2017)
- Réunion le 04/05/2017 avec Mmes Evelyne BROSSAY (Chargée de la Planification et du suivi, Conseil Départemental 35), Corinne EVANO (Suivi de la planification de l'offre pour les personnes en situation de handicap, CD35), et Véronique AULNETTE (MDPH), concernant les perspectives de développement des dispositifs d'habitat regroupé pour les personnes en situation de handicap hospitalisées au long cours
- Colloque FHF Bretagne : Culture et EHPAD : Tout un art ! 9 juin 2017

## **Annexe 2 : Article relatif à l'enquête de l'ARS Bretagne sur l'EHPAD du CH Guillaume Régnier (HOSPIMEDIA, le 11 octobre 2016)**

### **L'ARS Bretagne mène une enquête sur l'Ehpad du CH Guillaume-Régnier après une requête syndicale**

---

**Publié** le 11/10/16 - 18h09 - HOSPIMEDIA

**Les représentants syndicaux du CH Guillaume-Régnier de Rennes dénoncent le manque de personnel et une dégradation de la prise en charge au sein de l'Ehpad. L'ARS a été interpellée et a choisi de réaliser une enquête administrative sur pièce, complétée sur site. De son côté, la direction annonce des mesures pour lutter contre l'absentéisme.**

Une situation de sous-effectif chronique qui entraîne une dégradation de prise en charge des résidents d'Ehpad et impacte le bien-être au travail des agents. C'est ce que dénonce par communiqué le syndicat Sud santé sociaux à propos de l'Ehpad du CH Guillaume-Régnier (CHGR) de Rennes (Île-et-Vilaine). Le site de Bruz, qui accueille 80 résidents, est principalement concerné, celui de Châteaugiron subit la situation par ricochet, indique le syndicat. Réunis en intersyndicale, Sud, la CGT et la CFDT ont également contacté l'ARS Bretagne, le ministère de la Santé et le conseil régional. Ils dénoncent en particulier la mention dans une note de service "*d'alitements administratifs*". L'agence a choisi de diligenter une enquête, d'abord sur pièce, puis sur place, précise à *Hospimedia* Nathalie Le Formal, directrice de la délégation Ile-et-Vilaine. L'ARS a convenu qu'il y avait matière, au regard des pièces examinées, à dépêcher un médecin et un chargé de mission. L'enquête administrative sera menée ce 11 et les 12 et 19 octobre auprès des responsables de l'Ehpad et de la direction. Un rapport sera ensuite réalisé, l'ARS souhaite boucler le dossier d'ici la fin du mois.

#### **Signalement au procureur de la République**

Un courrier envoyé au procureur de la République afin de signaler la "maltraitance institutionnelle" sur l'Ehpad, fait état d'"*effectifs insuffisants [...] qui conduisent à des ajustements de l'organisation de travail provoquant une dégradation de la prise en charge des résidents*". Il est à l'initiative des représentants du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du syndicat Sud. Une note de service, citée dans ce courrier, parle même "*d'alitements administratifs*". Elle précise que "*tous les résidents doivent être levés si leur situation l'exige*" ajoutant qu'une "*tolérance est admise concernant les alitements administratifs en cas de sous-effectif mais doit être encadrée*

*car non justifiable médicalement et peut entraîner des complications de santé*". Sud dénonce par ailleurs des toilettes express, réalisées en moins de douze minutes mais également des soins annulés ou différés, des douches espacées parfois d'un mois ainsi qu'une augmentation des feuilles d'événement indésirable.

### **Pas de diminution des effectifs mais une baisse de dotation**

*"Il n'y a pas eu de diminution des effectifs de l'Ehpad"*, explique à *Hospimedia* Bernard Garin. Le directeur du CHGR souligne toutefois l'absentéisme qui a touché la structure, au niveau des infirmiers en début d'année et des aides-soignants au printemps. *"Toutes les demandes de remplacement faites par les responsables du pôle personnes âgées ont été honorées par la direction"*, assure-t-il. L'hôpital psychiatrique annonce par ailleurs le recrutement ponctuel de deux aides-soignants, en renfort.

Bernard Garin revient sur la convergence tarifaire de la dotation soins de l'établissement. *"Notre dotation a baissé de 400 000 euros en cinq ans"*. Le directeur s'interroge alors sur l'adaptation de ce mécanisme à la situation spécifique de l'Ehpad. La structure accueille uniquement d'anciens patients de l'établissement rennais, ils présentent donc des troubles à la fois psychiques, liés au vieillissement et à la perte d'autonomie. Pour le directeur, la dotation soins ne prend pas suffisamment en compte ces spécificités. La convention tripartite doit être renouvelée en 2017, il espère alors obtenir une dotation plus adaptée. La réforme de la tarification apparaît également comme une opportunité.

Quant à la notion d'alitements administratifs, *"il n'y a pas eu de document émanant de la direction"*, sur ce sujet assure Bernard Garin. Afin d'identifier les cas où les résidents gardent la chambre ou demeurent couchés, la direction du pôle personnes âgées a entamé au printemps une démarche de recensement. Prescription médicale, demande du résident ou de son entourage ou raison dont la pertinence n'est pas avérée, ce travail doit permettre d'analyser les différents motifs. Pour le directeur, il s'agit *"d'un engagement que l'on prend vis-à-vis des familles"* pour garantir *"la qualité d'accompagnement des résidents"*.

Cécile Rabeux

**Annexe 3 : Article paru dans le quotidien Ouest France annonçant l'accueil d'un chien à la Maison d'Accueil Spécialisée (publié le 21 décembre 2015)**

## **Igloo, le labrador, est arrivé à la résidence Ty Heol**

Modifié le 23/12/2015 à 04:00 | Publié le 21/12/2015 à 00:00



• Igloo avec ses référentes et de nouveaux amis. |

C'est parce qu'il sait aller vers les autres qu'Igloo, le labrador, a été choisi pour accompagner les résidents de Ty Heol.

### L'initiative

Igloo, chien d'accompagnement social, est arrivé depuis deux semaines à la Maison d'accueil spécialisé (Mas) Ty Heol, où résident 60 personnes en situation de handicap. Devenu membre à part entière de l'établissement, reconnaissable à son dossard jaune et bleu, le public peut le rencontrer le long du canal ou dans les commerces.

### Un nouveau collègue de travail

Igloo est un labrador. Eduqué pendant deux ans, il a été choisi parmi trois candidats pour ses qualités apaisantes, « **il va vers les autres** ». Dès le matin, il travaille avec une de ses référentes, « **il fait partie de l'équipe soignante** » et partage tous les moments de la vie quotidienne, repas et promenades.

« **Igloo est notre collègue de travail** », sourit une infirmière. Les comportements se modifient. Des sourires apparaissent, l'envie de le caresser et de s'en occuper se précise. Les ordres « **Igloo, couché !** » ou « **Igloo, pas bougé !** » paraissent simples, mais aident à favoriser l'élocution. Lors du goûter de Noël, Igloo a été présenté aux familles et s'est prêté de bonne grâce à la pose pour les photos souvenirs, prêt à accueillir les marques d'affection, un peu cabot.

## L'histoire

Brigitte Durand, aide-médico psychologique, et Vanessa Richard, aide-soignante, persuadées de l'intérêt de la présence d'un chien dans l'établissement, en sont les instigatrices. Elles avaient constaté un mieux-être lors de visites de « chiens visiteurs », une fois par mois.

Passionnées par ce projet et avec leur « **envie d'amener du bonheur et d'améliorer le quotidien** », elles ont motivé leurs collègues et ont créé une association afin de récolter des fonds. La formation canine assurée par l'association Handichien (association nationale d'éducation de chiens d'assistance pour handicapés) revient à 14 000 €. Le chien est ensuite remis gratuitement à la structure. L'association Handismile prend alors en charge le coût d'entretien, environ 1 200 € par an.

Brigitte Durand et Vanessa Richard ont également suivi une formation pour assimiler les 50 ordres auxquels Igloo obéit. Elles sont devenues les « **référentes** », les gardiennes, attentives à son bien-être. Igloo rentre chez l'une ou chez l'autre le soir. Il « **passe de bonnes nuits. Il paraît épuisé par ses jours de travail** », indiquent-elles.

Des manifestations sont prévues dans les prochains mois pour aider à conserver cette présence rassurante.

**Handismile35@yahoo.fr** ou Esplanade des droits de l'homme 35 235 Thorigné-Fouillard.

## Annexe 4 : Tarifs en vigueur au Centre Hospitalier Guillaume Régnier



### TARIFS DE PRESTATIONS APPLICABLES Au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES Au 1er MAI 2016


PSYCHIATRIE		TARIF JOURNALIER
HOSPITALISATION COMPLETE Adultes		391,95 €
HOSPITALISATION DE JOUR Adultes		243,93 €
HOSPITALISATION DE NUIT Adultes		405,31 €
HOSPITALISATION COMPLETE Enfants		431,86 €
HOSPITALISATION DE JOUR Enfants		524,28 €
ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE		132,49 €
FORFAIT JOURNALIER PSYCHIATRIE : 13,50 €		
Arrêté de Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne portant fixation des tarifs de prestations applicables au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES en date du : 24 juillet 2015		
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)	TARIF JOURNALIER SOINS	TARIF JOURNALIER DEPENDANCE
Tarifs pour les personnes classées en GIR 1 et 2	69,19 €	27,47 €
Tarifs pour les personnes classées en GIR 3 et 4	73,41 €	17,43 €
Tarifs pour les personnes classées en GIR 5 et 6	79,66 €	7,39 €
Tarifs pour les personnes âgées de moins de 60 ans	82,37 €	23,20 €
Tarif journalier HEBERGEMENT : 52,34 €		
Arrêtés de : Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne du 24 juillet 2015 (soins) Monsieur le Président du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine du 23 décembre 2015 (hébergement, dépendance) portant fixation des tarifs de prestations applicables au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES		
ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)	TARIF JOURNALIER SOINS	TARIF JOURNALIER DEPENDANCE
Tarifs pour les personnes classées en GIR 1 et 2	81,96 €	26,47 €
Tarifs pour les personnes classées en GIR 3 et 4	67,19 €	16,80 €
Tarifs pour les personnes classées en GIR 5 et 6	52,42 €	7,13 €
Tarifs pour les personnes âgées de moins de 60 ans	50,33 €	21,72 €
Tarif journalier HEBERGEMENT : 53,04 €		
Arrêtés de : Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne du 6 juillet 2015 (soins) Monsieur le Président du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine du 23 décembre 2015 (hébergement, dépendance) portant fixation des tarifs de prestations applicables au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES		
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE (MAS)	TARIF JOURNALIER INTERNAT	TARIF JOURNALIER SEMI-INTERNAT
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE	198,93 €	159,15 €
FORFAIT JOURNALIER MAS : 18,00 €		
Arrêté de Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne du 15 juin 2015 (internat, semi-internat) portant fixation des tarifs de prestations applicables au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES		

Pour tout renseignement complémentaire,  
merci de vous adresser au Bureau des Frais de Séjour  
(02.99.33.39.00)

Identification : INFO-ADM-FAC-01	Date d'application : Avril 2013	Version : 1 Page : 1 à 1
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------



## Annexe 5 : Protocole d'admission à l'EHPAD du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

	<b>Protocole</b>	<b>PRO-ADM-ADMI-04</b>
	<b>ADMISSION DU RESIDENT EN EHPAD</b>	2 pages
Diffusion <b>Direction Qualité / Gestion des risques</b>	<i>Pour application</i> : EHPAD	1 <sup>ère</sup> version : septembre 2014
	<i>Pour information</i> : Directions fonctionnelles	Date d'application : septembre 2014
	<i>Lieux de diffusion</i> : Intranet	1 exemplaire

Rédaction : Juin 2014	Vérification : juin 2014	Validation : septembre 2014	Approbation : septembre 2014
Mme LETUE, CSS, PPA Mme AUDREN, assistante sociale, PPA	Mme LETUE, CSS Pôle Personne âgée Dr SHPAK, Médecin chef du pôle Personne âgée	Dr SHEPPARD, Présidente CME Mme GENIN, Directrice offre médico-sociale adulte M. FOURE, Directeur des soins	Direction Qualité / Gestion des Risques
<input type="checkbox"/> Création	<input type="checkbox"/> Révision non modifiée	<input checked="" type="checkbox"/> Révision modifiée	Date : Initiales :

### 1 - **OBJET** :

Ce protocole a pour objet de présenter les étapes du processus d'admission d'un nouveau résident et de ses proches à l'EHPAD du pôle personnes âgées.

### 2 - **DOMAINE D'APPLICATION** :

- EHPAD

### 3 - **RESPONSABILITES** :

- Cadres supérieurs de santé / cadres de santé / cadres de garde
- Présidente de CME et médecin chef de pôle
- Equipes soignantes
- Assistante sociale

### 4 - **DOCUMENTS DE REFERENCE** :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Charte des droits et libertés de la personne dépendante
- Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement » ; ANESM ; Décembre 2010



## **5 - DOCUMENTS ASSOCIES :**

- Protocole d'accueil du résident

## **6 - DOCUMENTS A UTILISER :**

- Livret d'accueil du résident et passeport de pôle
- Fiche de liaison du dossier CIMAISE
- Dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (dossier national)

## **7 - DEFINITION :** sans objet

## **8 - ABREVIATIONS :**

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

**NPIES** : Inventaire neuropsychiatrique version pour équipe soignante

## **9 - ANNEXE :** sans objet

## **10 - DESCRIPTION DES ACTIONS A REALISER :**

Le résident est associé en même que sa famille à toutes les démarches, à toutes les étapes du processus dans la mesure de ses capacités.

### **I. PRE-ADMISSION**

① Premier contact téléphonique avec la structure EHPAD avec proposition d'une visite sur site à la demande du résident, des familles, des tuteurs, des travailleurs sociaux

Cette visite vise à présenter le (les) lieux d'hébergement et favoriser un choix conforme aux attentes et aux besoins de la personne âgée et de sa famille.

② Réception des dossiers de demande d'admission internes et externes dans 2 classeurs distincts.

Composition du dossier d'admission pour un patient venant de Psychiatrie du CHGR	Composition du dossier d'admission pour une demande externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de liaison du DPA Cimaise (<i>DSI-05-Fiche-de-liaison</i>)</li> <li>- Le courrier médical</li> <li>- La grille AGGIR</li> <li>- Un mini mental test</li> <li>- La grille NPIES soignant sur les troubles du comportement</li> <li>- Une lettre de demande d'admission du patient (<i>s'il n'est pas en capacité de le faire, la demander auprès de la famille ou du tuteur</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (<b>dossier national</b>)</li> <li>- Le courrier médical</li> <li>- La grille AGGIR</li> <li>- Un mini mental test</li> <li>- La grille NPIES soignant sur les troubles du comportement</li> <li>- Une lettre de demande d'admission du patient (<i>s'il n'est pas en capacité de le faire, la demander auprès de la famille ou du tuteur</i>)</li> </ul>

- ③ Examen du dossier par le médecin coordonnateur de l'EHPAD en lien avec la COMMISSION D'ADMISSION et rencontre éventuelle du résident sur son lieu de vie ou lieu de soins en fonction de l'analyse préalable du dossier.
- ④ Composition de la commission d'admission :
- Médecin coordonnateur de l'EHPAD
  - Assistante sociale
  - Cadre de santé
- ⑤ Classement du dossier de demande sur une liste d'attente par ordre d'arrivée :
- liste d'attente interne pour les résidents déjà hospitalisés au CHGR
  - liste d'attente externe pour les autres (domicile, autre EHPAD, hôpitaux, cliniques...)

## II. ADMISSION

- ① Quand une place se libère, un résident est choisi sur l'une ou l'autre des listes d'attente en fonction :
- de son état de santé au moment de l'accueil
  - de son choix préalable du lieu d'hébergement
  - de la capacité de la structure à pouvoir assurer un accompagnement de qualité

Prévenir les proches de la date, de l'heure et du lieu d'accueil.


L'accueil a lieu de préférence entre J1 et J3 et est coordonné par l'assistante sociale du pôle personnes âgées en lien avec les cadres de santé de l'EHPAD et les familles.

Le jour de l'accueil, il est préférable que le résident soit accompagné par un membre de l'équipe du pôle d'origine et/ou sa famille pour la coordination de la prise en charge.

Le résident doit arriver avec un traitement pour 24h dans la mesure du possible.

- ② Suivi de la liste d'attente : la mise à jour de la liste d'attente est effectuée annuellement.

## Annexe 6 : Protocole d'admission à la MAS du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

	<b>Protocole</b>	<b>PRO-ADM-ADMI-05</b>
	<b>ADMISSION DU RESIDENT A LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE</b>	Version 1  2 pages
Diffusion <b>Direction Qualité / Gestion des risques</b>	<i>Pour application</i> : MAS	1 <sup>ère</sup> version : septembre 2014
	<i>Pour information</i> : Direction des soins	Date d'application : septembre 2014
	<i>Lieux de diffusion</i> : Intranet	1 exemplaire

Rédaction : Mai 2014	Vérification : juillet 2014	Validation : septembre 2014	Approbation : Octobre 2014
Mme PRIMAULT- Assistante socio-éducative Mme BOITARD- Cadre de santé	Mme GALIBOURG- Cadre supérieur de santé M. FOURE- Directeur des soins	Dr SHEPPARD, Présidente CME Mme GENIN, Directrice offre médico-sociale adulte Dr COREAU-GUILLER- Médecin chef de pôle	Direction Qualité / Gestion des Risques
<input type="checkbox"/> Création	<input type="checkbox"/> Révision non modifiée	<input checked="" type="checkbox"/> Révision modifiée	Date : AP Initiales : Mai 2014

### 1 - **OBJET** :

Ce protocole définit les modalités d'admission d'un résident à la Maison d'Accueil Spécialisée

### 2 - **DOMAINE D'APPLICATION** :

Maison d'Accueil Spécialisée

### 3 - **RESPONSABILITES** :

- Direction médico-sociale
- Médecin chef de pôle Handicap psychique et physique
- Assistant chef de pôle Handicap psychique et physique
- Médecins
- Cadres de santé
- Assistante sociale

### 4 - **DOCUMENTS DE REFERENCE** :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale - Section 2 Des droits des usagers
- Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

**5 - DOCUMENTS ASSOCIES :** sans objet

**6 - DOCUMENTS A UTILISER :**

- Formulaire de demande d'admission à la MAS
- Fiche de renseignements en vue d'une demande d'admission
- 

**7 - DEFINITION :** sans objet

**8 - ABREVIATIONS :**

**MAS :** Maison d'Accueil Spécialisée

**MDPH :** Maison Départementale des Personnes Handicapées

**9 - ANNEXE :** sans objet

**10 - DESCRIPTION DES ACTIONS A REALISER :**

### **I. Critères d'admission**

- Le demandeur doit être titulaire d'une notification d'orientation MAS de la MDPH à jour
- Le demandeur doit être porteur d'un handicap psychique, possiblement associé à des troubles somatiques. L'état de santé doit être stabilisé et compatible avec le projet d'établissement et le plateau technique de la MAS.
- Le demandeur doit bénéficier d'une adresse dans le 35 : soit y résider, soit avoir son représentant légal qui y est domicilié, ou encore un proche (dans ce dernier cas, le souhait de rapprochement familial/amical doit apparaître comme bénéfique pour le demandeur)

#### **Composition du dossier d'admission :**

- Notification d'orientation MAS de la MDPH
- Formulaire de demande d'admission
- Fiche de renseignements en vue d'une demande d'admission
- Courrier médical

#### **Contre indications:**

Elles concernent les personnes présentant une pathologie durablement incompatible avec la population accueillie sur la MAS, ou excédant le plateau technique et les moyens de prise en charge :

- Fréquence de comportements violents et dangereux
- Nécessité d'une chambre d'isolement (critères ANAES)
- Problèmes somatiques sévères, durables, voire chroniques
- Symptomatologie gériatrique et sénescence déjà installée

## **II. Composition de la commission d'admission**

- Direction de la MAS
- Médecin psychiatre
- Un médecin généraliste
- Psychologue du site concerné par la place vacante
- Cadre supérieur de santé
- Cadre de la maison concernée par la place vacante
- Assistante sociale
- Un cadre permanent

## **III. Gestion des admissions à la MAS**

- Des demandes pour lesquelles un avis défavorable a été prononcé peuvent être ré-ouvertes, même après le délai de demande de recours. Dans ce cas, c'est la date de la nouvelle demande qui sera prise en compte pour l'intégration du dossier sur la liste d'attente.
- Possibilité pour les familles qui souhaitent connaître la MAS d'être reçues par l'ASE. En revanche une visite des lieux n'est pas possible dans un souci de respect de l'intimité et du mode de vie des résidents (validé en bureau de MAS du 15/05/2014).
- Les demandes d'admissions sont gérées par l'assistante sociale en lien avec la secrétaire médico-sociale du Placis Vert.
- L'ancienneté des demandes est prise en compte dans l'élaboration de l'ordre du jour de la commission d'admission. Cependant, la commission se laisse la possibilité d'étudier de manière prioritaire des demandes relevant de situation exceptionnelle (ex : fermeture de services, maintien à domicile compromis...).

### *Remarques à arbitrer*

- *Proposition de suppression de notion de tour de secteur pour la liste d'attente, remplacée par prise en compte de l'ancienneté de la demande* Proposition à présenter en CME

## **Annexe 7 : Exemples de questions d'entretiens semi-directifs**

### Entretien avec M. Bernard GARIN, Directeur Général

- Quel est l'intérêt de conserver une offre médico-sociale, et quelle adéquation avec les soins psychiatriques est attendue ?
- Le mode de gouvernance polaire actuel est-il optimal ? Des évolutions sont-elles envisagées ?
- Est-il opportun de mettre en place un CHSCT sur l'EHPAD, à l'image du dialogue social existant sur la MAS ?
- Le vieillissement des résidents de la MAS aura-t-il un impact en matière réorganisation des pôles médico-sociaux ?

### Entretien avec Mme Anne- Françoise COURTEILLE, Présidente du Conseil de surveillance, Vice-présidente du Conseil départemental d'Ille et Vilaine en charge des solidarités, des personnes âgées et du handicap

- Articulation de l'offre médico-sociale adulte du CHGR avec les orientations du schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les secteurs MAS et EHPAD de l'établissement doivent-ils évoluer comme aval de l'offre sanitaire/psychiatrique et/ou en qualité de véritables établissements médico-sociaux rendant un service certain et optimal à l'échelle territoriale ?
- Le contexte global de vieillissement, touchant également les personnes en situation de handicap, est-il susceptible d'encourager des perspectives de cohabitation entre personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes ?
- Quels sont les projets complémentaires d'évolution de l'offre en matière de santé mentale comme d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour le département de l'Ille et Vilaine (distinctions et complémentarités) ?

### Entretien avec Mme Anaïs JEHANNO, Directrice Projets, Qualité, Gestion des risques, Usagers, Communication

- Quelles seront les principales orientations en matière médico-sociale du prochain projet d'établissement du CHGR ?
- Point sur les partenariats avec les structures médico-sociales extérieures, existants et à développer
- Opportunité de mettre en place un COPIL Qualité au sein de l'EHPAD
- Perspectives de réponses aux appels à projets

- Quelle est la meilleure articulation entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social ? Quels leviers institutionnels sont à maintenir ou à développer en la matière ?

#### Entretien avec le Dr Elizabeth SHEPPARD, Présidente de la CME

- Présentation du métier et du parcours professionnel
- Perception de l'offre médico-sociale en qualité de médecin psychiatre
- Quelles convergences et divergences entre l'enjeu de prise en charge psychiatrique, et l'accompagnement médico-social ?
- Quel est le rôle souhaité pour l'offre médico-sociale, à l'échelle institutionnelle comme territoriale ?
- Perception du métier et du rôle du DESSMS sur la MAS et sur l'EHPAD, dans une organisation polaire

#### Entretien avec le Dr Natalia SHPAK, Chef du pôle personnes âgées

- Présentation du parcours professionnel, et motivation à exercer en EHPAD
- Passage de la prise en charge sanitaire à l'accompagnement médico-social
- Rôle de l'EHPAD à l'échelle territoriale, et institutionnelle (quelles articulations avec les structures psychiatriques, l'USLD et la FIHP) ?

#### Entretien avec Mme Claire DETOC, psychologue de la MAS

- Enjeux et missions du métier de psychologue sur la MAS
- Présentation du parcours professionnel, et motivation à exercer en MAS
- Quels modes de communication avec les résidents ?
- Quelles relations sont entretenues avec les familles ?
- Combien de résidents sont suivis ? A quelle fréquence ?
- Quelles sont les attentes exprimées par les résidents ?
- Quel est l'impact de votre travail sur le PVI, et sur l'évolution des activités proposées au résident ?
- Le vieillissement des résidents a-t-il un impact ?

## Entretien avec Mme Sylvie LETUE, Cadre supérieure de santé du pôle personnes âgées

- Présentation du parcours professionnel, et motivation à exercer en EHPAD
- Modalités de passage de la logique sanitaire à la logique médico-sociale : comment évoluer du soin vers l'accompagnement, quel sont les changements entrepris auprès des équipes, quelles sont les attentes des résidents ?
- Comment les équipes sont-elles préparées à l'accueil et à l'accompagnement d'une personne présentant des troubles spécifiques du comportement ou des pathologies psychiatriques ?
- Quel rôle devrait avoir l'EHPAD au sein du CHGR et à l'échelle territoriale ?
- Une articulation de l'accompagnement de l'EHPAD avec celui de la MAS serait-il envisageable à terme ?
- Quelles sont vos attentes de la fonction de directeur en charge de l'EHPAD ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du rattachement à un EPSM de grande taille ?
- Quelles sont les évolutions souhaitées à terme pour l'EHPAD ?

## Entretien avec le Dr Sylvie COREAU GUILLIER, chef du pôle Handicap mental et psychique

- Présentation du parcours professionnel, et motivation à exercer en MAS.
- Quelle est la mission d'un médecin psychiatre sur une MAS ?
- Modalités de passage de la logique sanitaire à la logique médico-sociale
- Quels seront les impacts du vieillissement des résidents ? Des articulations de l'accompagnement avec l'EHPAD seront-elles envisageables ?
- Quel rôle devrait avoir la MAS à l'échelle institutionnelle comme à l'échelle territoriale (quelles articulations avec les structures psychiatriques et la FIHP)?





EUVRARD	Thibault	Décembre 2017
Directeur d'Établissement Sanitaire, Social, et Médico-social Promotion 2016-2017		
Quelle place pour une offre médico-sociale en établissement de santé mentale ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique		
<p>Résumé :</p> <p>Comme de nombreux établissements de santé mentale, le Centre Hospitalier Guillaume Rénier, situé à Rennes en Ile et Vilaine, a développé des structures d'accueil et d'hébergement dans une logique de réduction de lits sanitaires.</p> <p>Les patients concernés étaient hospitalisés depuis une longue durée au sein d'unités psychiatriques. Bien qu'une sortie définitive soit inenvisageable sur le plan médical, leur état de santé stabilisé a nécessité d'envisager une solution alternative à l'hospitalisation. Une maison d'accueil spécialisée (MAS) puis un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont ainsi été mis en place. Longtemps considérés comme des structures sanitaires annexes, des évolutions ont été amorcées compte tenu des spécificités du public accueilli, des évolutions réglementaires, et des incitations des autorités territoriales de tarification. Le virage médico-social bien engagé à la MAS et à accélérer sur l'EHPAD suppose la mobilisation par le directeur de chaque acteur concerné, dans l'intérêt du résident à accompagner. Le rôle du personnel comme la place des familles et le niveau de dialogue optimal avec les partenaires sociaux sont des éléments incontournables à définir dans cette perspective de conduite du changement.</p> <p>Une marge d'autonomie et des moyens de fonctionnement adaptés restent aussi à définir à l'échelle institutionnelle en vue de garantir l'identité médico-sociale de ces deux structures implantées dans un hôpital de soins psychiatriques.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>EHPAD, MAS, accompagnement, hospitalisation psychiatrique au long cours, résident, domicile, mobilisation, conduite du changement, outils institutionnels, autonomie, ouverture.</p>		
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.		