

**Prévenir les fractures sociales liées à l'âge :  
Expérimenter un nouveau rôle pour l'EHPAD  
comme acteur du quartier**

*Ursula VOGT*

2016



---

# Remerciements

---

Mes remerciements vont à l'équipe de l'ITS, la direction et les intervenants, et spécialement à tout le personnel des services qui réalise au quotidien les conditions de notre qualité de travail et de vie dans l'établissement.

J'exprime aussi ma reconnaissance à Steven Beurel qui fut pour moi un directeur de mémoire stimulant et bienveillant ainsi qu'à Marianne Mounier, pour sa relecture avisée et ses précieux conseils.

J'adresse toute ma gratitude à Monsieur de Kerhor et les agents de l'EHPAD de m'avoir accueillie en stage et accordé leur confiance.

Un profond merci à ceux qui ont pris le temps de lire mon travail et me faire part de leurs observations.

Enfin, et principalement, mes pensées vont aux personnes âgées qui inspirent mon engagement et donnent sens à mon action.

Echanger, penser, s'efforcer,  
Rencontrer, douter, progresser,  
Ecouter, ressentir, se dépasser.

Le parcours du CAFDES prend fin.

Un plan de formation de 30 mois mais surtout une vie de groupe tonique et revigorante.

Merci aux collègues et bonne chance à tous.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Décréditer une société qui remise ses vieux.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La vieillesse : omniprésente et méconnue .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Vieillissement et dépendance croissante .....	5
1.1.2 Une difficile définition .....	6
1.1.3 L'image contrastée des personnes âgées dans la société .....	7
1.1.4 Utilitarisme : à quoi « servent » les aînés ?.....	8
<b>1.2 La relégation sociale.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Histoire de la cohésion sociale .....	8
1.2.2 Arguments sur le terme de fracture .....	10
1.2.3 La vulnérabilité sociale .....	10
1.2.4 La gradation de l'exclusion .....	11
<b>1.3 La prise de conscience inachevée .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 La prise en compte du vieillissement .....	16
1.3.2 La prise en charge en établissement .....	21
1.3.3 La méprise : l'impuissance performative.....	22
1.3.4 La déprise : le rapport au monde du grand âge .....	27
<b>1.4 L'établissement pour personnes âgées : persistance et déficiences du         modèle .....</b>	<b>28</b>
1.4.1 Portrait d'un EHPAD urbain.....	28
1.4.2 EHPAD bien géré, résidents bien soignés, et ensuite ?.....	31
<b>Conclusion de la partie 1 .....</b>	<b>32</b>

<b>2</b>	<b>Repenser l'EHPAD comme acteur d'un vivre ensemble renouvelé .....</b>	<b>33</b>
2.1	<b>L'appel à un autre modèle de société.....</b>	<b>33</b>
2.1.1	Raviver notre contrat social.....	33
2.1.2	Mobiliser le travail social .....	35
2.1.3	Incarner la juste bienveillance .....	36
2.2	<b>Pourquoi agir maintenant ? Pourquoi dans cet EHPAD ? .....</b>	<b>37</b>
2.2.1	Tirer parti du moment.....	37
2.2.2	Se saisir des atouts du contexte .....	40
2.2.3	Engager un processus d'innovation sociale sur le quartier.....	43
2.3	<b>Le directeur d'EHPAD : passer des réponses aux questions.....</b>	<b>44</b>
2.3.1	L'important : garantir et assurer .....	44
2.3.2	L'essentiel : penser le changement, questionner le sens .....	45
2.4	<b>Ré enchanter le travail.....</b>	<b>47</b>
2.4.1	Lorsque le travail fait mal .....	47
2.4.2	Travailler auprès de personnes âgées en souffrance, c'est souffrir .....	49
2.4.3	Le sens redonne le bonheur au travail .....	51
	<b>Conclusion de la partie 2 .....</b>	<b>54</b>
<b>3</b>	<b>Fonder le modèle.....</b>	<b>55</b>
3.1	<b>Un renouveau fertile .....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Un changement bienveillant pour les usagers.....	55
3.1.2	Une mutation bienveillante pour les équipes.....	56
3.1.3	Une conversion profitable à l'établissement .....	58
3.2	<b>Le plan d'action : L'EHPAD ouvert à et sur le quartier.....</b>	<b>58</b>
3.2.1	Un EHPAD ouvert à tous les âges de la vie .....	59
3.2.2	Un EHPAD ouvert sur le quartier .....	63
3.2.3	Un EHPAD ouvert à tous quels que soient ses moyens.....	67

<b>3.3</b>	<b>Les modèles et les outils pour un changement co construit .....</b>	<b>68</b>
3.3.1	Co penser le changement .....	68
3.3.2.	Co construire le changement.....	69
<b>3.4</b>	<b>Poursuivre et parfaire .....</b>	<b>72</b>
3.4.1	Accompagner le développement des compétences.....	72
3.4.2	Sécuriser les ressources économiques et financières .....	73
3.4.3	Faire connaitre, faire aimer, faire agir : la communication.....	74
3.4.4	Evaluer pour progresser .....	77
	<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>





---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
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
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCU	Convention collective unique du 18 avril 2002
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CROSMS	Comité régionale de l'organisation sociale et médico-sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EHPAD PNL	EHPAD Privé à but non lucratif
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GCSMS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSDP	Les Petites sœurs des pauvres

PSGA	Plan solidarité grand âge
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RSA	Revenu de solidarité active
SAD	Services d'aide-à domicile
SROMS	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

## Introduction

« L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale »

Article L311-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Dans la dramaturgie des années 2015 et 2016 on a pu croire ranimées les valeurs de notre République : liberté, égalité, fraternité. Les élans citoyens ont fait espérer une nouvelle solidarité et un vivre ensemble apaisé.

La vague de l'émotion a reflué, mais rien ne doit étouffer les questions qui ont jailli alors<sup>1</sup>. Qu'avons-nous fait, de la place qui est la nôtre pour faire vivre au quotidien les droits et les libertés fondamentales. Qu'en est-il en EHPAD de la fraternité, de la citoyenneté ?

Prestataires de services d'hébergement et de soins aux personnes âgées, professionnels de l'accompagnement, garants de la qualité de nos prises en charge, bons gestionnaires, experts et techniciens, nous avons modernisé nos établissements, cultivé la qualité. Ne sommes-nous que cela ?

Rendons-nous les personnes âgées heureuses de vivre, avons-nous su reconnaître leur place dans la société ? Dans nos murs, nous pratiquons la participation, nous stimulons le lien social. Et dehors, que voyons-nous ? Que faisons-nous pour les personnes âgées pauvres, isolées ?

Il est de notre devoir de prendre part à la refondation de la société, de repenser le vivre ensemble avec les personnes âgées. Les lignes que nous bougerons ne causeront qu'une petite ondulation mais elles sont indispensables.

Le directeur d'EHPAD se doit d'incarner le sens et la responsabilité dans le réveil du vivre ensemble. Son engagement pour l'humanité et la solidarité dans les murs et hors les murs est fondamental. Il faut penser la société pour tous les âges, ôter les frontières, désenclaver notre vision catégorielle. Une société qui exclut ses aînés est une société sans avenir. Ce déni de fraternité était déjà dénoncé dans les années 1970 par Simone de Beauvoir. Dans son livre *La Vieillesse*<sup>2</sup> elle s'interroge sur le sort réservé aux personnes âgées dans la société. « *Les vieillards sont-ils des hommes ? A voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter* ». Les vieillards ne sont plus vus comme des semblables mais comme des autres : « *Il est un vieux fou qui radote ou extravague. Qu'on le situe au-dessus ou en dessous de notre espèce, en tout cas on l'en*

---

<sup>1</sup> Olivier Bonnin *Le travailleur social et la République* édition TSA - Juin 2016

<sup>2</sup> Simone de Beauvoir *La Vieillesse*, Gallimard, Paris, 1970

*exile.* » La philosophe a voulu décrire la condition de ces parias : « *il faut briser la conspiration du silence* ».

40 ans après, nous pouvons encore dire avec elle qu'une société qui réduit ses membres à l'isolement et à une condition économique et sociale déshonorante « *a quelque chose en elle de pourri.* »

**Préambule : le sens des mots** - L'usage des mots n'est pas neutre. Certains mots sont devenus vides de sens, incantatoires. Certains mots sont sacralisés, leur utilisation est délicate. Certains mots sont connotés, politiquement ou socialement incorrects. En revanche on peut se draper dans d'autres concepts et cacher la vacuité de nos actions par des beaux affichages.

La sémantique n'a pas amélioré les conditions de vie, n'a pas changé le regard. Pire, elle a peut-être renforcé le sentiment d'exclusion des vieux qui ne se reconnaissent pas dans les sémillants seniors. La rédaction de ce mémoire assumera donc quelques partis pris. On utilisera fréquemment le terme de « vieux » même si on préférera souvent celui de « personnes âgées ». On délaissera en revanche celui de seniors qui vient du marketing.

### **Présentation du problème**

**Le contexte** - Le vieillissement et la progression du nombre de personnes âgées dépendantes dans les années à venir va nécessiter un besoin croissant d'accompagnement. Au-delà de ces enjeux, il convient aussi de prendre en compte d'autres éléments du contexte moins visibles, plus politiques et sociaux : la question de la pauvreté, de l'exclusion, de l'invisibilité des personnes âgées dans notre société.

Parallèlement, les politiques publiques du 20<sup>ème</sup> siècle se sont progressivement appropriée cette question du vieillissement. Aujourd'hui les lois, les règlements et les plans foisonnent pour affirmer droits et libertés, bientraitance, qualité de vie.

Et pourtant, le constat est tenace, le traitement réservé aux personnes âgées est indigne. La société les mets hors champ. Les vieux sont dévalorisés, discriminés, rendus invisibles dans les établissements ou à domicile. Qu'est-ce que cette exclusion dit de notre société ? Qu'est-ce qu'elle dit de nous ?

**Les limites des réponses actuelles** – Charte des droits, contrats, recommandations de bonnes pratiques... les garde-fous sont nombreux. Et souvent inopérants. Des mots aux actes, des intentions aux actions, il faut admettre que la révolution n'a pas eu lieu. Certainement la qualité des soins et des prestations d'hébergement s'est affirmée en EHPAD. Mais ces établissements sont des lieux de paradoxe. Soignée, protégée, sécurisée mais aussi isolée, délaissée la personne accueillie découvre en même temps le risque zéro et la vie zéro. La promotion de la vie collective et de l'animation peine à

déguiser la facticité cette vie sociale. Considérer l'EHPAD comme un lieu de privation de liberté est souvent abusif, mais on peine à effacer ses traits communs avec le ghetto<sup>3</sup>... Que vaut l'affichage des libertés si elle masque la carence de l'effectivité des droits ? Enfin, l'entrée en EHPAD extorquée n'est-elle pas la pire rupture de parcours de notre vie ?

**Le cadre de notre intervention : l'EHPAD Courteline** - La réflexion s'inscrit dans un moment particulier : le changement de gestionnaire de l'EHPAD en mai 2016. Pendant plus de 160 ans les Petites sœurs ont accueilli des personnes âgées pauvres et valides sur la commune. Faute de relève, elles n'étaient plus que 4 sœurs en mai 2016. « Ma Maison » tenue par les Petites sœurs des Pauvres est devenue la « Résidence Courteline » de l'association les Bruyères.

Si l'identité des PSDP était très forte, en regard, la visibilité de LBA est modeste.

En reprenant un EHPAD congréganiste, LBA accueille les valeurs sociales, humanistes et spirituelles de la communauté portées par le personnel et les résidents. L'association devient aussi responsable d'un établissement peu ouvert sur l'extérieur et faiblement inscrit dans le réseau local. Par ailleurs, sans le soutien de la Congrégation et ses ressources financières, l'établissement se révèle structurellement déficitaire.

Au moment du changement de gestionnaire, il est pertinent de s'interroger sur les orientations, les valeurs, le positionnement de l'établissement. Des évolutions sont nécessaires pour adapter la structure aux enjeux internes et sociétaux, présents et à venir. LBA est confronté au choix de : conserver l'identité des PSDP et continuer à faire fructifier leurs valeurs par d'autres moyens, poursuivre l'accueil des moins dépendants et des précaires ou bien d'opérer une rupture avec le passé et positionner l'EHPAD vers d'autres publics.

Pour répondre à cette question, il convient d'aller au-delà du diagnostic commun et d'engager notre responsabilité dans les défis sociétaux de la vulnérabilité et de l'exclusion des personnes âgées.

**Le projet** - Il est de notre responsabilité de nous saisir de ces questions et de voir ce que nous pouvons faire à partir de l'EHPAD, dedans et dehors. Nos objectifs généraux sont les suivants : contribuer à changer le regard de la société sur le vieillissement ; appréhender les personnes accueillies dans leur singularité, percevoir tout l'humain, dans

---

<sup>3</sup> Luc Broussy, auteur du rapport "*L'adaptation de la société au vieillissement de sa population*", estime qu'il faut "*sortir les personnes âgées du ghetto médicosocial*". Source, site Localtis.info, 11 mars 2013

sa singularité avant de voir un usager ; inclure la dimension intergénérationnelle dans notre action ; garantir l'exercice continue de la citoyenneté.

### **Le lieu de notre intervention, le quartier**

Si les français ont le sentiment de vivre dans une société désunie, sans cohésion sociale, on note que l'inscription dans un territoire peut créer un sentiment d'affiliation. Lorsqu'on les interroge sur l'espace territorial auquel ils ont le sentiment d'appartenir avant tout, 27% répondent la France. 26% du panel répondent la commune, le quartier. Mais ils sont 33% chez les personnes âgées<sup>4</sup>. Les français aspirent au lien social et aux relations de voisinage. L'intensité de ces liens variant beaucoup avec l'âge : les plus âgés sont les plus demandeurs de contacts et d'échanges, corollaire de la proportion de personnes isolées parmi eux. 75% des français ont discuté avec leur voisin au cours du dernier mois (85% des plus de 70 ans) et 40% se sont rendu plusieurs services au cours du mois (53% des plus de 70 ans). Le lieu d'habitation influe aussi beaucoup. Les liens de voisinage sont plus forts en zone rurale. Ils sont également plus nombreux entre les personnes habitant en maison individuelle que celles occupant des logements collectifs.

**Penser le problème avant la solution** – La direction générale de l'association m'a mandatée pour prendre la direction de cet établissement et présenter un projet en réponse aux évolutions démographiques et sociales. J'ai donc tenté de penser le problème dans sa globalité et complexité, puis mis à profit le délai et la liberté accordée par le Conseil d'Administration pour prendre du champ et trouver de nouveaux éclairages.

C'est le dessein du présent rapport.

La première partie expose : une conviction forte sur les manquements de notre société au regard de la place qu'elle accorde aux plus vieux.

La deuxième partie questionne : un rôle de l'EHPAD comme acteur du changement social, bénéfique tant aux aînés, qu'au personnel.

La troisième partie propose : un plan d'action pour innover et expérimenter un modèle pour l'EHPAD au cœur du quartier.

---

<sup>4</sup> Credoc, Les Français en quête de lien social, baromètre de la cohésion sociale, Juin 2013

# 1. Décréditer une société qui remise ses vieux

Premier constat : il existe un décalage entre la prise en compte de l'augmentation du nombre de personnes âgées, dont la dépendance s'accroît, par le déploiement de lois, de programmes, et le constat de la mise hors champ de ces personnes âgées, de leur isolement, d'une tendance à la paupérisation.

## 1.1 La vieillesse : omniprésente et méconnue

### 1.1.1 Vieillesse et dépendance croissante

En 2015 et pour la première fois depuis 1969 l'espérance de vie a baissé en France<sup>5</sup>, de 0.4 ans pour les femmes et de 0.3 ans pour les hommes. Cela s'explique par le fait que la génération des baby-boomers arrive aux âges de la mortalité. Par ailleurs, les populations âgées, plus fragiles, ont subi des conditions météorologiques et épidémiologiques moins favorables, notamment la forte épidémie de grippe du début d'année 2015. Toutefois cet infléchissement ne modifie pas la grande tendance, la gérontocroissance<sup>6</sup>, qui voit le nombre des plus de 85 ans passer de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060.

La Région Centre devrait vieillir un peu plus que la moyenne de la France métropolitaine. Le pourcentage de plus de 60 ans passant de 22.8% (France : 20.8%) en 2005 à 32.9% en 2030 (France : 29.3%)<sup>7</sup>. En 2005 la Région Centre comptait 94 personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. En 2030, l'INSEE prévoit 153 personnes âgées pour 100 jeunes, contre 130 en métropole.

Le scénario INSEE pour le département d'Indre et Loire prévoit 65 808 personnes de plus de 75 ans en 2020 soit 10.4% de la population et une hausse forte du nombre des 85 ans et plus : il doublerait entre 2005 et 2030, augmentant de 12000 personnes.

En 2012, les plus de 80 ans représentent 6.79% de la population de la ville de Tours<sup>8</sup>. Les personnes âgées sont surreprésentées à Tours par rapport au chiffre du Département (2.8% de la population d'Indre et Loire a plus de 85 ans).

*Recul de l'âge du vieillissement biologique* - La majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 20% des plus de 85 ans. L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans.

---

<sup>5</sup> INSEE, bilan démographique 2015

<sup>6</sup> Gérontocroissance : augmentation du nombre de personnes âgées dans la population. A distinguer de la notion de vieillissement qui définit l'accroissement du rapport du nombre de personnes âgées à la population totale.

<sup>7</sup> INSEE Omphale projection de la population de la Région Centre en 2030

<sup>8</sup> Voir en annexe les indicateurs démographiques

*Augmentation de la dépendance en région Centre* : En 2030, en région Centre, le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes serait, selon le scénario le plus probable, de 71 000, soit 12 500 personnes de plus qu'en 2010.<sup>9</sup>

Les effectifs de personnes âgées potentiellement dépendantes croîtraient significativement dans les départements les plus dynamiques du point de vue démographique (+ 26 % en Indre-et-Loire contre + 12 % dans l'Indre). Ces disparités sont essentiellement liées à l'évolution du nombre de personnes âgées de 90 ans et plus, qui devrait plus que doubler sur les territoires les plus urbanisés.

En région Centre, l'offre en hébergement complet et en lits médicalisés répond aux besoins actuels de la population âgée. Cependant, à l'horizon 2020, 4 800 personnes âgées supplémentaires seraient susceptibles de résider en institution (+ 15 %). Ainsi, l'évolution démographique nécessitera d'accroître l'offre en places d'hébergement complet, afin de maintenir un niveau d'équipement répondant aux attentes de la population.

### **1.1.2 Une difficile définition**

L'INSEE considère que tout individu de plus de 65 ans est une personne âgée. Mais il n'en existe pas de définition stricte. Le passage de l'activité professionnelle à la retraite constitue sans doute une première borne. Mais bien des 60 ans et plus ne peuvent plus être qualifiés de personnes "âgées" dans notre société. L'intervalle entre la fin de l'activité professionnelle et le début de la vieillesse s'allonge. Les personnes qui meurent à 85 ou 90 ans ne vivent pas « dans la vieillesse » depuis leurs 60 ans. L'entrée dans la vieillesse se situe davantage aux alentours de 80 ans, l'âge du déclin physique, de la dépendance, parfois marqué par l'entrée en maison de retraite. Les personnes âgées d'hier ne le sont plus aujourd'hui : la notion d'âge évolue au fil du temps en fonction de l'allongement de l'espérance de vie et des transformations sanitaires, économiques, sociales et culturelles.

« *La jeunesse n'est qu'un mot* », disait Bourdieu. Il en va de même avec la vieillesse. Lorsqu'on parle des vieux on englobe aujourd'hui des réalités totalement différentes. Les retraités sont considérés comme des actifs, alors que le 4<sup>ème</sup> âge est marqué par les situations de perte d'autonomie et de capacités. Les démographes évoquent quatre segments : les jeunes retraités (60-74 ans), les personnes âgées (75-84 ans), les grands vieillards (85-100 ans) et les supercentenaires (100 ans et plus).

Au XVI<sup>e</sup> siècle, Montaigne évoque la vieillesse à 30 ans ; au XVII<sup>e</sup>, on parle plutôt de 40 ans ; en 1950, de plus de 60 ans. Pendant plusieurs siècles, 60-65 ans fut considéré comme une sorte d'« *âge d'entrée dans la vieillesse* ». Désormais, comme l'ont

---

<sup>9</sup> Insee Centre info février 2012



notamment montré les travaux de Patrice Bourdelais<sup>10</sup>, il faut atteindre 75-80 ans pour ressembler, en termes de santé, d'espérance de vie, d'activités, etc., aux sexagénaires des années 1950.

Patrice Bourdelais propose de définir l'âge de la vieillesse non plus à partir d'un critère d'âge fixé une fois pour toutes, souvent en référence à l'âge légal de la retraite, mais d'une façon glissante au cours du temps, en tenant compte des données épidémiologiques objectives : l'âge de la vieillesse est, dans cette acception, le moment où la population commence à souffrir de réelles incapacités.

Mesuré ainsi, l'âge de la vieillesse n'a cessé de reculer : d'environ 60 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes en 1930, il passe, au début des années quatre-vingt-dix, à 71 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes.

Dans cette acception du terme, la proportion de « personnes âgées » dans la population aurait baissé, passant de 10 % en 1980 à 7% environ dans les années quatre-vingt-dix. Dans cette logique, la stabilisation de la part des "personnes âgées" au niveau atteint en 1985 nécessiterait, selon les calculs de Patrice Bourdelais, que l'âge seuil du vieillissement, estimé en 1985 à 75 ans, atteigne 82 ans en 2040, soit un gain d'environ un mois et demi par an.

Le CREDOC avance : « *La vieillesse semble, en quelque sorte, s'être déplacée. Ce mouvement est appelé à se poursuivre. C'est aujourd'hui autour des 72-73 ans que se situent les principales ruptures : de fait, les 60-70 ans sont maintenant plus proches de l'ensemble de la population que des plus de 70 ans* »<sup>11</sup>

Par ailleurs, il existe de fortes variations entre les individus : on ne devient pas soudainement tous vieux au même âge. Le moment de la vieillesse varie selon les catégories socioprofessionnelles : si l'espérance de vie à la naissance est la même pour tous, à 35 ans elle n'est plus que de 41 ans pour un manœuvre, contre 47 ans pour un cadre.

### **1.1.3 L'image contrastée des personnes âgées dans la société**

L'image des retraités est positive. Dans une enquête de 2014<sup>12</sup> réalisée auprès d'un échantillon de 1000 personnes de 50 à 70 ans les mots que la retraite inspire aux seniors sont : liberté (70%), loisirs (68%), voyages (53%), familles (52%), projets (42%), santé (42%), bonheur (37%), soulagement (36%). Et pour 12% solitude, 11% ennui.

L'entrée dans la retraite ne signifie plus inactivité. Les retraités jouent des rôles sociaux majeurs dans les familles, dans les associations. Cependant, là encore il convient de garder à l'esprit le fossé entre les deux générations de personnes âgées.

---

<sup>10</sup> Patrice Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*. Odile Jacob, 1993

<sup>11</sup> Robert Rochefort, *Vive le Papy Boom*. Odile Jacob

<sup>12</sup> Enquête Harris réalisée du 5 au 11 mars 2014

### 1.1.4 Utilitarisme : à quoi « servent » les aînés ?

Les personnes âgées contribuent à la société. C'est ainsi que certains justifient l'attention que nous devons leur porter. Elles font des achats, utilisent des services, paient des impôts. Elles font du bénévolat. Elles prennent soin de leur conjoint en perte d'autonomie. Elles jouent un rôle auprès de leurs parents très âgés. La probabilité d'avoir, à 60 ans, sa mère vivante est passée de 8.6% pour la génération née en 1900, à 34.3% pour la génération née en 1950.

Les retraités occupent aussi une place importante auprès de leurs petits-enfants, ils relaient les parents, apportent souvent un soutien financier. On parle de « génération pivot » pour ces retraités qui aident à la fois leurs parents et leurs enfants.

Le rôle des arrière grands parents est en revanche limité. D'une part parce que les grands parents occupent la place, mais aussi par un moins bon état de santé ou encore la crainte d'un écart trop marqué des mentalités.

Finalement, la place faite aux vieux dans la société semble être à proportion de ce qu'on perçoit de leur utilité. Alors que le marché s'adapte à ses clients aux cheveux gris, les vieux des vieux sont comptés comme une charge.

*«Si nous nous obstinons à concevoir notre monde en termes utilitaires, des masses de gens en seront constamment réduites à devenir superflues<sup>13</sup>»* Et si nous aboutissions un jour à nous convaincre que les personnes âgées ne servaient plus à rien, deviendrait-il légitime au pire de les éliminer et au mieux de déclarer une guerre des âges, une opposition entre les générations?

## 1.2 La relégation sociale

Notre réflexion centrale porte sur la question de la cohésion sociale et la capacité de notre société à unir ses membres, à tisser le lien social, à garantir la solidarité. La marche de l'histoire semblant tendre vers l'individualisme versus la solidarité.

### 1.2.1 Histoire de la cohésion sociale

#### A) La fragmentation sociale

*Avant : la société intégrée* - Pour bien comprendre la société d'aujourd'hui il faut relire celle d'hier. Au cours des siècles précédents, l'Eglise, l'école, la famille, puis les communautés de travail sous-tendaient des relations humaines fortes. L'intégration sociale supposait que tous les individus partagent les normes et les valeurs du groupe afin de nouer des relations avec ses autres membres.

---

<sup>13</sup> Hannah Arendt, *Le Système totalitaire. Les Origines du totalitarisme*, tome III, Seuil, coll. « Points Essais », Paris, 2005

*L'émergence du sujet* – Confronté aux changements sociaux de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, Emile Durkheim a analysé le passage d'une solidarité mécanique, obligée, à une solidarité organique. Les individus se différencient, deviennent plus libres de leurs choix. Mais Durkheim<sup>14</sup> voit de nouvelles pathologies sociales émerger. L'individualisme peut conduire à une société en situation d'anomie, dans laquelle les normes sociales s'imposent moins aux individus, et donc n'assurent plus l'harmonie sociale. L'essor du suicide, l'égoïsme, l'oubli des autres et de la société, témoignent de ce défaut d'intégration.

*Perte des solidarités* - L'émancipation et l'accès à la liberté sont l'adret de l'individualisme. Mais, à l'ubac, les dommages sont multiples : l'affaiblissement du lien familial, la baisse de la participation aux élections, le déclin du militantisme, la montée des incivilités dans l'espace public.

32% des français sont convaincus que l'individualisme est la raison principale du manque de cohésion sociale, devant les discriminations (16%) et le chômage (14%)<sup>15</sup>.

#### B) La protection sociale en crise

Si l'individu s'est libéré du poids de ses communautés, il est aussi seul, sans filet protecteur. Dès lors l'Etat Providence devient le pourvoyeur de l'assurance sociale et soutient ceux qui, à cause de leur santé, de leur âge, de leurs maladies, ne peuvent assurer leur survie.

L'Etat a ainsi été le garant de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Mais les crises économiques, les déficits structurels ont ébranlé le modèle. Dès 1981 Pierre Rosanvallon mentionne la triple crise de l'Etat Providence : crise du financement, de l'efficacité et de la légitimité. Dès lors, l'Etat Providence est-il encore cet outil cohésif ?

#### C) La fin du social ?

Selon François Dubet<sup>16</sup> la mise en avant du sujet a été un transfert de charge de la société vers les individus. On parle d'empowerment. La modernité c'est l'obligation d'être libre, d'être soi-même. Cette exigence de créativité fait porter un poids sur l'individu. Pour Robert Castel : « *L'individu vit dans la crainte de ne pas être à la hauteur de cet impératif de liberté.*<sup>17</sup> » Constatant à son tour la perte de contenu des institutions sociales, Alain Touraine évoque la fin du social, voire la fin des sociétés. Il nous invite dans la voie de la résistance éthique, à vivre tous ensemble, égaux et différents<sup>18</sup> respectueux des autres.

---

<sup>14</sup> Emile Durkheim, *Le suicide*, 1897

<sup>15</sup> Credoc, *Les Français en quête de lien social, baromètre de la cohésion sociale*, juin 2013

<sup>16</sup> François Dubet, Conférence sur *L'approche sociologique des inégalités*, Université Paris Sorbonne, décembre 2013

<sup>17</sup> Robert Castel, *L'autonomie, aspiration ou condition ?* La Vie des idées, 26 mars 2010, sur <http://www.laviedesidees.fr>

<sup>18</sup> Alain Touraine, *Pourrons-nous vivre ensemble ?* Fayard 1997

### 1.2.2 Arguments sur le terme de fracture

Le présent travail part du postulat que le vieillissement entraîne l'isolement, la vulnérabilité, la précarité. J'englobe ces notions sous l'expression « fractures sociales ». Cette notion fait référence aussi à l'idée de rupture.

L'expression « fracture sociale » sert à désigner le fossé qui sépare une partie de la population socialement intégrée avec une autre constituée de personnes socialement exclues. L'expression a été créée en 1985 par le philosophe et sociologue Marcel Gauchet<sup>19</sup> pour exprimer l'idée du mur qui se dresse « entre les élites et les populations ». Le thème de la fracture sociale a été utilisé par Jacques Chirac dans sa campagne pour l'élection présidentielle de 1995.

La vulnérabilité c'est un risque, alors que la fracture est ce qui est advenu. Notre société a construit des murs et des fossés, les personnes handicapées et les vieux sont à l'écart, et notre société en souffre, elle manque de repères, elle manque de reconnaissance. Elle ségrègue et elle isole.

Si le tissu social n'a plus en lui la capacité de générer les liens qui vont réduire la fracture, alors nous devons inventer des nouveaux matériaux sociaux pour régénérer le corps social.

### 1.2.3 La vulnérabilité sociale

La vulnérabilité est le caractère de ce qui est vulnérable, fragile, précaire. La vulnérabilité est la fragilité face à la maladie, à des agressions extérieures, à des événements personnels (deuil, divorce.), sociaux-économiques (chômage, crise économique), naturels (tremblement de terre, éruption volcanique)... Le degré de vulnérabilité dépend de la sensibilité face aux événements et de la capacité d'adaptation de l'individu. Les personnes âgées, par la perte de certaines de leurs capacités, sont plus vulnérables.

Pour le philosophe Fred Poché, la vulnérabilité sociale renvoie à la question de la blessure<sup>20</sup>.

En 2009 la Cour de Cassation a rédigé une étude sur les personnes vulnérables et l'effectivité de leurs droits<sup>21</sup>. Elle s'est d'abord interrogée sur l'identité des personnes vulnérables : les enfants, les majeurs protégés, les personnes âgées dont la santé est altérée... Les personnes vulnérables ne sont pas en mesure d'exercer correctement leurs droits et libertés. La justice sanctionne l'exploitation de la vulnérabilité, l'abus de faiblesse. Même si l'âge ne se traduit pas nécessairement par l'existence d'une situation de

---

<sup>19</sup> Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, Gallimard, 1985

<sup>20</sup> Fred Poché, *Blessures intimes, blessures sociales. De la plainte à la solidarité*. Editions du Cerf, Paris 2008

<sup>21</sup> Rapport annuel de la Cour de cassation, Les personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de cassation - Rapport de 2009, La Documentation Française, 2010

vulnérabilité, la vieillesse augmente la probabilité de l'existence d'une situation de dépendance qui appelle dès lors une protection spécifique.

Sous le titre « Pauvreté et Vulnérabilité sociale » les Cahiers Français publiés en janvier 2016 ont remis au cœur de la réflexion cette question sociale qui mine profondément la cohésion de la société française.

#### **1.2.4 La gradation de l'exclusion**

Les personnes âgées sont refoulées aux marges de la société : éloignées du travail, des réseaux de relations, de leur famille. En vieillissant les personnes ont de moins en moins de rapports humains, et finissent par perdre le sens de l'appartenance à la communauté dont elles sont membres.

Exclure vient du latin sur la base de cludere exprimant l'idée de fermer. L'exclusion est l'action d'exclure, de mettre hors. Interdire l'accès, renvoyer quelqu'un d'un corps, d'une assemblée, ôter le droit. L'expression « exclusion sociale » trouve son origine dans l'ouvrage de René Lenoir<sup>22</sup>, *Les Exclus*, paru dès 1974.

L'exclusion sociale est la marginalisation, la mise à l'écart d'une personne ou d'un groupe en raison d'un trop grand éloignement avec le mode de vie dominant dans la société. Ce processus peut être volontaire ou subi. L'exclusion sociale est souvent consécutive à une perte d'emploi, au surendettement, à la perte d'un logement... et se traduit par une grande pauvreté, par une rupture plus ou moins brutale avec les réseaux sociaux, avec la vie sociale en général. Elle est vécue comme une perte d'identité.

Bien que l'exclusion sociale soit un phénomène très ancien et commun à de nombreuses sociétés, l'expression exclusion sociale est apparue dans les années 1980 pour rendre compte de ce phénomène dans les sociétés post-industrielles. Le concept d'exclusion sociale dépasse celui de pauvreté puisqu'il correspond à la non-réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi.

Selon Robert Castel : « *il y a risque de désaffiliation lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour reproduire son existence et pour assurer sa protection.*<sup>23</sup> » Il propose le terme de « désaffiliation » pour désigner « des trajectoires, des processus, des gens qui décrochent et basculent ». Ce basculement s'effectue entre trois zones de la vie sociale : une « zone d'intégration », dont font partie en général des personnes ayant un travail régulier et des supports de sociabilité suffisamment fermes ; une « zone de vulnérabilité », regroupant les personnes ayant un travail précaire et des situations relationnelles instables, et une « zone

---

<sup>22</sup> Secrétaire d'État à l'action sociale du 8 juin 1974 au 31 mars 1978

<sup>23</sup> Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Fayard, Paris, 1995

*d'exclusion* », dans laquelle certains des vulnérables, et même des intégrés basculent. En insistant sur le caractère dynamique de l'exclusion, Robert Castel met en lumière l'intérêt de mener des politiques préventives pour éviter que les personnes ne basculent dans ces situations.

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, en son article 1, « tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. »

« Un exclu est toujours un citoyen au sens juridique du terme, puisque toute personne majeure ayant la nationalité française est un citoyen français. (...) C'est la citoyenneté sociale, liée au développement de l'État-providence, qui est remise en cause par le développement de la pauvreté et des différentes formes d'exclusion. Les démocraties sont fondées sur l'égalité de tous les citoyens, mais l'affirmation des principes républicains qui confèrent des droits semble en contradiction avec l'application concrète de ces droits. Ainsi, le droit d'obtenir un emploi, affirmé par le préambule de la constitution de 1946, paraît difficile à mettre en œuvre en période de crise économique et de chômage. »<sup>24</sup>

#### A) Dévalorisation : la vieillesse à travers les âges

La vieillesse a traditionnellement, sur le plan individuel, une image dévalorisée, notamment dans les civilisations éprises de beauté physique, à l'image de la Grèce antique ou de la Renaissance. Elle serait, dans cette analyse, le temps de la laideur et la préfiguration physique de la mort, Ronsard et Du Bellay la rejetant ainsi comme « répugnante et honteuse ». Même si, à certaines époques et sous certaines plumes, la peinture de la vieillesse se fait parfois positive, empruntant la figure du sage, la description des « vieillards » n'est le plus souvent, guère flatteuse.

#### B) Infantilisation : le vieux n'est plus existentiellement un adulte<sup>25</sup>

Une façon de parler, des gestes trop aidants... parfois nos comportements avec les personnes âgées sont semblables à ceux que nous utilisons avec nos enfants. Or, l'âgé doit être considéré comme la grande personne qu'il fut hier, comme le socle irréfragable de l'humanité. Selon Pierre-Henri Tavoillot « *c'est un enjeu de société majeur. Même s'il semble que nous perdions certains attributs de l'âge adulte dans une sénilité avancée, il*

---

<sup>24</sup> Source : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/citoyen/enjeux/crise-citoyennete/exclu-est-il-encore-citoyen.html>

<sup>25</sup> Pierre-Henri TAVOILLOT, *Faire ou ne pas faire son âge*. Edition de l'Aube, 2014

*est pour le coup essentiel que la société continue envers et contre tout de considérer que les personnes qu'elle a à soigner, à prendre en charge, sont des adultes »*

### C) La vieillesse invisible

Journaliste, romancière et militante féministe Benoîte Groult, décédée le 20 juin 2016 évoquait la vieillesse de la femme au micro de Laure Adler en mars 2010<sup>26</sup>. « *Quand je prends le métro, le soir et que je rentre du cinéma, il y a des jeunes qui s'interpellent d'un quai à l'autre et j'ai l'impression que je pourrais tomber sur la voie, (...) ils ne me verraient pas. Le regard s'échappe. On est vraiment la femme invisible... et c'est extrêmement désagréable.* »

« *La vieillesse n'intéresse personne, et puis, pour les jeunes, c'est inquiétant : tous ces gens qui vont vivre jusqu'à cent vingt ans, comment vont-ils les entretenir ? Où vont-ils les mettre ? Je ne suis pas encore en maison de retraite, parce que j'ai la chance justement d'avoir continué mon métier, personne ne m'a dit à soixante-dix ans : vous posez votre stylo, c'est fini vous êtes en retraite.* »

Axel Honneth<sup>27</sup> considère l'invisibilité sociale comme un déni de reconnaissance. Même vues, les personnes âgées ne sont pas regardées. Elles sont considérées sans valeur sociale.

### D) Discrimination : âgisme et rejet des personnes âgées

Le rejet des personnes âgées constitue une réalité. On définit l'âgisme comme la ségrégation exercée à l'égard d'une personne du fait de son âge.

Les pratiques des entreprises jouent à cet égard un rôle non négligeable : beaucoup de salariés, jugés "trop vieux" sont exclus, "l'obsolescence professionnelle" supposée commence donc très tôt. Passé 50 ans, l'âge tend à devenir un obstacle très difficilement surmontable pour retrouver un emploi.

Nos sociétés font la promotion de l'autonomie et de l'indépendance. Dès lors, on se met à dédaigner les personnes âgées qui ont perdu leur autonomie et leur indépendance.

L'âgisme est dangereux. Il finit par désigner à la vindicte les plus vieux d'entre nous, accusés d'être des freins au progrès, des charges pour le pays. Des poids qu'on traîne. Des poids qui font dire qu'« *il existe un excédent prévisible de personnes âgées par rapport aux capacités de financement des systèmes de protection sociale* »

### E) Dramaturgie : « on tue les vieux »

Régulièrement des ouvrages et des articles viennent pousser un cri pour dénoncer la place réservée/déniée aux personnes âgées dans notre société. Deux livres parus en

<sup>26</sup> <http://www.franceculture.fr/emissions/hors-champs/benoite-groult>

<sup>27</sup> Philosophe et sociologue allemand, issu de l'école de Francfort

2006 et 2007 affichent des titres explicites sur la position de leurs auteurs : « *On tue les vieux*<sup>28</sup> » et « *On achève bien les vieux*<sup>29</sup> »

Les plus âgés sont très pénalisés dans le milieu hospitalier. Nos hôpitaux sont ouvertement régis par un système dit d'allocation des ressources de santé selon l'âge. C'est ce qui est dénoncé dans le livre « *On tue les vieux*<sup>30</sup> » coécrit par Jacques Soubeyrand gériatre à l'Assistance publique de Marseille, avec Dominique Prédali, journaliste, et Christophe Fernandez et Thierry Pons, respectivement président et coordonnateur de l'Association française de protection et d'assistance aux personnes âgées (Afpap). Le coût de la prolongation de la vie, le coût des soins sont les paramètres de la comptabilité à laquelle doivent se plier les hôpitaux. Cela veut dire que si les hôpitaux manquent de ressources, par exemple s'il n'y a qu'un cœur disponible pour une greffe, ou si un chirurgien n'a le temps d'effectuer qu'un nombre limité d'opérations, les hôpitaux ont des règles explicites qui donnent priorité aux malades plus jeunes sur les malades plus vieux. Ces règles partent du principe que les malades plus jeunes sont plus utiles à la société car ils ont plus d'années devant eux. Une enquête de la revue *Sciences et Avenir*<sup>31</sup> qui montre que plus on est vieux et plus on attend longtemps dans les salles d'attente des services d'urgence : « *Comptez sur un délai de 8 à 10 heures si vous avez plus de 65 ans* ».

Le ministre des finances japonais disait en janvier 2013 : « *Le problème [du financement de la Sécurité sociale] ne sera pas résolu tant qu'on ne laissera pas les [vieux malades] mourir plus vite.*<sup>32</sup> »

#### F) Déchéance de citoyenneté ?

Dans le pays de Rousseau et depuis 1789 tous les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Pourtant, la déclaration des Droits de l'homme et du citoyen ne semble pas sanctuarisée par tous nos penseurs modernes. Ainsi, Yves Michaud, directeur de l'Université de tous les savoirs, estime qu'il faut « *se poser la question d'une fin de la vie citoyenne. Je pense que tôt ou tard il faudra envisager qu'il y ait un âge de la retraite du citoyen. Je verrais bien des gens votant par exemple entre 16 et 80 ans. Et puis, à 80 ans, on arrête*<sup>33</sup> ».

---

<sup>28</sup> Pr Jacques Soubeyrand, Christophe Fernandez, Dominique Prédali, Thierry Pons- *On tue les vieux* - Editions Fayard - 2006

<sup>29</sup> Jean-Charles Escribano, *On achève bien nos vieux*. Editions de Noyelles, 2007

<sup>30</sup> Pr Jacques Soubeyrand, Christophe Fernandez, Dominique Prédali, Thierry Pons, *On tue les vieux*. Editions Fayard - 2006

<sup>31</sup> *Sciences et Avenir* Avril 2003, spécial Seniors « *Des urgences aux maisons de retraite: les meilleurs hôpitaux* »

<sup>32</sup> « Let elderly people "hurry up and die", says Japanese minister », *The Guardian*, Londres, 22 janvier 2013.

<sup>33</sup> Yves Michaud, *L'esprit public*, France Culture, 4 juin 2006



On prête aussi ce fantasme de dissolution de la démocratie à Martin Hirsch : « *Il faut refaire le suffrage censitaire et donner deux voix aux jeunes quand les vieux n'en ont qu'une. Il faut donner autant de voix qu'on a d'années d'espérance de vie. (...) Quelqu'un qui a quarante ans devant lui devrait avoir quarante voix, quand celui qui n'a plus que cinq ans devant lui ne devrait avoir que cinq voix.*<sup>34</sup> »

G) Il existe d'autres modèles. Vues d'ailleurs

Dans son ouvrage paru en 2013 « *Le monde jusqu'à hier*<sup>35</sup> », Jared Diamond, biologiste évolutionniste, professeur de géographie à l'Université de Californie propose le portrait de sociétés traditionnelles partant du postulat qu'elles peuvent nous inspirer quelques meilleures pratiques de vie. Les tribus représentent en effet des milliers de façons différentes de gérer une société humaine. Il ne faut pas dénigrer les sociétés tribales et les juger primitives et misérables, mais il ne faut pas non plus les idéaliser et les juger paisibles et heureuses.

La plupart des personnes âgées aux États-Unis finissent par vivre loin de leurs enfants et de la plupart de leurs amis d'enfance. Ils vivent souvent dans des maisons de retraite éloignées, alors que dans les sociétés tribales, les personnes âgées passent leur fin de vie entourées de leurs enfants, de leur famille, et de leurs amis d'enfance. Mais les sociétés traditionnelles ont des manières très différentes de s'occuper des personnes âgées, avec des pratiques parfois pires ou parfois meilleures que les pratiques des sociétés modernes. Parmi les pires pratiques, beaucoup de sociétés tribales se débarrassent de leurs ancêtres de quatre façons de plus en plus directes : soit en s'en occupant mal, en les laissant mourir de faim ou dans des conditions insalubres, soit en les abandonnant lorsque la tribu se déplace, soit les poussant à se suicider, soit en les tuant. Qu'est-ce qui poussent les enfants à abandonner ou tuer leurs parents dans certaines tribus ? Souvent ce phénomène est présent dans deux types de tribus. Premier cas : les tribus nomades qui vivent de chasse et de cueillette, qui changent souvent de campement et sont physiquement incapables de transporter les personnes âgées qui ne peuvent pas marcher lorsque les membres plus jeunes physiquement aptes doivent déjà porter leurs enfants en bas âge et leurs possessions. Deuxième cas : les groupes basés dans des milieux fluctuants ou en marge, comme l'Arctique ou le désert, où les saisons répétées de pénurie alimentaire peuvent provoquer des difficultés pour subvenir aux besoins de tous les membres de la tribu. Les dernières réserves de nourriture sont gardées en priorité pour les enfants et les adultes physiquement aptes.

---

<sup>34</sup> Martin Hirsch sur France Inter le 27 juillet 2010, cité par Jérôme Pélissier dans l'article *La jeunesse, tu l'aimes ou tu la quittes*, Le Monde diplomatique, juin 2013

<sup>35</sup> Jared Diamond, *Le monde jusqu'à hier, Ce que nous apprennent les sociétés traditionnelles*, Gallimard - 2013

A l'inverse, les pratiques heureuses s'observent dans la plupart des tribus sédentaires du monde. Dans ces sociétés, les personnes âgées reçoivent des soins. Elles sont nourries. Elles gardent une importance dans la tribu. Elles continuent de vivre dans la même hutte ou s'installent dans une hutte près de leurs enfants, de leurs proches et de leurs amis d'enfance.

La différence de traitement des personnes âgées entre les tribus a deux explications. Elle dépend principalement de l'utilité des personnes âgées et des valeurs de la tribu.

Commençons par l'utilité des personnes âgées : elles continuent de rendre service. Souvent dans les sociétés traditionnelles, les personnes âgées continuent de participer à la production de nourriture. Les personnes âgées peuvent aussi garder leurs petits-enfants, ce qui permet à leurs enfants adultes, les parents de ces petits-enfants, d'aller chasser et de ramener de la nourriture pour les enfants. Les personnes âgées peuvent aussi apporter une contribution artisanale à leur tribu en fabriquant des outils, des armes, des paniers, des marmites et des textiles. Elles sont souvent les plus douées pour ce genre de travaux. Ce sont souvent les personnes âgées qui dirigent les sociétés traditionnelles, et qui s'y connaissent le plus en matière de politique, de médecine, de religion, de chant et de danse. Dans les sociétés traditionnelles sans écriture, ce sont les personnes âgées qui ont le savoir. C'est sur leur savoir que repose la survie ou la mort de tout leur peuple en temps de crise causée par des événements rares que seuls les plus anciens ont connus.

La deuxième raison des disparités de traitement des personnes âgées entre tribus est liée à leurs valeurs culturelles. Par exemple, les pays d'Asie de l'Est ont beaucoup de respect pour les personnes âgées, en accord avec la doctrine de la piété filiale transmise par Confucius, qui invite à faire preuve d'obéissance, de respect et de soutien envers ses parents âgés.

## **1.3 La prise de conscience inachevée**

### **1.3.1 La prise en compte du vieillissement**

#### **A) Les droits et libertés imprescriptibles**

Les droits de l'homme ne sont pas des privilèges attribués à certaines catégories de personnes. Les droits humains sont détenus par tous, de manière égale, universelle et non limitée dans le temps. La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 jaillissante des idées des Lumières, affirme les droits et libertés dont doit disposer tout être humain dès sa naissance, consacrant ainsi solennellement la disparition des inégalités de l'Ancien régime. Ce texte est un pilier de notre système juridique, politique et social.

Autrement dit par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme<sup>36</sup>, les hommes et les femmes âgés ont les mêmes droits que tout le monde, et l'égalité ne change pas avec l'âge.

#### B) Les droits spécifiques de la personne âgée vulnérable

Les personnes âgées bénéficient du droit commun des incapacités notamment les procédures de tutelle, curatelle ou sauvegarde. L'article 415 du Code Civil dispose que « *cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise dans la mesure du possible l'autonomie de celle-ci. Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique.* » De son côté, le Code Pénal par son article 223-15-2 réprime tout abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse.

En raison de leur vulnérabilité particulière les personnes accueillies dans les ESMS ont vu leurs droits reconnus comme un objectif prioritaire de la loi 2002-2. Les dispositions de la loi reprises par le CASF définissent, d'une part les droits et libertés individuelles des usagers (article L 311-3) et d'autre part, fournissent un certain nombre d'instruments pour que ces droits soient effectivement exercés par leurs titulaires (articles L 311-4 à L 311-9) Le premier point de l'article L 311-3 concerne le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité.

L'article L 311-4 institue deux types de documents : le livret d'accueil et le contrat de séjour. Le livret d'accueil est annexé de deux documents constituant eux-mêmes des garanties de protection des droits : la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.

Cette charte<sup>37</sup> prévue par l'arrêté du 8 septembre 2003 ne doit pas être confondue avec la charte<sup>38</sup> de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) élaborée dès 1987. Cette dernière porte sur des principes éthiques et déontologiques, affirme la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante. En 2007, pour les 20 ans de la première charte la FNG a opéré un travail de réécriture. Elle rappelle que le point central n'est pas l'âge mais « *l'humanité de chaque personne derrière ses déficits et la dignité de chaque personne dans la continuité de son histoire* ». Dans son préambule elle réaffirme que la place des personnes âgées dans la cité doit être reconnue et préservée.

---

<sup>36</sup> Nations Unies, 1948

<sup>37</sup> Voir en annexe la Charte des droits et libertés de la personne accueillie

<sup>38</sup> Voir en annexe la Charte de la Fondation Nationale de Gérontologie

### C) Les principaux textes législatifs, programmes et plans<sup>39</sup>

Le vieillissement de la population française présente un triple défi, médical, social, financier auquel les pouvoirs publics tentent de répondre par des lois successives. Depuis les années 1970, les rapports, les plans pluriannuels et les lois ont prioritairement développé : le maintien à domicile, l'accroissement et l'amélioration de la qualité de l'offre d'hébergement en institutions, la prise en charge de la dépendance.

La Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale vise à la protection des personnes âgées au sein d'une institution. Dans son article 2 on peut lire : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.* »

Annoncé en novembre 2003 après la canicule de l'été par Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, le plan « Vieillesse et solidarités 2004/2007 » ambitionnait de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées. Il prévoyait notamment le soutien au maintien à domicile, la mise en place d'un plan d'alerte et de veille pour les personnes âgées isolées.

A sa suite, les objectifs généraux du plan « Bien vieillir 2007/2009 » convergeaient essentiellement vers la prévention de la perte de l'autonomie ; la promotion de la solidarité entre les générations ; l'animation des territoires ; la structuration du lien social par la participation des aînés la vie citoyenne, culturelle, artistique. Jean-Pierre Aquino, gériatre, médecin de santé publique et président du comité de pilotage de ce plan résumait ainsi les enjeux : « *Bien vieillir n'est-il pas finalement un compromis réussi entre la personne, la société et les pouvoirs publics ? La société doit réfléchir à la représentation qu'elle donne de la vieillesse et à la place qu'elle réserve aux personnes âgées* ». En parallèle, le plan Solidarité Grand Age 2007/2012 entendait donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles en développant les services de soins et d'aide à domicile, en soutenant davantage les aidants familiaux; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite. Il prévoyait aussi d'inventer la maison de retraite de demain, permettant aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.

*Le rapport Broussy*<sup>40</sup> – Ecrivain en 2013 un nouveau tome dans la bibliothèque des rapports, Luc Broussy se voulait audacieux, voire impertinent, appelant non à une réforme

---

<sup>39</sup> Voir en annexe

<sup>40</sup> Luc Broussy, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France, année zéro*, Janvier 2013

mais à une révolution. Certains axes sont riches de promesses. On souscrit donc à ces propos de pacte social, de cohésion, de destin commun, lorsque le rapporteur soutient que le vieillissement est une « *chance pour la jeunesse et une opportunité pour la France* ».

D'autres développements sont plus conventionnels et ressassés. Ici, le vieillissement est vanté comme un formidable potentiel de développement économique et d'emplois, notamment par la création d'une filière industrielle et de services autour des technologies de l'autonomie. Là, le rapport remet en avant la priorité donnée au maintien à domicile, par l'adaptation des logements, la transformation de la ville, de l'urbanisme, des transports, le développement des technologies, de la domotique.

Mais parmi les idées plus novatrices on retiendra le chapitre sur le quartier : « *c'est l'unité urbaine où peuvent s'organiser les solidarités de proximité et de voisinage, où peuvent s'opérer des repérages.* » Le quartier est en effet le lien essentiel du maintien de la vie sociale. L'accessibilité à pied des commerces et des services est un facteur de lutte contre l'isolement. Le quartier peut aussi voir émerger un nouveau modèle d'hébergement entre le domicile et l'EHPAD : la résidence plate-forme qui proposera hébergement, animation, restauration, pôle d'information et d'orientation, services à domicile. Selon Luc Broussy un établissement ne doit être autorisé qu'à la condition expresse qu'il propose une prise en charge allant au-delà de ses seuls résidents : « *des lieux intergénérationnels où sont rendus des services à la population âgée, y compris celle qui continue à habiter chez elle.* » Pour cela le rapporteur propose d'assouplir les règles d'autorisation permettant aux promoteurs de ces nouvelles résidences de déroger aux appels d'offre, et de présenter un projet global<sup>41</sup>.

*La loi ASV du 28 décembre 2015* – Engagement du Président François Hollande, la Loi d'adaptation de la société au vieillissement ambitionne de mobiliser toute la société pour porter un nouveau regard sur le vieillissement. Elle tend à améliorer le pouvoir d'achat des bénéficiaires de l'APA, en revalorisant les plans d'aide. Elle s'engage à reconnaître l'action des proches-aidants et créer un droit au répit. Elle consacre la recherche du consentement dans tout contrat et l'amélioration des droits individuels des personnes en perte d'autonomie. Elle place en priorité l'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie, leur permettant de vieillir chez elles. Sur le volet hébergement, la réforme du financement des EHPAD, inscrite à l'article 40 bis, permet de soutenir la médicalisation des structures. Par ailleurs, les anciennes conventions tripartites seront progressivement remplacées par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés pour une durée de cinq ans avec le président du Conseil départemental et

---

<sup>41</sup> Rapport Broussy, pp 68-69

le directeur général de l'Agence régionale de santé. Leur mise en place permettra de simplifier et de rendre plus lisible l'allocation de ressource des établissements.

Enfin sera défini « un socle minimal de prestations » en contrepartie du tarif hébergement (prestations d'accueil hôtelier, restauration, une partie du blanchissage, prestations d'administration générale) dont le prix sera déterminé librement lors de la signature du contrat initial alors que son pourcentage de hausse ultérieure sera fixé chaque 1<sup>er</sup> janvier par arrêté ministériel en fonction de l'évolution de divers indices économiques généraux (coût de la construction, loyers, prix alimentaires et des services, retraites...)

*Loi AVS : une loi à la hauteur des enjeux ?* - Le CESE (Conseil économique social et environnemental) a rendu le 26 mars 2014 un avis sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. On peut lire ainsi : « *Le projet de loi fondé sur le respect des droits fondamentaux des personnes âgées, sur leur maintien à domicile, sur une volonté de rompre leur isolement, de les insérer pleinement dans la société est ambitieux. Son financement par la seule Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit 645 millions d'euros, n'est sans doute pas à la hauteur de ces objectifs. D'autant que la question du financement des EHPAD (établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante), encore plus prégnante, est reportée à un deuxième temps* »

#### D) Politiques Européennes

Créé en janvier 2001, le réseau européen AGE regroupe 150 organisations de personnes âgées de plus de 50 ans. Son objectif est de promouvoir les intérêts et la participation sociale des 150 millions de citoyens européens de 50 ans et plus. AGE aspire à une société européenne ouverte à tous les âges, dans laquelle tous les citoyens jouissent de droits égaux et de bonnes conditions de vie : « l'égalité entre les âges sera bénéfique non seulement pour les personnes âgées en tant que citoyens, dont la sagesse et l'expérience sera valorisée, mais elle servira aussi les intérêts de notre société vieillissante. » AGE souhaite promouvoir l'image des personnes âgées en tant que ressource. Ce programme regrette que le vieillissement soit souvent perçu comme une menace notamment en termes de financement des systèmes de protection sociale. Au contraire, les personnes âgées apportent de la valeur ajoutée à la société par leur implication à titre bénévole dans les domaines culturel, social, mais aussi par l'aide qu'ils apportent aux plus jeunes en partageant leurs revenus et leurs temps.

AGE a aussi pensé la question de l'inclusion sociale des personnes âgées. Elle recommande de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale chez les personnes âgées en garantissant un revenu minimum adéquat. AGE préconise aussi la promotion du bien-être

individuel et de la qualité de vie à tous les âges par un accès universel aux services de base.

### **1.3.2 La prise en charge en établissement**

#### **A) Présentation du cadre institutionnel : rôle et mission d'un EHPAD<sup>42</sup>**

Les EHPAD dotés ou non de la personnalité morale, font partie de la catégorie des « établissements et services sociaux et médico-sociaux » au sens de l'article L. 312-1-I 6<sup>e</sup> du Code de l'action sociale et des familles (CASF)<sup>43</sup>. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables de plus de 60 ans et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

*Les personnes âgées en établissement* - Près de 573 600 personnes âgées vivaient en EHPAD fin 2011. Les trois quarts des pensionnaires sont des femmes<sup>44</sup>, dont la part augmente avec l'âge : 80 femmes pour 100 hommes parmi les moins de 65 ans, 347 femmes pour 100 hommes parmi les 75 ans ou plus, 504 femmes pour 100 hommes parmi les 90 ans ou plus. Ces résidents sont de plus en plus âgés (85 ans en moyenne), et leur entrée en institution est de plus en plus tardive. Les quelques 265 500 personnes ayant intégré un établissement en 2011 avaient en moyenne 84 ans et 5 mois au moment de leur entrée, contre 83 ans et 5 mois en 2007.

D'après la DREES, en 2011, 84% des personnes dépendantes de Gir 1 résident en établissement. Le taux tombe à 60% pour les Gir 2, à 34% pour les Gir 3, et à 21% pour les Gir 4. Alors que la corrélation entre le niveau de dépendance et hébergement en établissement est largement avérée, la répartition entre domicile et établissement risque d'être redistribuée dans les prochaines décennies.

La projection 2040 de l'INSEE le confirme. « Le taux de croissance moyen du nombre de personnes résidants en EHPAD serait d'environ 2,2% par an, contre 1,9% par an pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ». Conséquence directe, la population en EHPAD passerait de 35% en 2010, à 37% en 2040. Une augmentation de l'ordre de 375 000 résidents.

#### **B) Amélioration de la qualité de vie en EHPAD**

La loi du 24 janvier 1997 a imposé aux EHPAD de conclure avec l'Etat et le président du Conseil Général une convention tripartite définissant les conditions de fonctionnement de

---

<sup>42</sup> Voir en Annexe une présentation plus détaillée sur les EHPAD

<sup>43</sup> Article L312-1 : « I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale »

<sup>44</sup> Source : 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Études et résultats n° 899, décembre 2014

l'établissement tant au plan financier que de la qualité de la prise en charge des personnes. Depuis 1999<sup>45</sup>, les EHPAD sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de leurs prestations aux résidents par la réalisation de l'auto-évaluation et le suivi de l'engagement qualité pris dans le cadre de la convention tripartite. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.

La qualité et la place de l'utilisateur sont devenues une exigence de l'action sociale. Créée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, l'ANESM<sup>46</sup> est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services dans la mise en œuvre des évaluations internes et externes. L'agence a également pour objet de promouvoir la culture de la bientraitance.

### 1.3.3 La méprise : l'impuissance performative

Les lois ont-elles réalisé l'action du fait même de leur promulgation ? La qualité de vie des personnes âgées est-elle garantie par l'énoncé de leurs droits ? La Loi ASV s'expose dans son dossier de presse comme une « loi de justice et de progrès social », une « loi humaine qui favorise l'attention à l'autre », une « loi d'humanité qui illustre la République du respect<sup>47</sup> ». Cette loi dit-elle plus, dit-elle mieux que ce qui déjà était prononcé en 1977 : « *Je souhaite que la France sache être une famille, chaude et accueillante, pour les plus âgés d'entre les siens.* » ; « *Mon souhait est que la France donne l'exemple d'une société qui sache réellement faire leur place entière aux personnes âgées, et leur donner les moyens de conserver jusqu'à la fin de leurs jours un sens plein à leur vie.*<sup>48</sup> »

Les remèdes ont été prescrits, mais les maux subsistent... La vie précaire et l'isolement des plus vieux.

A) Discussion : les personnes âgées sont-elles pauvres ?

Les statistiques montrent que les personnes âgées sont moins pauvres que la moyenne de la société française. En 1970, le taux de pauvreté des plus de 65 ans était de 35 % (17 % pour l'ensemble de la population), tandis qu'il se situe actuellement autour de 10 % (14 % pour l'ensemble de la population). Les plus de 60 ans sont moins touchés que les

---

<sup>45</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>46</sup> Agence Nationale pour l'évaluation et la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>47</sup> Source : Dossier de presse de la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Juillet 2016

<sup>48</sup> Allocution prononcée par le Président de la République, Valéry Giscard d'Estaing, à l'occasion des Assises du Troisième Age, Lyon, Octobre 1977



moins de 30 ans. Est-ce pour autant que nous ne devons pas porter attention à la pauvreté ou la précarisation des personnes âgées ?

Notre action ne concerne pas des personnes âgées statistiques, mais des personnes âgées physiques de notre territoire, et sur notre territoire, il y a des personnes âgées pauvres. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses dans les maraudes, les hébergements d'urgence, les centres de distribution d'aide alimentaire... Cette situation devrait s'aggraver sous les effets conjugués du vieillissement de la population, de la crise économique, de la baisse du niveau des retraites. Le taux de pauvreté varie selon la composition du ménage. Si les couples composés de deux retraités sont peu concernés par le risque de pauvreté, les personnes vivant seules le sont davantage. En particulier les veuves n'ayant jamais travaillé et bénéficiant uniquement d'un droit dérivé. Le taux de pauvreté atteint 25.3% dans cette catégorie contre 12.4% dans l'ensemble de la population<sup>49</sup>

Le taux de pauvreté des plus de 60 ans en région Centre (8,6 %) est en dessous de la moyenne nationale (10,5 %). Mais si les évolutions démographiques et les taux de pauvreté actuels se maintiennent, la région Centre compterait plus de 70 000 retraités pauvres en 2030 (contre 52 491 en 2008) pour 807 500 retraités. Le nombre de retraités pauvres<sup>50</sup> augmenterait ainsi d'un tiers (+33%) par rapport à 2008. Cette tendance pourrait s'accroître avec la dégradation du marché de l'emploi, la fragilisation des tissus familiaux (jusqu'à 78 000 personnes)<sup>51</sup>.

Les personnes âgées vivent dans la précarité, même si celle-ci n'est pas nécessairement matérielle : précarité de la vie, de la santé, des relations sociales, amicales.

Serge Paugam souligne qu'être pauvre ne se limite pas à la privation des biens, il s'agit d'un processus cumulatif de ruptures. Pour le sociologue allemand Goerg Simmel les pauvres sont définis par leur dépendance, ils reçoivent tout des autres sans pouvoir rendre en retour dans une relation de complémentarité, de réciprocité. Le pauvre n'est plus utile. Cette définition nous amène à faire un lien entre les pauvres et les personnes âgées dépendantes.

*Pauvreté, vieillesse et logement* - La Fondation Abbé Pierre<sup>52</sup> dénonce le grand retour de la précarité chez les personnes âgées : 900 000 personnes âgées sous le seuil de pauvreté, dont 600 000 sous le minimum vieillesse. Leur retraite s'élève, en moyenne, à 619 € pour les hommes et 485 € pour les femmes. Comment vivre avec si peu ? Être

---

<sup>49</sup> Enquête 2001, DRESS, INSEE

<sup>50</sup> Un retraité pauvre a des ressources inférieures à 949 € par mois alors que le CESER (Conseil Économique, Social et Environnemental Régional Centre Val de Loire) a évalué que le minimum de ressources mensuelles pour vivre dignement était de 1036 € par mois pour une personne seule et 1 256 € pour un couple et sous réserve de bénéficier d'un logement social.

<sup>51</sup> Approche prospective de la pauvreté des retraités en Région Centre, INSEE Info, Février 2012

<sup>52</sup> Rapport 2009 sur le mal logement

propriétaire ne signifie pas être à l'abri : parmi ces vieux pauvres, 84 % sont propriétaires de leur logement. Mais d'un logement isolé, inadapté, voire insalubre. La question de l'hébergement en EHPAD de ces personnes âgées pauvres n'a pas encore trouvé de réponse. Les Conseils Départementaux limitent l'aide sociale à l'hébergement ; les aides financières aux personnes âgées sont insuffisantes pour couvrir les tarifs des établissements. Les familles, elles-mêmes de plus en plus confrontées à la précarité, ne sont pas toujours en mesure de financer une partie des tarifs d'hébergement quand elles doivent aussi parfois aider aussi leurs enfants et petits-enfants. Dès lors, les EHPAD sont fermés à certaines personnes âgées pauvres qui n'ont d'autres choix que de rester à domicile dans des conditions parfois indignes. Dans des cas de moins en moins exceptionnels, des résidents doivent quitter leur place en EHPAD faute de pouvoir la financer.

*Négligence sociale* - D'après l'étude de la Fondation de France, « Les Solitudes en France » publiée en juillet 2014, de toutes les générations, celle des 75 ans et plus est celle qui a été la plus impactée par la montée des solitudes : 1 personne âgée sur 4 est seule, soit environ 1,2 million de personnes<sup>53</sup>. Cette question de l'isolement est devenue brûlante d'actualité lorsqu'en 2003, la canicule provoque près de 15 000 décès, essentiellement chez les personnes âgées de 75 ans ou plus. C'est un sentiment d'échec collectif qui s'impose dans l'opinion publique : nous laissons collectivement nos parents, grands-parents, seuls, isolés, n'ayant personne sur qui compter. L'isolement est identifié comme un des facteurs essentiels de risque à l'origine de ce drame.

B) Les hospices ont disparu ! Les hospices ont disparu ?

Les risques sont réels de voir le retour des hospices pour les pauvres. La hausse du tarif hébergement et le faible niveau des retraites posera des difficultés. Hospices publics, ou EHPAD privés low cost : les pauvres vieux sont promis de tomber de Charybde en Scylla. L'établissement accueillant des personnes âgées est l'héritier des hospices du XIXème siècle dans lesquels on enfermait les personnes qui gênaient la société. Est-on très éloigné de ce modèle aujourd'hui ?

*Risque zéro, vie zéro* - Les différentes normes et procédures édictées pour l'accueil et l'hébergement, le changement des mentalités, les impacts de la loi du 2 janvier 2002 et la considération des résidents comme des citoyens avec des droits ont fait disparaître des types de résidence considérées jusqu'aux années 70 et 80 comme des « mouirois » ou

---

<sup>53</sup> Fondation de France, 2013

des « institutions totales » décrites par Erving Goffman. Mais, qu'en est-il vraiment de la qualité de vie des personnes âgées dans ces établissements aujourd'hui ?

La question avait soulevé la polémique et heurté nombre de directeurs et salariés d'EHPAD. En mai 2012, Jean-Marie Delarue, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté déposait un avant-projet de loi pour étendre les compétences de ses contrôles aux EHPAD<sup>54</sup>. Parmi les arguments avancés, le contrôleur soulignait que les personnes âgées dépendantes sont privées de liberté par le fait que les EHPAD sont contraints d'assurer leur sécurité. La fermeture des établissements entrave par nécessité la liberté d'aller et venir.

En réponse, la ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie de mai 2012 à mars 2014, Michèle Delaunay venait préciser qu'un établissement privatif de libertés est un établissement où l'on entre contre son gré, ce qui n'est pas le cas des EHPAD. Elle venait tout de même interroger la notion du recueil du consentement et soulignait que « *la liberté de chaque résident, à tout instant et quel que soit son degré de perte d'autonomie, doit être l'astre supérieur qui commande chacune des décisions et des pratiques en EHPAD* ».

Pour lutter contre la solitude des personnes âgées on leur offre une vie collective en EHPAD. La sécurité, enlève un peu à la liberté, à l'intimité, à l'originalité de la personne.

*La mort sociale précède la mort physique* - La mise en institution a des effets secondaires, elle est vécue par les résidents comme une abdication de leur liberté. Le vocabulaire a changé : on s'évertue à parler de « domicile » et non de « chambre », mais les personnes âgées ne se sentent pas vraiment chez elles en EHPAD.

D'après Bernard Hervy<sup>55</sup>, il y a dans les institutions gériatriques des situations où la mort sociale précède la mort physique. Les résidents sont cachés du reste de la société. Les personnes âgées peuvent-elles survivre sans rôle social ? D'après l'auteur la remarque fréquente dans les EHPAD n'est plus « j'ai mal » mais « à quoi je sers ? ».

36% des proches interrogés déclarent chez le résident qu'ils accompagnent un état de mal-être ou une perte du moral. 24% ont signalé un comportement plutôt déprimé chez le résident allant jusqu'à une perte totale du goût de vivre dans 12% des cas.

La distension des liens familiaux affaiblit la solidarité entre les générations, qu'elle soit la résultante de l'éloignement géographique ou de la décomposition des familles. ¼ des résidents d'EHPAD meurent sans avoir été entourés par leurs proches.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Rapport d'activité 2012 - Cahier 6

<sup>55</sup> Bernard Hervy, *Le vieillissement des rôles sociaux*, VST - Vie sociale et traitements 2008/3 (n° 99), p. 34-40

<sup>56</sup> Source : ONFV, 2013

*Objets de soins* - Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont un tiers des douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80%. « *Le soulagement efficace de la douleur nécessite une médecine globale centrée sur la personne, en ayant toujours le souci de préserver l'autonomie maximale et la qualité de vie du patient âgé. Le traitement de la douleur chez la personne âgée ne se limite pas à la rédaction et à l'exécution d'une prescription. Il implique de la part de tous les intervenants d'apporter au patient qui souffre un soin relationnel attentif*<sup>57</sup>. »

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont souvent oubliées dans le quotidien. Dans le livre « On tue les vieux » le professeur Jacques Soubeyrand, n'hésite pas à avancer que les personnes âgées qui « survivent à l'hôpital », sont « *recasées dans des maisons de retraite inadaptées* ». Elles sont « *toutes sous-médicalisées, leurs pensionnaires sont dénutris et presque tous sur médicamentés, pour avoir la paix* »

*Le choc de l'entrée, la rupture de parcours* - 52% des français ont une mauvaise image des EHPAD<sup>58</sup> ; 77% vivent l'entrée d'un parent en EHPAD à contrecœur; 33% pensent que les résidents y sont maltraités. En conséquence, seuls 2 Français sur 10 souhaiteraient placer un proche en établissement<sup>59</sup> s'ils devenaient dépendants, un rejet dû à un sentiment de culpabilité face à cette solution, mais aussi à son coût élevé. On entre en institution contre son gré, lorsqu'on n'a plus le choix : c'est le cas de 75% des résidents.<sup>60</sup> 8 personnes interrogées sur 10 opteraient pour le maintien à domicile: 29% se disent prêts à accueillir le proche dépendant chez eux, 30% à s'en occuper à son domicile, 22% à consacrer une partie de leur revenu à lui payer des aides.

Cette préférence s'explique notamment par la « culpabilité » de recourir à une institution, perçue comme une « privation de liberté ». Le coût élevé des établissements (2 200 euros par mois en moyenne) explique aussi leur rejet, imputable aussi aux manquements de certains acteurs du secteur. Des enquêtes de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes<sup>61</sup> (DGCCRF) au cours de l'année 2013 ont mis en lumière des cas de non-respect des règles, des clauses abusives, des

---

<sup>57</sup> ANAES, Service des recommandations et références professionnelles, Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, Octobre 2000

<sup>58</sup> Enquête TNS Sofres 2011

<sup>59</sup> Étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) décembre 2014

<sup>60</sup> ONFV, 2014, *La société face au vieillissement. Le risque d'un "naufrage social"*

<sup>61</sup> Source : *L'hébergement en maison de retraite*, DGCCRF, 2013, sur le site [www.economie.gouv.fr](http://www.economie.gouv.fr)

pratiques commerciales trompeuses : au total, 311 établissements visités, 178 avertissements, 12 injonctions, 1 mesure de police administrative, 58,8% d'anomalies.

#### **1.3.4 La déprise : le rapport au monde du grand âge**

*L'étrangeté du monde* - Les personnes âgées considèrent parfois qu'elles n'ont plus leur place dans la société d'aujourd'hui. On peut citer ces propos de Claude Lévi-Strauss âgé de 96 ans<sup>62</sup> : « *Nous sommes dans un monde auquel je n'appartiens déjà plus. Celui que j'ai connu, celui que j'ai aimé, avait 1,5 milliards d'habitants. Le monde actuel compte 6 milliards d'humains. Ce n'est plus le mien* ». La disparition des contemporains avec lesquels ils avaient une connivence pour avoir traversé les mêmes choses accroît le sentiment d'étrangeté au monde.

Le repli sur l'espace familial en est une conséquence. Le domicile est un repaire où elles se sentent protégées, un repère identitaire riche de souvenir de la vie passée, un repère spatial. La routinisation s'inscrit dans la même quête de sécurisation.

*Les renoncements* - Les problèmes de santé et les limitations fonctionnelles comptent parmi les déclencheurs de la déprise. Simone de Beauvoir écrit qu'avec l'âge « *le coefficient d'adversité des choses s'accroît* ». Le sentiment que le temps manque ou qu'il n'est plus temps désormais peut inciter à renoncer à certains projets.

Vincent Caradec<sup>63</sup> par le concept de la « déprise » propose de penser l'avancée en âge comme une transformation des « prises » de l'individu sur le monde. Le rapport au monde devient plus difficile avec le grand âge, une santé défaillante, des limitations fonctionnelles. Certaines activités antérieures doivent être abandonnées, des renoncements qui peuvent être douloureux : quand la lecture devient difficile, quand l'invalidité empêche les promenades.

*Le désir de n'être plus* - Le cupio dissolvi (le désir de l'anéantissement, le désir de n'être plus) est évoqué par le philosophe italien Norberto Bobbio<sup>64</sup>. On parle aussi du syndrome du glissement. Pour Nietzsche la sagesse n'est qu'un cosmétique pour la vieillesse qui refuse de voir sa déchéance, la prétendue sagesse n'étant qu'une immense lassitude<sup>65</sup>. Les résidents évoquent souvent une fatigue de vivre une vie dépourvue de sens, si ce n'est sa fin inexorable. La douleur de devenir impuissant et inutile peut conduire au suicide<sup>66</sup>. Il est l'une des trois principales causes de décès de la personne âgée, avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires. En France, sur près de 10 400 suicides

<sup>62</sup> Claude Lévi-Strauss, Entretien au journal *Le Monde*, 22 février 2005

<sup>63</sup> Vincent Caradec, *Vieillir au grand âge, Recherche en soins infirmiers* 2008/3 (N° 94)

<sup>64</sup> Norberto Bobbio, *Le Sage et la politique*, 2004 ; Albin Michel

<sup>65</sup> Éric Deschavane, Pierre-Henri Tavoillot Philosophie des âges de la vie, *pourquoi grandir ? Pourquoi vieillir ?* Grasset, 2007

<sup>66</sup> Programme national de prévention du suicide des âgés

survenus en 2010, 28% au moins ont touché des personnes de 65 ans et plus<sup>67</sup>. Chaque année, 3000 personnes de plus de 65 ans mettent fin à leurs jours. L'Inserm estime que les hommes de plus de 95 ans se suicident en moyenne dix fois plus que la population générale. Dans la très grande majorité des cas, le suicide des âgés est l'aboutissement de l'évolution douloureuse d'une dépression méconnue ou mal traitée.

## **1.4 L'établissement pour personnes âgées : persistance et déficiences du modèle**

### **1.4.1 Portrait d'un EHPAD urbain**

A) Un bâti abondant

L'EHPAD est situé sur un grand boulevard de Tours à quelques centaines de mètres des Halles et des berges de la Loire. La situation en centre-ville a beaucoup d'avantages pour l'autonomie des personnes âgées. Les résidents peuvent profiter des aménagements du quartier, des commerces. Des lignes de bus sont disponibles aux portes de l'établissement et facilitent les déplacements.

Les locaux étonnent par leur dimension. Ils sont constitués de deux bâtiments d'une surface de 7 578 m<sup>2</sup> édifiés sur un terrain d'une superficie globale de 3957m<sup>2</sup>. Le parc, parfaitement entretenu, comprend des espaces engazonnés, des arbres et des arbustes d'essence diverses. L'extérieur présente un aspect architectural clair et sobre. L'intérieur fait état de prestations anciennes et modestes. Mais les locaux entretenus régulièrement sont de bonne qualité et en bon état d'usage.

Le bâtiment principal est composé de 10 niveaux : 2 sous-sols, 1 rez-de-chaussée et 7 étages. Il occupe 6 832m<sup>2</sup>. Le rez-de-chaussée est constitué des locaux collectifs : salle à manger, cafétéria, bureaux administratifs. La résidence dispose d'une magnifique chapelle moderne dédiée au culte catholique, œuvre de l'architecte Jean Marconnet. Le troisième étage regroupe des locaux pour les services de soin et les locaux réservés au personnel. Le septième étage était un lieu privé réservé à la communauté des religieuses. Depuis mai 2016, il est inoccupé.

Le bâtiment annexe élevé en 1848 sur un sous-sol, un rez-de-chaussée et deux étages et un étage sous toiture, occupe 624m<sup>2</sup>. Il est accessible depuis le jardin de l'EHPAD ou de la rue contiguë.

La résidence est composée de 90 logements d'environ 20m<sup>2</sup> répartis sur 5 niveaux desservis par les ascenseurs. Chacun dispose d'un balcon sur le jardin ou côté Loire. A chaque étage, des espaces de vie commune sont aménagés pour permettre aux

---

<sup>67</sup> CepiDc-Inserm. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès est un laboratoire de l'Inserm

résidents de profiter de temps de loisirs ou recevoir leur famille. En tenant compte des 6 niveaux occupés par les résidents, l'EHPAD Courteline propose une surface par résident de 116 m<sup>2</sup>, ce qui est près du double de la moyenne des EHPAD PNL.

L'amélioration des locaux est l'une des priorités du Conseil d'administration de LBA. Les excédents dégagés par les résultats des exercices de l'ensemble des établissements sont essentiellement investis dans l'amélioration du cadre de vie des résidents au service de leur bien-être. La Résidence Courteline engagera en 2017 un important programme de travaux.

#### B) Des ressources humaines atrophiques

Ouvert 24h/24h et 365j/365j, l'EHPAD rassemble une équipe pluridisciplinaire. Les besoins croissants des résidents, l'évolution des pathologies, les obligations réglementaires de plus en plus nombreuses et complexes, sont autant de paramètres qui exigent des moyens humains renforcés. Pourtant, l'EHPAD Courteline subit une pénurie de personnel. Le départ des Petites Sœurs des Pauvres qui exerçaient de multiples fonctions dans l'EHPAD, n'a pas été compensé par de nouveaux recrutements.

L'EHPAD emploie 44 personnes, représentant 42.37 ETP<sup>68</sup>, soit un taux d'encadrement de 0.50 (pour un taux d'occupation de 94%). Ce taux est déficient au regard des taux moyens (0,53 pour les EHPAD PNL dont le GMP<sup>69</sup> est inférieur à 600<sup>70</sup>). L'EHPAD devrait compter 45.05 ETP, soit une différence de 3 ETP par rapport à l'état des effectifs en septembre 2015. Au surplus, j'anticipe une hausse du taux d'occupation à 98%, justifiant d'autant le renforcement des équipes.

#### C) Des résidents encore majoritairement valides

En 2015, 81 résidents sur 85 sont originaires d'Indre et Loire<sup>71</sup>. L'âge moyen des résidents est de 88,9 ans, le GMP est de 506. L'établissement compte 70 femmes et 15 hommes. Bénéficiant d'un niveau d'autonomie plus favorable, les résidents ont jusqu'à présent profité d'une durée moyenne de séjour sensiblement plus longue que dans les EHPAD PNL. Elle atteint 4,8 ans<sup>72</sup> alors qu'elle est de 3,8 ans pour les EHPAD PNL.

Les Petites sœurs des pauvres accueillaient avant tout des personnes pauvres et peu dépendantes. Dès lors, le pathos moyen est assez bas en comparaison des chiffres nationaux. En septembre 2015 le PMP de la Résidence Courteline est de 140<sup>73</sup>.

---

<sup>68</sup> Voir en annexes

<sup>69</sup> GIR moyen pondéré : Le GMP est le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP de l'établissement est élevé. Il est mesuré par la grille AGGIR.

<sup>70</sup> Source : KPMG, Observatoire des EHPAD, 2014

<sup>71</sup> Voir tableaux en annexe

<sup>72</sup> Voir en annexe tableau de la durée de séjour

<sup>73</sup> Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante. Les EHPAD

Toutefois, vieillissant, certains résidents développent des pathologies neurologiques et nécessitent une prise en charge spécifique. Jusqu'alors les Petites sœurs ont eu la volonté de permettre à ces résidents de finir leur vie à la résidence. Si les soins à prodiguer sont plus complexes, les équipes ont réussi à gérer ces situations encore minoritaires. La plupart de ces résidents atteints par des pathologies neurodégénératives souffrent d'une perte de mobilité associée. Dès lors, ne quittant plus leur chambre, les risques pour leur sécurité et celles des autres résidents sont modérés. Aujourd'hui l'EHPAD est dans l'impossibilité de prendre en charge les publics à troubles cognitifs sévères, à la mobilité peu altérée, sans changer radicalement le projet d'établissement.

#### D) Des ressources financières exsangues

Le poids croissant des dépenses sociales effectuées pour le compte de l'Etat asphyxie les Départements<sup>74</sup>. Depuis 2004, leurs difficultés financières s'aggravent en raison de l'absence d'une compensation juste et pérenne du financement des trois allocations individuelles de solidarité nationale (RSA, APA, PCH).

Ces contraintes impactent les gestionnaires d'EHPAD qui de surcroît font face à des coûts en constante augmentation liée au besoin de financement des investissements, à la revalorisation de la masse salariale, et à l'augmentation du taux d'encadrement pour une prise en charge de résidents plus lourdement dépendants.

L'EHPAD Courteline présente des caractéristiques héritées des Petites sœurs des pauvres. La congrégation accueillait préférentiellement les personnes âgées pauvres. Elle leur appliquait un tarif individualisé en fonction de leur ressource. Le calcul était à peu près celui-ci : ressources mensuelles - 10% pour leur argent de poche ÷ nombre de jours. Chaque résident bénéficiait donc d'un tarif parfaitement compatible avec ses ressources. En conséquence la grille des tarifs comprenait autant de lignes que de résidents, allant de la gratuité dans des cas exceptionnels, à une vingtaine d'euros mensuels, voire davantage.

Si les Petites sœurs pouvaient grâce aux dons et legs financer cette action sociale vers les pauvres, l'établissement est aujourd'hui structurellement déficitaire.

L'association gestionnaire a commencé par revoir les tarifs appliqués aux nouveaux entrants : un prix de séjour de 62 euros pour l'hébergement auquel s'ajoute 5,22 euros du ticket modérateur pour la dépendance, soit 67.22 euros/jour, et un coût mensuel moyen de 2 016 euros.

---

Publics ont un PMP moyen de 187 supérieur au PMP des EHPAD PNL qui est de 172<sup>73</sup>. La moyenne nationale se situe autour de 180.

<sup>74</sup> Voir Les communiqués de l'Assemblée des Départements de France : 16 octobre 2015, 14 septembre 2016 sur le site [www.departements.fr](http://www.departements.fr)



D'autres choix sont à examiner : l'accueil de personnes plus dépendantes avec une réorientation de l'offre vers une médicalisation accrue, ou bien la continuation de l'œuvre des PSDP par l'accueil des plus pauvres et a minima l'affectation des 15 places conventionnées Aide sociale. Remarquons que chaque place conventionnée aide sociale aggrave le manque à gagner de l'établissement. Si les 15 places sont occupées à l'année, le manque à gagner peut atteindre 55 000 à 70 000 euros (différence entre le tarif de la résidence et le prix de journée moyen arrêté chaque année par le Président du Conseil Départemental, à partir de la moyenne des prix de journée des établissements publics du département<sup>75</sup>.) Il est donc impératif que LBA trouve de nouvelles sources de financement : soit par des dotations supérieures des financeurs, soit par la création de ressources propres dégagées par de nouveaux services et prestations.

Enfin, l'établissement possède un patrimoine immobilier exceptionnel par sa taille et sa localisation en centre-ville qui permet d'imaginer de multiples possibilités : valorisation du cadre de vie, diversification de l'offre, vente, location...

#### **1.4.2 EHPAD bien géré, résidents bien soignés, et ensuite ?**

L'enquête de satisfaction menée début 2016 a permis de mettre en lumière des points d'amélioration. Les résidents sont dans l'ensemble satisfaits de leur vie dans l'EHPAD, les prestations d'hébergement et de soins sont appréciées. Les animations sont bien repérées et régulièrement fréquentées. Chaque matinée et après-midi les résidents ont une proposition : gym douce, atelier mémoire, soin des mains, lecture du journal, chorale, jeux de société. Certains résidents sont enthousiastes à l'idée de participer à la chorale ou au jeu du loto. Pour d'autres ces activités sont des repoussoirs.

Quelques-uns préfèrent la solitude de leur chambre à une animation collective. Que recèle ce refus : l'animation n'est-elle pas à leur goût, ou bien le rejet est-il synonyme de retrait, signe de la dépression ?

*Rester soi ?* - Vieillir ne conduit pas à l'homogénéisation des goûts. Le respect des personnes passe par le respect de leur aspiration. La vie à l'EHPAD oblige à vivre en collectivité alors qu'on pouvait avoir toujours vécu seul, à vivre avec ceux qu'on n'aurait jamais fréquentés. Le contact avec les autres est parfois rejeté par des résidents, ne se sentant pas du même milieu, moins dégradés. La violence verbale, le dénigrement est assez fréquent. Mme A n'aime pas manger en face de Mme L qui ouvre la bouche et se tient mal. Mme D qui vivait dans un milieu intellectuel et privilégié considère que certains résidents sont affreux, mal habillés et ne souhaite pas les côtoyer.

---

<sup>75</sup> Le tarif hébergement pour l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale est :  
Pour les plus de 60 ans le tarif moyen hébergement départemental  
Pour les moins de 60 ans le tarif moyen départemental spécifique (hébergement +dépendance)

*Vivre chez soi ? - « Cette résidence est votre domicile. Vous pouvez apporter dans votre logement les meubles et bibelots qui vous sont chers ».* Tous les livrets d'accueil des EHPAD le promettent : la chambre sera le nouveau chez soi. Les objets sont très importants pour les personnes âgées, ils leur rappellent la vie passée, l'ancienne activité professionnelle, les êtres aimés. Ces objets assurent la stabilité de l'environnement proche, un rempart face aux ruptures de l'existence. Mais la question demeure : comment être chez soi en institution ? Si nous prenons soin des espaces, si nous optimisons les 20m<sup>2</sup> pour en faire un domicile esthétique et fonctionnel, nous ne savons pas offrir le chez soi perdu, celui qui avait le bruit du voisin, la certaine lumière du matin, l'odeur du chien.

*Vivre, pourquoi ? -* Ce qui ressort des entretiens, de l'observation c'est l'impression de la coexistence d'une vie en collectivité et de l'isolement, d'une vie sociale presque factice. Rien ne semble assourdir ce sentiment totalitaire d'inutilité sociale, de perte de sens. Isabelle Mallon<sup>76</sup> décrit les changements et les continuités de la vie quotidienne en EHPAD à mesure du vieillissement des résidents. Le vieillissement est un travail de réajustement de soi, d'acceptation de la perte des rôles. L'institution prend en charge les tâches matérielles de la vie quotidienne : faire les courses, préparer les repas, laver le linge, entretenir le domicile. Les résidents les plus autonomes continuent souvent d'assurer une partie de ce rôle domestique en faisant le ménage de leur chambre, leur lit, un peu de lessive, participer à l'épluchage des légumes.

## **Conclusion de la partie 1**

Dans notre société qui voue un culte à la performance, à la jeunesse, à l'indépendance de l'individu, la vieillesse est reléguée, culpabilisée parce qu'elle coûte cher et ne dépense plus : *« la nature économique et sociale de notre modèle de vie tolère les seniors tant qu'ils dépensent leur argent pour assouvir des envies encore vivaces, mais arrive le temps où ces incitations à consommer s'évanouissent. Le monde de l'exclusion a sonné celui où la communauté considère que ces vieux sont devenus des poids morts<sup>77</sup> »* La société détourne le regard : le « vieux-vieux » fait peur parce qu'il nous parle de notre mort. Alors il est condamné à l'isolement.

Alors que faisons-nous de la place où nous sommes ? L'EHPAD peut-il contribuer à prévenir les fractures sociales liées à l'âge, dedans et dehors, comme acteur du territoire ?

---

<sup>76</sup> Isabelle Mallon, *Le travail de vieillissement » en maison de retraite*, Retraite et société, 2007/3 (n°52)

<sup>77</sup> Axel Kahn, *L'ultime liberté ?* Paris, Plon, 2008

## 2. Repenser l'EHPAD comme acteur d'un vivre ensemble renouvelé

Dans l'EHPAD ; les personnes âgées souffrent de solitude, du sentiment d'inutilité. Hors de l'EHPAD, elles sont invisibles, exclues, pauvres.

Que pouvons-nous faire pour recréer du vivre ensemble, dedans et dehors ? Reconnaître l'humanité des âgés, redonner une place à chacun.

Il convient de questionner le rôle de l'EHPAD, au-delà des mots. Changer le modèle d'EHPAD c'est changer aussi les pratiques.

### 2.1 L'appel à un autre modèle de société

#### 2.1.1 Raviver notre contrat social

Nos luttes historiques nous ont donné la liberté. Mais le mouvement d'émancipation a aussi engendré l'isolement.

Comment refonder un nouveau pacte social sur ces bases, comment refaire société ? Rousseau vient nous dire tout ce qu'on a à gagner à mettre en commun notre personne dans un authentique corps social. En devenant membre d'une telle association, en réinvestissant nos habits de citoyens, « *l'homme, qui jusque-là n'avait regardé que lui-même se voit forcé d'agir sur d'autres principes, et de consulter sa raison avant d'écouter ses penchants. (...) Ses facultés s'exercent et se développent, ses idées s'étendent, ses sentiments s'ennoblissent.*<sup>78</sup> »

A) La Nation, la mémoire et l'avenir commun

Pour Ernest Renan<sup>79</sup>, une nation est un principe spirituel constitué de deux choses : l'une dans le passé, l'autre dans le présent. « *L'une est la possession d'un riche legs de souvenirs ; l'autre est le consentement actuel, le désir de vivre ensemble, la volonté de continuer à faire valoir l'héritage qu'on a reçu indivis* ». Pour Renan le culte des ancêtres est indispensable au vivre ensemble présent. Avoir souffert ensemble, avoir eu des gloires communes, voilà ce qui forme l'idée nationale. Avec Renan donc, nous pouvons dire que le passé légué par les personnes âgées est le socle nécessaire pour que nous continuions la vie commune.

Aimé Césaire expliquait qu'un « *peuple sans mémoire est un peuple sans avenir* », ce que l'historien Georges Bensoussan, responsable des éditions du mémorial de la Shoah, a traduit, à propos de l'histoire de l'esclavage, en déclarant : « *Pour tourner la page il faut*

---

<sup>78</sup> Jean-Jacques Rousseau, *Du contrat social*, GF Flammarion, 1966, page 55

<sup>79</sup> Ernest Renan, *Qu'est-ce qu'une Nation ?* Calmann-Lévy, 1882

*la lire avant* ». Alors, pour permettre aux nouvelles générations de (re)construire un « vivre ensemble », il faut leur donner les moyens de comprendre le passé.

B) Si jeunesse savait...

Les personnes âgées sont souvent présentées et perçues comme coûteuses pour la collectivité. C'est une vision réductrice et inacceptable car « *tout homme et toute femme participe de l'œuvre collective de la vie, d'une façon ou d'une autre, et jusqu'à l'ultime instant de sa mort. Dans ce cadre, chacun doit pouvoir prendre sa part au contrat social, en termes de droits, de devoirs et d'actions* »<sup>80</sup>.

Il faut changer de regard et discerner la chance que nous avons de vivre auprès de ceux qui ont l'expérience et le temps. Ainsi, dans notre culture supposée moderne de l'efficacité, de la rentabilité, la personne âgée possède la disponibilité sans chercher le résultat économique de ses actions. Avec elle on peut retrouver le sens du don gratuit, de l'échange dans une relation au temps libérée. L'expérience des seniors « *peut aider à stabiliser une société prise dans le tourbillon de son accélération effrénée*<sup>81</sup> ».

Si les personnes âgées disposent de moins de capacité d'agir que les plus jeunes, elles possèdent d'autres aptitudes<sup>82</sup>. Certains attributs se développent avec les années comme l'expérience, la compréhension des autres et des relations humaines. La sagesse est considérée comme une vision plus complète de la vie : la personne âgée sait, arrivée presque au terme de son existence, la valeur de l'amitié, la supériorité de l'être sur l'avoir. « *Et l'on voit de la flamme aux yeux des jeunes gens. Mais dans l'œil du vieillard, on voit de la lumière*<sup>83</sup>. »

Cette prise de conscience est appelée sans détour par Jose Mario Bergoglio, actuel Pape de l'Eglise catholique. Vigoureusement il nous redit que les personnes âgées sont une richesse qui ne peut être ignorée, même si notre société est réglée sur l'efficacité. « *Il y a quelque chose de lâche dans cette accoutumance à la culture du déchet* » a affirmé le Pape François, « *on élimine la faiblesse, la vulnérabilité, mais ceux qui abandonnent les personnes âgées font un péché mortel. Le devoir d'une Eglise qui ne se conforme pas à la mentalité du temps est de réveiller le sens collectif de la gratitude, de l'appréciation et de l'hospitalité. (...) On juge de la qualité d'une civilisation à la place qu'elle fait aux personnes âgées.* » Ces propos peuvent en rappeler d'autres, d'un autre continent, d'une autre religion, mais aussi intraitables sur le devoir de respect envers les plus vieux de nos

---

<sup>80</sup> Conseil Economique et Social - Le vieillissement- 2001

<sup>81</sup> Robert Rochefort, *Vive le papy-boom*, Ed. Odile Jacob 2001

<sup>82</sup> Jared Diamond, *Le monde jusqu'à hier, Ce que nous apprennent les sociétés traditionnelles*. Gallimard - 2013

<sup>83</sup> Victor Hugo, *La légende des siècles*, Booz endormi, 1859

sociétés : « *Le jour où l'on ouvrira la première maison de retraite au Maroc, notre société sera en voie de disparition* », avait déclaré en son temps le Roi Assan II.

### **2.1.2 Mobiliser le travail social**

Nous avons une obligation de questionnement : notre responsabilité sociale s'arrête-elle aux murs de l'EHPAD ?

*Retour sur les missions du travail social* - Selon l'article L 115-1 du CASF : « *la lutte contre la pauvreté et les exclusions est un impératif national fondé sur l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité pour l'ensemble de la nation.* » Le Travail social promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Par solidarité avec les personnes désavantagées, la profession s'efforce de soulager la pauvreté, de libérer les personnes vulnérables et opprimées, et de promouvoir l'inclusion sociale<sup>84</sup>.

*EHPAD : changer de modèle* - La mission de l'EHPAD doit être perçue comme allant au-delà de ses murs. Il devient incontournable de porter un questionnement stratégique sur l'avenir de l'EHPAD. Quel sens donner à notre action ?

*La fraternité* - « *Maintenant construisons la fraternité* » : en janvier 2015 des voix nombreuses se sont élevées pour affirmer la nécessité de réactiver le vivre ensemble et la fraternité entre tous les Français quels que soient leur religion, leur origine ou leur âge. La fraternité est aujourd'hui portée par de nombreuses initiatives militantes. Il est de notre responsabilité de la faire vivre dans notre quartier, de promouvoir les liens entre les habitants. La fraternité c'est aussi celle que je ressens envers chaque résident, un sentiment mêlé de compassion et d'humanité. Comme moi, et pourtant distincts, car leur âge et leurs maladies chroniques les confrontent à leur mortalité et leur finitude, les faisant vivre, selon l'expression de Vladimir Jankélévitch cité par Alice Casagrande « *l'échéance affolante du soir, qui se prolonge certes, mais ne redevient jamais jour pour autant*<sup>85</sup> ».

*La citoyenneté* - La loi 2002-2, puis celle de février 2005 ont affirmé la notion de citoyenneté, objectivée dans la contractualisation des prestations, la création d'organes représentatifs des usagers<sup>86</sup>. Toutefois on peut rester incrédule face à cette citoyenneté qui semble restreinte aux préoccupations individuelles, alors que la conception rousseauiste engage à l'expression de la volonté générale toute autre que la somme des intérêts particuliers. Finalement, cette citoyenneté ne serait-elle qu'un ersatz ?

Je ne le crois pas, et il me semble indispensable d'inciter par tous les moyens la parole des résidents. Avons-nous tout fait pour cela ? Le CVS existe mais cela est bien

---

<sup>84</sup> Définition internationale du travail social – Melbourne 2014

<sup>85</sup> Alice Casagrande, *Ce que la maltraitance nous enseigne*. Dunod, 2012

<sup>86</sup> Essentiellement, le CVS, conseil de vie social

insuffisant pour garantir le droit à l'expression. Peut-on croire qu'un résident qui n'a jamais pris d'engagement dans sa vie passée saura facilement exprimer son point de vue devant la direction, les administrateurs, les représentants de la Ville ? Dès lors, c'est d'autres espaces d'écoute qu'il est urgent d'instituer, plus intimes, plus rassurants pour recueillir les profonds besoins et désirs des personnes.

*La dignité* - Il est essentiel de garder en tête que les personnes âgées ne sont pas le terrain de notre intervention mais qu'elles sont elles-mêmes le principal acteur de l'action. Notre expertise, leurs défaillances ne doivent pas se conjuguer pour aboutir à une dépossession de soi des résidents. Prenons l'exemple du temps. En institution, le temps n'est plus maîtrisé par les personnes accueillies, la temporalité s'impose à elles par l'organisation de la structure: les horaires des repas, l'attente d'un lever, d'un coucher, d'une douche... Protéger les résidents, les soigner peut aussi conduire au maintien dans une position enfermante et fragilisante, l'empêchant de déployer ses propres ressources.

### **2.1.3 Incarner la juste bientraitance**

Les PSDP avaient mis les valeurs sociales, humanistes et spirituelles comme fondement de leur mission et la relation interpersonnelle au cœur de la vie à l'EHPAD. Le projet d'accueil personnalisé de 2014 commençait par ces mots : «les valeurs qui nous rassemblent sont la bientraitance et la citoyenneté.» Lors de l'évaluation externe de juillet 2014, les résidents et leurs familles insistent sur l'humanité, l'humilité, le respect de chacun dans son altérité et la disponibilité des membres de la Congrégation et du personnel. Cette question de la bientraitance comporte un risque : n'être qu'une ritournelle, chantée pour rassurer les financeurs, les familles, les usagers.

Comment pouvons-nous vraiment incarner cette exigence substantielle à notre mission ? Agir de façon bientraitante c'est déjà bannir les vocabulaires diminuant qui font de la personne une chose, un objet découpé en tâches, « faisant de chaque professionnel le bras armé d'une activité plutôt que l'interlocuteur entier d'une personne tout entière en demande<sup>87</sup>. »

Dans nos établissements, le résident est essentiellement le récipiendaire d'une aide. On entretient les personnes dans une situation de dépendance. Comment les en libérer et leur redonner l'estime d'elles-mêmes ? On peut tenter des pistes de réponses par la question du don et du contre-don. Les usagers sont obligés d'accepter notre assistance. Si elle est perçue comme un cadeau, une faveur, la personne se trouve en situation de dette, l'obligation de rendre. Ne pas pouvoir c'est rester dans une position de vassal. Aussi et paradoxalement, il est préférable de ne pas donner à croire aux résidents que

---

<sup>87</sup> Alice Casagrande, *Ce que la maltraitance nous enseigne*. Dunod, 2012

l'on agit pour eux au-delà de notre mission : « *la manifestation d'une extrême bienveillance facilite l'interprétation par le don, mais les dons sont aliénants. Ainsi se réalise un lien d'assistance. Le manque est nécessaire pour que naisse l'échange*<sup>88</sup>. »

Pour cette raison, certaines associations revendiquent le vocable de « clients » pour leurs usagers. Le mot, banni pour sa connotation mercantile, pourrait revenir pour soutenir la dignité des personnes : « *L'association a des obligations de résultat face à des clients qui ont le droit d'exiger le meilleur*<sup>89</sup>. »

## **2.2 Pourquoi agir maintenant ? Pourquoi dans cet EHPAD ?**

### **2.2.1 Tirer parti du moment**

A) Un moment opportun

Ma réflexion s'inscrit dans un moment particulier : le changement de gestionnaire en mai 2016. L'esprit des PSDP a imprégné l'établissement pendant un siècle et demi. Il y règne encore une ambiance bien différente des EHPAD ultra modernes, très médicalisés. Mais l'association devient aussi responsable d'un établissement peu ouvert sur l'extérieur et faiblement inscrit dans le réseau local. Et sans le soutien de la Congrégation et ses ressources financières, l'établissement se révèle structurellement déficitaire.

Dès lors, nous sommes dans un temps unique et propice pour repenser notre orientation, construire notre identité, les valeurs, et le positionnement de l'établissement. Des évolutions sont nécessaires pour adapter la structure aux enjeux internes et sociétaux, présents et à venir. Quelle orientation va prendre l'EHPAD pour répondre aux besoins et attentes du public : rupture ou continuité ? Conversion ou continuation des valeurs ?

Nous avons des alternatives. Soit, conserver l'identité des PSDP et continuer à faire fructifier leurs valeurs par d'autres moyens, notamment poursuivre l'accueil des moins dépendants et des précaires. Soit, opérer une rupture avec le passé et positionner l'EHPAD vers d'autres publics, les personnes à troubles cognitifs, les personnes handicapées vieillissantes, l'ouverture de places d'accueil temporaire et d'accueil de jour dans le cadre de l'aide au répit des aidants. La pertinence de nos réponses assurera la visibilité et la reconnaissance de l'EHPAD sur le territoire, sa pérennité.

Enfin, repenser fondamentalement le rôle de l'EHPAD, appelle à repenser son fonctionnement. Nous y prodiguons du soin mais sommes-nous un lieu de vie ? Donnons-nous aux personnels les moyens de réussir le probe accompagnement ?

---

<sup>88</sup> Fustier Paul, professeur émérite de psychologie clinique, université Lumière-Lyon 2, « La relation d'aide et la question du don », Nouvelle revue de psychosociologie 2008, n° 6

<sup>89</sup> Projet d'établissement 2014, Institut le Mai, Ecole de la vie autonome, Chinon

## B) Des faiblesses et des risques à dépasser

*Quelques actes défailants* - Les équipes ont été toutes sensibilisées à la bientraitance et à l'éthique de l'intervention. Toutefois, l'accroissement de la charge de travail, une lassitude des personnels devant des impératifs organisationnels et des normes de plus en plus nombreuses ont pu entraîner des actes de négligence. On a relevé dans les dernières semaines, les faits suivants :

- Monsieur B est resté 45 minutes sur les toilettes dans sa chambre en attendant de l'aide
- Madame J n'a pas été conduite aux toilettes sur le temps du repas mais «elle a une protection »
- Madame F n'en peut plus d'être à table. Elle a mal au cou veut remonter, mais l'infirmière dit qu'il faut la laisser là car elle a un syndrome de glissement et on doit la stimuler
- Dans la chambre de Madame L cela sent très mauvais
- Monsieur et Madame P se plaignent car la porte du local déchet de leur étage reste ouverte et dégage une odeur fort désagréable
- Dans le logement de Madame R, les deux agents se parlent entre elles pendant qu'elles refont le lit
- Madame M, Madame A, et Monsieur S regrettent que les agents ne viennent pas dire bonjour systématiquement le matin
- Madame C et Madame O disent que certains n'ont pas de goûter parce que les personnels n'ont pas toujours le temps

Ces faits ne font pas l'objet de reprise en réunion. Certains sont considérés comme mineurs, d'autres plus graves et contraires aux bonnes pratiques, voire au droit semblent difficiles à signaler pour les professionnels, de peur de franchir le Rubicon de la délation. Plus gênant, ce qui apparaît comme de petites fautes ne sont pas sanctionnées. Or, pour ne pas vouloir faire preuve de rigidité c'est un message d'impunité et de transgression acceptable qui est envoyé aux équipes.

*La carence d'échanges de pratiques* - Jusqu'à présent la structure n'a pas mené un questionnement global et profond sur les conduites professionnelles. On note la perpétuation automatisée des anciennes pratiques, des routines et l'automatisation des fonctions qui conduisent à un appauvrissement de la qualité du travail et des qualifications. Au-delà je découvre que l'intérêt porté à la parole et aux espaces de discussion est faible. Les temps d'échange sont rares, on considère que le temps manque pour l'instauration de groupes de travail. En réalité pour que ces réunions soient investies par le personnel, elles doivent être animées, suivies de décisions qui fassent autorité. Selon Alice Casagrande, il importe « grâce à des actes de management cohérents, de montrer aux professionnels que la parole engage et que la parole construit (...) génère



une action corrective rapide de l'encadrement pour rasseoir la confiance dans tout acte de parole. »<sup>90</sup>

*La saturation des outils, des protocoles et le vocabulaire prescrit* - Rendre compte aux autorités de contrôle et de tarification, remplir des tableaux d'indicateurs, rédiger des protocoles...La rationalité de la gestion de l'établissement impose une rigueur administrative chronophage au détriment d'un temps pour créer, innover, écouter les personnes accueillies, soutenir les personnels, rencontrer les partenaires. Alice Casagrande évoque par là une fuite dans la réalisation obsessionnelle d'outils et « *la coupure irréconciliable entre l'écrit et l'élaboré* ».

Autre faille, née d'une volonté de trop bien faire. Le secteur a ses jargons, les autorités, les politiques lancent des tendances sémantiques. On a l'impression d'avoir répondu aux attentes, d'avoir pensé un bon projet quand on a réussi à y faire figurer tous les concepts et le vocabulaire requis. Trop de mots tuent le sens : « *une conjugaison du partage : s'enrichir mutuellement tout en se connaissant mieux*»; « *encourager l'émergence d'une humanité par la création de liens chaleureux*»; « *instaurer les relations intergénérationnelles comme source incontournable de reconnaissance et d'inclusion citoyenne* ». L'intention est louable, le vocabulaire est flatteur mais quel est le contenu réel de ces actions ? Quelle est l'appropriation de ces projets par les professionnels ? Quelle en est la compréhension par les personnes accueillies et leurs familles ?

Alice Casagrande évoque de la même manière « *ce langage disqualifié. (...) le vocabulaire utilisé est fréquemment technique, inabordable et porte en lui-même un geste d'exclusion à l'égard de tous ceux qui ne sont pas en mesure de le comprendre.* » Autrement dit : « *il existe une forme d'aristocratie des démarches qualité qui ne laissent d'une chance infime aux pratiques réelles d'être effectivement débattues.* »

*Le trop peu : les ressources humaines et l'encadrement des équipes* - La principale plainte des salariés porte sur le manque de personnel, l'insuffisance des remplacements. Dès lors les équipes ont conscience de faire trop vite auprès des résidents et de ne pas avoir le temps de les écouter. Le climat social s'est dégradé au cours des derniers mois, on perçoit aussi des revendications latentes, de nombreux non-dits.

Il faut interroger ici la responsabilité de l'encadrement et sa difficulté à poser de limites, tout en encourageant l'engagement et la participation. Alice Casagrande souligne deux écueils : le phénomène de résistance et celui de soumission sans appropriation.

---

<sup>90</sup> Alice Casagrande, Ce que la maltraitance nous enseigne, Dunod, 2012

### C) Le déficit d'information

L'EHPAD est peu repéré sur le territoire. C'est pour partie liée à la culture des Petites sœurs des pauvres qui ont peu développé les partenariats. Mais c'est aussi un constat général relayé par l'ANESM<sup>91</sup>. L'Agence déplore le manque d'information des populations sur les établissements et services dédiés aux personnes âgées. Sur un territoire donné, les habitants méconnaissent le plus souvent la palette des solutions disponibles pour l'accompagnement des personnes âgées. *«L'éventail des services et institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels»...* et pourtant *«L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion»<sup>92</sup>.*»

### 2.2.2 Se saisir des atouts du contexte

#### A) Les programmes européens et nationaux à investir

Entre les lignes de la loi ASV - La loi souligne le besoin d'une mobilisation de tous les acteurs : «il est nécessaire d'œuvrer nationalement, pour porter un nouveau regard sur la vieillesse ».

*Les systèmes intégrés de prise en charge* - Tous les schémas soulignent la nécessité de multiplier les actions de prévention pour préserver l'autonomie des personnes, favoriser le maintien à domicile, limiter le recours à l'hôpital. Les diagnostics révèlent que la faiblesse de la coordination des interventions à domicile provoque des entrées en institution ou des hospitalisations inutiles. Ainsi une meilleure observance de leurs traitements par les personnes âgées, une surveillance de leur alimentation pourrait diminuer le recours, la durée de séjour à l'hôpital<sup>93</sup>. Il y a nécessité d'actions coordonnées pour assurer la continuité et la complémentarité des interventions. Un modèle intéressant s'est développé au Canada : l'organisation PRISMA<sup>94</sup>. Un gestionnaire de cas est le correspondant unique, responsable de la prise en charge globale, et interlocuteur direct d'une quarantaine de personnes. Il facilite la synergie entre tous les acteurs, repère les évolutions de la situation et ainsi lutte contre l'isolement. Un projet PRISMA France a été lancé au printemps 2006. L'objectif était d'améliorer la qualité de vie, des soins et des aides, la satisfaction et l'efficacité des services. Il s'agissait dans un continuum territorial de rassembler les services fragmentés, améliorer l'accessibilité, éliminer les doublons, réduire les coûts administratifs des services, assurer l'équité. Finalement, le dispositif

<sup>91</sup> ANESM, Qualité de vie en EHPAD, Volet 1

<sup>92</sup> Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance art. XIV

<sup>93</sup> 20% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans sont dues à un accident iatrogène. Source : Professeuse Sylvie Legrain Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, HAS, 2005

<sup>94</sup> Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

d'intégration des services en France a pris la forme des MAIA<sup>95</sup> Aujourd'hui 300 MAIA maillent le territoire français pour simplifier les parcours des personnes âgées. Les résultats sont positifs mais il convient encore de laisser du temps aux professionnels de s'approprier cette nouvelle façon d'agir ensemble<sup>96</sup>.

#### B) Les politiques locales en faveur des personnes âgées

*Les schémas régionaux* - En région Centre, le Projet Régional de Santé, le Plan Stratégique régional de santé, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, le Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale et le Programme Interdépartemental d'accompagnement à la perte d'Autonomie<sup>97</sup> favorisent une approche transversale et globale de la prise en charge des personnes âgées pour concourir au décloisonnement des interventions. Les axes principaux 2012-2016 du SROS concernent l'amélioration des actions de prévention de la perte d'autonomie; le développement de la filière gériatrique; le déploiement de mesures spécifiques aux malades Alzheimer. Le SROMS 2012-2016 tend à améliorer la qualité de vie des personnes âgées ; promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée ; et favoriser le choix de vie à domicile.

Notre projet répond à certains objectifs affichés par la Région, tels la promotion du dépistage précoce des facteurs de fragilité. Ce concept multidimensionnel mêle de multiples facteurs : troubles de la marche, chutes, dénutrition, incontinence, mauvaise observance thérapeutique, perte d'audition, de vision, isolement social. En initiant la création d'un réseau interprofessionnel et interinstitutionnel sur le quartier, nous pourrions contribuer au repérage des situations, et encourager la prévention. Un autre objectif des schémas est le développement d'actions de répit et d'accompagnement des aidants par l'institution de plateformes d'information, d'écoute, et d'accueil de la personne dépendante. Ce temps libéré pour les proches c'est aussi, le maintien de la vie sociale des aînés, la lutte contre le repli et la relation exclusive avec l'aidant.

*Le PAERPA* - La Région Centre-Val de Loire expérimente depuis 2014 le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Le dispositif concerne les personnes de plus de 75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer. Pour améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, retarder la survenue de la perte d'autonomie, éviter les hospitalisations, le PAERPA coordonne les différents acteurs avec une attention particulière sur les risques de rupture de parcours de soin. Initialement déployé sur le territoire Loches/Amboise, le PAERPA est étendu en 2016 sur Tours et le Nord Est du Département, puis généralisé en 2017 sur l'ensemble de l'Indre et Loire. L'ensemble des professionnels de la prise en charge des personnes âgées sont parties

---

<sup>95</sup> Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

<sup>96</sup> Evaluation Nationale du dispositif MAIA : Source : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

<sup>97</sup> Voir les différents schémas régionaux : PRS, PSRS, SROS, SROMS, PRIAC sur le site de l'ARS Centre

prenantes. Dès lors, l'extension du territoire PAERPA sur Tours nous engage à nous inscrire dans cette coordination.

*L'action du Département* - Le schéma gérontologique de l'Indre et Loire couvrant la période 2008-2012 a nécessité 16 mois de travail entre février 2006 et juin 2007 et a mobilisé près de 300 personnes<sup>98</sup>. Par ailleurs, le Département s'est engagé dans la démarche MONALISA.

*Le programme Monalisa<sup>99</sup> contre l'isolement des personnes âgées* - MONALISA réunit l'ensemble des associations volontaires autour des objectifs suivants: harmoniser les actions de lutte contre l'isolement des âgés déjà existantes pour les renforcer ; permettre l'échange de bonnes pratiques ; mieux promouvoir l'engagement bénévole ; assurer un maillage optimal du territoire. La déclinaison départementale du schéma prévoit la constitution d'équipes citoyennes pour des visites auprès de personnes seules.

*La politique de la ville de Tours* - A l'échelle de la ville, le CCAS conduit ou soutient des actions en faveur du lien social et du maintien à domicile des personnes âgées : aide aux associations et aux clubs, financement des services d'aide à domicile, de portages de repas... Par ailleurs, en 2006 la ville de Tours s'est inscrite dans un projet intitulé « Qualité de vie des seniors en Europe », visant à échanger sur les questions des modes de vie des âgés avec des villes partenaires en Italie, en Allemagne et en Suède. En continuité, en février 2010, la Ville et le CCAS ont obtenu le label « Bien Vieillir-Vivre Ensemble » décerné par le Secrétariat d'Etat aux Aînés. L'enjeu était d'identifier les attentes et des besoins des seniors afin d'améliorer leur qualité de vie.

### C) Les partenaires du quartier

L'EHPAD se dresse au cœur d'un quartier très urbanisé qui fut longtemps un secteur de casernes. Leur fermeture a libéré un espace foncier important et permis une profonde requalification urbaine. Nouveau quartier prioritaire<sup>100</sup>, le quartier des Bords de Loire appartient aux plus vieux quartiers d'habitat social de la ville de Tours. L'observatoire des inégalités a dressé la carte des revenus de l'agglomération de Tours, montrant les contrastes au niveau des îlots urbains dits « Iris<sup>101</sup> ». Parmi les quartiers pauvres de la commune de Tours, le quartier Lamartine/Bords de Loire, apparaît comme l'un des plus pauvres. Le revenu médian par unités de consommation est de 14213 euros<sup>102</sup>, alors que celui de Tours est de 17969 euros.

---

<sup>98</sup> Etude de Marc Mousli, chercheur associé au CNAM, Préfecture de la Région Centre, novembre 2009

<sup>99</sup> Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées

<sup>100</sup> Source Contrat de ville 2015 2020 Communauté d'agglomération Tours plus

<sup>101</sup> IRIS : îlots regroupés pour l'information statistique. De superficies très diverses, ils rassemblent des nombres d'habitants autour de 2300.

<sup>102</sup> Direction Générale des Impôts 2009 – Traitement INSEE

En revanche, le quartier est riche de partenaires économiques, institutionnels ou associatifs déjà acteurs au service des personnes âgées.

Principal acteur du quartier, promoteur et animateur du lien social, le Centre social, porté par l'association Courteline est agréé par la CAF. Son projet associatif repose sur des valeurs d'ouverture, de solidarité et de convivialité. L'association a pour objet la promotion de l'action sociale. Elle participe à la lutte contre le processus d'exclusion et d'isolement. Elle contribue au renforcement du lien social des habitants du quartier. Elle mène aussi une action éducative de formation à l'autonomie et la citoyenneté des individus. L'association est un lieu ressources réputé sur le quartier et la ville. Elle emploie 93 ETP sur la ville et compte 1100 adhérents.

L'association des Petits Frères des Pauvres est aussi très repérée dans le quartier grâce à son local ouvert sur un boulevard adjacent. Fidèles à l'esprit de solidarité envers les personnes âgées souffrant d'isolement, leurs bénévoles se consacrent à des visites régulières auprès des personnes à leur domicile ou en maisons de retraite. Ils participent également à l'organisation et l'animation d'activités collectives : sorties, week-end, ateliers, fêtes, déjeuners.

Présence du Conseil Départemental au cœur des immeubles, la Maison de la solidarité du Département regroupe les équipes de l'action sociale, de l'autonomie, de la PMI, de l'insertion et de l'aide sociale à l'enfance. Un conseiller autonomie est présent pour répondre aux questions des personnes âgées et de leur entourage, orienter vers les structures compétentes, conseiller sur les possibilités d'aide au maintien à domicile ou l'hébergement en établissement spécialisé.

Enfin l'Office public de l'habitat, est omniprésent puisqu'il est le gestionnaire de la totalité des logements sociaux du quartier des Bords de Loire. Il s'est engagé dans une stratégie d'amélioration et de modernisation de son patrimoine. Son parc est en effet touché par le vieillissement des locataires : adaptations nécessaires des logements pour le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées ...

Il convient aussi de ne pas oublier le réseau des commerçants. Ils sont le principal motif de sortie des personnes âgées sur le quartier. Il est important de les associer à notre réflexion sur le quartier. Ainsi nous pourrions les aider à penser l'adaptation de leurs locaux ou de leurs services aux personnes âgées : éléments du bâti, hauteur des rayonnages, taille des étiquettes, développement du portage à domicile. Gardons à l'esprit que les commerçants, les pharmaciens sont de précieux relais d'informations.

### **2.2.3 Engager un processus d'innovation sociale sur le quartier**

Le concept d'innovation sociale est une idée assez nouvelle en France, il n'en existait pas de définition officielle. Celle-ci a été posée par le Conseil supérieur de l'Economie

sociale et solidaire en 2011.<sup>103</sup> « *L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou service, que le mode d'organisation, de distribution, (...). Elles passent par un processus en plusieurs démarches : émergence, expérimentation, diffusion, évaluation.* » Le rapport précise que l'innovation sociale se joue le plus souvent dans la proximité, sur le territoire.

Le contexte est porteur pour l'innovation sociale parce que le développement économique de marché ne parvient pas à satisfaire tous les besoins sociaux. Par ailleurs, les politiques sociales montrent leur limite. Le contexte des finances publiques impose d'inventer de nouveaux modèles plus sobres en argent public, plus respectueux de l'environnement et créateurs de liens sociaux. L'objectif est d'apporter une réponse nouvelle à une problématique actuelle à laquelle ni le marché, ni l'Etat ne peuvent répondre seuls.

A l'unisson, la Commission Européenne a lancé en mars 2011 une initiative en faveur de l'innovation sociale. « Social Innovation Europe » est une plateforme et un réseau pour contribuer à « *créer une Europe dynamique, entrepreneuriale et innovante ainsi qu'à réaliser les objectifs d'une croissance inclusive, intelligente et durable.* » L'innovation sociale peut être portée par les citoyens, les pouvoirs publics ou les entrepreneurs.

Dès lors, notre place d'EHPAD au cœur d'un quartier, fort de nos compétences, riche des partenariats potentiels, nous donne toute la légitimité pour engager un processus d'innovation sociale sur notre territoire.

## **2.3 Le directeur d'EHPAD : passer des réponses aux questions**

### **2.3.1 L'important : garantir et assurer**

L'action du directeur d'EHPAD s'inscrit dans un référentiel métier.<sup>104</sup> Le respect de ce cadre général est le pré requis à tout projet. Le directeur, garant de la pérennité de la structure, conserve et accroît les dotations, trouve de nouvelles sources de financements, stabilise un taux d'occupation optimal, garantit la bonne gestion économique, financière et logistique de l'établissement. Il calibre les projets à l'aune des ressources humaines, financières, techniques, valorise le patrimoine immobilier, modernise les locaux. Mais avant tout, il développe une offre de service évolutive propre à répondre aux attentes et

---

<sup>103</sup> Rapport de Synthèse du Groupe de travail Innovation sociale, Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire, 2011

<sup>104</sup> Arrêté du 5 juin 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. Annexe 1 : référentiel professionnel des directeurs d'établissement ou de service d'intervention sociale

besoins du public. Il assure aux usagers un accompagnement individualisé, de qualité et respectant leur consentement libre et éclairé. Pour cela, il adapte et fait évoluer les compétences des salariés, assure la qualité de vie au travail. Il initie et développe les partenariats et le travail en réseau.

### **2.3.2 L'essentiel : penser le changement, questionner le sens**

Cet inventaire ne doit pas éclipser l'essentiel : le directeur doit répondre aux missions d'intérêt général et d'utilité sociale et proposer des actions innovantes fondées sur la connaissance du terrain, guidées par une exigence éthique et déontologique de l'intervention sociale.

Pour le dire autrement, le directeur doit œuvrer à la transformation sociale. Pour cela il vient remettre en question les pratiques, et, obligeant les équipes à sortir de la routine, il redonne le désir à l'action.

#### **A) Revendiquer l'engagement**

L'engagement citoyen s'exprime sur un territoire pour le bien commun. Alors, on peut considérer que le directeur incarne une mission politique, dans l'acception littérale du terme. Non seulement il participe à la mise en œuvre des politiques sociales, mais il a le devoir d'interroger la manière dont notre société et ses dispositifs de solidarité traitent les plus fragiles, empêchent l'exclusion, donnent la parole aux sans voix. « *Le travail social est un acte qui interroge le vivre ensemble, le projet collectif, le bien commun* »<sup>105</sup>.

Repolitiser l'action sociale c'est investir le local, le territoire comme espaces de changement social, de mobilisation des forces vives et de développement des pratiques avec les habitants

#### **B) Penser l'action**

L'action sociale tend à faire des directeurs des opérateurs, des gestionnaires qui répondent à des appels à projet, remplissent des tableaux de suivi des indicateurs. La mise en place de ces outils cache notre impuissance, justifie nos gesticulations quotidiennes, il faut répondre aux injonctions des financeurs, écrire des notes et des rapports. Mais dans ces tableaux de bord comment mesure-t-on le bien-être de la personne, sa dignité, son bonheur ?

« *Il faut agir en homme de pensée et penser en homme d'action* ». Selon Henri Bergson il faut réconcilier la pensée et l'action. Le dirigeant doit trouver des ressorts pour sortir des routines et des carcans. Le dirigeant ne doit pas être enfermé dans son bureau. Il doit être au monde.

---

<sup>105</sup> Roland Janvier op cit

Ma première démarche est de questionner l'existant. Aujourd'hui que fait-on ? Pourquoi on le fait ? Pour qui ? Pourquoi le fait-on de cette façon ? Est-ce que notre manière d'agir répond aux besoins et attentes de nos résidents ? Est-ce que notre action concourt à l'utilité sociale ? Quel est l'impact de nos actions sur la société ? Pour résumer : est-ce que notre action est juste ?

Cette démarche de questionnement est le fondement de la démarche éthique. Au-delà de la direction, l'ensemble du personnel doit entrer dans cette démarche réflexive sur son action, questionner l'action, le fonctionnement, les méthodes.

#### C) Asservir le système, libérer les hommes

Nous faisons beaucoup de choses de manière réflexive. Dans l'entreprise on a développé à l'extrême, la logique de contrôle, les protocoles... Dès lors, beaucoup d'individus se cachent derrière l'obéissance à la règle. Or, on y perd le sens de la responsabilité. On se remémore les mots d'Hannah Arendt sur le procès d'Eichmann : « *Eichmann ne pense pas* »<sup>106</sup>. Il y a tous les jours des risques à faire trop confiance à nos systèmes. Et pourtant ceux-ci ne sont pas infaillibles. Faisons ensemble et quotidiennement l'expérience de l'argument de Socrate : « *Je sais que je ne sais pas* ». C'est la meilleure protection contre l'aveuglement. Pour Laurent Bibard<sup>107</sup> le savoir de l'ignorance est une compétence qui gagne à être cultivée. Si on croit qu'on sait on devient très dangereux, on n'apprend plus rien. Nous sommes engagés dans le rouleau compresseur de la standardisation. Tout le monde obéit aux mêmes normes au Nord comme au Sud, les EHPAD se ressemblent tous. Le risque est que les résidents soient désincarnés et les salariés des robots. A Tours, dans ce quartier, nous avons des traditions, une histoire qui n'est pas celle de la commune voisine.

#### D) Oser l'utopie

« *C'est en définissant le rêve que l'on définit la direction et en définissant la direction on peut réussir le changement.* »<sup>108</sup> L'utopie c'est plus que le changement. C'est l'interrogation nécessaire du dirigeant qui se demande comment faire mieux ? Soit on reproduit, soit on se demande si ce que je fais répond à ce que je perçois des besoins sociétaux ?

---

<sup>106</sup> Hannah Arendt s'attendait à trouver derrière Eichmann un bourreau avec de la brutalité, de la violence, du sadisme, de l'excitation dans le plaisir de perpétrer des meurtres et de faire acte de puissance. Or elle a découvert un bonhomme assez ordinaire. Mais ce qui l'a le plus surpris a été la manière dont cet homme réduit sa capacité de penser à une stricte concentration sur la qualité de son travail, l'efficacité de sa production, de ses ordres et de leur exécution. Eichmann exécute les ordres sans s'interroger véritablement sur les conséquences de son action. Sa seule référence semble réduite aux ordres, à l'obéissance aux ordres et à la loyauté... à l'égard de ses supérieurs ! Il rétrécit sa capacité de penser à ce qui est sa tâche.

<sup>107</sup> Philosophe, Professeur de gestion et Titulaire de la chaire Edgar Morin de la complexité à l'ESSEC

<sup>108</sup> Daniel Cohn-Bendit : « *L'utopie est le rêve nécessaire et la réalité le défi permanent* », article paru dans Le Monde, 8 septembre 2015



Christian Charignon<sup>109</sup> chef d'entreprise s'impose un exercice qu'il juge indispensable à son rôle de leader : tous les 5 ans, il fait un pas de côté et s'interroge sur des questions essentielles. Pourquoi mon entreprise existe ? A quels besoins fondamentaux de la société, l'entreprise répond-elle ? Des questionnements partagés avec ses collaborateurs car l'utopie portée par un seul ne marche pas. Elle doit être transmise, partagée, reprise par les énergies autour de soi. Elle est une motivation qui surpasse le salaire. Par elle, les salariés sont fiers de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font pour les autres. Ils peuvent retrouver une adéquation entre leur vie, leurs valeurs et leur travail. Et notre entreprise devient désirable pour les professionnels qui veulent faire autrement. « *Je dis que l'utopie a pour fonction de nous donner par rapport à l'état de choses existant, le recul qui nous permette de juger ce que nous faisons à la lumière de ce que nous pourrions ou devrions faire* »<sup>110</sup>

Jean-Jacques Wunenburger<sup>111</sup> souligne que la première responsabilité du dirigeant est de ne pas oublier que nous sommes l'élément d'un tout. Le dirigeant doit avoir une vue d'ensemble de sa place dans la société et dans le monde. Il le concède, « *l'utopie c'est difficile, fatigant. Avons-nous l'énergie, chaque jour, de vouloir changer le monde ?* »

Pas plus que le colibri n'éteindra le feu de la forêt, nous ne changerons pas le monde. Mais nous allons y contribuer, nous allons prendre notre part, sur un petit territoire, à l'échelle du quartier.

## **2.4 Ré enchanter le travail<sup>112</sup>**

Penser notre action amène à repenser le travail.

### **2.4.1 Lorsque le travail fait mal**

A) Le travail qui libère, travail qui enchaîne ?

Communément, le travail est associé à la notion de contrainte. Son étymologie n'y est pas étrangère, exhumant l'instrument de torture qui a créé le mot. La salle de travail dans la maternité est celle où l'on souffre. Dans la Bible, le travail est un châtiment : « *tu gagneras ton pain à la sueur de ton front* ». La révolution industrielle a consumé les ressources humaines dans les rouages de la machine du développement économique. C'est Hugo qui se dresse contre le travail des enfants : « *Progrès dont on demande : Où va-t-il ? que veut-il ? // Qui brise la jeunesse en fleur ! qui donne, en somme, // Une âme à la machine et la retire à l'homme ! // Que ce travail, haï des mères, soit maudit ! // (...) Ô Dieu ! qu'il soit maudit au nom du travail même, // Au nom du vrai travail, sain, fécond, généreux, // Qui fait le peuple libre et qui rend l'homme heureux !* »<sup>113</sup>

---

<sup>109</sup> Architecte DPLG, Urbaniste, gérant et co-fondateur de Tekhnê architectes

<sup>110</sup> André Gorz, *Misères du présent, richesse du possible*, 1997

<sup>111</sup> Professeur émérite de philosophie générale à l'Université Lyon 3

<sup>112</sup> André Comte-Sponville, Comité national d'éthique

<sup>113</sup> Victor Hugo, *Melancholia, les Contemplations*, 1856

Taylorisme, Fordisme, Toyotisme, le 20<sup>ème</sup> siècle a graduellement su adopter de nouvelles organisations de travail, et éliminer toutes les formes de gaspillage, toutes les sources d'inefficacité et de non-valeur ajoutée. Ces principes ont infusé dans toute la société, la performance est devenue un idéal et le travail a été édifié comme le moyen de réussir sa vie. Pour Vincent de Gauléjac et Nicole Aubert<sup>114</sup> la quête de qualité totale et du « zéro défaut » ont un coût : le stress permanent, le mal-être. Vincent de Gauléjac met aussi en garde contre l'introduction de programmes qualité dans le champ du travail social. « *Les directeurs d'établissements ou les responsables des écoles de travailleurs sociaux sont absolument ravis, parce que « ça fait moderne » de développer la qualité. Ils ne voient pas qu'ils sont en train de détruire la culture qui était au cœur même du travail social* »

Notre place de direction d'un EHPAD géré par une association à but non lucratif semble nous prémunir contre toutes ces dérives. Pourtant il me semble important d'avoir à l'esprit les ravages faits dans le monde de l'entreprise. Car nous partageons ce monde dans lequel « *l'économie n'est plus au service de l'homme mais l'homme au service de l'économie* » Selon l'ANACT<sup>115</sup>, on évalue en France entre 300 et 400 le nombre de suicides imputables au travail. Ces estimations demeurent approximatives. ¼ des hommes et 1/3 des femmes souffrent au travail selon IVS<sup>116</sup>. 10% s'y abiment dans une dépendance alcool, 8% prennent des psychotropes pour tenir le coup. Il ressort aussi de cette enquête que le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé (34,3/100 000).

## B) Les facteurs de risques psychosociaux

Selon la définition qu'en donne le Ministère du travail, les risques psychosociaux «*recouvrent en réalité des risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises* ». Le collège d'expertise a classé les risques psychosociaux selon six dimensions : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur, l'insécurité socio-économique.

En EHPAD on peut souligner quelques risques spécifiques. Ainsi, les exigences liées à la quantité de travail et à la pression temporelle. Les salariés sont en effet confrontés à une augmentation de leur charge de travail, accompagnée de changements fréquents de l'organisation du travail ou des tâches demandées.

---

<sup>114</sup> Nicole AUBERT, Vincent de GAULEJAC, *Le coût de l'excellence*. Editions du Seuil, Paris, octobre 1991

<sup>115</sup> L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail est un établissement public administratif créé en 1973 et placé sous la tutelle du ministère en charge du Travail. Voir aussi le site de l'ARACT : [www.centre.aract.fr](http://www.centre.aract.fr)

<sup>116</sup> Institut de veille sanitaire – Résultat du Programme Santé Mentale Observatoire Rhône-Alpes Centre (Samotrace), étude réalisée entre 2006 et 2008

Au surplus, la relation au public induit des risques. L'utilisateur (résident, famille) peut ainsi ne pas reconnaître la dignité du travailleur, être offensant<sup>117</sup>. Le contact avec la souffrance peut aussi entraîner le malaise chez le travailleur, lorsqu'il est confronté à son impuissance à supprimer ou alléger la douleur dont il est témoin.

#### C) Les irritants sociaux <sup>118</sup>

Ce qui détruit la confiance, ce ne sont pas uniquement les grandes considérations abstraites, ce sont aussi des petits problèmes laissés en suspens au quotidien par le management. On les appelle des "irritants sociaux".

Quelques exemples journaliers : l'absence d'une courtoisie élémentaire des managers à l'égard de leurs collaborateurs ("bonjour" et "merci") ; l'absence de réponse aux questions et aux suggestions d'amélioration venant des collaborateurs ; l'impossibilité de compter sur un soutien hiérarchique en cas de difficulté dans le travail ; l'absence d'information sur les perspectives de devenir de l'entreprise ; l'absence d'autonomie ; l'absence apparente d'attention prêtée par le management aux conditions matérielles de travail ; la mise en œuvre en apparence inepte de certaines méthodes de management supposées rationnelles ; l'incertitude en ce qui concerne les intentions animant la direction.

Ces irritants véhiculent souvent une forte charge symbolique. Si la Direction ne répond pas aux suggestions d'amélioration, ou alors trop tardivement, c'est, aux yeux des salariés, signe de mépris pour le personnel et sa capacité à contribuer positivement à l'amélioration du fonctionnement de l'entreprise.

Il en résulte manque de confiance, fatalisme ou colère. Et c'est ainsi que se développent les tensions sociales et la tendance au désengagement.

### **2.4.2 Travailler auprès de personnes âgées en souffrance, c'est souffrir**

#### A) Dignité et humanité : des mots ?

Le travail de plus en plus se résume à des listes de tâches et de protocoles à n'en plus finir. La surabondance des procédures tatillonnes, ne laisse aucune place à l'intelligence de l'acteur. Les prises en charge, se voient ainsi rationalisées, suivant des critères trop quantifiés ou minutés. L'humanisation ne sait plus trouver le temps de s'exprimer dans les pratiques quotidiennes. Reste le vocabulaire et « *sa fonction compensatoire des pratiques* »<sup>119</sup>.

#### B) Le travail empêché

On entend beaucoup sur la baisse de l'implication des gens au travail. Mais on doit aussi regarder la souffrance de ceux qui, pour tenir les rythmes, les contraintes fixées par leur

<sup>117</sup> Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Présidé par Michel Gollac 2011

<sup>118</sup> Hubert Landier, *Irritants sociaux et désengagement au travail*, Revue futuribles, n°390

<sup>119</sup> François Dupuy, sociologue

hiérarchie, sacrifient sur la qualité du travail, font des choses qu'ils réprouvent moralement. Cette trahison de l'éthique, trahison de soi, fragilise les gens. Pour Yves Clot<sup>120</sup> le respect du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre les risques psychosociaux. Le titulaire de la chaire de psychologie du travail du CNAM avance que le stress au travail trouve son origine dans des situations de travail empêché. Il y a un enjeu à débattre des différentes perceptions de la qualité du travail en entreprise.

En EHPAD un temps est imparti pour une toilette, un nombre de douches hebdomadaires est établi. L'ensemble de cette organisation est pensée de manière optimale afin de réduire la perte de temps des salariés. Or, l'employé est régulièrement confronté à des tas « d'imprévus » ordinaires. C'est le début de la souffrance : soit le soignant perturbe le timing et répond à la personne; soit il se sent tellement contraint par l'horlogerie du service qu'il oublie le droit de l'usager. Vincent de Gauléjac incite à la méfiance quant à l'utilisation des paradoxes par les managers. Les salariés reçoivent l'injonction de faire toujours mieux avec moins. Ces paradoxes provoquent l'épuisement professionnel, le stress, le sentiment de harcèlement des salariés.

#### C) Isolés ensemble : résidents et personnels

Pour Christophe Dejours le tournant gestionnaire, l'évaluation individualisée des performances, ont mis les gens en concurrence, provoqué l'émergence de comportement de compétition, la fin des attitudes de prévenance, d'entraide. Dorénavant les gens sont seuls au travail.

#### D) La défaite de la pensée

« Souffrance en France<sup>121</sup> » décrit la banalisation des maux au travail et de la défaite de la pensée des travailleurs par des attitudes déloyales, des mensonges. Le salarié se protège en rétrécissant sa subjectivité. Certaines méthodes managériales ont pour conséquence le turn-over, la souffrance des salariés, la déshumanisation. Les salariés le résumant ainsi : « *mettre un mouchoir sur sa fierté et ne pas penser.* » La manipulation va jusqu'au « prêt à penser », voire au « prêt à parler ». A ce titre, le documentaire de Jean-Robert Viallet<sup>122</sup> nous fait toucher du doigt comment des logiques de management peuvent anéantir l'intelligence de l'homme dans les entreprises.

Un patron d'une grande société de services dit vouloir des salariés fiers, heureux et efficaces qui rendent le meilleur service aux clients. Jusqu'ici c'est louable, également quand il entend favoriser la cohésion autour de l'identité de l'entreprise. Et puis la

---

<sup>120</sup> Yves Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, mai 2010

<sup>121</sup> Christophe Dejours, *Souffrance en France*. 1998

<sup>122</sup> *La mise à mort du travail*, Série documentaire en trois parties (La destruction, l'aliénation, la dépossession) de Jean-Robert Viallet, sur une idée de Christophe Nick, 2009

directrice du marketing s'exprime: « *Quand un client arrive dans le centre (...) il faut qu'il ressorte et que ce soit waouh, et tous les jours on se concentre pour que ce soit waouh. C'est ça qui fait qu'une entreprise progresse (...) Donc on a tout intérêt à ce que ce soit très très waouh.* » L'identité de l'entreprise c'est bien, mais quand les personnels ne peuvent plus parler sans réciter le script, c'est de l'endoctrinement.

### **2.4.3 Le sens redonne le bonheur au travail**

Le travail c'est aussi celui qui nous fait naître à nous même dans la reconnaissance de l'autre.

#### **A) Croire en l'intelligence collective**

Parlez de changement et l'assemblée pensera résistance. On viendra dire que les gens ne veulent pas bouger, que leur routine les sécurise...

Dès lors, certains dirigeants pensent qu'il faut manipuler les salariés pour les amener à réaliser les objectifs fixés. D'autres encore considèrent naturel que le changement s'accompagne des résistances assimilées aux phases du processus du deuil selon Elisabeth Kübler Ross. Des étapes normales passant par la sidération, le déni, la colère, la dépression, la résignation jusqu'à l'acceptation. Mais à quel moment se demande-t-on si le changement est bien compris, si les salariés y perçoivent un sens.

Les salariés ont des idées pour améliorer les pratiques, ils ont naturellement envie de s'engager pour que cela aille mieux. Certains plus que d'autres, il faut s'appuyer sur ceux-là, les rendre acteurs de changement. Changer le modèle d'EHPAD, n'est pas un exercice solitaire et d'écriture conceptuelle. Changer le modèle d'EHPAD est un processus impliquant l'ensemble des acteurs. L'enjeu est de réussir à élaborer une organisation qui s'adapte. C'est ainsi que nous répondrons aux besoins sociaux, c'est aussi comme cela que nous pourrions garantir la pérennité de l'établissement.

Alain de Vulpian<sup>123</sup> conçoit l'expression « *des laboratoires de la métamorphose* » pour parler des groupes de volontaires susceptibles de réfléchir ensemble à la société idéale. Il s'agit d'espaces indépendants de la hiérarchie, où l'on invente.

#### **B) Devenir une organisation apprenante**

On apprend plus facilement avec les autres, en équipe. On se saisit de ce que l'autre dit ou fait pour aller plus loin. Pascal Picq<sup>124</sup> utilise la comparaison avec les groupes de singes pour illustrer l'intelligence collective. Quand une société de primates est très hiérarchisée la transmission de l'invention est ralentie tant que les dominants ne s'en sont pas emparés. Il y a un ralentissement si le statut social prévaut sur le statut de compétence.

---

<sup>123</sup> Alain VULPIAN, *Entretiens*, 2015, sur le site Solfrance

<sup>124</sup> Pascal Picq est un paléoanthropologue français, maître de conférences du Collège de France

Au contraire si le groupe est plus égalitaire alors vont émerger des leaders par compétence et le groupe social captera plus vite les innovations. De plus, il faut autoriser l'erreur. Pour que l'invention puisse émerger, il faut autoriser un fonctionnement sur le mode essai/erreur et accepter la remise en cause des schémas existants.

C) Se risquer à poser le problème avant d'émettre la solution

Le symptôme c'est ce qui révèle, manifeste un état de choses. C'est un signe, indice avant-coureur d'un phénomène, d'un processus. Le problème c'est la question à résoudre. Michel Crozier<sup>125</sup> déplore les failles de raisonnement, le renoncement à l'intelligence au profit de solution prête à penser : *« quantité de gens travaillent à développer des solutions qui n'ont pas de relation directe avec les problèmes que rencontrent les hommes sur le terrain. (...) Les décideurs français semblent bien vulnérables à ce défaut. Valorisant l'intellectualité avant toute autre chose, le brillant et l'élégance apparaissent à leurs yeux un signe indubitable d'excellence intellectuelle. Adopter une solution à la mode leur paraît par ailleurs moins risqué que de s'engager dans une recherche de problèmes toujours incertaine. »* C'est un investissement intellectuel indispensable : il faut prendre le temps de passer du symptôme au problème.

D) Ouvrir de nouveaux espaces de dialogue

La discussion sur l'innovation, le sens du travail et les RPS ouvre de nouveaux espaces de dialogue et de démocratie dans l'entreprise<sup>126</sup>. Autrement dit, on ne peut soigner les travailleurs si on ne soigne d'abord le travail. On pourra résoudre ces questions en écoutant les travailleurs, sur les contradictions, les difficultés qu'ils éprouvent quotidiennement dans leur activité. C'est ainsi que l'on fera vivre une vraie démocratie participative.

E) Ré enchanter le travail

*Construire une œuvre* - Hannah Arendt distingue le travail, qui ne fait qu'entretenir la vie; l'œuvre, qui résulte de la fabrication d'un objet durable; et l'action, qui met en jeu les interactions humaines. L'œuvre produit quelque chose dans laquelle on peut se reconnaître à la différence du travail qui est une succession de tâches. On peut aussi relire Emmanuel Mounier<sup>127</sup>: *«Le travail, étant un exercice naturel, quoique pénible, doit s'accompagner, comme tout acte, d'une joie foncière. Cette joie naît d'abord de ce que le travail est fait en vue d'une œuvre, et que l'élaboration d'une œuvre est l'accomplissement de la personne. Elle naît encore de ce que le travail, par ses produits,*

<sup>125</sup> Michel Crozier, *La crise de l'intelligence*. Le Seuil, 1998

<sup>126</sup> Paul Bouffartigue, *Les risques psychosociaux. Quels enjeux de démocratie et de justice au travail ?* Forum de l'Association Internationale de Sociologie, 2012

<sup>127</sup> Emmanuel Mounier, Revue Esprit, *Le travail et l'homme*, juillet 1933

*aussi bien que par son exercice, crée entre tous ceux qui s'y consacrent une communauté étroite, le sentiment de la participation, non pas à une solidarité abstraite et utilitaire, mais à un service et à un compagnonnage.»*

Signifier l'œuvre dans le travail quotidien c'est le rôle du directeur. Cette vision d'avenir qu'il saura faire partager pour que tous ses salariés soit à l'image du troisième tailleur de pierre de l'allégorie. Non pas le premier qui travaille presque mécaniquement et qui à la question du but de son geste, répond qu'il taille une pierre. Non pas le second, qui entrevoit déjà la construction du mur. Mais bien le dernier qui, dans le travail consciencieux de sa pierre taillée, se projette en bâtisseur de cathédrale.

*Refaire communauté dans le travail* - Il faut renouer avec une organisation du travail plus collective. Il faut refonder des rites sociaux qui permettent aux gens de se retrouver. Il faut refaire une communauté<sup>128</sup>. Il faut « ré enchanter le travail », lui rendre ce qu'il contient de potentiel de promesse d'émancipation. Au niveau collectif, il s'agit de reconstruire des rapports de respect, d'entraide, de solidarité. Selon Christophe Dejours<sup>129</sup>, « *l'entreprise qui veut repenser le travail et renouer avec l'enthousiasme ne peut se contenter de cette seule vocation de production et d'échange fondée sur la recherche du profit. Il lui faut également apporter une contribution au bien commun, à la cité, à la culture et la civilisation. En d'autres termes, et contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, participer à une œuvre commune* ». Pour Christophe Dejours, l'entreprise a intérêt à élaborer des stratégies plus coopératives tant en interne, entre la direction, l'encadrement et les représentants des personnels, qu'en externe avec le tissu local et le milieu associatif.

*Créer des espaces de discussions et d'autonomie* - La démarche d'expression des salariés va à l'encontre de la conception française du management, qui se caractérise par son caractère hiérarchique laissant peu de place à l'expression et à l'initiative. Les dispositifs usuels permettent insuffisamment de saisir le travail dans ses réalités complexes : ni le dialogue social trop institutionnel, ni les outils de communication internes ou les enquêtes de climat social, ni les dispositifs managériaux comme les entretiens annuels. Souvent les entreprises ont peur du caractère subversif des espaces de discussions. En réalité ces échanges existent mais ils restent informels alors qu'ils pourraient servir utilement l'établissement.

L'expression directe des salariés au travail constitue un outil efficace pour la prévention des RPS. Le salarié est souvent le mieux placé pour identifier les dysfonctionnements et

---

<sup>128</sup> Christophe Dejours, *Il faut ré enchanter le travail*, Santé & Travail n° 082 - avril 2013.

<sup>129</sup> Christophe Dejours est psychiatre psychanalyste, il a fondé, depuis les années 70, la « psychodynamique du travail », discipline qui analyse les processus psychiques mis en place par une personne face à la réalité du travail.

proposer des pistes d'amélioration. En outre, elle rompt l'isolement des individus. Elle change la donne car elle montre que l'entreprise se préoccupe de ce que les salariés ont à dire. C'est un signal très fort, envoyé au corps social. S'il est perçu comme authentique, il incite les acteurs à s'impliquer : de la considération vient la motivation. Ces espaces de discussions vont faire émerger de bonnes conditions de travail<sup>130</sup>. Ils permettent de confronter le travail réel au travail prescrit. Ils sont le lieu pour inventer d'autres formes d'organisation, de développement des compétences, de répartition des rôles. Ensuite, il est utile de laisser de l'autonomie aux salariés. Après avoir défini ensemble les objectifs et la manière de les atteindre, on laissera les salariés libres de s'organiser.

*Témoigner de la reconnaissance* - Le directeur n'omet jamais de témoigner de la reconnaissance, en écoutant, en consultant les salariés. En remerciant quand les salariés ont dû supporter une charge de travail momentanément éprouvante.

Le plus souvent les salariés ont besoin d'entraide, de coopération horizontale avec les collègues et verticale avec l'encadrement, pour travailler bien. Ainsi, le directeur montre aux salariés qu'il les soutient dans les difficultés au travail, voire dans l'erreur. En analysant ensemble les dysfonctionnements, on fait progresser l'ensemble de l'équipe.

A chaque instant, le directeur pense qu'il travaille avec des hommes et des femmes. Dès lors, il est primordial de les protéger des agressions externes. Il sera pertinent de développer une culture du respect, en évitant de mettre les salariés en concurrence, en bannissant des comportements déloyaux. Aussi, on cherche une meilleure conciliation vie privée /vie professionnelle. On pense ensemble à la conception et l'aménagement des espaces de travail qui peuvent être la source d'insatisfaction au travail, de gêne et de stress.

## **Conclusion de la partie 2**

Intellectuels, gros titres des journaux, rassemblements citoyens...quotidiennement nombre de voix s'élèvent et indiquent l'urgence à changer de « paradigme »...

Le changement de société n'est plus à différer. Je nous engage à prendre notre part, sur notre quartier. Réponse sociale mais aussi réponse managériale : le mouvement de transformation de notre modèle d'EHPAD est l'opportunité de dépasser notre cadre, de reconstruire l'offre tout en garantissant une double bienfaisance : vers les personnes âgées et vers les personnels.

---

<sup>130</sup> Selon les recommandations de l'Accord national interprofessionnel (ANI) sur le stress au travail de juillet 2008. <http://www.inrs.fr/publications/essentiels/risques-psycho-sociaux.html>



### **3. Fonder le modèle**

#### **3.1 Un nouveau fertile**

*« Lorsque le vent du changement se lève, il y a ceux qui construisent des murailles et ceux qui construisent des moulins à vent<sup>131</sup> ».*

Le changement auquel j'aspire est un changement en profondeur, pas un changement adaptatif. J'entends susciter un changement systémique, multidimensionnel et le mener collectivement à tous les niveaux de l'organisation.

##### **3.1.1 Un changement bientraitant pour les usagers**

Avant tout, le projet est une réponse aux besoins et attentes des publics. Parmi eux je porte une vigilance spécifique aux résidents de la structure.

Je suis convaincue de la nécessité de la remodelisation de notre offre. Mais ma vision à moyen et long terme ne doit pas projeter dans l'ombre les résidents d'aujourd'hui, ceux qui, entrés avec les PSDP, ont déjà ressenti un bouleversement lors de l'arrivée du nouveau gestionnaire. J'ai pour mission de leur garantir le bien être chaque jour, de leur offrir la meilleure prestation. Pour eux notre conduite du changement doit être paisible.

Ce sera ma première invite aux équipes : tout ce qui sera pensé pour le projet doit prioritairement être réfléchi pour bonifier le service rendu aux personnes accueillies actuellement.

Ensuite, les objectifs du projet peuvent être source d'inquiétude pour les résidents et leurs familles, en particulier l'ouverture de l'établissement aux visiteurs extérieurs. Se sentant vulnérables, ils sont tourmentés par les aspects de sécurité ou sont incommodés par la fréquentation d'une multitude de personnes non connues.

C'est pourquoi, je commencerai par réfléchir aux circulations et à la destination des espaces. Les étages de la résidence resteront des étages absolument privatifs. Les espaces communs garantissant aux résidents qui le souhaitent, le calme, le repos et l'entre soi.

Enfin, notre programme respectera le libre choix des résidents. Les résidents ne seront pas obligés de prendre part aux nouvelles actions. Ils demeurent fondamentalement acteurs de leur projet.

---

<sup>131</sup> Proverbe chinois

### 3.1.2 Une mutation bienfaitrice pour les équipes

#### A) Une organisation démocratique

Lorsque les équipes sont dans une posture d'exécutants, elles attendent que la direction leur fixe des tâches, des objectifs, des procédures de travail. Ce mode de management autoritaire, directif limite fortement l'initiative des individus.

Au contraire je préfère l'image du leader démocratique : il encourage ses subordonnés à prendre part au processus décisionnel, n'impose pas ses idées, favorise le travail d'équipe, aide les salariés à s'épanouir et leur apporte un soutien moral. Je ne perds pas mon temps à vérifier le travail accompli mais je m'assure que les tâches effectuées par mes collaborateurs sont bien coordonnées et que chacun œuvre pour la réalisation de notre objectif commun.

Selon Kurt Lewin, le leadership autoritaire permet la rapidité d'exécution mais à long terme génère des tensions. Au revers, le leadership démocratique est plus performant car il permet le changement par le consensus social. Il s'appuie sur des débats ouverts, entraîne un bon climat, une satisfaction des membres et des performances élevées. Même en l'absence du leader, le groupe se révèle très cohésif.

#### B) Une organisation apprenante

L'enjeu est d'apporter de nouvelles capacités, de permettre l'apprentissage collectif de nouveaux raisonnements. Le processus du changement a une double dimension : c'est faire et enseigner.

##### a) *Apprendre à apprendre*

Les individus ont souvent peur de ne pas être capables de développer de nouvelles connaissances et habiletés. Reproduire ce que l'on a l'impression de maîtriser rassure. A l'échelle de l'établissement cette inertie nous fait courir le risque d'un décrochage de compétences.

En conséquence, l'organisation doit devenir apprenante : elle doit apprendre à apprendre de son expérience<sup>132</sup>. Dans ce modèle, les salariés deviennent des acteurs du processus de changement. Pour passer de l'état actuel à l'état futur, les équipes vont devoir faire un effort d'apprentissage, de nouvelles manières de faire, de nouvelles techniques. La formation ne suffit pas. C'est pourquoi j'encouragerai le transfert, la diffusion et l'apprentissage des connaissances dans l'organisation. Un processus de changement

---

<sup>132</sup> Gilles Brun, *Utilisation d'un processus de changement en profondeur d'une entreprise pour modifier la dimension sociocognitive du dialogue social pour obtenir une nouvelle relation de pouvoir*, Revue Projectics/Proyética/Projectique, 2009/3

exige, non pas une somme de connaissances intériorisées, mais des compétences orientées vers l'action.

*b) Apprendre à penser autrement*

L'important est de susciter la réflexivité, la capacité des équipes à se questionner, à remettre en cause leurs routines, leur mode de pensée. Mon rôle de directrice est de favoriser la participation, la dialectique, la confrontation des idées. L'objectif est de réveiller le corps social, émanciper les salariés, multiplier les initiatives. A force de contraintes et de procédures, il s'est installé une sorte de fatalisme. En encourageant l'expression des points de vue, en considérant les idées des équipes, je suis sûre de réhabiliter l'envie de penser, d'oser, d'imaginer.

*c) Apprendre à se parler, à s'écouter*

L'organisation doit permettre de recueillir la parole de tous et développer une culture de l'écoute. A chacune de nos actions nous nous accordons un temps court mais systématique pour évoquer ensemble ce que l'on a bien fait et ce que l'on a mal fait. S'il y a eu une erreur, on mettra en commun nos hypothèses sur ce qui a favorisé l'erreur. Si c'est réussi on mettra en avant les actes qui ont permis le succès.

Je préserverai des temps de dialogue privilégié avec les représentants syndicaux par une rencontre mensuelle pour parler du retentissement du changement chez les salariés. Ces réunions feront systématiquement l'objet de réponses. Il convient de maintenir un dialogue étroit pour traiter tous les sujets de crispation avant qu'ils ne dégénèrent.

*d) Apprendre à agir*

L'ouverture de l'établissement à et sur l'extérieur va modifier sensiblement les pratiques. Les professionnels vont travailler dans l'établissement auprès de non-résidents, à l'occasion des ateliers, dans les fonctions d'accueil, en restauration. Parallèlement, ils pourront être amenés à intervenir à l'extérieur de l'EHPAD, sur le quartier. Les personnels vont aussi interagir avec d'autres publics: des habitants du quartier, des étudiants, des enfants et les partenaires associatifs et institutionnels. Enfin, l'espace même du travail sera renouvelé, plus ouvert à l'extérieur (le café, le jardin, les espaces d'accueil).

*C) Une organisation conciliante*

Les salariés ne cherchent pas tous la même chose dans le changement. On évoque sept dimensions de la motivation à changer : le plaisir renouvelé dans l'exercice de son travail; l'estime de soi; l'intérêt lié à une promotion ou l'acquisition de nouvelles compétences; la perception de son utilité dans la nouvelle organisation; la sécurisation; le sentiment d'appartenance; le confort. Je demanderai aux chefs de service une attention aux vécus des salariés au cours de notre mouvement de changement. Il ne s'agit pas uniquement de

limiter l'inconfort, les frustrations, mais aussi de profiter des transformations pour concilier les objectifs de la structure avec leurs objectifs individuels.

#### D) Une organisation sécurisante

Finalement, il m'apparaît que ce projet est une aubaine pour améliorer les conditions de travail dans l'établissement, mieux adapter le métier à la personne humaine, développer une culture de la prévention des risques professionnels. Pour accompagner le financement de cette démarche, je solliciterai l'ARS dans le cadre d'un CLACT<sup>133</sup> en cohérence avec le volet social de notre futur CPOM. Ce contrat sera élaboré en concertation avec les représentants du personnel. Par ailleurs, il pourra être l'opportunité d'une action mutualisée de formation avec un autre établissement ou service intervenant sur le quartier (SAD, SSIAD). Nous sommes en effet confrontés à des problématiques communes notamment celles liées aux accidents du travail, aux maladies professionnelles.

### **3.1.3 Une conversion profitable à l'établissement**

En repensant le modèle d'EHPAD, j'ambitionne de le préparer à l'avenir et de garantir sa pérennité. Un EHPAD dont l'identité est forte, la visibilité affirmée, reconnu sur le territoire, est un établissement qui est en mesure d'optimiser son taux d'occupation, de sécuriser ses ressources économiques et financières et s'ouvre à des opportunités de coopération, de mutualisation.

Le nouveau projet développé autour de l'innovation sociale sera valorisé auprès des financeurs. Pour accompagner le changement sur les exercices à venir, la signature d'un CPOM permettra d'équilibrer le budget sur plusieurs années et de supporter les surcoûts passagers. Parallèlement, l'établissement capitalise sur une image excellente au sein du territoire dans le réseau partenarial.

Ces mutations seront intégrées dans un projet d'établissement actualisé.

## **3.2 Le plan d'action : L'EHPAD ouvert à et sur le quartier**

La recommandation de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD, volet 1 » vient souligner le rôle de l'EHPAD comme acteur économique et social inscrit sur un territoire. L'agence encourage la participation de l'établissement à la vie de la cité par le maintien des liens sociaux des résidents avec l'environnement externe. Elle suggère l'identification par le grand public de l'EHPAD comme d'un lieu ouvert et centre de ressources pour le territoire.

---

<sup>133</sup> Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

Mon plan d'action est décliné en 3 axes :

*Axe 1 : Un EHPAD ouvert à tous les âges de la vie*

*Axe 2 : Un EHPAD ouvert sur le quartier*

*Axe 3 : Un EHPAD ouvert à tous, quels que soient ses moyens*

### **3.2.1 Un EHPAD ouvert à tous les âges de la vie**

Mon objectif est de faire de l'EHPAD un lieu de vie intergénérationnelle, retisser les liens sociaux entre toutes les générations. Nous nous appuyons sur un partenariat privilégié avec l'association Courteline.

#### **A) Vers les enfants**

Il existe actuellement des échanges avec deux écoles. Les élèves viennent ponctuellement partager un spectacle, un goûter. Toutefois ces petits événements ne donnent pas lieu à une relation privilégiée et reconduite entre les résidents et les enfants. La relation ne dépasse pas le temps et le lieu de la rencontre. Ces échanges sont vécus comme une distraction par les résidents qui apprécient de voir les enfants chanter, jouer, vivre auprès d'eux. Mais il n'y a pas transmission, pas de création de lien.

Nous avons donc réfléchi au moyen de susciter une vraie relation entre les générations. Pour ce faire elle nécessite une réitération du contact avec les mêmes personnes, et la création de rendez-vous plus intimes, hors des animations collectives.

*Quels enfants ?* - Les projets avec les écoles sont intéressants, mais ils sont limités par le temps scolaire, tributaires des contraintes des enseignants et des programmes. Par ailleurs, même hors de l'école, le groupe classe reste un groupe et rend plus difficile la création d'une relation interpersonnelle. Alors, nous avons imaginé ouvrir l'EHPAD à d'autres enfants : les enfants des familles ; les enfants du personnel et les enfants du quartier.

*Comment ?* - L'accueil des enfants impose des locaux accueillants et adaptés. Pour que les familles se sentent incitées à venir avec les arrière-petits-enfants, pour que les enfants du quartier puissent venir passer du temps, nous allons aménager un « coin jeunesse ». Le projet est pensé avec l'association Courteline. Sa responsable des structures de loisirs aidera les équipes à concevoir l'aménagement du lieu.

L'EHPAD dispose d'une bibliothèque et d'une ludothèque. Ces espaces seront également repensés pour permettre la fréquentation partagée des publics : mobiliers à hauteur, tapis, livres et jeux adaptés.

Une petite structure de jeux pourra être installée dans le jardin.

*Le projet pédagogique* - Le projet ne se limite pas à l'ouverture des espaces. Pour aider les liens un projet va être co construit avec l'association partenaire. Des après-midis

lecture, la co-écriture d'un conte, l'instauration d'une correspondance suivie... l'enjeu est que la relation se perpétue au-delà des temps animés par les équipes.

## B) Vers les étudiants

La cohabitation intergénérationnelle fut naturelle pendant des siècles. Elle a majoritairement disparu, du fait de l'éclatement de la cellule familiale, de la concentration du marché de l'emploi dans les centres urbains, du développement du travail féminin, du coût des logements. Cette vie commune de tous les âges dans la maison est devenue une image d'Épinal, dessinant les scènes d'entraide et gommant les désagréments de la promiscuité. Aujourd'hui on appelle à un retour de ce modèle.

Il y a un bien entendu un attrait économique bilatéral à revivre ensemble : la personne âgée trouve dans le jeune, un soutien, une présence rassurante, un peu de vie dans le logement devenu trop grand. Le jeune jouit d'une chambre à prix modérée, souvent bien placée en centre-ville.

Au-delà des belles images promotionnelles, des campagnes de communication qui s'émerveillent de la recréation des liens entre les âges, cette cohabitation est par-dessus tout, une expérience existentielle. Pour cela, je souhaite que l'EHPAD accueille des étudiants afin de retisser des liens, prévenir l'isolement des résidents, offrir aux jeunes l'opportunité de fortifier leur mémoire et leur identité auprès des plus vieux.

*L'opportunité d'un étage libéré dans un immeuble de centre-ville* - L'EHPAD dispose d'un étage complet inoccupé depuis le départ de la communauté des Petites sœurs. Par sa localisation au centre-ville, l'EHPAD permet de relier très facilement les écoles et universités de l'agglomération.

*Un double besoin* - Cet espace peut être valorisé et répondre à un double besoin : le besoin de jeunes étudiants de l'Université proche en logements à prix modéré dans un bâti de qualité ; le besoin des personnes âgées de continuer à vivre dans la société, d'être mélangées aux autres générations, de pouvoir transmettre leur histoire, leur mémoire.

*Le projet* - Le Conseil d'Administration a donné son accord pour la rénovation totale du 7<sup>ème</sup> étage et la création de 10 studios pour les étudiants. Ces logements seront proposés à prix modérés en compensation d'heures de présence et de services auprès des résidents et de la participation des jeunes à la vie de l'établissement. Parmi les actions envisagées, les jeunes formeront les résidents aux rudiments de l'informatique et d'Internet. Ils aideront les personnes âgées à se créer et gérer une messagerie pour communiquer avec leur famille, leurs petits-enfants, envoyer et recevoir des photos...

### C) Vers les familles du quartier

L'EHPAD jouxte un vaste ensemble d'habitat social. Les études démographiques révèlent la présence de familles à bas revenus et une part importante de ménages composés d'une personne seule. L'association Courteline a développé des actions de lutte contre l'isolement. Un partenariat avec l'EHPAD permettra de proposer aux habitants du quartier de participer à des activités avec les résidents et de s'y investir de façon bénévole tout en créant du lien social.

#### a) *Action d'insertion via le jardin partagé*

L'EHPAD possède un joli parc au cœur du quartier. Parallèlement l'association Courteline a engagé un projet de potager avec des habitants dans le cadre d'un atelier d'insertion. J'envisage de mettre à leur disposition une parcelle de notre jardin. Les habitants, dans le cadre du projet social du centre Courteline y cultiveront les légumes. Les résidents pourront participer s'ils le souhaitent. Des moments de convivialité seront organisés. Un repas partagé sera proposé au mois de juin. Nous envisageons aussi l'installation d'un poulailler. Il permettra aux habitants de récupérer les œufs. Mais il constituera aussi un pôle d'attraction pour les résidents, les enfants et les familles.

#### b) *La cuisine*

Ponctuellement l'EHPAD organise des activités pâtisserie avec les résidents. Ces animations ont du succès mais l'espace est peu adapté. En face, l'annexe de l'association Courteline possède une cuisine bien équipée et propose des ateliers autour de la confection de plats à petit prix, respectant l'équilibre alimentaire et l'utilisation de produits de saisons.

Dès lors nous avons convenu d'accompagner les résidents volontaires à ces séances du Centre social. Ces rencontres en dehors de l'établissement leur permettront d'être mêlés aux habitants et valorisés en transmettant leur expérience. Par ailleurs, une fois par trimestre l'atelier cuisine propose un déjeuner « cuisine du monde ». Jusqu'à présent il permettait à des femmes d'origine étrangère du quartier de donner à découvrir les recettes de leurs pays. Dorénavant, des résidents de l'EHPAD, de naissance portugaise et d'autres régions, seront associés. Ce projet dépasse la simple transmission de savoir-faire culinaire : l'idée de confection d'un livre de recettes d'hier et d'ailleurs a émergé, chaque recette faisant l'objet d'une histoire en lien avec la personne, son histoire, sa région. Enfin, périodiquement, des repas ou des goûters partagés seront dégustés dans le restaurant de la résidence.

c) *Le café des générations*

La restructuration des espaces communs du rez-de-chaussée de la résidence comprend la rénovation de la cafeteria. J'en profite pour en changer totalement le concept.

*Philosophie du projet : le beau, la qualité de vie, le libre choix.* Je tiens à marquer ici le projet par une esthétique remarquable : le beau au service du bien-être, de la dignité et la valorisation de l'image de soi. Le café permettra aux résidents de se retrouver par affinités ailleurs que dans les chambres ou dans le hall et de passer du temps dans un lieu qui ne ressemble pas à l'EHPAD. On pourra y manger et boire quelque chose bon, de beau, dans un lieu décoré avec soin. Le projet contribue ainsi à l'enrichissement de la qualité de vie et la promotion du libre choix des résidents. Il apporte de la souplesse dans le rythme de la vie quotidienne (prendre un café, un gâteau au moment choisi). Un espace épicerie sera également proposé, offrant la liberté et le plaisir « d'acheter seul » quelques produits d'hygiène, de confiserie et de papeterie.

*Pour qui ?* Ce café sera ouvert sur l'extérieur et permettra la rencontre des publics : les résidents, les familles en visite, les bénévoles, les professionnels, les stagiaires, les enfants, les étudiants des logements intergénérationnels, les habitants membres de l'association Courteline, les partenaires. Le café sera tenu par des bénévoles et des habitants membres de l'association Courteline.

*Aménagement et décoration du café :* je ferai de l'esthétique du projet une priorité, résumée par cette idée « ni Novotel, ni Disneyland ». Le décor est important : je souhaite soigner le détail pour agencer un véritable café, éviter l'aspect factice. Le café est un authentique lieu de vie et sera semblable à ceux fréquentés dans le passé. Le mobilier ne doit pas être du mobilier d'EHPAD, ni de collectivité. Cependant il doit garantir le confort de l'utilisateur et l'entretien commode par le personnel.

De mon point de vue, il importe de créer des lieux à l'esthétique « hors EHPAD » pour atténuer l'aspect médicalisé de la résidence, sortir de la dépersonnalisation, de l'uniformisation et valoriser l'institution dans le regard des familles, des visiteurs.

Au surplus, cet agencement rend le lieu facilement identifiable pour en faciliter l'appropriation par les résidents

*Accès :* L'accès au café, à la boutique implique que les résidents puissent utiliser de l'argent au sein de l'établissement. Les tarifs ne doivent pas être un frein, une limite. Aussi ils seront minimisés. Le projet fait écho aux recommandations de l'ANESM<sup>134</sup>. Pour

---

<sup>134</sup> ANESM RBPP Qualité de vie en EHPAD – volet 1



favoriser les relations interpersonnelles entre les résidents et faciliter l'appropriation des espaces, l'Agence recommande d'organiser des espaces intermédiaires entre espace privatif et espace collectif, des espaces restreints de convivialité ou d'activité. Ces espaces permettent plus facilement aux personnes de s'approprier les lieux, de les investir. *«Pour faciliter cet investissement, il est recommandé que ces espaces soient proches des espaces de passage et de circulation, tout en bénéficiant d'une atmosphère calme et d'un confort visuel, sonore.»*

Contrairement aux autres établissements sociaux et médico-sociaux, dans les établissements accueillant des personnes qui ont besoin de repères spatio-temporels très stabilisés, il est recommandé que ces espaces intermédiaires ne soient pas modulables ou à usages multiples et soient clairement identifiés.

Par ailleurs, l'ANESM prend aussi parti pour le beau: *«L'esthétique est un élément important du bien-être, le beau empêche souvent la violence et la dégradation, et l'espace génère davantage le calme que les endroits exigus, restreints et confinés. La couleur et la lumière entrent dans cette recherche du bien-être. Les matériaux peu chaleureux sont à éviter même s'ils sont indestructibles (céramique brillante, acier brossé, revêtements plastique, béton brut, etc.) Le bois et les moquettes lavables seront privilégiés. Le sol devra être recouvert d'un matériau absorbant les chutes (le carrelage est à proscrire) Les tissus d'ameublement doivent être agréables au toucher. Et il est conseillé des meubles confortables. Les belles choses sont d'une manière générale plutôt respectées.»*

### **3.2.2 Un EHPAD ouvert sur le quartier**

Je décline ici ma réponse à l'objectif de lutte contre isolement des résidents et des personnes âgées à domicile. La majorité des personnes âgées sortent peu de l'EHPAD. Dès lors, pour faciliter les relations avec l'extérieur, maintenir les liens familiaux, amicaux, sociaux, il convient d'ouvrir l'EHPAD. En même temps, nous luttons contre la solitude et l'exclusion des habitants âgés du quartier.

A) L'EHPAD: acteur du parcours résidentiel des personnes âgées

Ce projet s'inscrit dans les orientations nationales de promotion des logiques de parcours pour des réponses adaptées, graduées et de proximité aux besoins diversifiés des aînés.

*Eviter les ruptures de parcours* - L'entrée en EHPAD est la pire rupture de parcours de la vie. Les personnes âgées sont très attachées à leur domicile, il est le symbole de leur identité et de leur liberté.<sup>135</sup> Pourtant, elles reçoivent de la société, de leur entourage des injonctions à entrer en institution pour supprimer le risque de vivre chez soi : risque de

---

<sup>135</sup> Fanny Cerese et Colette Eynard, *Domicile, habitats intermédiaires, Ehpads : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ?* Université de Montpellier, Colloque, mai 2013

chute, de dénutrition... La question du libre choix du sujet âgé est escamotée pour laisser place à la réponse de la protection.

Pour certains résidents l'entrée est un drame, verbalisé, ou somatisé dans un état de santé qui se dégrade rapidement après l'arrivée.

Mme M : « je suis venue à contrecœur parce que j'étais tombée chez moi »

Mme C : « je ne suis plus dans la vie, cela ne m'intéresse plus, je dors pour oublier »

Mme D : « les enfants ne m'ont rien demandé. J'ai l'impression d'être en prison, c'est le monde des horreurs »

Mme R, pleure beaucoup : « je ne m'en remets pas d'être ici, je voudrais retourner dans mon appartement. »

Comment l'EHPAD peut-il participer à la prévention de cette rupture ? Pour que le déménagement ne soit pas vécu comme un placement forcé, la question de la préservation des réseaux sociaux existants est une priorité. Entrer dans l'EHPAD de son quartier, d'une ville connue c'est garder des repères précieux, un peu de son identité.

*Une chambre d'hôte à l'EHPAD : une étape dans le parcours résidentiel.* L'établissement ne dispose pas de place d'hébergement temporaire. Toutefois il possède deux chambres familles, très accueillantes. Je souhaite en faire des chambres d'hôtes pour les personnes âgées isolées du quartier qui souhaiterait découvrir la vie de l'EHPAD, ou simplement y souffler lors d'un moment difficile : fatigue, absence d'un aidant.

Il s'agit que l'EHPAD devienne un lieu ressource pour le territoire, qu'il ouvre ses services et ses locaux aux personnes extérieures. Il sera donc possible de passer d'un lieu de retraite exclu à un lieu intégré, central dans le quartier.<sup>136</sup>

Ce projet suscite un changement de regard sur l'EHPAD, il devient un lieu ouvert, affranchi de sa logique de mono-filière et enfin perméable à une logique de territoire.

*Des animations comme passerelle* - Les animations proposées aux résidents seront dorénavant ouvertes aux personnes âgées vivant à domicile dans le quartier : lecture de la presse, atelier mémoire, atelier motricité, après-midi festive...Il s'agit de rompre l'isolement, et favoriser des rencontres entre les résidents et les habitants du quartier.

B) L'EHPAD : centre ressource du quartier

Mon intention est de créer des interactions entre l'EHPAD et son territoire. Notre structure a les atouts pour devenir un «centre ressources» porteur d'initiatives novatrices en faveur des personnes âgées du quartier.

---

<sup>136</sup> Fanny Cerese et Colette Eynard, ibidem

*Intégrer le réseau des professionnels* - Il existe sur le département un dispositif intitulé la « coordination autonomie » Il s'agit de professionnels du secteur social et médicosocial qui se rencontrent à intervalles réguliers pour partager leur expertise sur des situations complexes ou bien pour organiser conjointement des séances de formation. Jusqu'alors, les PSDP étaient restées en dehors de ce réseau. J'ai d'ores et déjà sollicité mon entrée dans le groupe couvrant le territoire Tours Ouest..

Par ailleurs, je prévois de renforcer les coopérations naissantes entre les acteurs du quartier. Une fois par mois j'inviterai les partenaires associatifs et institutionnels du quartier pour le «petit déjeuner des partenaires». Ce moment convivial et d'échanges permettra de partager l'information et de faire naître de nouvelles idées d'actions communes. L'EHPAD, contribuera ainsi pleinement à la promotion d'un travail en transversalité dans une dynamique de décloisonnement des interventions.

*Coordonner les services sur le quartier* - Changer le modèle d'EHPAD, c'est lui donner un rôle hors les murs. Aussi, j'envisage d'expérimenter une organisation innovante de coordination des services avec les partenaires du quartier, dans l'esprit du gestionnaire de cas du dispositif PRISMA et en lien avec le pilote MAIA. Le prochain visage de l'EHPAD est celui d'une interface tournée tant vers les partenaires que la population.

*Renforcer la politique d'aide aux aidants* - L'EHPAD sera le lieu de groupes de parole pour les familles et les aidants. L'ouverture des activités aux personnes âgées du quartier permettra aussi aux proches de bénéficier de temps de répit réguliers.

*Plaider pour un aménagement urbain adapté* - En tant qu'expert «personnes âgées», l'EHPAD a toute sa place dans les groupes de travail de la Politique de la ville. Ainsi, j'entends y participer activement pour affermir notre qualité d'acteur du quartier Bords de Loire. J'interpellerai les aménageurs afin qu'ils rendent le quartier plus vivable pour les personnes âgées en améliorant les parcours piétonniers, les trottoirs, le mobilier urbain. Ces aménagements seront en outre confortables pour tous les habitants et contribueront à faire sortir les gens de chez eux. Le bailleur social fait des efforts pour adapter les logements de son parc, la cohérence impose donc que l'environnement extérieur soit lui-même accessible.

*Soutenir les commerces de proximité* - Nous avons vu précédemment l'importance d'associer les commerçants à notre action. J'envisage de les réunir et les sensibiliser à l'accueil des personnes âgées. Nous pourrons leur donner des conseils pour l'adaptation de leurs locaux, des informations sur les besoins spécifiques des consommateurs âgés. Leur implication dans le réseau pourra être marquée par l'attribution d'un label «commerçants amis des aînés.» en partenariat avec le service économique de la Ville.

C) L'EHPAD : lieu partagé au cœur du quartier

Par son implantation en ville, sa chance de posséder des locaux vastes, la présence d'un parc paysager, l'EHPAD peut proposer ses espaces et ses équipements aux personnes âgées du quartier.

*Un espace d'accueil pour l'information et l'orientation du plus grand nombre* - Notre comptoir d'accueil sera enrichi d'un espace d'information et d'orientation aux personnes âgées et aux familles. L'espace sera complété par un tableau d'affichage, un présentoir mural pour les documents d'information des partenaires. Un poste informatique adapté aux personnes à mobilité réduite, doté d'un grand écran, d'un clavier ergonomique et d'un logiciel d'agrandissement des caractères sera mis à disposition. Il permettra entre autre l'accès direct au site internet du Conseil Départemental, Touraine Repérage, pour l'accès facile aux informations sur les services d'aide, d'hébergement, les animations. Cet espace sera l'objet d'une coopération avec la Maison des Solidarités du quartier.

*Un espace voisins solidaires* – En devenant un lieu ouvert, l'EHPAD devient un lieu ressource. Aussi, il permet l'émergence de solidarités de proximité. Les habitants du quartier proposeront leur aide sur un tableau, visite, courses, accompagnement chez le médecin, petit bricolage. Il s'agit de faciliter la création de réseaux de proximité et d'entraide.

D) L'EHPAD acteur de prévention de la perte d'autonomie et de l'isolement

Les politiques publiques encouragent la prévention de la perte d'autonomie et le maintien à domicile. J'inscris pleinement l'EHPAD dans cet enjeu en le positionnant comme un promoteur du «vieillir à domicile».

J'ai commencé à élaborer un programme de rencontres mensuelles sur l'année ouvert aux personnes âgées vivant à domicile. Il s'agit de leur permettre de garder des relations sociales et de connaître les personnes et les services ressources.

*Programme : Tous les premiers jeudis du mois*

9h00 *Accompagnement du domicile vers l'EHPAD*

Temps d'accueil : Petit déjeuner convivial ; Présentation des participants

9h45 - 11h45 *Atelier du matin selon le thème du mois*

Septembre	<i>Prendre soin de son corps : prendre soin de ses pieds, santé bucco-dentaire</i>
Octobre	<i>La nutrition : bien manger pour bien vivre</i>
Novembre	<i>Exercer une activité physique régulière : entretenir les fonctions musculo-articulaires</i>
Décembre	<i>Le sommeil</i>
Janvier	<i>Dépistage des maladies visuelles, auditives</i>
Février	<i>Adapter son logement : prévention des chutes</i>
Mars	<i>Les services à domicile</i>
Avril	<i>Préparer une entrée en EHPAD</i>

Mai	<i>Informations juridiques, succession, donation, testament</i>
Juin	<i>Aider les aidants</i>
Juillet	<i>Présentation des activités de loisirs, clubs</i>

12h / 13h45 *Déjeuner partagé avec les résidents*  
14h /16h *Après-midi bien être : coiffeur, manucure, esthéticienne...*  
16h15 *Gouter partagé*  
17h *Retour à domicile accompagné*

### 3.2.3 Un EHPAD ouvert à tous quels que soient ses moyens

#### a) *Poursuivre l'accueil des plus pauvres*

Le diagnostic a montré la pertinence de proposer un accompagnement des plus pauvres. Ma priorité est d'utiliser en totalité les 15 places habilitées à l'aide sociale pour des personnes âgées précaires qui n'ont pas accès à un autre EHPAD.

Par ailleurs, dans la continuation de l'œuvre des Petites sœurs des pauvres nous projetons la création d'un fonds de secours et de solidarité pour venir en aide aux résidents qui connaissent des difficultés financières. Cette action pourra être menée en partenariat avec les associations caritatives : la Croix Rouge, le Secours catholique, les Petits Frères des Pauvres.

#### *Limites : la question du financement*

En tant que directrice je suis garante d'une gestion prudente, gage de la pérennité de la structure. Or, l'accueil des plus pauvres pose un problème budgétaire.

Nous avons vu que les financements du Conseil départemental et de l'ARS n'étaient pas susceptibles de couvrir le manque à gagner des différentiels de loyers proposés aux résidents à faible revenu. Les PSDP avaient recours aux quêtes, aux legs et aux dons. Cette congrégation est le seul ordre à être autorisée à quêter toute l'année dans les commerces, auprès des particuliers, des entreprises. Ce n'est pas le cas de LBA qui n'est pas une association reconnue comme étant d'intérêt général.

En conséquence, il est impératif de trouver de nouvelles sources de financement. Il s'agira d'abord de conclure un CPOM<sup>137</sup> avec les autorités de tarification. Mais nous pouvons imaginer d'autres recettes, modestes mais réalistes.

*Valorisation économique des locaux.* On peut envisager la location de locaux : salle de conférence au 7<sup>ème</sup> étage pour des organismes de formation ; salle de spectacle...

*Organisation d'événements* pour récolter des recettes qui abonderont le fonds de solidarité : instituer une soirée de bienfaisance, solliciter le conservatoire de musique pour donner des concerts au bénéfice des personnes âgées, redynamiser les actions de kermesse, de marché de Noël...

<sup>137</sup> Voir supra

*Effet secondaire bénéfique* - Ce positionnement de l'EHPAD Courteline, dans la continuation de l'œuvre de Jeanne Jugan, assurera aussi sa différenciation sur le territoire.

b) *Implanter une maison de Béguinage, de type « Babayagas »*

La maison du jardin de 600 m<sup>2</sup> en centre-ville à 5 minutes des Halles représente une valeur patrimoniale considérable. En écartant la spéculation immobilière, il est possible de nouer un partenariat avec un bailleur social pour la création de logements et de services. Dans de nombreux pays, particulièrement en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique, l'une des solutions émergentes pour le logement des personnes âgées est l'habitat groupé, participatif et solidaire. Il s'agit pour chaque habitant de disposer d'un logement privatif mais de bénéficier également d'espaces de vie commune. C'est une alternative à l'habitat collectif qui permet de maintenir l'autonomie et le lien social. Un exemple très médiatisé illustre le phénomène : la maison des Babayagas de Montreuil<sup>138</sup>. Thérèse Clerc la fondatrice avait imaginé le concept reposant sur quatre piliers: autogestion, solidarité, citoyenneté, écologie. Pensée dès 1995, la maison n'est finalement inaugurée qu'en février 2013. Pénélope Komites, conseillère technique au Conseil Régional d'Ile-de-France, reconnaissait alors que le projet était innovant mais que la Région ne savait pas le financer. La collectivité a dû inventer un dispositif de financement : *«on fait évoluer une administration parce que les porteurs de projet savent convaincre»*. Le projet porté par la militante Thérèse Clerc est plus qu'une maison de retraite autogérée. La maison des Babayagas est un projet global social, économique, politique, écologique, culturel. Elle accueille des conférences, elle organise des repas partagés, recrée des solidarités de voisinage. Il s'agit de poser la question du vieillissement, de *«changer l'imaginaire social de la représentation des vieux»*. Depuis, d'autres maisons de retraite autogérées ont vu le jour, voulues souvent par des personnalités engagées, acteurs de la génération 68, qui ont fait des études, qui ont défendu la liberté, le féminisme et qui refusent d'être pris en charge par d'autres.

### **3.3 Les modèles et les outils pour un changement co construit**

#### **3.3.1 Co penser le changement**

A) Penser le changement par le groupe

Si j'ai effectué un travail de réflexion pour concevoir le présent projet, je ne pense pas que je pourrais entraîner les équipes sans les réinvestir dans la phase même de conception.

---

<sup>138</sup>La Maison des Babayagas : unir ses forces au quotidien, site Arte TV, Futuremag, 16 novembre 2015 ; La Maison des Babayagas, l'« anti-maison de retraite » à Montreuil, Le Monde, 22 février 2016

C'est ce qu'a démontré Kurt Lewin<sup>139</sup>. Il a comparé l'impact de deux méthodes pour initier le changement dans un groupe: d'une part des conférences sur le sujet, d'autre part des groupes de paroles. Après une séance de 45 minutes 3% des participants aux conférences étaient prêts à changer et 33% de ceux ayant participé au groupe d'échange. L'explication de Lewin est la suivante : la conférence laisse l'individu dans une situation solitaire, cela favorise les résistances. Au contraire, la discussion dans le groupe de parole peut susciter un mouvement collectif de changement. C'est pourquoi, j'instituerai des collectifs pour élaborer le programme.

#### B) Expérimenter le changement dans le groupe

Dans un second temps, il nous faudra expérimenter le changement, mettre en acte les idées envisagées dans les groupes. L'enjeu est de faire vivre concrètement le changement aux équipes, mettre en œuvre le projet à petite échelle sur un temps donné. On corrige, on affine, et au final on voit que c'est possible. Non seulement cela apaise les réticences, mais ces essais avivent le désir et la motivation de tous les salariés.

*Les outils participatifs* – J'instaurerai des ateliers participatifs pluridisciplinaires afin de mobiliser toutes les catégories professionnelles. Ils permettront la co-construction et l'expérimentation des parties prenantes. Dans ces ateliers les équipes expriment leur ressenti, leurs besoins et s'interrogent mutuellement sur les modalités concrètes. Il y a des ateliers de catharsis pour revendiquer, témoigner leur crainte. On peut tout dire, partager ses peurs, trouver des solutions. Il y a des ateliers brainstorming pour co construire. Il y a des ateliers exploration pour aller vers le comment réaliser les actions. Enfin des ateliers participatifs de décision, pour arrêter qui fait quoi, comment. Pour réussir, ces ateliers obéissent à des règles et utilisent des outils qui permettent aux personnes de s'exprimer et dire des choses qu'elles n'auraient pas dites de façon spontanée.

### 3.3.2. Co construire le changement

#### A) Une mutation en trois phases

Il convient de donner du temps au changement. Les observateurs ont noté le raccourcissement des délais accordés au changement : le délai moyen accordé à la réalisation d'un changement a été divisé par deux en 15 ans. On est passé d'un délai moyen de 24 à 12 mois<sup>140</sup>. A contrario, je souhaite prendre le temps pour vivre le mouvement de changement avec l'ensemble de l'organisation.

---

<sup>139</sup> Etude de 1943 réalisée à la demande du gouvernement américain pour amener les ménagères américaines à manger des abats.

<sup>140</sup> Enquête ESSEC IPSOS 2011

Je m'appuierai sur le modèle Agile<sup>141</sup>. Distinct du modèle instrumental, il ne cherche pas à « vendre » un changement mais à conduire ensemble le changement en trois phases : définir, expérimenter, ancrer. Ces trois étapes vont être co-élaborées. Elles se rapprochent des trois phases du changement selon Kurt Lewin.

*Etape 1* : Le déracinement, décristallisation, prise de conscience de la nécessité de changer. Il faut laisser le temps au déracinement pour faire le deuil de l'existant.

*Etape 2* : La transition, une fois que l'individu a accepté la décristallisation, il peut s'engager dans le changement.

*Etape 3* : L'enracinement, synonyme d'ancrage dans le nouveau modèle.

a) *Etape 1 : La préparation collaborative du changement*

*La réunion institutionnelle* - C'est la phase de déracinement et de définition du projet. C'est le moment que je choisis pour annoncer le changement par une réunion institutionnelle et poser le cadre de la démarche commune qui va s'enclencher avec les équipes.

Lors de cette réunion je présenterai mon premier diagnostic. Je souhaite le partager avec les professionnels afin que chacun puisse prendre conscience de l'enjeu du changement. Je développerai ma vision sur l'ouverture de l'EHPAD au quartier, ma volonté d'être acteur de l'innovation sociale, de la solidarité, et d'un vivre ensemble renouvelé. J'indiquerai les axes principaux de l'action envisagée : l'EHPAD ouvert à tous les âges ; l'EHPAD ouvert sur le quartier ; l'EHPAD ouvert à tous quels que soient ses moyens.

Ce sera le moment d'exposer ma « philosophie » de l'action : la nécessité du questionnement et de l'apprentissage permanent collectif. Je présenterai la méthodologie de travail de co construction du changement et j'inviterai les personnels à s'inscrire dans les ateliers participatifs.

Lors de cette intervention je soulignerai que « *pendant le changement l'activité continue* » et que se maintient la priorité de la qualité de notre accompagnement vers les personnes accueillies. Je rappellerai notre responsabilité partagée autour des droits et libertés des résidents et notre engagement fondamental pour la dignité, le respect de la vie privée.

J'affirmerai mon refus de tout acte de négligence et je proposerai la constitution d'une commission d'analyse et de soutien aux pratiques.

Enfin j'inviterai les représentants du personnel à accompagner le processus du changement. Je les assurerai de mon envie de travailler avec eux pour améliorer les conditions de travail, la sécurité, la santé des travailleurs et le climat social.

---

<sup>141</sup> Modèle développé par David Autissier, Directeur de la Chaire ESSEC du changement



*Le travail sur le premier semestre* - Trois groupes de travail seront constitués autour des trois axes du projet. Chacun se réunira une fois par mois.

Ils travailleront successivement sur :

- Les nouveaux publics-cibles de l'action
- L'impact sur les résidents, les familles
- L'impact sur les personnels et les leviers de changement à envisager : réorganisation, formation, recrutement...
- Les moyens financiers et techniques nécessaires à l'action : budget, travaux
- La communication du projet, les partenaires à associer

A la fin de chaque mois, je ferai la synthèse des propositions émises dans les trois groupes. Une lettre du projet sera adressée à tous les salariés et présentera l'ordre du jour des prochains ateliers.

A la fin du semestre, j'organiserai une grande réunion bilan pour marquer la fin de la première étape. Elle présentera à tout le personnel le résultat des six mois d'ateliers participatifs. Elle annoncera la suite du projet et le lancement des premières actions.

#### *b) Etape 2 : La concrétisation des premières actions*

Les ateliers participatifs seront réactivés pour assurer la conduite des actions. Ils auront de nouveau un objectif de réflexion sur les six prochains mois. Les groupes se dédoubleront. Une partie sera chargée du suivi des premières actions, tandis que l'autre élaborera la suite.

*Groupe évaluation :*

- Bilan du lancement de la première action : difficultés, réussites, risques
- Elaboration des indicateurs de suivi
- Réalisation d'une évaluation sur les 3 premiers mois de l'action
- Compte rendu de l'évaluation
- Pistes d'optimisation de l'action

*Groupe nouveaux développements :*

- Brainstorming sur la suite des actions à mener
- Priorisation des actions
- Impact sur les résidents et leurs familles
- Impact sur les personnels
- Les moyens à mobiliser

A la fin de cette session, j'organiserai une nouvelle réunion de synthèse. Cette réunion conviviale marquera la fin de cette seconde partie, elle présentera à tout le personnel le résultat des 6 mois d'ateliers participatifs. Elle annoncera la suite du projet, le lancement des prochaines actions.

c) *Etape 3 : l'ancrage du nouveau modèle*

A ce moment l'établissement aura réussi à prendre durablement une nouvelle orientation. L'ancrage sur le territoire sera solide. Les personnels auront adhéré à la nouvelle philosophie de l'intervention.

### **3.4 Poursuivre et parfaire**

#### **3.4.1 Accompagner le développement des compétences**

A) Instauration d'une politique de GPEC<sup>142</sup>

La GPEC sera réalisée en fonction de la pyramide des âges des salariés, des évolutions de carrière possible, des postes amenés à devenir vacants et des besoins en formation au regard du nouveau projet.

Les services du personnel réaliseront un recensement des compétences présentes, la cartographie des métiers et des tableaux de suivi par âge, catégorie, sexe, ancienneté, niveau de qualification. Ensuite, nous procéderons à une analyse des écarts entre les âges, les formations, les emplois, l'évolution des besoins des publics. En faisant apparaître la différence entre les compétences présentes et celles manquantes, la GPEC nous permettra d'anticiper les besoins en recrutement et en formation des personnels.

B) Elaboration d'un plan de formation pluriannuel

La formation est un levier principal du changement, elle permet l'adaptation des compétences à l'évolution des besoins et attentes des publics. Elle sécurise les parcours professionnels des salariés<sup>143</sup>. C'est aussi le moyen de renforcer les liens et la culture commune dans notre organisation apprenante.

Il est évident que la formation représente un investissement. L'activité de formation permet la progression individuelle et collective. L'entreprise gagne en performance et en valeur ajoutée. Pour démultiplier les effets de la formation, je favoriserai les formations en «intra» et les échanges de compétences entre salariés.

C) Conception d'une politique de recrutement

Le projet d'innovation sociale fera de nous un acteur repéré sur le territoire. L'éthique de notre intervention constituera un facteur d'attractivité pour les candidats.

L'analyse de notre taux d'encadrement au regard des besoins du public et de la conduite de notre nouveau projet nécessite de nouveaux recrutements. Je souhaite élargir la

---

<sup>142</sup> Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

<sup>143</sup> Droit effectif à la formation tout au long de la vie. ANI (accord national interprofessionnel) du 11 janvier 2013 et du 14 décembre 2013. Loi du 5 mars 2014.

palette des métiers, des profils, des sexes et des âges. Parce que la pertinence et la créativité de notre action repose sur des points de vue variés, divergents qui sauront accompagner l'émergence de notre nouveau modèle d'EHPAD.

Je prévois sur les 2 ans à venir:

- *1 ETP de psychologue.* Il sera amené à travailler avec les résidents, leurs familles et le personnel de l'établissement. Il mènera les entretiens avec les résidents lors de leur admission pour recueillir les éléments biographiques. Le psychologue pourra faciliter les liens avec l'entourage et l'accompagner au moment du décès. Il exercera une fonction d'écoute et de conseil auprès des personnels, par la mise en place de groupes de parole ou l'écoute individuelle dans des cas de vécu professionnel douloureux. Il participera à nos actions vers les personnes âgées du quartier. Il pourra recevoir ceux qui se questionnent sur une entrée en établissement. Il pourra également animer des séances de soutien aux aidants.
- *1 ETP d'éducateur spécialisé* pour accompagner et soutenir les personnes accueillies et favoriser leur participation à la vie sociale. Il pourra aussi être le référent des actions en lien avec le centre social Courteline.
- *1 ETP d'aide-soignant* pour renforcer l'équipe dans le cadre des soins d'hygiène et de confort des résidents.

Le partenariat avec l'association Courteline permettra de mutualiser certaines compétences. A titre d'exemple, leur expertise dans le domaine de l'animation socio-culturelle nous aidera à la définition de nos projets d'animation.

Enfin j'ai engagé le recrutement de deux jeunes adultes dans le cadre du dispositif de service civique. Entre autres missions ils permettront de proposer aux résidents davantage de sorties et d'accompagnement individualisé hors de l'établissement. C'est souvent le temps qui nous manque pour mettre en relation deux résidents passionnés de musique et les emmener au concert ; pour accompagner une personne au cimetière ; amener une autre dans son village natal...

### **3.4.2 Sécuriser les ressources économiques et financières**

Mon rôle de directrice sera de porter ce projet devant les financeurs et de les convaincre des bénéfices sociaux économiques à long terme.

A) La posture: penser le coût global, argumenter et convaincre

On est souvent enfermé dans des carcans de raisonnement budgétaire, on s'interdit de penser autrement qu'entre les lignes et les colonnes des tableaux des Autorités de contrôle et de tarification. Pourtant, il me semble qu'on s'y enferme bien plus qu'ils ne nous y enferment. On peut porter nos projets, notre vision, défendre nos envies d'expérimentation. On peut présenter le coût global de nos projets et non simplement les

coûts directs. Mettre en valeur les coûts négatifs : réduction de l'absentéisme, réduction des RPS.... *Je souscris à l'élan d'Alice Casagrande pour la révolte face aux outils arbitraires. Il n'est pas question de les refuser mais de nous distancier. Notre projet de plateforme, de pôle de ressources sur notre territoire ne paraît pas ajusté aux circuits de financements cloisonnés, aux modèles des tuyaux d'orgues bien étanches entre les établissements, les services de soins, les services d'aide, le sanitaire et le social. «Il faudrait une réforme du financement global mais on peut déjà imaginer des solutions innovantes dès aujourd'hui.<sup>144</sup>» Je suis convaincue que notre élan de changement et notre projet d'innovation sociale trouvera un appui chez nos financeurs.*

B) La démarche : entrer en CPOM

Actuellement, l'EHPAD est soumis à une convention tripartite pluriannuelle conclue entre l'association, l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil Départemental.

Après avoir convaincu les financeurs de l'utilité sociale et de la viabilité de notre projet, je souhaite engager une démarche de CPOM<sup>145</sup>. Il permettra d'améliorer la visibilité pluriannuelle sur les financements et de sortir du cycle budgétaire traditionnel qui représente un travail lourd. Surtout, il nous autorisera des déséquilibres budgétaires transitoires, sur quelques exercices, si nous assurons le retour à un équilibre structurel à la fin de la période couverte.

Toutefois, il convient d'être conscient des risques de non-soutenabilité budgétaire des CPOM par les personnes publiques contractantes. Ainsi, l'autorité chargée de l'autorisation conserve la possibilité de résilier de manière unilatérale tout ou partie du contrat, notamment si les conditions d'évolution de ses moyens budgétaires ne lui permettent pas de concilier les engagements contractuels avec le respect du caractère limitatif de sa dotation régionale. Un dialogue régulier et véritable avec les partenaires sera le garant de la réussite et la perpétuation de ce contrat.

### **3.4.3 Faire connaître, faire aimer, faire agir : la communication**

La communication a une dimension stratégique : elle est un moyen d'aider à réaliser le projet. J'entends impliquer les salariés dans la définition et le portage de la politique de communication à l'externe et à l'interne.

*Affermir nos valeurs*

Depuis le départ des Petites sœurs des pauvres, l'établissement souffre d'un déficit d'image. Notre nouveau projet est l'occasion de lancer une campagne de communication

---

<sup>144</sup> Murielle Jamot, Déléguée Nationale filières personnes âgées et domicile, Croix Rouge Française, citée dans l'étude KPMG, décembre 2015 : EHPAD, vers de nouveaux modèles ?

<sup>145</sup> Le CPOM a été créé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et introduit à l'article L. 313-11 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF)

sur nos valeurs, notre démarche d'innovation sociale, de promotion de la citoyenneté, de solidarité. Une multitude de supports peuvent être mobilisés à cet effet.

*Les supports papiers, magazines, lettres d'information aux familles* : pour valoriser le projet, faire état de l'avancée des réflexions, le compte rendu des actions partenariales...

*Le site internet* : pour présenter le projet associatif, le livret d'accueil des résidents et des personnels, la charte des droits et libertés...

*Les relations de presse* : pour faire connaître nos actions à l'occasion de signature de conventions, d'inauguration de nouveaux espaces.

*Les relations publiques* : pour accroître notre visibilité locale et dans le réseau professionnel par la participation de nos équipes à des conférences et des forums.

*La communication événementielle* : par l'organisation ou la participation à des salons, des journées portes ouvertes ; l'organisation d'événements au sein de la Résidence (soirée de bienfaisance, concerts solidaires, repas partagés avec les habitants du quartier)

*Enfin, nos locaux*, car ils disent beaucoup de nos valeurs, de notre conception de l'accueil, du respect de l'environnement et du cadre de vie, de l'attention portée aux résidents et à leurs familles.

#### *Valoriser la qualité de l'accompagnement des usagers*

Mon souhait est de faire reconnaître notre éthique de l'accompagnement, en communiquant sur les droits et libertés des résidents, la bientraitance, la dignité. L'objectif secondaire est de faire adhérer les personnes et leur entourage à la vie de l'établissement et susciter leur participation au Conseil de la Vie Sociale, aux groupes de paroles...

L'ANESM recommande de lutter contre les représentations souvent négatives liées aux EHPAD. L'agence propose pour sensibiliser le grand public de favoriser l'accès de personnes extérieures aux prestations<sup>146</sup>.

Cet axe de communication nécessite la refonte totale de nos supports écrits (Contrat de séjour, Règlement intérieur...). Il sera indispensable d'en penser l'adaptation aux publics en utilisant des termes compréhensibles de tous, des pictogrammes ou des illustrations graphiques simplifiant les propos.

#### *Soutenir la politique de recrutement*

L'enjeu est de promouvoir une image positive auprès des salariés et des futurs recrutés potentiels pour fidéliser les équipes et attirer les meilleurs professionnels. L'image de marque de l'établissement, les échos dans la presse et dans le cercle professionnel sont un atout pour susciter le désir de travailler chez nous. Par ailleurs, nous envisageons des

---

<sup>146</sup> ANESM, Qualité de vie en EHPAD, volet 1

conventions avec les écoles de formation pour accueillir leurs stagiaires. Nous développerons également notre présence sur les salons professionnels.

### *Vivifier le sentiment d'appartenance*

*Des équipes* - Le nouveau projet co construit avec les équipes donnera vie à de nouvelles pratiques au sein de l'établissement. Le partage du diagnostic impliquant les salariés dans la compréhension de la situation générale puis l'élaboration collective des nouvelles actions. Les espaces de discussions, les ateliers participatifs généreront une nouvelle culture de communication horizontale et ascendante.

Néanmoins, je prendrai soin de préserver des temps de communication informelle et conviviale comme les petits déjeuners mensuels avec toute l'équipe.

*Des résidents et des habitants du quartier* – Notre projet permet de remettre l'EHPAD au cœur du quartier. Cette action a une forte portée symbolique. Grand et haut bâtiment repéré par tous les habitants depuis sa rénovation en 1974, c'est aussi un site historique présent depuis 1850 et un site culturel, culturel et artistique par sa chapelle remarquable.

La Congrégation présente pendant 160 ans a vécu la naissance, l'expansion, les transformations du quartier. En regard, les habitants étaient familiarisés à vivre près des sœurs, discrètes mais omniprésentes.

J'envisage la création d'une exposition sur l'histoire de la maison, grâce aux archives des Petites sœurs et en faisant appel aux souvenirs des résidents et des habitants du quartier. Notre chapelle sera également ouverte et valorisée lors des journées du patrimoine. Ces manifestations participent à la transmission de la mémoire du quartier et à la vitalité du sentiment d'appartenance. Fondamental pour restaurer l'image du lieu auprès des résidents, essentiel aussi pour les habitants, les jeunes générations notamment, pour fonder leur identité : à quel lieu, à quelle culture, à quelle histoire j'appartiens ?

### *Apaiser les tensions*

La communication régulière sur le projet de changement, par la diffusion des comptes rendus des ateliers, par des réunions institutionnelles régulières de bilan, permet de limiter les zones d'ombre, les rumeurs et les incertitudes, et de maintenir l'engagement des salariés par la transparence.

### *Quérir de nouvelles ressources économiques et financières*

Dans un contexte de limitation des enveloppes et des crédits il est primordial de rassurer les autorités de contrôle et de tarification et de démontrer la bonne gestion de l'établissement. Je porterai grand soin aux documents que je transmettrai aux financeurs, tant sur la forme que sur les termes employés. Ces dossiers seront l'occasion de

démontrer que nos projets sont conçus et réalisés en accord avec les politiques publiques, en cohérence avec les attentes et besoins des publics, et en complémentarité avec les acteurs du territoire. Je serai aussi attentive à inviter les financeurs et partenaires à visiter l'établissement lors de l'inauguration de nouveaux locaux ou d'événements ponctuels pour les associer à notre projet.

#### *Accroître la notoriété*

Aujourd'hui l'information destinée au grand public existe mais elle est méconnue ou mal connue. L'ANESM<sup>147</sup> rappelle l'importance pour l'EHPAD de se faire connaître de tous les habitants du territoire par la multiplication des moyens d'information.

Une nouvelle politique de communication aura pour objet de combler ce déficit de notoriété et de susciter l'attrait pour notre établissement. Nous allons entreprendre la rénovation de notre charte graphique (logo, typo, couleurs...) et la création d'une charte sonore (accueil téléphonique). Cette identité sera déclinée sur tous les nouveaux supports, brochure, site internet...

#### **3.4.4 Evaluer pour progresser**

L'évaluation, c'est rendre des comptes et se rendre compte. Mesurer l'impact social de notre action nécessite l'engagement d'un processus d'évaluation avec ses étapes, son calendrier, son équipe dédiée, ses outils<sup>148</sup>.

La question posée est celle de la coexistence de plusieurs démarches d'évaluation : celle de notre projet d'innovation sociale, l'évaluation interne et l'évaluation externe.

##### A) Estimer les prestations

L'évaluation vise à améliorer la qualité des prestations, adapter le fonctionnement et les pratiques des professionnels aux attentes et besoins de publics, apprécier si les finalités de l'action sont en cohérence avec les orientations. L'évaluation mesure aussi l'efficacité des résultats au regard des objectifs retenus et leur efficience en comparaison des moyens mobilisés. Dans le cadre de l'autorisation, le cadre réglementaire distingue deux types d'évaluations : l'évaluation interne et l'évaluation externe. La première est menée par l'établissement, la seconde par un organisme extérieur habilité par l'ANESM. Elles sont complémentaires.

##### B) Choisir les indicateurs

Les indicateurs ont pour fonction d'observer l'évolution de la situation, de mesurer les effets d'une action pour les usagers, d'objectiver les constats. Ils sont aussi un outil pour

---

<sup>147</sup> ANESM Qualité de vie en EHPAD, volet 1

<sup>148</sup> Voir les outils disponibles sur le site de l'avise.org et notamment Le petit précis de l'évaluation de l'impact social réalisé en collaboration avec l'ESSEC.

échanger avec les partenaires. Il convient de choisir les bons indicateurs, d'être précis sur ce qu'on cherche et pourquoi. L'intérêt d'un indicateur réside dans les comparaisons qu'il rend possibles.

Nous définirons au préalable la finalité de l'évaluation (la pérennisation ou non de l'action, son déploiement), et nous poserons les questions évaluatives :

- Le projet atteint-il ses objectifs ?
- Quels sont les effets du projet, positifs et négatifs, sur les parties prenantes ?
- Quelle est la valeur ajoutée du projet par rapport à l'existant ?
- Comment créer plus d'impact avec autant de moyens ?

#### C) Revenir à la question

L'évaluation regarde la réponse, mais elle ne réinterroge pas la question initiale.

Et pourtant, c'est cette démarche de questionnement qu'il convient d'exercer en continu.

Pour cela il faut repartir sans cesse de l'observation, de l'écoute des personnes.

Il ne faut pas croire que les questionnaires de satisfaction et les enquêtes seront suffisants. La manière de poser les questions, la relation de pouvoir qui peut inhiber les réponses, la certitude que rien ne changera, tous ces biais rendent inopérants la plupart des sondages.

Seule une manière de recueillir les discours, d'analyser les dits et les non-dits, assurera une authentique prise en compte de la vraie parole de l'utilisateur. Je suggérerai au Conseil d'Administration de permettre l'accueil sur un temps long d'un étudiant en anthropologie, qui sera en mesure de nous livrer un constat réel, objectif et lucide des attentes, des besoins et des comportements de chacun, usagers, professionnels, familles.

#### D) Evaluer le directeur

La démarche d'évaluation intègre toutes les parties prenantes, les personnels de l'établissement, les intervenants extérieurs, les résidents et leurs familles dans la réflexion sur l'amélioration des pratiques. Reste une question : qui évalue le directeur ?

Le directeur est souvent seul, mais ne peut toujours avoir raison tout seul. Qui est le garde-fou ? Il y a nécessité d'avoir recours à un tiers. Celui-ci peut-être le directeur général de l'association. Mais il convient aussi de s'entourer au quotidien de cadres avec lesquels échanger, se confronter, se contredire. Seule cette altérité crédible pourra garantir l'éthique. Il faut savoir repérer chez les professionnels en présence dans la structure celui ou ceux qui pourront éclairer les questions sous un autre jour, apporter un regard extérieur, oser une critique, une observation. L'alter ego révélateur de nos insuffisances personnelles peut émerger chez tous ceux dont on s'aventure à entendre la parole : le psychologue, le formateur, le stagiaire...



## Conclusion

En mai 2016 l'EHPAD a changé de gestionnaire, le départ de la congrégation laissant place à une association à but non lucratif. La question de l'identité s'est avérée centrale, non seulement pour le positionnement de l'établissement sur le territoire mais aussi parce que le changement de direction pouvait être source d'inquiétude pour les résidents et les personnels.

LBA m'a confié la conduite de cette réflexion stratégique et la mission de trouver des réponses efficaces et durables à un triple enjeu : celui de la qualité des services, d'un modèle économique viable et de l'image de marque sur le territoire

Par ailleurs, il est indispensable de prendre en considération les évolutions significatives du secteur. D'une part, l'allongement du maintien à domicile et le recul de l'âge de l'entrée en établissement. Les personnes âgées entrent en EHPAD quand la dépendance physique et psycho-cognitive, devenue trop lourde à gérer pour les proches, nécessite des soins et accompagnements croissants. Dans ce schéma certains EHPAD misent sur leur mutation en résidences médicalisées, avec du personnel de soins en nombre plus élevé et bien formés à la perte d'autonomie.

D'autre part, dans le contexte de contrainte financière, les EHPAD ont engagés dans une course à la taille critique et sont incités à poursuivre les restructurations et les rapprochements pour réduire leurs coûts<sup>149</sup>.

Au terme de ce questionnement et de l'analyse de l'environnement externe, des forces et des faiblesses de l'EHPAD je préconise l'ouverture de l'EHPAD à et sur l'environnement extérieur. Au-delà, ma réponse est celle de l'engagement de l'EHPAD dans une action qui porte valeurs et sens pour une société plus fraternelle, plus solidaire à laquelle nous aspirons. Le rôle du directeur est aussi celui-là : la volonté d'action, l'effort de création, d'innovation.

*« Ce n'est pas aux armes qu'il faut en appeler, et non plus à la loi ou à la révolution : c'est à la conscience de nous-mêmes, à la conviction que notre plus dangereux ennemi est aujourd'hui notre inconscience, (...) notre manque de passion pour l'égalité et pour les libertés<sup>150</sup> »*

Les attentats nous auront-ils permis de nous réveiller, réentendre, enfin, les échos du 15 mars 1944, alors que le Conseil National de la Résistance appelait à un ordre social plus juste, et la possibilité d'une vie pleinement humaine pour chacun.

---

<sup>149</sup> KPMG, *EHPAD : vers de nouveaux modèles ?* décembre 2015

<sup>150</sup> Alain Touraine, *La fin des sociétés*, Editions du Seuil, Paris 2013

Nous avons compris, que nous devons refaire peuple, retrouver l'envie de vivre et de faire ensemble. Mais comment faire alors que les français ont perdu confiance dans leurs institutions, désenchantés par l'action des pouvoirs publics ? Nos concitoyens semblent compter d'abord sur eux-mêmes : 35% des français placent les efforts de chacun pour vivre ensemble comme le facteur principal de cohésion sociale, devant l'école (23%), la protection sociale (14%), l'entraide au sein des familles (10%)<sup>151</sup>.

Pour sortir de cet avenir prédit, il faut innover, se réinventer : quel nouveau modèle d'EHPAD dans quel modèle de société ?

Une société mondialisée et ultra technicisée : il y a ceux qui croient dans le salut technologique : la domotique, les gérontechnologies, les bracelets de géolocalisation, la télémédecine, la vidéosurveillance à domicile, les tablettes pour chaque aîné.

Déjà les robots humanoïdes sont parmi nous. Robocoach permet aux résidents d'une maison de retraite de Singapour de faire leurs exercices quotidiens. Robear au Japon est capable de prendre dans ses bras une personne allongée sur son lit et la déposer dans son fauteuil. Nao circule dans un EHPAD d'Issy les Moulineaux, il anime les cours de sport, lit le journal et annonce le repas du jour.

Ces outils désincarnés, n'ont ni émotion, ni réticence, et sont absolument efficaces...

Pourtant, sans craindre jusqu'au Frankenstein de Mary Shelley, il est à redouter que l'intelligence artificielle se retourne fatalement contre l'homme. Albert Einstein après avoir contribué à la recherche atomique passa sa vie à nous avertir des dangers de la science : *« Je crains le jour où la technologie remplacera les interactions humaines. Nous aurons alors créé une génération d'idiots »*.

En donnant toute valeur à la technique, l'homme devient son aliéné. La technique nous déshumanise. Elle est devenue un nouveau totalitarisme, qui exerce sur nous une dictature, une « servitude volontaire » selon l'expression de la Boétie.

Relire Jacques Ellul pourra nous aider à vouloir notre liberté avant notre confort. A choisir l'humain, d'abord, et pour toujours. Il faut en passer par la révolution, pas celle de 1789 mais une révolution immédiate qui commence *« à l'intérieur de chacun de nous par une transformation de notre façon de juger »*<sup>152</sup>.

---

<sup>151</sup> Credoc, Le modèle social à l'épreuve de la crise, baromètre de la cohésion sociale, octobre 2014

<sup>152</sup> Le personnalisme, révolution immédiate, Journal du groupe de Bordeaux des amis d'*Esprit* ; réédition in *Cahiers Jacques Ellul n°1*, décembre 2004, pp. 81-94. Source : site internet de l'AIJE, Association Internationale Jacques Ellul

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- AMERY Jean, *Du vieillissement*. Petite bibliothèque Payot, Paris, 1991
- AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel, *Pratiques de la conduite du changement*. Dunod, Paris, 2003
- BEAUVOIR (de) Simone, *La Vieillesse*. Gallimard, Paris, 1970
- BONNIN Olivier, *Le travailleur social et la République*. Edition TSA, Montrouge, 2016
- BORGETTO Michel, Robert LAFORE, *Droit de l'aide et de l'action sociale*. 8<sup>ème</sup> édition, Montchrestien, Paris
- BOURDELAIS Patrice, *L'Âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*. Nouvelle édition. Odile Jacob, 1997
- CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 3<sup>ème</sup> édition, Armand Colin, 2012
- CASAGRANDE Alice, *Ce que la maltraitance nous enseigne*. Dunod, 2012
- DESCHAVANE Éric, TAVOILLOT Pierre-Henri, *Philosophie des âges de la vie, pourquoi grandir ? Pourquoi vieillir?* Grasset, 2007
- DIAMOND Jared, *Le monde jusqu'à hier, Ce que nous apprennent les sociétés traditionnelles*. Gallimard, 2013
- ESCRIBANO Jean-Charles, *On achève bien nos vieux*. Editions de Noyelles, 2007
- GAULEJAC (de) Vincent, *La Lutte des places*. Desclée de Brouver, Paris, 2014
- HENRARD Jean-Claude, *Les Défis du vieillissement*. La Découverte, 2002
- KAHN Axel, BROHARD Yvan, *Les Ages de la vie*. Editions de La Martinière, Paris, 2012
- MAISONDIEU Jean, *La Fabrique des exclus*. Bayard, 1997
- MAISONDIEU Jean, *Le crépuscule de la raison*. Editions Centurion, 1989
- PAUGAM Serge (sous la direction de) *Repenser la solidarité*. Quadrige PUF, Paris, 2011
- PELLISSIER Jérôme, *La Guerre des âges*. Armand Colin, Paris, 2007
- PLOTON Louis, *La Personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon : Chronique sociale, 1990
- SOUBEYRAND Pr Jacques, FERNANDEZ Christophe, PREDALI Dominique, PONS Thierry, *On tue les vieux*, Editions Fayard, 2006
- STROHL Hélène, *L'Etat social ne fonctionne plus*. Albin Michel, Paris, 2008
- TAVOILLOT Pierre-Henri, *Faire ou ne pas faire son âge*, Edition de l'Aube, 2014
- TOURAINÉ Alain, *La fin des sociétés*, Editions du Seuil, Paris, 2013

## ARTICLES

- ABRY Jean-Michel, *Le social et le médico-social à l'épreuve de sa déshumanisation*. Connexion, 2009/1, n° 91
- ALET Claire, *Le marché des maisons de retraite*. Alternatives Economiques, numéro 303 juin 2011
- BICKEL Jean-François, CAVALLI Stefano, *De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie. Un survol*. Gérontologie et société 2002/3, numéro 102
- BICKEL Jean-François, CAVALLI Stefano, LALIVE d'EPINAY Christian, *Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion ?* Gérontologie et société 2002/3, numéro 102

BOIS Jean-Pierre, *Exclusion et vieillesse, introduction historique*. Gérontologie société 2003/2 numéro 102

BOUFFARTIGUE Paul, *Les risques psychosociaux. Quels enjeux de démocratie et de justice au travail ?* Second forum de l'association internationale de sociologie, août 2012, Buenos Aires, Argentine

BOUQUET Brigitte, *Management et travail social*. Revue Française de gestion, 2006/9–10, numéro 168 169

BRUN Gilles, *Utilisation d'un processus de changement en profondeur d'une entreprise pour modifier la dimension sociocognitive du dialogue social pour obtenir une nouvelle relation de pouvoir*, Projectics, Proyecticà, Projectique, 2009/3

CARADEC Vincent, *Vieillir au grand âge*. Recherche en soins infirmiers 2008/3 (N° 94)

DESMARES Léonard, CADE Sophie, PLOTON Louis, *L'entrée en institution : exclusion ou réponse nécessaire ?*. Gérontologie et société 2002/3, numéro 102

ENNUYER Bernard, *La dépendance en France, état des lieux et perspectives : vers un nouveau contrat social*. Regards sur l'Actualité, n°363, août-septembre 2010

GUILLEMARD Anne-Marie, *La vieillesse et l'Etat*, in Comité d'histoire de la sécurité sociale - Bulletin de liaison n°9 – mars 1981

JANVIER Roland, *Y-a-t-il encore un directeur en institution ?*. Ethique, gouvernance et dirigeance. 2012 Sur [www.rolandjanvier.org](http://www.rolandjanvier.org)

LACOUR Clémence, *La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection*. Gérontologie et société, numéro 131 2009/4

LAROQUE Geneviève, *Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire*. Gérontologie société 2009/4 numéro 131

LEGROS Michel, *Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ?* La lettre de l'Observatoire de la Pauvreté et de l'exclusion sociale, n°2, novembre 2015

LEVI-STRAUSS Claude, *Entretien au journal Le Monde*, 22 février 2005

LOUAGE Yves, *L'âge, facteur aggravant de l'exclusion*. Gérontologie et société 2002/3, numéro 102

MAISONDIEU Jean, *La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ?*, Gérontologie société 2002/3, numéro 102

MALLON Isabelle, *Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi »*. Empan 2003/4

MALLON Isabelle, *Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?*, Gérontologie et société 2007/2

NOEL Louis, *Vieillesse exclusion*, Pensée plurielle 2003/2 numéros 6

PARIS Mario, GARON Suzanne, BEAULIEU Marie, *La lutte pour la reconnaissance de la vieillesse : regard critique sur l'estime sociale des aînés*, Mc Gill sociological Review, volume 3, février 2013

SCHUMACHER Bernard N, *La dignité du vieux-vieux*, Revue Nova et Vetera, Juillet, Août, Septembre 2012

VAN ROMPAEY Christian, *Solitude et vieillissement*, pensée plurielle 2003/2 numéros 6

VILLEZ Alain, EHPAD, *La crise des modèles*, Gérontologie et société, n°123, 2007/4

VILLEZ Alain Éthique, *Droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD*, Les Cahiers de l'Actif, 2002, n°318/319,

## CONFERENCES

BIBARD Laurent, *L'engagement, de l'individu au collectif*, <http://chaire-edgar-morin-complexite.essec.edu/videos>

CHAVIERE Michel, *Les associations du secteur social et médico-social en France*, Université de tous les savoirs, 2013

CHAVIERE Michel, *Politiques sociales et raison managériale*, Université de tous les savoirs

DUBET François, *L'approche sociologique des inégalités*, <http://cippa.paris-sorbonne.fr/>

EBERSOLD Serge, *Reconfiguration de l'action publique et managerialisation des problèmes sociaux*, Université de tous les savoirs

GAULLIER Xavier, *Les nouveaux âges de la vie*, Université de tous les savoirs : [https : www.canal-u.tv/video/universite\\_de\\_tous\\_les\\_savoirs](https://www.canal-u.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs)

VULPIAN Alain, *Entretiens*, 2015, <http://www.solfrance.org/entretien-alaindevulpian/>

## ETUDES

- Rapport de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions sur la mise en œuvre, les résultats et l'évaluation globale de l'Année européenne 2012 du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, octobre 2014
- Rapport de l'assemblée mondiale sur le vieillissement, Vienne 26 juillet–6 août 1982, Nations unies
- Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées, commission nationale consultative des droits de l'homme, assemblée plénière du 27 juin 2013
- Le financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés lettre du premier président de la Cour des Comptes à Madame Marisol Touraine Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme, 11 septembre 2014
- Habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais vivre parmi les autres, 17<sup>e</sup> rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, octobre 2012
- KPMG, Observatoire des EHPAD, 2014
- KPMG, EHPAD : un nouveau modèle décembre 2015
- Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes, étude réalisées pour le Sénat par Ernst and Young, juillet 2008

## RAPPORTS

- BROUSSY Luc, *L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro*, mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, janvier 2013
- PINVILLE Martine, *Relever le défi politique de l'avancée en âge, perspectives internationales*, rapport remis à Monsieur le Premier ministre octobre 2012
- AQUINO Jean-Pierre, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, février 2013
- BAS Philippe, Ministre délégué à la sécurité sociale aux personnes âgées aux personnes handicapées à la famille, *Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*, 14 mars 2007

## **SCHEMAS ET PLANS DE TERRITOIRE**

Documents disponibles sur le site de l'ARS Centre Val de Loire : <http://www.ars.centre-val-de-loire.sante.fr>

- PRS, Projet régional de santé région centre 2012/2016
- PSRS, plan stratégique régional de santé, 2012 2016
- SROMS, schéma régional d'organisation médico-sociale 2012 2016
- PTS, Programme territorial de santé d'Indre et Loire 2013-2016
- PRIAC, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2014 2018
- PAERPA, Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie,
- CPOM, Guide méthodologique pour l'élaboration d'un CPOM

## **SITES INTERNET CONSULTES**

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Observatoire des inégalités : [www.inegalites.fr](http://www.inegalites.fr)

<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

<http://www.anap.fr>

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.onpes.gouv.fr/Les-Rapports>

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

Les Recommandations de bonne pratique professionnelle de l'ANESM

- *2014 - Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*
  - *2010 - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*
  - *2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*
  - *2008 - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*
  - *2008 - Les attentes de la personne et le projet personnalisé*
  - *2008 - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*
- Qualité de vie en EHPAD,
- *Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement, 2011*
  - *Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne, 2011*
  - *Volet 3 : La vie sociale des résidents en EHPAD, 2012*
  - *Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie, 2012*

CREDOC, Collection des rapports : <http://www.credoc.fr>

- Juin 2013, Les Français en quête de lien social, baromètre de la cohésion sociale
- Octobre 2014, Le modèle social à l'épreuve de la crise, baromètre de la cohésion sociale

Observatoire national de la fin de vie : <http://www.onfv.org>

- 2014, La société face au vieillissement. Le risque d'un "nauffrage social"

- 2014, Fin de vie et précarité, six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France

<http://www.fondationdefrance.org/programme/grand-age>

- 2003, Jusqu'au bout de la vie : vivre ses choix, prendre des risques
- Octobre 2004, Vieillir dans son quartier, dans son village des aménagements à inventer ensemble

## REVUES CONSULTES

ASH : <http://www.ash.tm.fr/>

Directions : <http://www.directions.fr/>

Les cahiers de l'actif : <http://www.actif-online.com/publications/les-cahiers-de-lactif>

Gérontologie et société : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Revue de la qualité de vie au travail : <http://www.anact.fr/>

## FILMOGRAPHIE

VIALLET Jean Robert, *La mise à mort du travail*, Série documentaire, France Télévision,  
VIROT Ludovic, *Le sens de l'âge*. Documentaire, 2011, <http://www.lesensdelage.com>

## CADRE REGLEMENTAIRE

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

### Lois

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant de l'action sociale et médico-sociale.
- 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° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

### Décrets

- Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation
- Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 portant diverses dispositions relatives à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et modifiant le code de l'Action sociale et des familles
- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret no 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges national MAIA

### Arrêtés

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975
- Arrêté du 16 novembre 2012 fixant le référentiel d'activité et de compétences des gestionnaires de cas MAIA

### Circulaires

- Circulaire DGCS/SD5C n 2011-398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire N° DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

### Charte

- Fondation Nationale de Gérontologie. *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. Paris, 2007



---

## Liste des annexes

---

Liste des annexes .....	I
1. Les différents types d'hébergement pour personnes âgées .....	II
2. L'association Jeanne Jugan .....	IV
3. Les droits et libertés fondamentales .....	V
4. Les principales politiques publiques .....	IX
5. Les principaux programmes et plans.....	XVII
6. L'offre : les établissements pour personnes âgées .....	XXI
7. Coût d'une place en EHPAD et paupérisation des personnes âgées .....	XXIV
8. Données démographiques .....	XXVIII
9. Présentation du quartier des bords de Loire .....	XXXI
10. Profil des résidents de l'EHPAD Courteline.....	XXXIII
11. Présentation des ressources humaines – EHPAD Courteline .....	XXXV
12. Présentation de la résidence .....	XXXVII
13. Locaux - Etat des surfaces.....	XXXIX
14. Budget prévisionnel / charges de personnel .....	XL
15. Budget prévisionnel 2016 et 2018 .....	XLI
16. Synthèse du diagnostic externe et interne .....	XLII
17. Les partenariats à mobiliser .....	XLIV
18. Le plan d'action .....	XLV
19. Projet de convention .....	XLVIII
20. Projet de restructuration des espaces communs du rez-de-chaussée.....	LI

# 1. Les différents types d'hébergement pour personnes âgées

**EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)** : Dotés ou non de la personnalité morale, les EHPAD font partie de la catégorie des « établissements et services sociaux et médico-sociaux » au sens de l'article L. 312-1-I 6<sup>e</sup> du Code de l'action sociale et des familles (CASF)<sup>153</sup>.

Un EHPAD, anciennement dénommé "maison de retraite", offre un suivi médical renforcé (médecin coordonnateur, professionnels de santé ...). Les personnes accueillies sont valides, semi valides ou dépendantes tant sur le plan physique, physiologique que psychologique.

Il peut être public, associatif ou privé à but lucratif. Une convention tripartite est conclue entre le gestionnaire, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) et le président du conseil départemental (art. L.313-12 du CASF) ; elle fixe, pour une durée de cinq ans, les objectifs de qualité de la prise en charge et les moyens financiers de fonctionnement.

Les EHPAD accueillent en général entre 50 et 120 résidents, à l'exception des petites unités de vie, qui sont des EHPAD de petite taille, qui accueillent moins de 25 personnes.

Ces structures peuvent comporter des unités spécialisées pour accompagner les personnes souffrant de troubles lourds et de la maladie d'Alzheimer : les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR).

**Résidence autonomie (anciennement logement-foyer)** : il s'agit d'un groupe de logements associés à des équipements ou des services collectifs (restauration, blanchissage, infirmerie, animation...). Ils offrent aux personnes âgées qui ne sont pas dépendantes une solution associant logement autonome et services collectifs. Ces établissements ne sont généralement pas médicalisés.

**USLD (unité de soins de longue durée)** : ces établissements financés par l'assurance maladie accueillent à l'hôpital des personnes âgées dépendantes et dont l'état de santé nécessite un suivi médical.

**Petite unité de vie** : ce sont des formes d'accueil qui cherchent à maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie habituel. Elles offrent des espaces « privatifs » permettant de vivre comme « au domicile » et des espaces collectifs pour la préservation de l'autonomie et la participation des personnes.

**Accueil familial** : la personne âgée ou la personne handicapée est accueillie à titre payant dans une famille autre que la sienne. Il est de la compétence du Conseil Départemental qui délivre un agrément pour l'accueil d'une à trois personnes au maximum. Les personnes âgées qui ne veulent plus, ou ne peuvent

---

<sup>153</sup> Article L312-1 : « I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale »

plus rester à leur domicile, peuvent ainsi demeurer dans leur région habituelle et maintenir une vie de famille plus conviviale que dans les institutions.

**Accueil temporaire**<sup>154</sup> : il s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées. Il s'agit d'un accueil organisé pour une durée limitée à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. L'accueil temporaire vise à organiser des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse à une situation d'urgence. Il permet aussi de proposer à l'entourage, des périodes de répit.

---

<sup>154</sup> Défini comme tel par le décret du 17 mars 2004. Voir aussi la circulaire du 29 novembre 2011.

## **2. L'association Jeanne Jugan**

### **Histoire de la congrégation**

Lors de l'hiver 1839, à Sant Servan en Bretagne, Jeanne Jugan a recueilli chez elle, une vieille dame aveugle et demi-paralysée, réduite à la solitude depuis le décès de sa sœur. Jeanne Jugan la prend dans ses bras, lui donne son lit et la soigne comme une fille le ferait pour sa mère. Bientôt elle accueille dans son logis d'autres personnes âgées et pour les nourrir, fait appel au partage. La congrégation des Petites Sœurs des Pauvres était née et allait ouvrir partout en France et dans le monde des maisons de type familial pour accueillir les personnes âgées, isolées, ayant des ressources modestes.

Les petites sœurs accompagnent, soignent les pensionnaires des maisons de retraite jusqu'au terme de leur vie.

Depuis les années 1960, pour faire face à la dépendance croissante de résidents de plus en plus âgés, du personnel laïc a été embauché. Aujourd'hui la congrégation est présente sur les 5 continents en 30 pays. Les Petites Sœurs sont plus de 2 300. En France la congrégation compte 44 Maisons d'accueil pour personnes âgées.

### **L'association Jeanne Jugan**

Approuvée par l'Église le 5 septembre 1998, l'Association offre aux laïcs, hommes et femmes, l'opportunité de partager l'héritage de Jeanne Jugan, de participer à leur mission d'hospitalité envers les personnes âgées pauvres, et de contribuer au rayonnement de leur fondatrice dans les milieux où ils vivent et travaillent.

Les membres de l'Association partagent l'esprit de Jeanne Jugan : esprit de douceur et d'humilité, dans le service joyeux et désintéressé des aînés. Animés par cet esprit, ils veulent contribuer à les accueillir, les rendre heureux, comme dans une grande famille, les accompagner spirituellement dans le respect de leurs croyances et les entourer jusqu'au terme de leur vie.

L'Association Jeanne Jugan est ouverte aux catholiques, hommes et femmes, ayant au moins 18 ans, désireux de donner une plus grande vitalité à leur foi chrétienne et de collaborer à la mission des Petites Sœurs des Pauvres. Après une période initiale - comportant un temps de formation - l'engagement dans l'Association est scellé par une promesse annuelle.

### 3. Les droits et libertés fondamentales

#### Les droits et libertés fondamentales

**La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789** pose les bases juridiques de la nouvelle société française. Ses rédacteurs, empreints des idées des philosophes des « Lumières », affirment les droits et libertés dont doit disposer tout être humain dès sa naissance, consacrant ainsi solennellement la disparition des inégalités de l'Ancien régime. Ce texte est un pilier de notre système juridique, politique et social.

**Le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946** a été rédigé au lendemain de la Libération. Il énonce des principes politiques de nature économique et sociale et des principes régissant l'organisation des relations internationales, qui s'inspirent du programme défini par le **Conseil national de la Résistance (CNR), le 15 mars 1944.**

**La Déclaration universelle des droits de l'homme**, qui a été rédigée par les Nations Unies (ONU) en 1948 pour définir les droits et les libertés fondamentaux de tous les êtres humains, stipule que «tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits». Cela signifie que les hommes et les femmes âgés ont les mêmes droits que tout le monde et l'égalité ne change pas avec l'âge.

**La Convention Européenne des Droits de l'Homme** contient dans ses articles 2 à 14 un catalogue des droits et libertés les plus importants (droit à la vie, interdiction de la torture, droit à la liberté et à la sûreté, droit à un procès équitable, légalité des peines, droit au respect de la vie privée et familiale, liberté de penser, de conscience et de religion, droit à la liberté d'expression, droit à la liberté de rencontre et d'association, droit au mariage, droit à un recours effectif et interdiction de discrimination) et oblige les 47 Etats parties à garantir ces droits à toutes personnes se trouvant sous sa souveraineté.

**La Charte sociale européenne** est une Convention du Conseil de l'Europe qui a été signée en 1961 et qui garantit les droits économiques, sociaux et culturels qui ne sont pas garantis dans la Convention européenne des droits de l'homme.

Elle poursuit deux buts: tout d'abord elle protège 19 droits fondamentaux sociaux et économiques (par exemple le droit au travail, le droit à la grève, le droit à une assurance sociale, la protection des mères et de leurs enfants, le droit à la protection de la santé, le droit à une assistance sociale et médicale, le droit pour les personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie en communauté), et ensuite elle aimerait encourager le développement d'une politique sociale effective en Europe.

## **La Charte des droits et libertés de la personne accueillie**

*Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles*

Le but de cette charte est principalement de préserver la liberté et la dignité de la personne accueillie. La dépendance ne doit pas limiter les droits de la personne âgée en institution. Tout doit être mis en œuvre pour qu'elle puisse continuer à jouir de la plus grande autonomie possible.

### **CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE**

#### **Article 1<sup>er</sup> : Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

#### **Article 2 Droit à une prise en charge, ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

#### **Article 3 : Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

#### **Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à 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 qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

#### **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

**Article 6 : Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

**Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

**Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

**Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

**Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

**Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

**Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

# La Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Cette charte a été créée par la Fondation nationale de gérontologie (FNG) en 1987

## Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

### 1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

### 2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile, personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins

### 3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

### 4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

### 5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

### 6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

### 7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

### 8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance SSIAD Bernard Bagneux – Service de l'ASSAD-HAD – 23/06/2015 - 2/2 -

### 9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

### 10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

### 11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

### 12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

### 13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

### 14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.



## 4. Les principales politiques publiques

### Evolution des politiques publiques

#### Assistance sociale : vieillesse et indigence

Dans la société du XIXème et du début du XXème siècle la condition de vie des personnes âgées est très dépendante du patrimoine détenu et des solidarités entre générations.

Dans les campagnes le vieillard est un patriarche à l'expérience précieuse et détenteur du patrimoine. Ce modèle s'oppose à la vieillesse sans héritage du nouveau prolétariat urbain. Les vieux sont des indigents qui ont recours aux institutions de charité dès lors qu'ils ne sont plus capables de travailler. Le travail jusqu'à la mort ou jusqu'au handicap était la norme.

La minorité des vieillards qui ne pouvaient plus travailler trouvait difficilement assistance auprès de ses enfants. Ces derniers, dans les villes, vivaient dans des conditions matérielles difficiles. La cohabitation des vieux avec les enfants mariés était souvent un fardeau pour les enfants. On peut noter toutefois l'instauration d'échanges de services entre les grands parents et parents. Ces échanges intrafamiliaux étaient visibles dans l'industrie textile. La femme travaillant, les parents âgés pouvaient offrir leur travail domestique en échange de leur entretien<sup>155</sup>.

L'abandon des vieux parents par leurs enfants a pu à l'époque être considéré comme une faible conscience morale de la classe ouvrière. Les vieux ouvriers affluent vers les hospices et les bureaux de bienfaisance.

Au XIXème siècle<sup>156</sup>, l'Etat considère l'assistance comme un devoir moral soumis au bon vouloir et aux possibilités financières des municipalités et départements. La doctrine développée par Léon Bourgeois va introduire l'idée que tous les membres de la société sont liés et que les favorisés ont une dette envers les démunis. Pour Léon Bourgeois l'assistance n'est pas une simple obligation morale mais une obligation juridique aussi la collectivité doit mettre en place des services publics destinés à réparer la survenance de risque sociaux (enfance abandonnée, maladie, invalidité, vieillesse). Désormais le législateur interviendra non seulement pour inciter les collectivités, il pourra les obliger à mettre en place des services d'assistance.

L'une des grands lois issus de la doctrine du solidarisme fut celle du 14 juillet 1905 relative aux « vieillards, infirmes et incurables » Ces derniers vont désormais bénéficier soit d'une pension soit d'un placement gratuit dans un établissement d'accueil.

---

<sup>155</sup> Michael Anderson *Family structure in Nineteenth century Lancashire*, Cambridge, Cambridge university Press 1973

<sup>156</sup> Michel Borgetto, Robert Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, 8<sup>ème</sup> édition, Montchrestien

Parallèlement la III<sup>ème</sup> République entreprit de développer la prévoyance collective. Ainsi la loi du 5 avril 1910 institue un régime d'assurance vieillesse obligatoire pour les salariés. Les effets de cette loi furent cependant très limités car la Cour de Cassation en 1912 conclût au caractère non obligatoire des cotisations ouvrières et patronales.

La loi du 30 avril 1930 mit en œuvre un revenu minimum pendant la vieillesse.

Après la seconde guerre mondiale, l'aide sociale aux personnes âgées se dissocie progressivement de l'assistance aux infirmes et aux incurables. La vieillesse devient un groupe cohérent appelant une action sociale spécifique. La création de la sécurité sociale implique une réorganisation de l'aide sociale. Celle-ci va devenir un complément du régime de protection institué par la sécurité sociale. Elle va servir de remèdes aux insuffisances de cette dernière.

La France commença à développer une politique de la vieillesse. Il faut souligner que la situation financière des personnes âgées restait difficile. En 1945 sur 4.5 millions de personnes de plus de 65 ans, 2.8 millions ne disposaient d'aucune retraite soit plus de 6 sur 10, les autres ne percevant qu'une pension infime.

1956 fut une année décisive par la création d'un fonds nationale de solidarité appelé à verser un minimum vieillesse à toute personne de plus de 65 ans. En 1959, 60% des personnes relevant du régime général de sécurité sociale percevaient ce minimum vieillesse.

### Action sociale, la vieillesse intégrée

Jusqu'au début des années 1960 la politique des pouvoirs publics en faveur des personnes âgées se limita à une assistance aux plus pauvres.

Le rapport remis en 1962 par la commission présidée par le Conseiller d'Etat Pierre Laroque<sup>157</sup> préconise une nouvelle politique touchant l'ensemble de la population âgée, et portant aussi bien sur les soins, le logement, les loisirs ou les ressources. Il s'agit d'une politique à la fois préventive, visant à retarder le vieillissement et intégratrice car voulant maintenir et favoriser l'insertion des personnes âgées dans la société. Les recommandations du rapport Laroque ne seront mises en œuvre que progressivement entre 1970 et 1979. Le rapport recommande ainsi le maintien à domicile des personnes âgées. Comme outil de prévention d'apparition des dépendances la commission préconise l'intégration de la personne dans son milieu de vie : « la commission condamne de la manière la plus formelle toute solution qui conduirait à la ségrégation des personnes âgées<sup>158</sup>. » Elle souligne que la rupture avec l'environnement est un facteur d'accélération du vieillissement. L'intégration dans le milieu de vie, la possibilité de mener une vie indépendante le plus longtemps possible sont obtenus par la construction de logements adaptés, la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, l'organisation des loisirs. Cette nouvelle logique intégratrice de la politique vieillesse s'oppose au principe de relégation antérieure.

---

<sup>157</sup> Le caractère officiel de cette Commission et sa composition prestigieuse composée de professeurs de renom contribueront à imposer ses choix.

<sup>158</sup> Anne-Marie Guillemard, *La vieillesse et l'Etat* – cité par Comité d'histoire de la sécurité sociale - Bulletin de liaison n°9 – mars 1981

La nouvelle politique change aussi le regard sur les personnes âgées, elle apparaît comme une nouvelle étape de la vie comme en témoigne l'apparition du vocable de « troisième âge ». Les vieillards sont désormais considérés comme des citoyens comme les autres et des consommateurs. Le rapport recommande la coordination sociale à un niveau territorial de proximité.

Amélioration du niveau de vie des personnes âgées – Dans les années 1970 la vieillesse était encore largement synonyme de pauvreté, plus de la moitié des retraités percevaient une pension inférieure à 75% du SMIC. Entre 1970 et 1984 le minimum vieillesse est passé de 40% à 60% du SMIC.

Dans les années 1980 les pouvoirs publics ont favorisé les alternatives à l'hospitalisation et poursuivi le programme de médicalisation des structures d'hébergement.

Par ailleurs des institutions consultatives destinées à donner la parole aux personnes âgées sont mises en place (conseils d'établissement, contrat de séjour).

### **La question de la dépendance devient prioritaire.**

La loi Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D) du 24 janvier 1997 instaure une nouvelle prestation soumise à condition de ressources et récupérable lors de la succession : la PSD (prestation spécifique dépendance). L'évaluation des besoins d'aide est réalisée via la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique, Groupe iso-ressources).

La Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées instaure le droit à l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) pour toute personne incapable d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie lié à son état physique ou mental.

L'APA, mise en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, remplace la PSD. La loi de 2001 ne fixe plus de condition relative aux ressources. Toute personne qui remplit les conditions susvisées peut prétendre à l'APA. La prise en compte des ressources intervient seulement pour moduler le montant de l'allocation.

L'APA est une prestation d'aide sociale attribuée par le département et affectée au paiement de certaines dépenses. Lorsque la personne vit en établissement l'APA est versée directement à celui-ci.

Le postulant à l'APA doit remplir une condition liée à l'âge (au moins 60 ans), une condition relative à la résidence (résidence stable en France), une condition relative au degré de perte d'autonomie. Cet état est évalué par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social. L'équipe utilise la grille AGGIR<sup>159</sup> laquelle range les personnes âgées en 6 groupes iso ressources (GIR 1 à 6) selon leur état de dépendance. Le GIR 1 comprenant les personnes les plus dépendantes et le GIR 6 celles qui ont conservé leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

---

<sup>159</sup> Autonomie gérontologie-groupes iso ressources

## **La loi de rénovation : la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Cette loi a fait de la promotion des droits un objectif prioritaire. Il s'agit de reconnaître le sujet et le citoyen dans chaque usager pris en charge par l'action sociale.

On retient principalement les 7 droits fondamentaux et les 7 outils.

### **Les 7 droits fondamentaux des usagers**

1. Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
2. Libre choix entre les prestations domicile/établissement
3. Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
4. Confidentialité des données concernant l'utilisateur
5. Accès à l'information
6. Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
7. Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

### **Les 7 nouveaux outils pour l'exercice de ces droits :**

1. Le livret d'accueil
2. La charte des droits et libertés de la personne accueillie
3. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge
4. La possibilité de recourir à une personne qualifiée pour aider l'utilisateur à faire valoir ses droits.
5. Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service
6. Le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers pour mieux associer les personnes accueillies à leur prise en charge.
7. Le projet d'établissement ou de service, valable au plus 5 ans, qui fixe les objectifs et les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

La loi 2002-2 c'est aussi :

- Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale (SOSMS) établis pour 5 ans. Ils déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale. Ils envisagent les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion ; la mise en place des réseaux coordonnés (conclusion de convention, création de GIE, fusion, ...) afin de garantir la continuité de la prise en charge.
- L'obligation pour chaque établissement ou service de procéder et de faire procéder à l'évaluation des activités et de la qualité de leurs prestations. Le rappel des règles éthiques et déontologiques et de la nécessité de se doter de procédures, de référentiel et recommandations de bonnes pratiques professionnelles validés par le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale.

## Les lois ultérieures

**Ordonnance du 24 juin 2004** : Elle a fusionné toutes les prestations qui constituaient le Minimum vieillesse dans la nouvelle allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Une double revalorisation de l'ASPA est intervenue en 2014 qui porte son montant mensuel maximum à 800 € pour une personne seule et 1 242 euros pour un couple de bénéficiaires.

### **La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées**

Après la canicule de 2003 qui avait mis au jour les insuffisances de l'accompagnement des personnes âgées en France, une journée de solidarité a été mise en place pour financer une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Depuis son instauration en 2004 et jusqu'en 2014, la journée de solidarité, initialement fixée au lundi de Pentecôte, a rapporté au total 23,5 milliards d'euros. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de gérer cette recette : la contribution solidarité autonomie (CSA).

### La CNSA

Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1er janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

Elle est chargée de :

- Participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile.
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quel que soit l'âge et le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques.
- Assurer une mission d'information et d'animation de réseau.
- Assurer un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

En 2014, 2,43 milliards d'euros ont été collectés par les employeurs publics et privés. La CNSA les a redistribués de la manière suivante :

1,458 milliard d'euros au bénéfice des personnes âgées

486 millions d'euros ont été versés aux conseils départementaux pour le financement de l'APA

948 millions d'euros ont été alloués aux établissements et services médico-sociaux accueillant ce public

24 millions d'euros pour contribuer au financement du plan d'aide à l'investissement (PAI), qui permet aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées de se moderniser.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, la CSA est étendue aux retraités, avec l'entrée en vigueur de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Assise sur les pensions de retraite, d'invalidité ainsi que sur les préretraites, cette taxe étend l'effort de solidarité aux retraités assujettis à l'impôt sur le revenu. En 2014, elle a rapporté 684 millions d'euros.

**Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et au territoire (HPST)**

La mesure phare de la loi est la création des Agences régionales de santé (ARS) qui se substituent aux Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS, DDASS), à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), au Groupement régional de santé publique (GRPS), à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), à la Mission régionale de santé (MRS), et à la Cram rebaptisée Carsat (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail).

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, elles sont les nouveaux interlocuteurs des EHPAD, en matière de soins, dans le champ sanitaire et médico-social. Les ARS gèrent la répartition de l'enveloppe régionale notifiée par la CNSA, dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les ARS ont compétence pour lutter contre la maltraitance et pour promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux (ESMS).

Les innovations de la loi HPST

- Modification des modalités de création, de transformation et d'extension des établissements sociaux et médico sociaux : ceux-ci sont désormais soumis à une procédure d'appel à projet.
- Introduction du schéma régional d'organisation médico-social. Il se substitue ainsi aux comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms)
- Evolution des règles budgétaires régissant les établissements en prévoyant la conclusion de CPOM (contrat pluri annuel et d'objectifs et de moyens).
- Création de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance). Installée le 26 octobre 2009, sa mission consiste à accompagner les établissements pour « *améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils leur permettant d'améliorer et de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier, et d'accroître leurs performances en maîtrisant leurs dépenses* ».

**Loi relative à la délimitation des régions** : La loi substitue à compter du 1er janvier 2016 aux 22 régions métropolitaines existantes 13 régions constituées par l'addition de régions sans modification des départements qui les composent.

Ce nouveau découpage a pour objectif de constituer des régions plus fortes afin d'engager des coopérations interrégionales en Europe et de réaliser des gains d'efficacité.

**Loi pour une nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe)** (mise en œuvre 2016) : La loi réorganise les compétences entre collectivités avec suppression de la clause de compétence générale pour les départements. La loi renforce le rôle de la région en matière de développement économique. La région aura également la charge de l'aménagement durable du territoire.

Le département reste responsable des compétences de solidarité.

## **Les axes principaux de la loi ° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**

### Priorité au maintien à domicile et plan d'adaptation des logements

140 millions d'euros seront consacrés à des actions collectives de prévention et au financement des aides techniques. Aujourd'hui, 6% seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne de personnes en perte d'autonomie. 450 000 chutes ont lieu chaque année, dont 62% à domicile, entraînant 9 000 décès par an.

Prévention de l'isolement et du suicide des personnes âgées : mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (MONALISA) ; plan national de prévention du suicide des personnes âgées

### Aménagement des villes

Il s'agit de faire entrer les villes dans la dynamique « Ville amie des aînés » de l'Organisation Mondiale de la Santé et définir des « quartiers amis de l'âge » (réunissant commerces, services publics, logements adaptés, transports et aménagement de l'espace). Intégrer les problématiques du vieillissement aux programmes locaux d'habitat et aux plans de déplacement urbain pour les transports.

Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, Les plafonds de l'APA seront valorisés afin d'augmenter le niveau d'aide des personnes âgées à domicile : jusqu'à une heure d'aide à domicile supplémentaire par jour pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1), une heure par semaine pour les personnes avec une perte d'autonomie réduite (GIR 4).

Soutien des proches aidants : reconnaissance des proches aidants dans le Code du travail : le congé de soutien familial devient un congé de proche aidant.

Meilleure information des personnes âgées. Création en juin 2015, du nouveau portail national d'information et d'orientation des personnes âgées<sup>160</sup>. Il répond à une demande forte des personnes âgées et de leurs proches, souvent désorientés par la masse d'informations disponibles sur la perte d'autonomie et ses solutions. Il propose des outils pratiques pour guider les personnes âgées dans leur parcours : un annuaire des établissements et des services ; un simulateur permettant d'estimer le montant du «reste-à-charge » mensuel pour une place en EHPAD. Une plate-forme téléphonique d'information vient compléter le dispositif.

### Reconnaissance de la place des personnes âgées dans la société

Plusieurs mesures sont prévues :

- Création d'un « volontariat civique senior » témoignant de la reconnaissance républicaine envers l'engagement citoyen et associatif des âgés.
- Promotion de la grand-parentalité active avec la possibilité donnée aux grands-parents d'être associés à la gestion des crèches parentales.
- Création d'un label garantissant la qualité de la cohabitation intergénérationnelle.
- Mise en œuvre d'initiatives de transmission intergénérationnelle : Journée nationale de la solidarité intergénérationnelle dans le système éducatif pour favoriser par exemple les échanges entre résidents en maisons de retraite et écoliers.

---

<sup>160</sup> [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)



## **5. Les principaux programmes et plans**

### **Le plan Vieillesse et solidarités 2004/2007**

Annoncé en novembre 2003 suite de la canicule de l'été 2003 par Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, le plan « Vieillesse et solidarités » visait à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées. Le plan d'action en faveur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes était décliné en quatre volets principaux : la pérennisation du dispositif de l'Apa par la stabilisation de la contribution de l'Etat aux départements ; le soutien au maintien à domicile par l'augmentation du nombre de places de Ssiad, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, la mise en place d'un plan d'alerte et de veille pour les personnes âgées isolées, la création de mesures incitatives en faveur de l'accessibilité et de l'adaptation des logements, du « bien vieillir », de la prévention et de l'accompagnement des aidants familiaux ; la modernisation et la médicalisation des établissements par le recrutement de 15 000 personnels soignants supplémentaires et la création de places nouvelles en Ehpad ; le développement des services gériatriques rassemblant toutes les compétences de la filière de soins gériatriques et la généralisation de consultations préventives dispensées dans les hôpitaux.

### **Le plan national Bien vieillir 2007 /2009**

Les objectifs généraux du plan « Bien vieillir » cherchent à promouvoir des comportements favorables à la santé grâce au maintien d'activités physiques sportives, et à une alimentation adaptée. Il s'agit aussi d'améliorer les stratégies préventives, de susciter la participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en veillant à consolider les liens entre les générations. Enfin, l'accent a été mis sur les concepts de projet de vie et d'adaptation aux changements.

Concernant la promotion de la solidarité entre les générations, l'objectif est d'inciter les seniors à participer activement à la vie sociale. La solidarité entre les générations doit devenir un élément structurant du lien social. La promotion de toutes les actions intergénérationnelles qui permettent de se rencontrer, de vivre ensemble, de se comprendre, doit être enracinée dans le contexte local et l'animation des territoires.

Jean-Pierre AQUINO, gériatre, médecin de santé publique et président du comité de pilotage du plan national « Bien vieillir » résumait ainsi les enjeux de ce plan : « Bien vieillir » n'est-il pas finalement un compromis réussi entre la personne, la société et les pouvoirs publics ? La société doit réfléchir à la représentation qu'elle donne de la vieillesse et à la place qu'elle réserve aux personnes âgées ».

## **Le plan Solidarité Grand Age 2007/2012**

Philippe Bas ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille (2005-2007) puis ministre de la Santé et des Solidarités (de mars à mai 2007) a présenté, en juin 2006, l'ensemble des mesures du Plan "Solidarité grand âge".

Parmi ses objectifs il entend donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles en développant les services de soins et d'aide à domicile, en soutenant davantage les aidants familiaux; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite.

Il prévoit aussi d'inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.

## **Les plans maladies neurodégénératives**

Ces dernières décennies ont été marquées par une prise de conscience collective du défi sociétal majeur que représentent les maladies neurodégénératives. Aujourd'hui, en France, plus de 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, plus de 150 000 sont touchées par la maladie de Parkinson et plus de 85 000 par la sclérose en plaques.

Après trois plans dédiés à la maladie d'Alzheimer, première maladie neurodégénérative en France, le gouvernement a décidé d'élargir le nouveau plan (PMND 2014-2019) à l'ensemble des maladies neurodégénératives. Le plan comprend 3 grandes priorités : Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades, simplifier le parcours du malade et de sa famille ; Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants ; Développer et coordonner la recherche médicale.

## **Le plan contre la maltraitance**

Le même ministre a annoncé en mars son plan de lutte et de prévention contre la maltraitance et de promotion de la "bienveillance" (terme à la mode appliqué aussi dans le domaine de la protection de l'enfance). Une agence nationale d'évaluation des établissements a été créée à cette fin. Les Français ont-ils alors raison de s'inquiéter de maltraitance de leurs aînés placés ? Pas vraiment. En janvier 2002, un rapport du professeur Michel Debout, membre du Conseil économique et social, alertait le ministère qui d'ailleurs prescrit aussitôt des mesures aux DDASS. Et par arrêté du 16 novembre 2002 était institué le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) fit un rapport sur le dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des handicapés et mit en avant un certain nombre d'obstacles dans le traitement des plaintes ainsi que la confusion des compétences entre l'Etat et les départements, l'absence de coordination entre la justice et les affaires sociales.

## **D'autres dispositifs spécifiques**

**MAIA**<sup>161</sup> : MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

Elle conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils, partager les actions et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

**PAERPA**<sup>162</sup> : Le dispositif PAERPA a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. Elle favorise la coordination entre les acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées afin de repérer les situations de risque de perte d'autonomie, de limiter le recours à l'hospitalisation et de mieux préparer le retour à domicile. Il est expérimenté par neuf ARS depuis septembre 2013, sur la base d'un cahier des charges national.

## **DES POLITIQUES EUROPEENNES**

### **AGE Plateforme Europe**

Créé en janvier 2001, le réseau européen AGE regroupe 150 organisations de personnes âgées de plus de 50 ans. Son objectif est de promouvoir les intérêts et la participation des 150 millions de citoyens européens de 50 ans et plus. AGE aspire à une société européenne ouverte à tous les âges, dans laquelle tous les citoyens jouissent de droits égaux et de bonnes conditions de vie : « l'égalité entre les âges sera bénéfique non seulement pour les personnes âgées en tant que citoyens dont la sagesse et l'expérience sera valorisée mais elle servira aussi les intérêts de notre société vieillissante. » AGE souhaite promouvoir l'image des personnes âgées en tant que ressource, elle souligne que le vieillissement est souvent perçu comme une menace notamment en termes de financement des systèmes de protection sociale. Au contraire, les personnes âgées apportent de la valeur ajoutée à la société par leur implication à titre bénévole dans les domaines culturel, social, mais aussi par l'aide qu'ils apportent aux plus jeunes en partageant leurs revenus et leurs temps.

AGE a aussi pensé la question de l'inclusion sociale des personnes âgées. Elle recommande de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale chez les personnes âgées en garantissant un revenu minimum adéquat.

---

<sup>161</sup> Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

<sup>162</sup> Parcours de Santé des Personnes Agées en risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

AGE préconise aussi la promotion du bien-être individuel et la qualité de vie à tous les âges par un accès universel aux services de base.

## **2012, le vieillissement actif et la solidarité intergénérationnelle**

En 2012, la Commission Européenne a consacré l'année au thème du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnel (EY2012), durant laquelle s'est organisé un certain nombre d'initiatives nationales et européennes.

Le choix de ce thème avait pour objectif d'impulser des actions et des débats sur la possibilité d'offrir aux personnes âgées de travailler plus longtemps, de participer à la vie en société et de conserver leur autonomie. La solidarité est nécessaire pour garantir le maintien des travailleurs âgés sur le marché du travail en valorisant les différentes générations de travailleurs, mais également dans le cadre de la vie privée, en permettant aux personnes âgées de contribuer, comme aidant bénévole ou professionnel, aux charges des familles dans la perspective de concilier la vie privée et la vie professionnelle. En 2012, en clôture de cette Année, le Conseil de l'UE a adopté 19 principes relevant chacun d'un des trois volets de cette Année européenne : l'emploi, la participation à la société et la vie indépendante

En septembre 2014 la Commission a adopté un rapport, se félicitant des résultats<sup>163</sup>. Mais l'Institut de la protection sociale européenne regrette que la problématique de la solidarité intergénérationnelle ait été très secondaire par rapport à celle du vieillissement actif. « Les questions du renouvellement des solidarités entre générations ont été quasi exclusivement pensées du point de vue du bénéfice pour les personnes âgées, alors que ces solidarités devraient être repensées et renforcées dans les deux sens, dans une période où les jeunes sont particulièrement touchés par la précarité.<sup>164</sup> » Ce thème de la solidarité entre générations a été vu davantage sous l'angle économique que social<sup>165</sup>.

---

<sup>163</sup> Rapport de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions sur la mise en œuvre, les résultats et l'évaluation globale de l'Année européenne 2012 du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, octobre 2014

<sup>164</sup> <http://www.euroipse.org/la-commission-fait-le-bilan-de-lannee-europeenne-2012-du-vieillissement-actif-et-de-la-solidarite-intergenerationnelle/>

<sup>165</sup> Audrey Tourniaire-Kashari, « *Les enjeux du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations dans l'Union européenne* ». Informations sociales 2014/3 (n° 183)

## 6. L'offre : les établissements pour personnes âgées

### France : Établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31/12/2011 (source INSEE)

Catégorie d'établissement	Structures		Places installées	
	nombre de structures	dont EHPAD en %	nombre de places	dont EHPAD en %
Logements-foyers	2 559	12,7	128 666	15,4
Logements-foyers privés à but lucratif	89	6,7	4 178	12,4
Logements-foyers privés à but non lucratif	688	11	33 884	12,1
Logements-foyers publics	1 782	13,7	90 604	16,7
Maisons de retraite	7 225	95,4	555 773	98,3
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 768	94,1	120 007	97,7
Maisons de retraite privées à but non lucratif	2 311	92,2	160 436	96,7
Maisons de retraite publiques	3 146	98,4	275 330	99,4
Unités de soins de longue durée (USLD)	608	84	34 187	76,8
Autres établissements (1)	89	27	1 857	35,7
Total	10 481	74	720 483	82,3

	Places de maison de retraite, Logements de logements-foyers, places d'hébergement temporaire	Lits médicalisés Lits d'EHPAD Lits de soins de longue durée
France	122,0/1000	98,8/1000
Indre-et-Loire	121,8/1000	96,0/1000

### Répartition Public/PNL/lucratif

Public	PNL	Privé
44 %	31 %	25 % <i>Entre 2005 et 2008, 70 % des nouvelles places créées en France l'ont été dans le secteur privé.</i>

## Augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes

En 2040, on devrait compter entre 1,7 et 2,2 millions de personnes âgées dépendantes<sup>166</sup>, contre 1,2 million début 2012. En 2060, le taux de dépendance oscillerait entre 7,8 et 11,4%.

Dépendance et âge = recul de l'âge de la dépendance <sup>167</sup>	Taux de dépendance à 90 ans
2013	53%
2020	45%

## Où vivent les personnes âgées ?

INSEE 2009	Vivant en couple		En institutions		Non seules Autres cas		Vivant seules	
	plus de 60 ans	plus de 75 ans	plus de 60 ans	plus de 75 ans	plus de 60 ans	plus de 75 ans	plus de 60 ans	plus de 75 ans
Indre et Loire	64.2	49	4.8	9.8	2.9	3.5	28.1	37.7
France	62.4	46.5	4.6	9.4	4.3	5.4	28.6	38.7

## Age moyen d'entrée en EHPAD

Age moyen d'entrée en EHPAD <sup>168</sup>	1990	2013
Age moyen	80.2	85

<sup>166</sup> "Projection du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060", Document de travail de la Drees n°23, ministère de la santé, septembre 2011.

<sup>167</sup> INSEE Centre info février 2012

<sup>168</sup> Observatoire des EHPAD KPMG 2014

## Le taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus<sup>169</sup>

France chiffres 2011/2012	Nb de places en EHPAD en 2011	Nb habitants	Taux d'équipement pour 1000 habitants	Nb de personnes âgées de plus de 75 ans en 2012	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus
France	555 773 places	65 340 000	8.50	5 775 000	<b>96.24</b>

Indre et Loire chiffres 2012/2013	Nb de places en EHPAD en 2013	Nb habitants	Taux d'équipement pour 1000 habitants	Nb de personnes âgées de plus de 75 ans en 2012	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus
Indre et Loire	6055 places	596 937	10.14	61 208	<b>98.92</b>

Tours et Agglomération	Nb de places en EHPAD	Nb habitants en 2015	Taux d'équipement pour 1000 habitants	Nb de personnes âgées de plus de 75 ans en 2012	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus
Tours	1 131 places	<b>138 323</b>	8.17	13 721	82.42
				12 915 (2007 <sup>170</sup> )	81.57 (2007)
<b>TOTAL Agglomération</b>	2 989 places	<b>296 506</b>	10.08	25 492 (chiffres 2007)	117.25 (2007)

<sup>169</sup> Sources : Drees/ARS/DRJSCS, Statiss 2014 pour les places d'hébergement et Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2014 (janvier 2015)

<sup>170</sup> Ces chiffres sont des indications, mais sont à prendre avec précautions puisque les données sont recueillies sur des années différentes (2007/2015/2012)

## **7. Coût d'une place en EHPAD et paupérisation des personnes âgées**

### **I - Comprendre : Le reste à charge pour les résidents**

Le coût global d'une place en EHPAD est composé de 3 tarifs.

#### **1- Le tarif hébergement**

En cas de ressources insuffisantes, les frais entraînés par une prise en charge en EHPAD peuvent, selon les cas, être compensés en partie ou en totalité par différentes aides.

Aide sociale à l'hébergement (ASH): sous réserve que la structure soit habilitée à l'aide sociale, un résident peut bénéficier de cette aide pour la prise en charge du tarif hébergement lorsque ses ressources ne lui permettent pas de couvrir les frais d'hébergement et que les obligés alimentaires, c'est-à-dire les descendants de la personne âgée, ne peuvent contribuer au financement des dépenses du résident.

Aide personnalisée au logement (APL) : sous réserve que la structure soit conventionnée APL, cette aide est versée sous conditions de ressources par la CAF (Caisse d'allocations familiales) directement à l'établissement ; elle varie selon le montant du tarif hébergement et selon les ressources du résident. Si l'établissement n'est pas conventionné à l'APL, le résident, sous conditions de ressources, peut prétendre à l'Allocation logement social (ALS) qui lui est directement versée.

#### **2- Le tarif dépendance**

Concernant la dépendance, l'« Aide personnalisée d'autonomie » (APA) est versée par le Conseil Général aux personnes de plus de 60 ans en fonction du degré de perte d'autonomie. Seules les personnes en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA pour couvrir une partie du tarif dépendance (le ticket modérateur correspondant aux GIR 5 et 6 reste toujours à la charge du résident).

#### **3- Le tarif soins**

Concernant le « tarif soins », aucune aide n'est nécessaire. Cette dotation est directement financée par l'assurance maladie. Les consultations des médecins généralistes ou spécialistes de ville ne sont pas incluses dans ce tarif et sont donc à sa charge (les règles de remboursement étant alors pour ces consultations les mêmes que si le résident vivait à son domicile).

#### **4- Des dépenses supplémentaires imposées aux résidents**

Certaines dépenses ne sont pas toujours incluses dans le tarif hébergement. Le magazine Le particulier, dans son édition de septembre 2010, donne quelques exemples avec des tarifs pouvant aller jusqu'à 29 euros pour la pédicure, jusqu'à 102 euros par mois pour louer une télévision ou 120 euros pour l'installation du téléphone dans sa chambre.



## **FOCUS : L'AIDE SOCIALE EN ETABLISSEMENT**

Cette aide sociale permet au résident d'un établissement, de bénéficier partiellement de la prise en charge de ses frais d'hébergement. L'établissement d'accueil doit être habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par le Conseil départemental.

Dans ce cas le résident peut à tout moment faire une demande d'aide sociale, s'il ne peut pas acquitter ses frais de séjour.

Quand l'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale, le résident peut, malgré tout, en faire la demande s'il réside dans cet établissement depuis plus de 5 ans et qu'il ne peut plus acquitter ses frais de séjour.

Pour la constitution du dossier, le demandeur ainsi que tous ses obligés alimentaires sont invités à justifier de leurs ressources et de leurs charges.

Le Président du Conseil départemental de l'Indre-et-Loire fixe le montant de l'aide sociale et la contribution globale des obligés alimentaires.

L'aide sociale est subsidiaire, elle est donc versée après paiement des frais de séjour et de dépendance par la personne âgée, à hauteur de 90 % de ses ressources, complétées par la contribution des obligés alimentaires.

Le montant financé par l'aide sociale, en complément de l'obligation alimentaire, est une avance sur la succession de la personne âgée. Elle sera récupérée dès le 1er euro. Les donations, legs ou assurances-vie de moins de 10 ans feront également l'objet d'une récupération.

## **II – La paupérisation des personnes âgées**

### **Pauvreté : définition**

D'après la définition de l'INSEE un individu ou un ménage est considéré pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France le seuil de pauvreté est évalué par l'INSEE à 60% du revenu médian. Concrètement, étant donné que le niveau de vie médian est actuellement de 1.645 euros par mois, le seuil de pauvreté est de 987 euros. On dit qu'il s'agit d'une définition relative de la pauvreté car elle dépend du niveau de vie de l'ensemble de la société.

### **Pauvreté et vieillesse : paradoxes**

Les pensions de retraite constituent la partie la plus importante des ressources des personnes âgées (87%), elles peuvent être complétées par des revenus du patrimoine (5%), des revenus d'activités (4%)

pour les couples comptant un retraité et un actif, et des prestations sociales (3% mais 18% pour les plus pauvres).

Disparités -Le taux de pauvreté varie selon la composition du ménage. Si les couples composés de deux retraités sont peu concernés par le risque de pauvreté, les personnes vivant seules le sont davantage. En particulier les veuves n'ayant jamais travaillé et bénéficiant uniquement d'un droit dérivé.<sup>171</sup>

La Fondation Abbé Pierre dénonce le grand retour de la précarité, en particulier pour les personnes âgées qui seraient 900 000 sous le seuil de pauvreté, dont 600 000 sous le minimum vieillesse.

Leur retraite s'élève, en moyenne, à 619 € pour les hommes « et 485 € pour les femmes ». Comment vivre avec si peu ? Être propriétaire ne signifie pas être à l'abri : parmi ces vieux pauvres, « 84 % sont propriétaires de leur logement » Mais un logement isolé, devenu inadapté, « voire insalubre ».

#### **FOCUS - LE MINIMUM VIEILLESSE**

Le minimum vieillesse était un dispositif qui garantissait à une personne âgée disposant de faibles revenus, un niveau minimum de ressources. Depuis 2006, le minimum vieillesse a été simplifié en une prestation unique : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Seules les personnes qui bénéficiaient des allocations du minimum vieillesse avant 2006 ou qui ont commencé à en bénéficier en 2006 (avant que les textes relatifs à l'Aspa soient applicables) peuvent continuer à les percevoir si elles n'ont pas demandé à bénéficier de l'Aspa.

En 2016, les montants de l'Aspa sont pour une personne seule sans ressources de 800 euros par mois et pour deux personnes 1 242 euros par mois. Pour percevoir l'Aspa, les plafonds de ressources ne doivent pas dépasser certains seuils : 9 600 euros par an pour une personne seule et 14 904 euros par an pour deux personnes.

L'ASPA est une prestation différentielle. Ainsi une femme qui vit seule et perçoit une retraite personnelle de 250€ par mois ne percevra pas 800 € d'ASPA mais 550 euros, et disposera au total de 800€ par mois.

#### ***Le non recours à l'aide sociale***

Alors que le minimum vieillesse a pour effet d'assurer aux personnes de 65 ans et plus résidentes en France un niveau de vie proche des seuils de pauvreté définis par l'INSEE, une proportion non négligeable de personnes âgées vit au-dessous de ces seuils de pauvreté. Ceci suggère que certaines personnes âgées ne recourent pas au minimum vieillesse alors qu'elles y sont éligibles.

On peut proposer 3 explications possibles au non-recours.

Les deux premières sont liées au fait que le minimum vieillesse est quérable. Certaines personnes éligibles au minimum vieillesse ignoreraient leurs droits. D'autres renonceraient à demander le minimum vieillesse compte tenu de la lourdeur des démarches administratives ou par peur de la stigmatisation. Une troisième cause possible de non-recours au minimum vieillesse est liée à la récupération sur succession des

<sup>171</sup> Enquête 2001, DRESS, INSEE

sommes versées au titre de l'ASV et de l'ASPA, sur la part de l'actif net successoral excédant 39 000 € (à l'exclusion des biens agricoles). Ainsi, pour éviter la récupération sur succession, certaines personnes âgées ayant des héritiers et possédant un patrimoine supérieur à 39 000 € pourraient ne pas recourir au minimum vieillesse.

### **III - Problème : Les EHPAD inaccessibles ?**

L'entrée en EHPAD a un coût très élevé parfois hors de portée. Les personnes n'ont pas envie de vendre leur petit patrimoine, n'ont pas envie de peser sur leurs descendants...

Certaines personnes âgées, sont obligées de quitter leur EHPAD parce que les familles ne peuvent plus payer. La retraite de ce monsieur est de 670 euros et l'EHPAD coute 1500. Quand la famille a épuisé le compte en banque et vendu le patrimoine, la différence pèse sur le budget des enfants et petits-enfants. Alors, certaines familles reprennent la personne à domicile, pas forcément pour son bien.

#### **Le coût d'une place en maison de retraite : Trop cher**

La charge nette moyenne serait est de l'ordre de 1 800 euros, le minimum se situerait à 850 euros et le maximum à 3 700 euros. Ce coût est supporté par les résidents ou leur famille, les conseils départementaux et l'assurance-maladie. Seules 39 % des personnes âgées pourraient payer elles-mêmes leur maison de retraite. Parmi celles-ci, 25 % seraient tout de même obligées de « vendre tout ou partie de leur patrimoine ».

#### **LES EHPAD priorisent ceux qui peuvent payer**

Même quand ils sont habilités à l'aide sociale les EHPAD préfèrent entre deux résidents choisir celui qui pourra payer. Car l'aide sociale à l'hébergement est un manque à gagner.

Sans vouloir faire de caricature certains EHPAD privés font de gros profits. Les redevances aux résidents sont parfois chères sans que la qualité des prestations soit à la hauteur. Par ailleurs, les EHPAD sont un des investissements les plus rentables dans l'immobilier. Oubliant bien vite que l'on parle d'êtres humains, de nos parents et grands-parents, le site internet defiscalisation-ehpad.fr se réjouit que le nombre des plus de 85 ans va presque doubler d'ici 2020. Parlant d'un marché connaissant un développement très important, il rappelle que l'investissement dans un EHPAD est l'un des meilleurs avec une rentabilité de 5 à 6 %.

#### **Pour demain des EHPAD low cost ?**

Se rendant compte qu'une forte partie de la population n'a pas les moyens de « bénéficier des prestations des établissements privés», le président d'un grand groupe parle d'ouvrir « des maisons de retraite low-cost. » La réponse à la précarité des personnes âgées serait le low cost, la prise en charge à deux vitesses. D'un côté des EHPAD 4 étoiles, de l'autre, des toilettes chronométrées, des plateaux repas ?

## 8. Données démographiques

Il est nécessaire de disposer d'informations démographiques pour anticiper l'évolution des attentes et des besoins et mesurer l'adéquation avec l'offre existante.

### Evolution démographique des 80 ans et plus entre 2012 et 2040<sup>172</sup>

Nb des personnes de plus de 80 ans	2006 % de la population	2012	2040	Evolution entre 2012 et 2040
France	4.7%	3 524 258	6 825 276	+94%
Région Centre	5.5%	164 426	308 289	+87%
Indre et Loire <sup>173</sup>	5.4%	37 101	74 060	+ 100%
Ville de Tours	5,9% 8079 personnes	/	/	

### Données cantonales 2009

	Moins de 20 ans	65 ans et plus	85 ans et plus Nombre	%
Ballan-Miré	24.8	14.5	545	2.18
Chambray	23.6	16.3	564	2.63
Joué les Tours	23.4	18.9	762	2.12
Luynes	26.7	16	517	2.35
Saint Avertin	24.3	17.3	289	2.07
Saint Cyr sur Loire	19.2	22.4	569	3.57
Saint Pierre des Corps	25.2	18.8	404	2.63
Tours	22.6	16.9	4 118	3.05
<b>Indre et Loire</b>	<b>24.2</b>	<b>18</b>	<b>16 448</b>	<b>2.8</b>

### Projections de population

Projection au 1 <sup>er</sup> janvier 2020	ensemble	Moins de 20 ans	20 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
Département	631 633	149 920	306 227	109 678	65 808
%		23.7	48.5	17.4	10.4
Projection à l'horizon 2040 <sup>174</sup>	Moins de 20 ans	60 ans /79	80 ans et plus		
	<b>2007</b>	<b>2040</b>	<b>2007</b>	<b>2040</b>	<b>2007</b>
France	24.8	22.4	16.6	21.3	9.7
Région	24.3	22.3	17.9	22.5	11
Indre et Loire	24.4	22.4	17.2	21.2	10.8

<sup>172</sup> Observatoire Cap retraite 2014

<sup>173</sup> Le département d'Indre et Loire représente 23,18% de la population de la région Centre

<sup>174</sup> Source INSEE Omphale 2010

	progression de 2012 à 2020	Plus de 75 ans	Progression du nb de personnes dépendantes
<b>Région Centre</b>	22,47%	10,25%	<b>13.6%</b>
<b>Indre-et-Loire</b>	+ 25,75%	+ de 16,32%	<b>17.6%</b>

Source Insee	Pop 1990	Part 1990 %	Pop 2005	Part 2005 %	Pop 2030	Part 2030 %
Population de plus de 60 ans	105 347	19.9	124 884	22.0	195 878	32.6
60-74 ans	65 826	12.4	74 390	13.1	111 838	18.6
75-84 ans	29 897	5.6	38 181	6.7	59 555	9.9
85 ans et plus	9 624	1.8	12 313	2.2	24 485	4.1
Population totale du département	529 416	/	567 794	/	600 607	/

INSEE Projection sur 2030	Bassin de Tours	Bassin de Loches	Bassin de Chinon	Département
Pour 100 jeunes de moins de 20 ans				
En 1990	63 seniors	110 seniors	89 seniors	71 seniors
En 2005	83	133	111	91 seniors
En 2030	140 seniors	277 seniors	213 seniors	
Part des seniors de plus de 60/74 ans en 2005	12,3%	16,7%	15,3%	
Part des seniors 60/74 ans en 2030	17%	26,9%	24%	
Part des seniors de plus de 60 ans en 2030	29.9%	46%	40.4%	
Part des seniors de plus de 75 ans en 2005	8,1%	12,1%	11,1%	
Part des plus de 75 ans en 2030	13,3%	18%	16,2%	14%

## La population du Bassin de Tours

La ville compte 133 633 habitants, et est au centre d'une unité urbaine de 347 600 habitants (chiffres 2011). Elle-même noyau d'une aire urbaine de 480 400 habitants.

La Ville de Tours est comptabilisé par l'INSEE dans le bassin démographique Tours Amboise.

La communauté d'agglomération de Tours est composée de 14 communes englobées dans le SCOT de Tours, qui en compte 40, lui-même compris dans l'aire urbaine<sup>175</sup> de Tours regroupant 80 communes.

### **Les plus de 55 ans sont 37 433 soit 27.7% de la population tourangelle en 2012.**

Population totale <sup>176</sup> par sexe et âge en 2012	Hommes	Femmes	Ensemble	%
Moins de 3 ans	2 299	2 190	4 489	
3 à 5 ans	1 927	1 967	3 893	
6 à 10 ans	2 925	3 063	5 988	
11 à 17 ans	4 423	4 354	8 777	
18 à 24 ans	11 226	13 681	24 907	
25 à 39 ans	14 138	13 569	27 707	
40 à 54 ans	10 450	11 333	21 783	
55 à 64 ans	5 996	7 615	13 611	10.08%
65 à 79 ans	5 802	8 852	14 654	10.86%
80 ans ou plus	2 894	6 273	9 168	6.79%
Ensemble	62 081	72 897	134 978	

### **Nombre d'habitants par classe d'âge à Tours en 2011 (source INSEE)**

Données 2011	Tours : nombre habitants	% de la population	Moyenne des villes
Moins de 15 ans	19 202	14,3 %	18,6 %
15 - 29 ans	40 330	30,0 %	13,9 %
30 - 44 ans	23 880	17,7 %	19,7 %
45 - 59 ans	21 398	15,9 %	21,9 %
60 - 74 ans	16 103	12,0 %	16,2 %
75 ans et plus	13 721	10,2 %	9,7 %

<sup>175</sup> Définition aire urbaine : ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave constitué par un pôle urbain et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou des communes attirées par celui-ci.

<sup>176</sup> Sources : Insee, Recensement de la population 2006 et 2011

## 9. Présentation du quartier des bords de Loire

### Le quartier Champ de Mars et le quartier Lasalle

Tours fut longtemps une ville de casernes. La fermeture des casernes a libéré un espace foncier important et ont permis une profonde requalification urbaine. Le quartier Lasalle et le champ de Mars avec huit hectares de terrains, ont été le théâtre de constructions nombreuses.

Ce déclassement des quartiers militaires, permet de construire sur sa partie ouest, la nouvelle usine Mame qui s'installe sur trois hectares.

Le Champ de Mars était un terrain de manœuvres des militaires. Il était aussi le lieu de diverses activités comme le marché aux bestiaux chaque semaine, ou l'organisation de festivités. Après la seconde guerre mondiale, la mairie envisagea d'ériger sur le Champ de Mars un complexe sportif. Ce projet fut avorté face à la pénurie de logements dans la ville. En 1950, il fut décidé de construire une centaine de logements sociaux.

De nos jours, il ne reste pas grand-chose de cette époque militaire. Seule la toponymie des rues rappelle aujourd'hui la présence de l'armée dans ce quartier : Rue du commandant Bourgoin, Allée du général Verneau, rue du 501<sup>e</sup> régiment de chars de combat.

La topographie garde également la trace du Champ de Mars. En effet, la trame urbaine conserve une forme triangulaire (composée par le boulevard Preuilly, l'avenue Proudhon et la rue du docteur Chaumier), héritière des installations du Champ de Mars et du quartier Lasalle.

Nouveau quartier prioritaire<sup>177</sup>, le quartier des Bords de Loire appartient aux plus vieux quartiers d'habitat social de la ville de Tours. Il s'est constitué sans plan d'ensemble, sur l'emprise d'une ancienne caserne. Il accueille aujourd'hui en son centre un important projet de renouvellement urbain sous la forme d'un quartier mixte organisé autour de l'ancienne imprimerie Mame, accueillant la nouvelle école supérieure des Beaux-Arts. Les principaux enjeux sur ce secteur concernent le devenir du supermarché et de la station-service, situés au cœur du quartier et en continuité du projet Mame, et la requalification des groupes d'habitat social et des espaces publics implantés sur le pourtour du quartier prioritaire.

Le quartier est l'un des plus pauvres de la Ville. La médiane des revenus y est basse. Le revenu médian par unités de consommation est de 14213 euros<sup>178</sup>, alors que celui de Tours est de 17 969 euros.

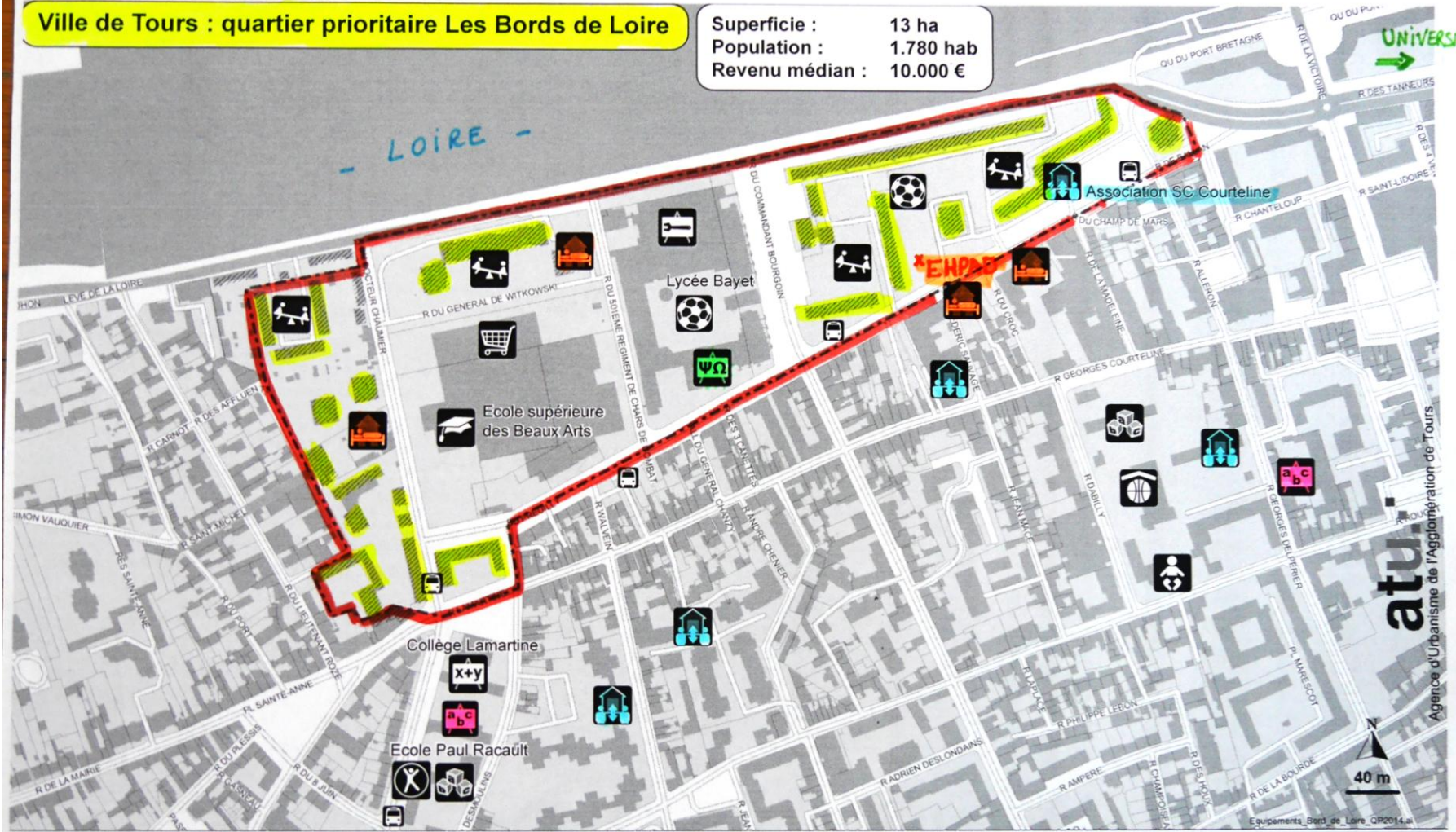
---

<sup>177</sup> Source Contrat de ville 2015 2020 Communauté d'agglomération Tours plus

<sup>178</sup> Direction Générale des Impôts 2009 – Traitement INSEE

**Ville de Tours : quartier prioritaire Les Bords de Loire**

Superficie : 13 ha  
 Population : 1.780 hab  
 Revenu médian : 10.000 €



Equipements administratifs et sociaux	Enseignement supérieur	Ecole maternelle	Aire de jeux, boulodrome	Quartier prioritaire (Décret du 30/12/2014)
Hôpital, clinique	Lycée	Ecole primaire	Centre commercial	<b>* EHPAD COURTELINE</b>
Foyer, résidence pour personnes âgées, EHPAD	Collège	Salle de sports	Logements sociaux	
Crèche, halte-garderie	Centre de formation des apprentis	Terrain de sports	Arrêt de bus	

Sources : DGI, Cadastre ; atu, SIG ; Ville de Tours, Guide pratique géolocalisé



## 10. Profil des résidents de l'EHPAD Courteline

### Origine géographique du public

	2013	2015
Indre et Loire	75	81
Hors département	Nièvre = 1 Nord = 1 Loir et Cher = 1	Loiret = 1 Seine Maritime = 1 Maine et Loire 1 Charentes = 1

### Age du public accueilli

	Septembre 2010	Septembre 2015
60/69	3	
70/79	3	
80/89	25	
90/99	27	
100 et plus	3	
Age moyen Femme		89.17
Age moyen Homme		87.75
Age moyen Total	87,8 ans	88,91

### Sexe du public accueilli

	Septembre 2010	Septembre 2015	Taux en septembre 2015
Femmes	52	70	82.35
Hommes	9	15	17.65
Total	61	85	

### Niveau de dépendance

	Coefficient de pondération	Novembre 2010 En nb	%	Juillet 2015	%
GIR 1	1000	10	16.67%	11	13%
GIR 2	840	9	15%	17	20%
GIR 3	660	6	10%	6	7%
GIR 4	420	7	11.67%	26	30.5%
GIR 5	250	8	13.33%	8	9.4%
GIR 6	70	20	33.33%	13	15.3%
<b>GMP</b>		<b>456</b>		<b>506</b>	

### La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour est égale au nombre total de mois passés depuis leur date d'admission pour les résidents sortis en 2012, rapporté au nombre de résidents sortis en 2012.

La durée moyenne de séjour est de 3,81 ans pour les EHPAD PNL et de 3,43 ans pour les EHPAD Publics.

La durée moyenne de séjour à l'EHPAD Courteline est sensiblement plus longue que dans les EHPAD PNL, elle atteint 4.80 ans

### Durée de séjour (données de septembre 2015)

	Date d'arrivée	Nb de résidents	Durée du séjour en année
1981	01/06/1981	1	34
1988	21/03/1988	1	27
1995	02/05/1995	1	20
1996	22/10/1996	1	19
1997	12/02/1997	1	18
1998	05/09/1998	2	17
2000	02/06/2000	1	15
2003	20/10/2003	1	12
2004	07/12/2004	1	11
2005	22/03/2005	4	10
2007	12/05/2007	4	8
2010	30/01/2010	3	5
2011	11/01/2011	14	4
2012	20/01/2012	8	3
2013	17/01/2013	6	2
2014	20/02/2014	15	1
2015	16/01/2015	20	<1
TOTAL		84	
Durée moyenne en années			4.80

### Taux d'occupation

	2009	Mai 2015	Septembre 2015
Nb de places autorisées	90	90	90
Nb de places installées	65	89	89
Nb de résidents	65	79	85
Taux d'occupation en %	72.22	87.77	94.44

### Pathologies du public accueilli

Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante. Les EHPAD Publics ont un PMP moyen supérieur au PMP des EHPAD PNL (PMP moyen à 172 pour les EHPAD PNL contre 187 pour les EHPAD Publics<sup>179</sup>). La moyenne nationale se situe autour de 180.

Pathologies du public accueilli : en septembre 2015 le PMP de la Résidence Courteline est de 140.

	Septembre 2010	Septembre 2015
PMP : Points Pathos Moyen Pondéré	114	140

<sup>179</sup> Observatoire des EHPAD KPMG 2014

## 11. Présentation des ressources humaines – EHPAD Courteline

L'EHPAD emploie 44 personnes ce qui représente 42.37 ETP.

Le taux d'encadrement global se définit comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein par rapport au nombre de résidents accueillis. Toutes les fonctions présentes dans l'EHPAD, à savoir les salariés appartenant aux pôles administratifs, de restauration, d'animation, d'hébergement et de soins sont prises en compte dans le calcul du taux d'encadrement global

### Pyramide des âges

Age des personnels	20-25 ans	25-30	30 - 35	35-40	40-45	45 -50	50-55	55 - 60	Plus de 60 ans	TOTAL
Date de naissance	Entre 1995 1990	1990 1985	1985 1980	1980 1975	1975 1970	1970 1965	1965 1960	1960 1955	Avant 1955	
Nb d'agents	3	4	0	5	8	8	5	6	4	42

### Absentéisme

		Année 2014
<b>Heures d'absence</b>		8 084
<b>Moyenne en jour par agent</b>		27.49 jours
<b>% sur 76 608 heures (1824x4 2 agents)</b>		10,55
<b>Dont Maladie</b>	Personnel administratif	0
	Services généraux	0
	Médecin	0
	IDE	182
	AS	4060
<b>Dont Accidents du travail</b>	ASH	2943
	Personnel administratif	0
	Services généraux	0
	Médecin	0
	IDE	0
	AS	540
	ASH	0

## Personnel - Nature des emplois – Ratios d'encadrement

Nature des emplois	Personnes	Équivalents Temps Plein	Moyenne EHPAD PNL selon KPMG pour 100 places*	Correctif du Ratio prenant en compte un GMP d'environ 500
Direction	1	1,00		
Personnel administratif	2	2,00		
<b>Direction administration</b>		<b>3</b>	<b>4.03</b>	<b>3.4</b>
Lingères	2	2,00		
Agents de maintenance technique	2	1,50		
Cuisine	2	2,00		
<b>TOTAL Services généraux</b>	<b>3</b>	<b>5,50</b>	<b>4.89</b>	<b>4.15</b>
Animatrice	1	1,00		
<b>TOTAL Service animation</b>	<b>1</b>	<b>1,00</b>	<b>1.12</b>	<b>0.95</b>
ASH référente	1	0,90		
ASH Agents de service hôtelier en hébergement (jour et nuit)	7	7,00		
Agents de service en cuisine	2	2,00		
Agents de service hôtelier en salle à manger	2	2,00		
<b>TOTAL ASH</b>	<b>18</b>	<b>11.90</b>	<b>20.43</b>	<b>17.36</b>
AS / AMP (jour et nuit)	17	17,00		
<b>TOTAL AS AMP</b>		<b>17</b>	<b>22.40</b>	<b>19.04</b>
Infirmière coordinatrice	1	1,00		
IDE	3	2,57		
<b>TOTAL IDE</b>		<b>3.57</b>	<b>5.41</b>	<b>4.59</b>
Médecin coordonnateur	1	0,40		
<b>TOTAL Médecin</b>		<b>0.40</b>	<b>0.48</b>	<b>0.41</b>
Autres auxiliaires médicaux	0	0	0.55	
Pharmacien	0	0	0.15	
Psychologue	0	0	0.55	
<b>TOTAL ETABLISSEMENT</b>	<b>44</b>	<b>42,37</b>	<b>60.01</b>	<b>51</b>

\*Source KPMG Observatoire des EHPAD - 2014 - page 59



**En prenant en compte le GMP peu élevé de l'établissement on note la persistance d'un taux d'encadrement inférieur aux moyennes.**

## 12. Présentation de la résidence

### Un bâti exceptionnel



Les locaux sont constitués de deux bâtiments d'une surface de 7 578 m<sup>2</sup> édifiés sur un terrain d'une superficie globale de 3957m<sup>2</sup>.

Le bâtiment principal est composé de 10 niveaux : 2 sous-sols, 1 rez-de-chaussée et 7 étages. Il occupe 6 832m<sup>2</sup>. Le rez-de-chaussée est constitué des locaux collectifs : salle à manger, cafétéria, bureaux administratifs, chapelle, sacristie. Le troisième étage regroupe des locaux pour les services de soin et les locaux réservés au personnel. Le septième étage était un lieu privé réservé à la communauté des religieuses.

Le bâtiment annexe élevé en 1848 sur un sous-sol, un rez-de-chaussée et deux étages et un étage sous toiture, occupe 624m<sup>2</sup>. Il est accessible depuis le jardin de l'EHPAD ou de la rue contiguë.

La résidence est composée de 90 logements d'environ 20m<sup>2</sup> répartis sur 5 niveaux desservis par les ascenseurs. Chacun dispose d'un balcon sur le jardin ou côté Loire.

A chaque étage de la résidence, des espaces de vie commune sont aménagés pour permettre aux résidents de profiter de temps de loisir ou recevoir leur famille.

En tenant compte des 6 niveaux occupés par les résidents, l'EHPAD Courteline propose une surface par résident de 116 m<sup>2</sup>, ce qui est près du double de la moyenne des EHPAD PNL.

Les espaces communs sont vastes et variés, salons d'étage, salle polyvalente, cafeteria...

## La chapelle moderne dédiée au culte catholique, œuvre de l'architecte Jean Marconnet



## Le parc



Le terrain est en forme de L. On y accède par la Résidence depuis le boulevard Preuilley au Nord et par un accès secondaire rue Courteline au sud. Le parc est parfaitement entretenu, il comprend des espaces engazonnés et des arbres et arbustes d'essence diverses. Il offre aux résidents la possibilité de se promener en toute sécurité dans un environnement d'exception en centre-ville.

L'EHPAD possède un terrain de forme rectangulaire sur une parcelle non contiguë mais proche de l'EHPAD. On y accède depuis le boulevard Preuilley. La capacité de stationnement est de 12 places

## Opérations de rénovation

En 1974, les bâtiments plus que centenaires étaient devenus et vétustes. Des travaux réalisés ont laissé la place à une nouvelle construction plus fonctionnelle.

De 2008 à 2012, une autre importante restructuration a permis d'améliorer le confort des résidents, notamment par l'installation de douches dans chaque chambre.

Enfin, l'amélioration des locaux, la convivialité des espaces sont l'une des priorités du Conseil d'administration de LBA. Les excédents dégagés par les résultats des exercices sont essentiellement investis dans l'amélioration du cadre de vie des résidents au service de leur bien-être. La Résidence Courteline va donc engager en 2016 un important programme de travaux.

### 13. Locaux - Etat des surfaces

Bâtiment principal EHPAD	Descriptif	Nb de m2
R-2	Locaux techniques, rangement, ateliers	632
R-1	Cuisine, Blanchisserie, locaux techniques	668
	Salle polyvalente	184
Rdc	Accueil, bureaux, cafétéria, Salle à manger	699
	Chapelle	184
1	11 chambres individuelles 2 chambres doubles Salle à manger Office 2 salles de repos Lingerie 1 bureau	651
	Tribune de la chapelle	52
2	11 chambres individuelles 2 chambres doubles Salle à manger Office 2 salles de repos Lingerie 1 bureau	627
3	Bureaux Salle de rééducation Cabinet médical Pharmacie Salon de coiffure Lingerie libre-service Salle à manger Vestiaire Locaux sociaux 2 chambres non utilisées	627
4	19 chambres individuelles Salle à manger Office Lingerie 1 bureau	627
5	20 chambres individuelles Salle à manger Office Lingerie 1 bureau	627
6	21 chambres individuelles Salle à manger Office Lingerie 1 bureau	627
7	Chambres et locaux de la communauté des PSDP	627
<b>TOTAL</b>		<b>6 832</b>

Bâtiment annexe	Descriptif	M2
Sous-sol	Caves	170
RdC	Accueil salle à manger pièces diverses	170
1	Pièces diverses	170
2	Chambres Locaux sanitaires Bureaux	176
3	Chambres Locaux divers	108
<b>TOTAL</b>		<b>624 M2</b>

## 14. Budget prévisionnel / charges de personnel

### Budget 2016 – Détails du groupe 2 - Charges de personnel

Personnel salarié								
Personnel	Nombre d'E.T.P.				montant des salaires chargés	Hébergement	Dépendance	Soins
	TOTAL	Hébergement	Dépendance	Soins				
Direction / Administration	3,00	3,00			177 000,00	177 000,00		
Services généraux	5,50	5,50			198 000,00	198 000,00		
Animation - Social	1,00	1,00			32 000,00	32 000,00		
Agents des services hospitaliers	11,90	8,33	3,57		380 800,00	266 560,00	114 240,00	
Aides-soignants – Aides médico-psychologiques	17,00		5,10	11,90	629 000,00		188 700,00	440 300,00
Assistants de soins en gérontologie	0,00			0,00	0,00			0,00
Psychologues	0,00		0,00		0,00		0,00	
Infirmiers	3,57			3,57	192 780,00			192 780,00
Autres auxiliaires médicaux	0,00			0,00	0,00			0,00
Pharmacien / Préparateur en pharmacie	0,00			0,00	0,00			0,00
Médecin	0,40			0,40	44 000,00			44 000,00
Autre personnel Hébergement	0,00	0,00			0,00	0,00		
Autre personnel Dépendance	0,00		0,00		0,00		0,00	
Autre personnel Soins	0,00			0,00	0,00			0,00
<b>TOTAL</b>	<b>42,37</b>	<b>17,83</b>	<b>8,67</b>	<b>15,87</b>	<b>1 653 580,00</b>	<b>673 560,00</b>	<b>302 940,00</b>	<b>677 080,00</b>



## 15. Budget prévisionnel 2016 et 2018 : recrutements et taux d'occupation optimisé

<b>BP 2016</b>	
Groupe 1	610 000
Groupe 2	1 653 580
Groupe 3	790 500
<b>TOTAL</b>	<b>3 054 080</b>
<b>Cout à la place</b> 90 résidents, Taux d'occupation 94% 365 jours /an	36 100euros/an 98.90 euros /jour
Moyen EHPAD PNL qui ont un siège autorisé*	102 euros /jour

\*Source KPMG Observatoire des EHPAD 2014

→ Coût à la place inférieur à la moyenne mais taux d'occupation insuffisant

<b>BP 2018</b>	<b>Reconductions avec évolution</b>	<b>Mesures nouvelles / recrutements</b>
Groupe 1	620 000	
Groupe 2	1 686 650	114 000
Groupe 3	810 500	
<b>TOTAL</b>		<b>3 231 150</b>
<b>Cout à la place</b> 90 résidents, Taux d'occupation 98,5% 365 jours /an		36 448 euros/an 99.8 euros /jour
Moyen EHPAD PNL qui ont un siège autorisé*		102 euros /jour

\*Source KPMG Observatoire des EHPAD 2014

### Détail des recrutements

1 ETP psychologue	45 000
1 ETP éducateur spécialisé	32 000
1 ETP aide-soignant	37 000
<b>Total</b>	<b>114 000</b>

→ Recrutements + Optimisation du taux d'occupation = Coût à la place stable et inférieur à la moyenne

## 16. Synthèse du diagnostic externe et interne

### Diagnostic externe

<i>Indicateurs d'opportunité de notre projet</i>	<i>Menace</i>	<i>Moyen</i>	<i>Favorable</i>
<b>Le Macro environnement</b>			
Loi d'adaptation de la société au vieillissement (décembre 2015) : promotion du parcours de vie			
Prévention de l'isolement et du suicide des personnes âgées : mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (MONALISA) ; plan national de prévention du suicide des personnes âgées			
Contexte économique : asphyxie financière des collectivités locales, impact sur les financements des ESMS			
Contexte socio culturel : besoins de prise en compte des personnes âgées précaires, isolées			
<b>La demande</b>			
Besoin de réponse d'accompagnement global des personnes âgées pour éviter les ruptures de parcours résidentiel, type gestionnaire de cas			
Demande d'actions intergénérationnelles, demande de logements par les étudiants			
Augmentation de la dépendance et des pathologies des résidents en EHPAD : tendance à la médicalisation des EHPAD du territoire			
La mauvaise image des EHPAD : non-choix pour la plupart des résidents et leurs familles			
La probabilité d'aller en établissement est plus élevée dans les catégories les plus modestes.			
La région centre compterait plus de 70 000 retraités pauvres en 2030 (contre 52 491 en 2008) pour 807 500 retraités			
Baisse du ratio entre personnes âgées dépendantes et aidants : progression plus forte des entrées en Ehpads à l'horizon 2040			
<b>L'environnement stratégique</b>			
En région Centre, l'offre en hébergement complet et en lits médicalisés répond aux besoins actuels de la population âgée. Cependant, à l'horizon 2020, 4 800 personnes âgées supplémentaires seraient susceptibles de résider en institution (+ 15 %).			
Conseil Départemental : Financement des places d'aide sociale limité			
Chaque place occupée par un résident bénéficiaire de l'ash engendre un manque à gagner d'environ 10 euros /jour pour l'EHPAD.			
Le maintien d'un niveau moyen de dépendance (GMP inférieur à 700) limite les financements			
Identité forte des PSDP mais très faible ouverture sur le territoire. Le réseau des partenaires existe, reste à la mobiliser et s'y investir			

## Diagnostic interne

<i>Indicateurs d'opportunité de notre projet</i>	<i>Menace</i>	<i>Moyen</i>	<i>Favorable</i>
<b>L'activité</b>			
Forte culture de la solidarité et de l'accueil des plus pauvres : héritage PSDP			
Capacité limitée de prise en charge des résidents à troubles cognitifs : choix de ne pas développer ce secteur ; mais vigilance quant à l'accompagnement des résidents actuels en perte d'autonomie : maintien à l'EHPAD, réorientation ?			
Taux d'occupation actuel non maximisé : début 2016 les entrées compensent à peine les départs. Période de transition. La localisation de l'EHPAD en centre-ville, le projet repensé permettent d'envisager un regain d'attractivité			
<b>La situation financière</b>			
Etablissement déficitaire			
Valeur patrimoniale importance du bâti			
Perspective de négociation d'un CPOM			
<b>Les ressources techniques</b>			
Locaux en centre-ville : grands espaces, jardin, locaux disponibles à valoriser...			
Vétusté des immobilisations : programme de rénovation en cours			
<b>Les ressources humaines</b>			
Taux d'absentéisme bien maîtrisé			
Age moyen 45.4 ans : expérience des personnels ; Vigilance à l'usure professionnelle			
Les agents sont très majoritairement qualifiés pour leur poste de travail			
Taux d'encadrement inférieur aux ratios			
Présence et implications de bénévoles			
<b>Les ressources managériales et organisationnelles</b>			
Le soutien du siège de l'Association permet l'appui de fonctions ressources			
Attention portée à la qualité de vie au travail			

## 17. Les partenariats à mobiliser

	Partenariats existants	Partenariats à renforcer	Partenariats à construire
<b>Le soin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CHRU</li> <li>- Clinique pour dialyse</li> <li>- Médecins traitants généralistes</li> <li>- Médecins spécialistes libéraux</li> <li>- Kinésithérapeutes</li> <li>- Pédicures</li> <li>- Orthophonistes</li> <li>- Conventions de coopération avec 2 pharmacies du quartier</li> <li>- Convention de coopération avec un laboratoire d'analyses médicales</li> <li>- Convention de partenariat avec le service géronto-psychiatrie du CHU</li> <li>- Convention de partenariat avec l'hospitalisation à domicile</li> </ul>	Intervention de professionnels de la santé dans le cadre de la prévention dentaire, auditive, visuelle...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention avec l'Unité Mobile de Soins palliatifs</li> <li>- Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS)</li> <li>- Les caisses de retraite : Assurance retraite, MSA, RSI, Mutualité Française</li> </ul>
<b>Le parcours résidentiel</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bailleur social</li> <li>- Association AGE &amp; VIE</li> <li>- Foyers Logement gérés par le CCAS</li> <li>- Services d'aide à domicile</li> <li>- SOLIHA (Solidaires pour l'Habitat) information sur subventions possibles pour travaux d'aménagement du logement</li> </ul>
<b>L'animation de la vie sociale, la citoyenneté</b>	Certaines écoles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Maison des Solidarités</li> <li>- Etablissements culturels, sportifs, de loisirs</li> <li>- Centre social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Association Jeunesse et Habitat</li> <li>- Comité de quartier</li> <li>- France Bénévolat Touraine</li> <li>- Bibliothèque municipale</li> <li>- Cinéma associatif</li> <li>- Conservatoire de Musique Régional</li> </ul>
<b>La prévention de l'isolement, la précarité</b>	Association des bénévoles	Petits Frères des Pauvres	Croix Rouge Française

## **18. Le plan d'action**

**Tableaux pages suivantes : Présentation synthétique des phases**

**ETAPE 1 :**            **décembre 2016 ⇒ juin 2017**

**ETAPE 2 :**            **octobre 2017 ⇒ avril 2018**

**ETAPE 3 :**            **à partir de septembre 2018**

La planification des réunions de la 1<sup>ère</sup> étape

→ Début Décembre 2016

Objectifs stratégiques	Groupe de travail n° 1 Axe 1 : Ouverture de l'EHPAD à tous les âges	Groupe de travail n°2 Axe 2 : Ouverture de l'EHPAD sur le quartier	Groupe de travail n°3 Axe 3 : Ouverture de l'EHPAD sans discrimination sociale	Groupe pilote	Direction
Composition	Maîtresse de maison IDE 2 Aides-Soignants 1 ASH / restauration 1 ASH / entretien Chef Cuisinier 1 représentant des familles 1 résident	Agent d'animation Agent technique Agent d'accueil IDE coordinatrice 2 Aides-Soignants 1 ASH / restauration 1 ASH / entretien 1 représentant des familles 1 résident	Assistante de direction Agent technique IDE 2 Aides-Soignants Lingère Agents de cuisine 1 ASH / entretien 1 représentant des familles 1 résident	1 représentant par groupe 1 représentant des familles 1 résident	Direction  Appui du siège selon besoin : Communication Direction financière Direction des RH
Rôle	Le groupe se réunit au rythme d'un atelier par mois.  Des réunions préparées, avec un ordre du jour distribué une semaine avant  Durée limitée 1h30, heure de début, heure de fin  Relevé des décisions			Il collecte les travaux des groupes de travail Il garantit le respect du calendrier Il fait une synthèse des propositions émises dans les 3 ateliers à chaque étape Il rend compte à la direction et propose les thèmes de travail	Fixe le cadre Donne les échéances Lien avec le Conseil d'Administration Diffuse l'information Lien avec les autorités de contrôle et de tarification

Chaque groupe de travail se réunit une fois par mois sur les thèmes suivants

Réunion n°1	Réunion n°2	Réunion n°3	Réunion n°4	Réunion n°5	Réunion n°6
Expliciter les enjeux, exprimer des propositions	Travail sur les nouveaux publics-cibles de l'action	Réfléchir à l'impact sur les résidents, les familles	Réfléchir aux impacts sur les personnels et les leviers de changements à envisager : réorganisation, formation, recrutement...	Réfléchir aux moyens financiers et techniques nécessaires à l'action : budget, travaux	Réfléchir à la communication du projet, les partenaires à associer

**Juin 2017** → Fin du premier semestre → Marquer la fin de cette première phase

Présentation du bilan de chaque groupe : réunion institutionnelle pour l'ensemble des salariés ; Présentation au CVS  
Lancement des premières actions.

## La planification des réunions de la deuxième étape → octobre 2017

Les ateliers participatifs sont réactivés pour assurer la conduite des actions.

Les groupes se dédoublent : une partie est chargée du suivi des premières actions, tandis que l'autre élabore la suite.

<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Groupe de travail n° 1</b> Axe 1 : Ouverture de l'EHPAD à tous les âges	<b>Groupe de travail n°2</b> Axe 2 : Ouverture de l'EHPAD sur le quartier	<b>Groupe de travail n°3</b> Axe 3 : Ouverture de l'EHPAD sans discrimination sociale	<b>Groupe pilote</b>	<b>Direction</b>
<b>Objectifs spécifiques</b>	Ouverture des logements intergénérationnels	Début du programme des rencontres Accueil et partage	Développement des partenariats avec les associations de solidarité pour repérer les situations difficiles	Champ d'action suivi des actions de communication	

### Chaque groupe de travail se réunit une fois par mois sur les thèmes suivants

Réunion n°1	Réunion n°2	Réunion n°3	Réunion n°4	Réunion n°5	Réunion n°6
Bilan du lancement de la première action : difficultés, réussites, risques	Le point sur l'action 1 : élaboration des indicateurs de suivi Etape 2 : Brainstorming sur la suite des actions à mener	Le point sur l'action 1 Etape 2 : priorisation des actions de l'étape 2	Réflexion sur la suite des actions à entreprendre : les moyens à mobiliser Etape 2 : penser les impacts sur les résidents et leurs familles, les bénéficiaires des nouvelles actions	Le point sur l'action 1 : compte rendu de l'évaluation Etape 2 : Réfléchir aux impacts sur les personnels et les leviers de changements à envisager : réorganisation, formation, recrutement...	Le point sur l'action 1 : pistes d'optimisation de l'action Etape 2 : Réfléchir aux moyens financiers et techniques nécessaires à l'action : budget, travaux

### **Avril 2018** → réunion de synthèse de la phase 2

Cette réunion conviviale marque la fin de cette seconde partie, elle présente à tout le personnel le résultat des 6 mois d'ateliers participatifs. Elle annonce la suite du projet et le lancement des actions.

### **Septembre 2018** → inauguration des nouvelles actions

- Ouverture du café ; Ouverture du jardin partagé ; Ouverture de l'accueil

## 19. Projet de convention

### PROJET DE CONVENTION DE PARTENARIAT

*entre*

**LE CENTRE SOCIAL COURTELINE**

*et*

**L'EHPAD, RESIDENCE COURTELINE**

Entre les soussignés

**L'EHPAD, Résidence Courteline**, établissement géré par Les Bruyères Association (LBA), Association à but non lucratif régie par la loi de Juillet 1901, dont le siège social est situé à Melun, représentée par sa Directrice, dûment habilitée à l'effet des présentes.

Ci-après désigné « Résidence Courteline », d' une part,

et

**L'Association Courteline**, agréée Centre Social par la CAF, représentée par son directeur, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après désignée « Centre Social», d' autre part.

### **PREAMBULE**

La présente convention a pour objet de développer un partenariat entre le Centre Social Courteline et la Résidence Courteline.

Les partenaires entendent exercer une vigilance particulière à l'égard des personnes âgées qui connaissent une situation d'isolement social.

Le projet commun repose sur :

Un constat commun : l'importance du fait de l'isolement social des populations âgées du quartier, à domicile et en établissement

Une approche partagée de la nécessité de la prévention de la perte d'autonomie

Une approche globale, prenant en compte l'ensemble des dimensions de la personne âgée (notamment son environnement familial et social)

La volonté unifiée de répondre de manière pertinente à ces enjeux, d'inventer au plus près du quartier, des réponses adaptées.



## **ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION**

Les objectifs généraux de l'action sont les suivants :

La valorisation du potentiel des aînés, acteurs de leur projet de vie, de la vie sociale et citoyenne

Une approche territoriale prenant appui sur le maillage des acteurs sociaux présents

La nécessité de développer des approches collectives pour agir de manière pertinente sur les enjeux de solidarité entre les âges.

Plus précisément quelques enjeux prioritaires se dégagent pour prendre en charge les risques liés au vieillissement des populations.

L'accompagnement des ruptures, des transitions (passage à la retraite, maladie, veuvage...)

La lutte contre l'isolement, le lien inter-génération, familial et social entre les âges

L'échange de savoir-faire, l'utilité sociale et la citoyenneté des personnes âgées

L'adaptation du territoire aux populations vieillissantes (adaptation des modes d'habitat, accessibilité des lieux publics, de mobilité...).

## **ARTICLE 2 : LES OBJECTIFS DU PARTENARIAT**

Les objectifs du partenariat entre le Centre Social Courteline et la Résidence Courteline sont de :

### **Mieux connaître et faire remonter les besoins des populations du territoire, analyser l'offre de services**

Cette démarche permettra de repérer comment les réponses sont ou non organisées actuellement au niveau local. Elle devra ensuite conduire à l'élaboration de réponses adaptées, et au renforcement de l'offre de service dans le cadre d'une approche territoriale de proximité.

### **Développer des modes d'intervention décloisonnés, s'appuyant sur le savoir-faire du**

#### **Centre social dans le champ du développement social local**

Répondre localement de manière pertinente aux enjeux de prévention du vieillissement nécessite, à partir de cette meilleure connaissance des populations, de développer des coopérations décloisonnées entre acteurs sociaux (associations, CCAS) et gérontologiques (services d'aides à domicile, services de travail social des institutions, EHPAD) permettant ainsi l'émergence de réels projets du territoire dans le champ de la prévention.

L'objectif est que, en coopération les acteurs soient réciproquement des ressources, en appui et en complémentarité et initient des actions sociales collectives.

Celles-ci viseront à prendre en charge les enjeux de prévention de vieillissement : par l'accompagnement des ruptures et des transitions, la lutte contre l'isolement et le maintien du lien social, le soutien à la citoyenneté des seniors, la contribution à l'adaptation du territoire aux populations vieillissantes.

### **Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé adapté des personnes âgées, s'appuyant sur les complémentarités entre les approches individuelles et collectives de l'action sociale**

### **ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DU CENTRE SOCIAL**

Le centre social met en œuvre un projet de développement social local. Son action sociale se fait avec l'ensemble des habitants du territoire.

Il mobilisera son mode d'intervention spécifique dans le champ du développement social local, fondé sur :

L'accueil des personnes âgées au quotidien dans la proximité

La mobilisation des aînés par la valorisation de leurs potentiels, et leur inscription dans des dynamiques collectives

La mobilisation des partenariats locaux pour construire des actions sociales collectives innovantes et adaptées.

### **ARTICLE 4 : ENGAGEMENT DE L'EHPAD**

L'accompagnement social de ces aînés, bénéficiera des savoir-faire des professionnels de l'EHPAD.

Les locaux de l'EHPAD seront mis à disposition pour les actions communes :

Le café des âges

Les animations collectives

Le jardin partagé

### **ARTICLE 5 : MISE EN OEUVRE DE LA CONVENTION DE PARTENARIAT, SUIVI, ET CONDITIONS DE SON RENOUVELLEMENT**

La présente convention est conclue pour une durée de 2 ans à compter de sa date de signature.

Afin de mettre en œuvre les objectifs de cette convention de partenariat différents moyens seront mobilisés :

L'élaboration de conventionnements avec les autorités et les collectivités territoriales

L'élaboration de documents référentiels et méthodologiques

La communication sur les nouvelles coopérations et actions initiées

Un Comité de suivi pilotera l'ensemble de la démarche. Il sera composé des représentants du Centre Social Courteline et de la Résidence Courteline.

Il se réunira a minima une fois par trimestre afin d'effectuer le suivi de la convention et pour analyser les conditions qualitatives et quantitatives de sa mise en œuvre.

A cette occasion, les signataires examineront les évolutions qu'il pourrait paraître utile d'apporter aux dispositions de la présente convention.

### **ARTICLE 6 : EVALUATION DU PARTENARIAT**

Au terme de la Convention, les partenaires rédigeront un rapport synthétisant le bilan des travaux menés sur la durée du partenariat et les perspectives que ceux-ci auront ouvertes.

Ce rapport fera également le bilan des actions de communication menées dans le cadre du partenariat.

## 20. Projet de restructuration des espaces communs du rez-de-chaussée

### 1 - PHILOSOPHIE DU PROJET

---

- **Projet esthétique : le beau au service du bien être**
- **Enrichissement de la qualité de vie**
- **Promotion du libre choix des résidents**
- **Maintien de la dignité et valorisation de l'image de soi**

#### **ESTHETIQUE DU PROJET : « NI NOVOTEL, NI DISNEYLAND »**

Priorité au beau, importance de l'esthétique

Le décor est important : Aller au bout de la démarche, travailler le détail

Attention : Eviter l'aspect factice, décor. Les espaces ne sont pas des décors de théâtre mais doivent être de vrais lieux de vie.

La valorisation du lieu : valorisation des résidents, des personnels, des familles, des bénévoles

#### **ENRICHISSEMENT DE LA QUALITE DE VIE SOCIALE**

Création de lieux de vie sociale renouvelés

Faciliter la rencontre entre résidents, avec les familles, avec des visiteurs extérieurs

Stimuler les rencontres les échanges sortir de chez soi

Le café convivial permet le brassage de publics : familles en visite, bénévoles.

Faire venir des gens de l'extérieur, pour que l'on soit dans un véritable espace de vie et non un lieu factice.

#### **PROMOTION DU LIBRE CHOIX DES RESIDENTS**

Conserver la liberté et le plaisir « d'acheter seul »

Maintenir la capacité à faire des choix

Apporter de la souplesse dans le rythme de la vie quotidienne (prendre un café, un gâteau au moment de son choix)

#### **L'argent**

Extrait de l'ANESM : « le droit à disposer de ressources financières est un droit fondamental et assure à la personne un lien avec le réel. »

« Gérer son argent constitue socialement une "preuve" de sa responsabilité, de son statut de personne responsable, d'adulte »

L'usage d'argent par les résidents est un facteur non négligeable de maintien de l'identité (confiance en soi, appartenance sociale, valeur personnelle, autonomie ...), du maintien de la socialisation (connaître les coûts en vigueur des objets courants, prendre connaissance de nouveaux objets...), de l'entretien du plaisir de vivre (se faire plaisir, satisfaire une envie, un désir, un souhait...).

### Limites

L'accès au café, à la boutique, au coiffeur implique que les résidents puissent utiliser de l'argent au sein de l'établissement. Les tarifs ne doivent pas être un frein, une limite  
Aussi les tarifs de la boutique et du café seront minimisés.

## **VALORISATION DE L'IMAGE DE SOI**

Vivre dans un lieu beau : valoriser les résidents, face à leur famille, image présentée aux visiteurs...

Animation autour de la boutique de vêtements et d'accessoires : retrouver le goût de prendre soin de soi, s'habiller pour venir manger, pour recevoir...

Projet social : permettre le renouvellement des gardes robes par l'achat de vêtements à prix minimums, faire ses propres choix dans une boutique : plus valorisant que solliciter les lingères pour des dons.

Respecter et maintenir la dignité des personnes

## **2- MISE EN OEUVRE**

---

### **ASPECTS HUMAINS**

Implication des bénévoles et des résidents dans le fonctionnement du café, de l'épicerie, de la boutique...

Mobiliser des bénévoles par un projet innovant, valorisant

### **AMENAGEMENTS**

Ressemblance avec le milieu social, urbain et familial connus dans le passé.

Le mobilier ne doit pas être du mobilier d'EHPAD, ni de collectivité ( cependant il doit garantir le confort de l'utilisateur et l'entretien par le personnel)

Créer des lieux à l'esthétique « hors EHPAD » pour :

Se sentir bien en EHPAD valoriser l'institution dans le regard des familles, des visiteurs

Lieux facilement identifiables pour en faciliter l'appropriation par les résidents

Sortir de la dépersonnalisation, de l'uniformisation

### La vue sur le jardin et la rue

Le jardin permet de se repérer dans la saison.

La vue de la rue permet de conserver des repères.

Le projet va permettre de faire entrer davantage de lumière naturelle dans le couloir du rdc.

La création des nouveaux espaces avec les baies vitrées du café et du salon de coiffure permettra d'avoir une vue traversante de la rue vers le jardin.

## **PROMOTION DE L'ETABLISSEMENT**

Valoriser la Résidence ; espaces beaux et innovants, image de « marque de l'établissement », promotion

## **BUDGET**

L'aménagement des nouveaux espaces nécessite de l'investissement : restructuration des locaux, achat de mobilier...

L'esprit du projet va conduire à faire des choix nouveaux par rapport aux habitudes d'aménagements des lieux en EHPAD.

Il convient de se dégager des espaces stéréotypés des EHPAD.

Le mobilier sera du mobilier professionnel adapté à chaque usage : café, coiffure, boutique...

Une grande attention aux détails est nécessaire.

## **CONTEXTE REGLEMENTAIRE**

***Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'art. 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Modifié par arrêté 2004-08-13 art.1 JORF le 22 septembre 2004***

*2.2.2. La qualité des espaces*

*b) les espaces collectifs*

*Ces espaces concourent à maintenir des liens sociaux et permettent à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement. Le traitement de ces espaces doit favoriser la convivialité. Leur implantation doit concourir à améliorer le confort, la qualité de vie des résidents et éviter leur isolement.*

## **RBPP ANESM**

Pour favoriser les relations interpersonnelles entre les résidents et faciliter l'appropriation des espaces, l'Anesm recommande d'organiser des espaces intermédiaires entre espace privatif et espace collectif : des espaces restreints de convivialité ou d'activité.

Ces espaces permettent plus facilement aux personnes de s'approprier les lieux, de les investir. « Pour faciliter cet investissement, il est recommandé que ces espaces soient proches des espaces de passage et de circulation, tout en bénéficiant d'une atmosphère calme et d'un confort visuel, sonore. »

Contrairement aux autres établissements sociaux et médico-sociaux, dans les établissements accueillant des personnes qui ont besoin de repères spatio-temporels très stabilisés, il est recommandé que ces espaces intermédiaires ne soient pas modulables ou à usages multiples et soient clairement identifiés.

### Le beau selon l'ANESM

« L'esthétique est un élément important du bien-être, le beau empêche souvent la violence et la dégradation, et l'espace génère davantage le calme que les endroits exigus, restreints et confinés. La couleur et la lumière entrent dans cette recherche du bien-être.

Les matériaux peu chaleureux sont à éviter même si ils sont indestructibles (céramique brillante, acier brossé, revêtements plastique, béton brut, etc.) Le bois et les moquettes lavables seront privilégiés. Le sol devra être recouvert d'un matériau absorbant les chutes (le carrelage est à proscrire) Les tissus d'ameublement doivent être agréables au toucher. Et il est conseillé des meubles confortables. « Les belles choses » sont d'une manière générale plutôt respectée

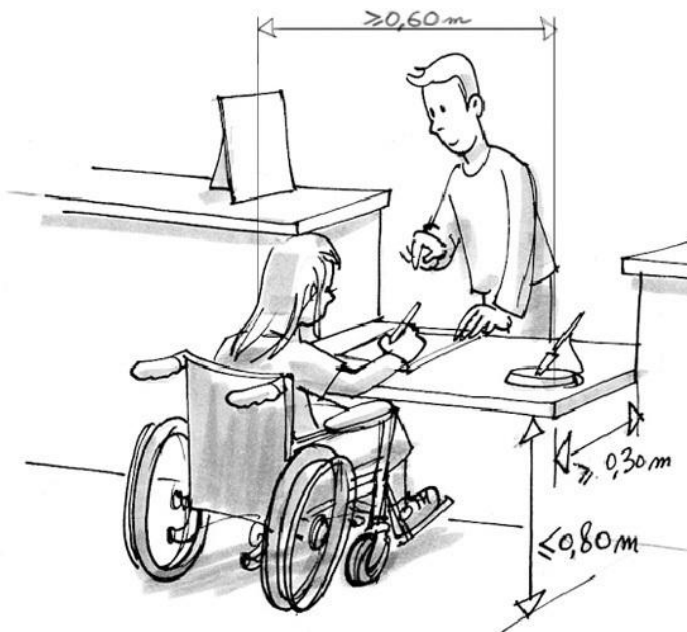
## **3- CONTRAINTES ET EXIGENCES TECHNIQUES**

---

Lieux sécurisés, mobilier « non EHPAD » mais confortables, qui facilite les circulations.

Agencement permettant l'entretien facile par les personnels.

Veiller aux espaces de circulation et l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite : hauteur des comptoirs, tables, espaces entre les tables, hauteur de l'affichage...

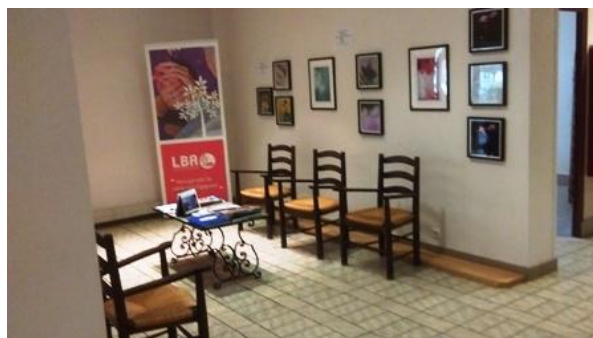


#### 4- DESCRIPTION DES ESPACES ACTUELS

##### SALON D'ATTENTE

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Hall d'entrée	14 m2	6 fauteuils bois/paille 1 table avec revues 2 totems LBA 1 pupitre documents LBA 1 console avec plante 1 table avec livre pour condoléances	Lieu de rencontre des résidents avant le repas du midi, dans l'après midi Point de rdv pour les sorties Salon d'attente des visiteurs extérieurs

Points forts	Points faibles
Lieu utilisé à certaines heures de la journée ; lieu de passage Lumière naturelle ++ Ambiance thermique agréable : pas de courant d'air du hall (sas)	Pilier central



## CIRCULATIONS

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Hall d'entrée	Devant panneau d'affichage 9.6 m2  Devant les boites aux lettres 12m2	1 panneau d'affichage actualisé, très consulté Toutes les boites aux lettres 1 panneau affichage tarifs LBA	Lieu de passage pour aller au restaurant

Points forts	Points faibles
Lieu très fréquenté, lieu de rencontres autour du courrier Tableau d'affichage bien actualisé, très consulté	Boites aux lettres vétustes





## SANITAIRES

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Hall d'entrée	5m2	1 sanitaire pour les résidents 1 lieu de stockage pour le chariot de ménage 1 placard produits entretien	Toilette pour les résidents les visiteurs Rangement du chariot pour l'agent d'entretien

Points forts	Points faibles
Stockage du chariot de ménage du rez-de-chaussée	Un seul sanitaire, petit et non adapté à la giration des fauteuils Mauvaise aération Local vétuste

## BUREAU

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Côté rue	12m2	1 bureau 1 lavabo	Bureau d'appoint pour rdv ponctuel, stagiaire...

Points forts	Points faibles
Lumière naturelle ++ Orientation sur rue	Très peu utilisé

## ATELIER D'ANIMATION

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Côté jardin	38.4 m2	1 bureau pour l'animatrice 1 bureau pour un résident peintre Nombreuses armoires de stockage	Rangement du matériel Bureau de l'animatrice Table de travail et rangement pour résident-peintre

Points forts	Points faibles
Lumière naturelle ++ Vue sur le jardin	Espace peu optimisé Hétérogénéité de meubles de stockage Revêtement du plafond vieilli

## SALLE D'ANIMATION

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Côté jardin	46.2 m2	1 évier 2 tables de couture avec deux machines à coudre 5 tables d'activités Meubles de rangement	Animation couture, pâtisserie, loisirs créatifs...

Points forts	Points faibles
Grandeur de l'espace Lumière naturelle ++ Evier pour les activités Vue sur jardin et accès direct à l'extérieur	Espace peu optimisé Hétérogénéité des meubles de stockage

## CAFETERIA, BIBLIOTHEQUE

Emplacement	Superficie	Descriptif	Utilisation
Côté jardin	69 m2	Tables Chaises Distributeurs boissons et friandises Meubles de bibliothèque	Animation pour les résidents (chants, jeux de société) Pause des personnels Accueil pour les familles

Points forts	Points faibles
Grandeur de l'espace Lumière naturelle ++ Vue sur jardin et accès direct à l'extérieur Nombre des livres, classement soigné	Hétérogénéité du mobilier Décoration vieillie  Espace mal identifié car multi usage : bibliothèque, salle d'activité, cafétéria...

## SALLE A MANGER DES FAMILLES

Localisation : en étage.

Utilisation : ponctuelle, assez rare. Le nombre de convives peut atteindre 20/25 de façon très exceptionnelle.

## BIBLIOTHEQUE

Elle occupait un bureau du rez-de-chaussée. Elle est désormais dans la cafétéria (voir plus haut). Son fonctionnement est assurée par une bénévole.

## SALON DE COIFFURE

Localisation : 3<sup>ème</sup> étage

Utilisation : chaque jeudi

## 5- DESCRIPTION DES ESPACES ENVISAGES

---



## LE CAFE

### Objectifs

Permettre de se retrouver par affinités ailleurs que dans les chambres ou dans le hall.

Passer du temps dans un lieu qui ne ressemble pas à l'EHPAD

Manger et boire quelque chose bon, de beau, dans un lieu décoré avec soin.

Y aller à l'heure de son choix.

### Produits proposés

Boissons chaudes : Thé, café, chocolat, tisanes

Boissons froides : sélection de sodas et de jus de fruit

Pâtisseries : biscuits. On peut réfléchir avec le cuisinier à la possibilité de fabriquer des biscuits, des cakes, des tartes à proposer au goûter.

En été, des glaces pourront être servies

### Vie du café

Horaires d'ouverture à définir

Animations : matin : lecture de la presse

Journaux à disposition, tableau météo, Saint du jour...

Le café doit être ouvert sur l'extérieur et permettre la rencontre des publics : familles, professionnels, stagiaires, bénévoles...

### Aménagement et décoration du café

Présence d'objets pour rappeler les activités du passé des résidents : vaisselle, horloge, meuble...

Les tables rondes sont plus confortables mais réclament plus d'occupation au sol

Les tables rectangulaires et carrées sont facilement modulables et plus faciles à implanter dans le restaurant

Ratio moyen retenu 1.5 m<sup>2</sup> par personne

### Organisation

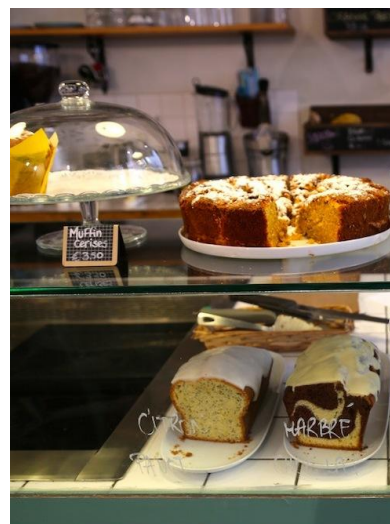
Le café sera tenu par des bénévoles.

L'agent d'accueil pourra assurer quelques permanences si nécessaire.

### Bénéfices

Les bénéfices serviront à financer des projets d'animations

IMAGES D'AMBIANCE





## L' EPICERIE

### Objectifs

Mettre en valeur les produits, choisir des articles de qualité : donner envie, se faire plaisir.

### Produits proposés

Rayon épicerie : confitures, miel, chocolats, biscuits, jus de fruits...

Hygiène : dentifrice, brosses à dents, coton, shampoing, gel douche...

Papeterie : carnets, stylos, feuilles...

### Tarifs

Prix minimums pour permettre accès à tous les résidents





## LA BOUTIQUE

### Objectif

Dignité, image de soi

Redonner envie de s'habiller pour sortir, manger au restaurant, aller au café

### Produits de prêt à porter pour hommes et femmes

Sélectionner les articles de qualité, sans défaut, peu usagés, propres

Accessoires : bijoux, foulards, sacs...

Origine des dons : vestiaire, solliciter autres boutiques de Tours si besoin

La boutique pourra exceptionnellement vendre d'autres produits selon des partenariats mis en œuvre

### La polyvalence et la modularité

Une partie de la cloison sera modulable vers la boutique du café et vers la salle à manger des familles afin de permettre une évolution future de cet espace selon les attentes et besoins du public

### Aménagements

Cabine essayage adaptée aux fauteuils roulants, deux grands miroirs, un fauteuil

Des portants, des étagères, des présentoirs pour foulards et bijoux

Une vitrine avec un mannequin homme et un mannequin femme



## LA PLACE DU VILLAGE

### **Esprit du projet**

Favoriser les rencontres entre résidents

Les résidents utilisent déjà une partie du hall à divers moments de la journée : mais l'espace n'est pas différencié de la partie accueil.

L'espace est agréable grâce à l'entrée abondante de la lumière naturelle, mais il est assez impersonnel.

Les totems LBA sont importants pour les visiteurs extérieurs mais pas pour les résidents. Ils pourront ultérieurement être déplacés vers le couloir des bureaux administratifs où des sièges pourront être installés pour les visiteurs professionnels, les entretiens d'embauche...

### **Aménagement**

Aménager un lieu confortable, convivial et esthétique

2 bancs, 4 fauteuils

Un lampadaire

Une fontaine : esprit place de village, bruit de l'eau apaisant, relaxant

Un arbre en pot et vue sur les plantes du hall

Deux panneaux d'affichage avec stores esprit commerces...

Revêtement de sols rappelant la rue : résine imitant les trottoirs, les pavés...

**IMAGES D'AMBIANCE**



## LA SALLE A MANGER DES FAMILLES

### Objectifs

L'existence d'une salle à manger spécifique pour les visiteurs facilite le maintien des relations des résidents avec leur entourage familial et amical.

Donner la possibilité de fêter en familles les anniversaires, les fêtes....

Faciliter le maintien des liens familiaux et amicaux en donnant envie à l'entourage de venir à l'EHPAD dans un lieu esthétique, agréable qui ne ressemble pas à une salle commune de maison de retraite.

Valoriser l'EHPAD, nouveau domicile de la personne âgée : elle peut accueillir des amis, de la famille dans un lieu élégant.

### La polyvalence et la modularité

La salle pourra être utilisée pour des animations : lectures de contes, jeux de société...

### Ambiance

Espaces décorés avec soin : coloris chaleureux, mobilier confortable...

Eclairage naturel : grande baies avec vue sur le jardin



## LE SALON BIBLIOTHEQUE

### Emplacement

En lien direct avec la salle à manger des familles

Accès à l'extérieur et à la terrasse

### Aménagement

Grandes bibliothèques sur tous les murs

Cheminée factice, éventuellement un piano droit...

Fauteuils

Petites tables basses pour les revues

Eclairage naturel



## LE SALON DE COIFFURE

### Objectif

Déplacer le salon aménagé au 3<sup>ème</sup> étage

### Aménagements

Création d'un lieu ressemblant à un véritable salon, avec vitrine, enseigne...

Espace vitré : permet de s'offrir au regard des autres résidents, donner envie de venir.

Décoration soignée, mobilier confortable et adapté

### Fonctionnement

La coiffeuse intervient une journée par semaine.

D'autres intervenants pourraient utiliser le lieu : manucure, soins de beauté, barbier



## SANITAIRES COLLECTIFS

Il convient de prévoir de nouveaux sanitaires au rez-de-chaussée pour les résidents femmes et hommes, les personnels et les visiteurs.

### Superficie

Respect des normes d'accessibilité aux personnes handicapées. (aire de rotation, position du lavabo...)

### Localisation

Près de la salle de restauration et des salles d'activités

## LE BUREAU DE POSTE

### Objectif

Accès aux boîtes aux lettres

Création d'un lieu repère

### Aménagement du local

Décoration évocatrice : faciliter l'identification de ce lieu par les résidents.

Complément visuel à la place du village.

Implantation de 90 boîtes aux lettres

Contraintes : pas de murs : surfaces vitrées



[dreamstime.com](http://dreamstime.com)





VOGT

Ursula

Septembre 2016

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ITS de Tours**

**PREVENIR LES FRACTURES SOCIALES LIEES A L'AGE :  
EXPERIMENTER UN NOUVEAU ROLE POUR L'EHPAD  
COMME ACTEUR DU QUARTIER**

## **RÉSUMÉ**

Hospices, mouroirs, maisons de retraite, EHPAD, résidences médicalisées.... le changement de vocabulaire témoigne des évolutions de la conception des services d'hébergement et de soins aux personnes âgées.

Garants du respect des droits et libertés et de la bienveillance des résidents, bons gestionnaires, experts et techniciens, les directeurs d'EHPAD ont modernisé leurs établissements, développé le professionnalisme des équipes, évalué et amélioré la qualité de l'accompagnement.

Et ensuite ? Rendons-nous les personnes âgées heureuses de vivre, avons-nous su reconnaître leur place dans la société ? Dans nos structures, nous pratiquons la participation, nous stimulons le lien social.

Et dehors, que faisons-nous pour lutter contre la pauvreté, l'exclusion, l'invisibilité des personnes âgées de notre territoire ?

La dimension humaine et solidaire de l'engagement du directeur doit essaimer dans et hors les murs. De notre place, nous devons repenser le vivre ensemble pour tous les âges, ôter les frontières, désenclaver notre vision catégorielle et nos logiques de filières.

Une société qui exclut ses vieux est une société sans avenir.

Dès lors, notre projet de changement est une réponse aux besoins et attentes des personnes âgées, bienveillant pour les usagers, bienfaisant pour les personnels. Au-delà c'est un pas vers la refondation du modèle d'EHPAD, acteur de la rénovation du pacte social au cœur du quartier.

**MOTS CLÉS : Citoyenneté - Contrat social - EHPAD - Ethique - Exclusion - Isolement - Ouverture - Pauvreté - Quartier - Territoire - Travail social - Vieillesse - Vivre ensemble – Vulnérabilité**

*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.*