

**POSITIONNER L'EHPAD COMME FACILITATEUR DE LA
CONTINUITÉ DU PARCOURS DE VIE DES PERSONNES
AGÉES EN OUVRANT L'ÉTABLISSEMENT SUR SON
TERRITOIRE**

Marie Cécile Papail

2018

Remerciements

J'adresse tous mes remerciements à mes collègues de la promotion CAFDES 2018. Solidarité, échanges et bonne humeur ont été les maitres-mots de ces 30 mois de formation.

Tous mes remerciements à la directrice de l'EHPAD pour son accueil et ses conseils tout au long du stage.

Je tiens également à remercier les résidents, les personnes de l'accueil de jour et leurs proches ainsi que les professionnels.

Un grand merci à ma tutrice qui m'a guidé tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Une attention particulière à mes proches pour leur soutien au quotidien.

Sommaire

Introduction	1
1 A l’EHPAD, un accompagnement soucieux des droits des résidents mais insuffisamment tourné vers la continuité des parcours de vie	3
1.1 L’association gestionnaire Anne Boivent, entre conservatisme et modernité.....	3
1.1.1 La genèse de l’association Anne Boivent, une évolution des établissements historiques des sœurs fondatrices au fil des politiques publiques.....	3
1.1.2 La structuration de l’association par la création du siège, entre appui aux établissements et concentration des pouvoirs, un équilibre à trouver.....	4
1.1.3 La culture de l’entre soi, une source de cloisonnement qui freine la dynamique de continuité du parcours de vie.....	7
1.2 Le plébiscite du domicile par les personnes âgées, source d’un recul de l’âge d’entrée et d’une dépendance accrue.....	13
1.2.1 Les éléments de cadrage de l’EHPAD : Missions, autorisations et financements.....	13
1.2.2 L’entrée à l’EHPAD, le dernier recours d’une population locale qui ne favorise pas l’anticipation	15
1.2.3 Un recul de l’âge d’entrée à l’EHPAD, une dépendance et des poly-pathologies accrues	17
1.3 La volonté d’un accompagnement soucieux du respect des droits des personnes contrariée par des ruptures d’accompagnement	19
1.3.1 Une prévalence de métiers issus du domaine sanitaire, qui ne facilite pas l’accompagnement global de la personne	19
1.3.2 Le respect des droits des personnes, une volonté de la résidence de promouvoir la citoyenneté	22
1.3.3 Une absence d’anticipation des entrées et de coopération territoriale, des sources de rupture du parcours de vie des personnes	24
2 Promouvoir le libre choix et la qualité de vie des personnes âgées	28
2.1 L’EHPAD, un facilitateur du libre choix des personnes de vivre à leur domicile.....	28

2.1.1	L'autonomie et le libre choix, deux principes à ne pas opposer à la dépendance.....	28
2.1.2	Les limites du maintien à domicile, des obstacles au respect du libre choix.....	31
2.1.3	L'EHPAD, un facilitateur du maintien à domicile des personnes âgées du territoire	33
2.2	L'EHPAD, un contributeur à l'amélioration de la qualité de vie des résidents.....	37
2.2.1	Le bien-être, un ressenti difficilement mesurable, un concept difficilement qualifiable au cœur des préoccupations des politiques publiques.....	37
2.2.2	La préparation à l'entrée et le maintien de la vie sociale, deux conceptions de l'accompagnement à développer	40
2.2.3	L'ouverture de l'établissement au territoire et la coopération, des leviers incontournables de la continuité des parcours	43
2.3	De la culture de l'entre soi à l'ouverture, de la culture de l'autarcie au décroisement, un tournant culturel à amorcer	46
2.3.1	La culture d'entreprise, un mécanisme à comprendre pour engager le changement.....	46
2.3.2	Le décroisement, un incontournable pour un accompagnement global de la personne	48
2.3.3	Les conditions de réussite du tournant culturel, l'accompagnement au changement des professionnels	51
3	Inscrire l'EHPAD dans une dynamique d'ouverture au service de la continuité du parcours de vie des personnes âgées du territoire.....	55
3.1	Fédérer en interne autour d'une dynamique axée sur les parcours de vie ..	55
3.1.1	Contribuer à la redéfinition des valeurs et à la réécriture du projet associatif	56
3.1.2	Développer une culture commune au sein de la résidence Sainte Anne en pilotant la réécriture du projet d'établissement.....	58
3.1.3	L'accompagnement des professionnels vers une culture commune de la gérontologie.....	61
3.2	Développer un processus précoce permettant l'aide à l'anticipation et à la décision des personnes âgées du territoire.....	66
3.2.1	Inscrire la résidence Sainte Anne dans les réseaux de coordination du territoire au service de la continuité des parcours de vie.....	66
3.2.2	Faire de l'accueil de jour un outil privilégié dans le parcours de vie des personnes.....	69
3.3	Faciliter l'arrivée et la continuité du parcours de vie à la résidence Sainte Anne.....	72

3.3.1 Revisiter la procédure d'admission et d'accueil pour préparer et faciliter l'arrivée des personnes	72
3.3.2 Entretien et développer des partenariats permettant de favoriser la continuité des parcours de vie	74
3.3.3 Développer la place des bénévoles pour favoriser le maintien des liens sociaux	76
Conclusion.....	79
Bibliographie	81
Liste des annexes	I
Qu'est-ce que la grille Aggir ?.....	VIII
Activités corporelles et mentales (dites "discriminantes")	VIII
Activités domestiques et sociales (dites "illustratives")	IX

Liste des sigles utilisés

AGGIR Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
AMP Aide Médico Psychologique
ANESM Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services Médico-Sociaux
APA Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL Aide Personnalisée au Logement
ARS Agence Régional de Santé
AS Aide Soignant
ASG Assistant de Soins en Gérontologie
ASH Agent de Service Hospitalier
ASV Adaptation de la Société au Vieillessement
BPJEPS Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport
CA Conseil d'Administration
CASF Code de l'Action Sociale et des Familles
CDAS Centre Départemental d'Action Sociale
CE Comité d'Entreprise
CHSCT Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREX Comité de Retour d'Expérience
CSP Catégorie Socio Professionnelle
CVS Conseil à la Vie Sociale
DF Domaine de Formation
DUD Document Unique de Délégation
DUERP Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EAAP Etablissement et Services pour Enfants et Adoslescents Polyhandicapés
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes
EMS Equipe Médico-sociale
ESAD Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile
ETP Equivalent Temps Plein
DG Directeur Général
GIR Groupe Iso Ressources
GMP Gir Moyen Pondéré
GPEC Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAD Hospitalisation à Domicile
HAS Haute Autorité de Santé
HPST Hôpital Patients Santé Territoire
IME Institut Médico-Educatif
MAS Maison d'Accueil Spécialisé
MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie
OMS Organisation Mondiale de la Santé
PMP Pathos Moyen Pondéré
PRAP Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
PRS Programme Régional de Santé
PSD Prestation Spécifique Dépendance
PTA Plateforme Territoriale d'Appui
RBPP Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles
RH Ressources Humaines
SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SMIC Salaire Minimum de Croissance
SROMS Schéma Régionaux d'Organisation Médico-Sociaux
SROS Schéma Régional d'Oganisation de Soins
SRS Schéma Régional de Santé
SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNESCO Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

PREAMBULE

En reconversion professionnelle, j'ai effectué mon stage de DF1 à l'EHPAD Résidence Sainte Anne. L'EHPAD (56 places d'hébergement permanent, 12 places d'Unité Protégée Alzheimer, 4 places d'accueil de jour) constitue mon terrain support pour le mémoire. Dans mon écrit, je me positionne en qualité de directrice de l'EHPAD et ce, à partir d'octobre 2016, date du départ en retraite du directeur précédent.

Introduction

La population française continue de vieillir sous l'effet de l'allongement de la durée de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom. En 2060, nous devrions être 73,6 millions d'habitants en France. Une personne sur 3 aura plus de 60 ans. Le nombre de personnes de plus de 75 ans passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 et celui des plus de 85 ans progresserait de 1,3 à 5,4 millions¹.

Les enquêtes sont unanimes : les personnes âgées plébiscitent la vie à domicile et une infimité projetée de finir ses jours à l'EHPAD. Les politiques publiques, notamment la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, se font le relai de cette volonté en soutenant le maintien à domicile.

Depuis 1999 et la mise en place des conventions tripartites, conditionnant le financement à l'amélioration continue de la qualité, la vie en EHPAD n'a plus de commune mesure avec les « hospices » d'il y a 20 ans. Quatre recommandations de l'ANESM traitent de la « qualité de vie en EHPAD », témoignant d'une volonté politique affirmée quant aux conditions d'accueil en établissement. Pourtant, l'image de l'EHPAD maltraitant, associé à la mort sociale persiste ; des faits isolés deviennent la représentation commune concernant les EHPAD.

Cette préférence pour le domicile, associée à une vision peu flatteuse des EHPAD, ne contribue pas à ce que les personnes âgées s'y projettent, s'y préparent : c'est le dernier recours quand les limites du maintien à domicile sont atteintes. Directrice de l'EHPAD « résidence Sainte Anne », je le constate, l'âge d'entrée recule, le niveau de dépendance et les besoins en médicalisation sont accrus et trop de personnes font des entrées subies, au mieux consenties et très mal préparées : eux et leurs proches, vivent la venue à la résidence comme une rupture, un déchirement. La culture de l'entre soi et un accompagnement marqué par l'absence de coopération et d'ouverture, liés à un héritage culturel encore prégnant, non seulement ne contribuent pas à opérer des transitions pour des arrivées à l'EHPAD apaisées, mais est source de souffrance, de rupture et de discontinuité des parcours de vie.

En Avril 2017, lors des assises des EHPAD, la directrice générale de la CNSA, Geneviève Gueydan résume ainsi ce que seront les EHPAD de demain : « Les EHPAD devront -et c'est déjà le cas aujourd'hui- se positionner dans une organisation territoriale, un continuum d'accompagnement, de soins, sur un territoire avec des coopérations à

¹ INSEE. Projection de population à l'horizon 2060. [visité le 15 juin 2018], disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistique/1281151>

développer»². Ces orientations sont dans la droite ligne de toutes les dernières lois qu'elles soient catégorielles ou transversales et qui s'accordent à promouvoir la fluidité des parcours par notamment le décloisonnement des accompagnements.

L'enjeu est clair : la résidence Sainte Anne doit s'inscrire dans le mouvement actuel d'ouverture à son territoire et de coopération pour se donner les moyens de faciliter la continuité du parcours de vie des personnes âgées. Cet enjeu rejoint les préoccupations de l'association gestionnaire Anne Boivent au travers du CPOM. Je reçois donc la commande du directeur Général de mener à bien le projet d'ouverture de l'établissement sur son territoire.

Dans un premier temps, je démontrerai que l'EHPAD propose un accompagnement soucieux du respect des droits des résidents mais insuffisamment axé vers la continuité des parcours de vie en raison d'un héritage confessionnel et hospitalier prégnant et d'une médicalisation accrue de l'établissement. La deuxième partie sera consacrée à la présentation d'une conception de l'accompagnement portée sur la promotion du libre choix et de la qualité de vie des personnes ainsi que sur l'accompagnement au changement culturel : de la gériatrie à la gériatrie, de l'entre soi à l'ouverture. Enfin dans la troisième partie, je développerai un plan d'action qui permettra d'inscrire l'établissement dans une dynamique d'ouverture au service de la continuité du parcours de vie.

² Assises des EHPAD des 23 et 24 mars 2017 : table ronde « l'EHPAD du futur entre soins accrus et services de proximité »

1 A l'EHPAD, un accompagnement soucieux des droits des résidents mais insuffisamment tourné vers la continuité des parcours de vie

1.1 L'association gestionnaire Anne Boivent, entre conservatisme et modernité

1.1.1 La genèse de l'association Anne Boivent, une évolution des établissements historiques des sœurs fondatrices au fil des politiques publiques

Créée en 1998, l'association Anne Boivent est le fruit d'un regroupement « d'hospices et d'orphelinat » créés au cours du 19^{ème} siècle par la congrégation des sœurs du Christ Rédempteur à l'heure où la protection sociale relevait de la bienfaisance et de la charité chrétienne.

Les missions des EHPAD se sont définies et précisées au fil des politiques publiques en direction des personnes âgées³. Il faut attendre la seconde moitié du XX^{ème} siècle pour que s'amorce une réflexion autour du vieillissement. En effet, la création de la sécurité sociale et l'amélioration de l'accès aux soins sont sources d'une augmentation de l'espérance de vie. Les modes de vie évoluent, l'exode rural et l'éloignement familial génèrent un passage d'une cellule familiale de 3 générations où les enfants prenaient soin de leurs parents à une cellule familiale nucléaire (parents/enfants). La mise en place des régimes de retraites et la création des pensions de vieillesse apportent des ressources aux personnes avançant en âge et n'occupant plus une activité professionnelle. Il faudra cependant attendre les années 60 pour que la vieillesse cesse d'être signe de pauvreté, pour que l'hébergement des personnes âgées cesse de rimer avec indigence, mendicité, dénuement, le rapport Laroque de 1962 pour que soit affirmé la nécessité d'une politique globale de la personne âgée.

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970⁴ portant réforme hospitalière définit l'hôpital comme un lieu de soin et exclut de ses missions l'accueil des personnes âgées et handicapées. Des établissements sociaux et médico-sociaux, prévue par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales, doivent être créés pour l'accueil des personnes âgées. Les sœurs abandonnent leur tradition hospitalière et les établissements de bienfaisance des sœurs de Rillé deviennent des établissements médico-sociaux.

³ WILLEZ A, avril 2007, « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et société* [en ligne], vol. 30, n° 123, pp 169-184. [Visité le juin 2018], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page169.htm>

⁴ BAUDURET J-F., 2017, *De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, 2^{ème} édition, Malakoff : Dunod, 248 p.

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, organisée par les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 et n° 2001-388 du 04 mai 2001, créé une allocation dédiée aux personnes âgées dépendantes à domicile ou en établissement, la PSD, Prestation Spécifique Dépendance qui deviendra par la suite l'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie. Cette loi institue également une procédure et une grille d'évaluation de la dépendance et introduit le statut d'EHPAD, qui va se substituer à celui des maisons de retraite. Ainsi les maisons de retraites des sœurs de Rillé deviennent des EHPAD, Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes, financés dans le cadre de conventions pluriannuelles (5 ans) tripartites (Conseil Général, Etat, EHPAD) conventions qui établissent un lien direct entre le financement et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Le projet associatif de l'association rédigé en 2010 précise qu'à partir des années 80, « la congrégation transfère progressivement la direction de ses établissements à des laïcs. Avec eux, la congrégation chemine, elle fait connaître aux laïcs l'esprit qui guide son action, elle les concerte pour préparer l'avenir »⁵. Ce cheminement des religieuses et des laïcs aboutit en novembre 1998 à la création de l'association Anne Boivent, du nom de la sœur et institutrice fondatrice de la congrégation. A ce jour, l'association Anne Boivent compte 15 établissements⁶ : 1 IME, 1 EEAP, 1 MAS, 2 foyers de vie, 1 foyer d'accueil médicalisé, un SSIAD, 8 EHPAD dont la résidence Sainte Anne ouverte en septembre 2011.

1.1.2 La structuration de l'association par la création du siège, entre appui aux établissements et concentration des pouvoirs, un équilibre à trouver

Le projet associatif de l'association Anne Boivent, dans le propos introductif à la déclinaison de ses objectifs, « entend être force de proposition pour continuer à répondre à des besoins existants et émergents de manière spécifique et professionnelle, pour pérenniser l'œuvre qui lui a été confiée dans l'esprit qui l'anime depuis sa création, la développer, tout en préservant la dimension humaine». Depuis sa création en 1998, le Conseil d'Administration inscrit l'association dans une démarche de développement continu afin de diversifier son offre de service et d'améliorer les prestations en direction des personnes qu'elles accompagnent.

⁵ ASSOCIATION ANNE BOIVENT. L'association. [Visité le 15 juin 2018], disponible sur internet : <http://anneboivent.com>

⁶ Annexe 1 : Présentation de l'association Anne Boivent

A) Le Conseil d'Administration de l'association Anne Boivent

Le conseil d'Administration est composé de 18 membres dont une religieuse, Vice-Présidente, signe fort du respect de l'origine de l'association et des principes fondateurs. Le directeur général, les directrices de pôle (personnes âgées et personnes en situation de handicap-qualité) participent au Conseil d'Administration et accompagnent les bénévoles dans leurs orientations. Lors des comités de direction, mes collègues directeurs et moi-même sommes informés en amont de l'ordre du jour, en aval des décisions et sommes destinataires des comptes rendus. Chaque administrateur est référent d'un établissement. Je fais le point mensuellement avec l'administrateur sur l'actualité et les problématiques de l'établissement. Le travail avec le référent a selon moi deux objectifs : donner de la visibilité aux administrateurs quant à la vie des établissements et apporter de la proximité au sein de l'établissement avec le CA, qui sans cela pourrait apparaître comme une instance « virtuelle » et éloignée des réalités des établissements.

B) Le siège

En 2001, la création du siège vient structurer et organiser l'association. Au fil de années, les fonctions supports s'étoffent et viennent en appui des établissements dans différents champs que sont les finances et la gestion, le management et les ressources humaines, la qualité, l'hygiène et la gestion des risques, le système d'information et de communication, le patrimoine, l'immobilier et la communication.

Devant le développement de ses activités, le conseil d'administration et la direction générale ont décidé de repenser l'organisation du siège en le dotant de deux directions de pôle : pôle personnes âgées et pôle personnes en situation de handicap-Qualité. Les objectifs de cette réorganisation sont :

- Une connaissance accrue des besoins des publics par une spécialisation sectorielle mais aussi un lien facilité entre les problématiques des personnes âgées et personnes en situation de handicap
- L'amélioration continue de la qualité comme une préoccupation centrale de l'association
- Un soutien aux responsables d'établissements par la mutualisation des moyens. La direction de pôle assure une veille sociale sur l'actualité législative, les appels à projet et soutient les établissements dans la mise en œuvre de leur projet
- L'harmonisation des pratiques, afin de proposer des accompagnements de qualité (soins, accompagnements social, sécurité, liberté...) au sein de chaque établissement

- La facilitation des échanges et la coordination des actions entre les établissements, permettant de mettre en place de la transversalité et des actions communes.

Cette réorganisation retentit sur les établissements, par le soutien qu'elle apporte mais aussi par les modifications engendrées. En effet elle a eu comme conséquence un redéploiement des directions d'établissements. Ainsi, à l'instar de mes collègues directeurs, j'occupe depuis le 1^{er} janvier 2017 mes fonctions sur 2 établissements (Laignelet 40% et Louvigné du Désert 60%) impliquant une modification des délégations, tant les miennes définies dans le Document Unique de Délégation⁷ que celles de l'infirmière cadre, qui s'est vue confiée de nouvelles délégations en termes d'encadrement des équipes (entretiens professionnels, réunions d'équipes, gestion de conflits...).

Afin de sécuriser la montée en responsabilité de l'infirmière cadre, j'ai présenté ces nouvelles fonctions aux professionnels en réunion d'équipe dans un but de lisibilité et de légitimation. Lors de son entretien professionnel annuel, j'ai échangé avec elle sur ses besoins en formation au regard de ses nouvelles fonctions et nous avons défini les modalités de reporting à savoir une rencontre hebdomadaire fixe. De plus, l'infirmière cadre fait partie avec le médecin coordinateur, la psychologue et moi-même de l'équipe de direction de l'établissement et est donc pleinement associée à la réflexion actuelle sur la continuité des parcours de vie.

Aujourd'hui, le DUD me confère le pilotage, l'actualisation, l'écriture du projet d'établissement, la responsabilité de la qualité de l'accompagnement des résidents, le management et l'accompagnement des professionnels, le suivi budgétaire.

Cette organisation recentre le pouvoir et les décisions au niveau du siège, et par conséquent, la nécessité d'une participation active de ma part au sein du comité de pôle et du comité de direction pour que notamment la question de l'ouverture, de la continuité des parcours fassent partie des orientations stratégiques. L'autre enjeu est de veiller à ce que l'établissement ne soit pas vidé de sa substance par l'éloignement des décisions et cela passe par la participation, l'implication et la motivation des professionnels, acteurs au plus près des usagers. Par exemple, pour le déploiement de la démarche qualité initiée par le siège, une infirmière de l'établissement est référente qualité et à ce titre, elle porte au sein de la résidence la démarche avec la technicienne qualité du siège, l'infirmière cadre et moi-même. Elle anime les groupes de travail au sein de l'établissement, participe au comité de pilotage associatif (siège) ainsi qu'aux audits inter établissements.

⁷ Le décret n° 2007-221 du 19 février 2007 relatif à la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale institue l'obligation de formaliser les délégations confiées au directeur par le CA ou la président par le DUD.

1.1.3 La culture de l'entre soi, une source de cloisonnement qui freine la dynamique de continuité du parcours de vie

A) L'héritage congrégationniste et hospitalier, une tendance à l'autocratie et au cloisonnement

Je m'appuie sur la classification des organisations d'Henri Mintzberg⁸, universitaire canadien auteur de plusieurs ouvrages sur la sociologie des organisations et du management, pour analyser l'organisation de l'association Anne Boivent. Il propose de classer les organisations selon 6 types de configuration : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, l'adhocratie ou organisation innovatrice, l'organisation missionnaire et l'organisation politisée, un établissement pouvant s'inscrire dans une ou plusieurs catégories. Les établissements de l'association Anne Boivent, particulièrement les EHPAD sont issus de l'histoire des hospices qui avaient jusqu'à la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 un volet sanitaire et hospitalier. De plus, aujourd'hui, je le détaillerai dans un prochain chapitre, l'évolution du public accueilli à la résidence Sainte Anne amène à une médicalisation de l'établissement qui se traduit notamment par une majorité de professionnels avec des formations sanitaires, les personnes tendant à devenir des objets de soins au détriment de la dimension sociale. Ainsi les EHPAD de l'association dont la résidence Sainte Anne, bien qu'établissements médico-sociaux, conservent une culture proche des établissements de santé, établissements classés selon les catégories d'Henri Mintzberg dans la bureaucratie professionnelle, caractérisée par l'expertise et la qualification de ses membres mais qui présente des difficultés en termes de coordination, la tendance à la standardisation des compétences se confrontant à la pluridisciplinarité nécessaire à la coordination et la continuité des parcours. Par ailleurs, les origines congrégationnistes de l'association Anne Boivent classent également ses établissements parmi les organisations missionnaires, organisations porteuses de valeurs humanistes autour de l'accompagnement des personnes fragiles mais qui ont tendance à la conversion et l'en cloisonnement, l'isolement ou l'assimilation de l'individu à l'instar des couvent et des cloîtres. Ainsi les 2 catégories principales de Mintzberg dans lesquelles se classent spontanément l'association Anne Boivent et ses établissements dont la résidence Sainte Anne se déterminent non par l'ouverture et le décroisonnement mais comme des institutions fermées et auto suffisantes en totale contradiction avec les préconisations actuelles des textes législatifs au décroisonnement. Concrètement, l'appartenance et identité forte autour de caractéristiques communes contribuent à ce que la résidence Sainte Anne

⁸ BLOCH M.-A., 2016, "Accompagnement des parcours : une (r)evolution organisationnelle" in LOUBATJ.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A., *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociales*, Malakoff : Dunod, pp. 251-294

œuvre de manière auto centrée dans son microcosme pour répondre aux besoins des publics qu'elle accompagne, en oubliant que la vie sociale ne s'arrête pas aux murs de l'établissement. En effet, malgré une orientation vers une dimension laïque, des valeurs issues de la déclaration des droits de l'homme, la culture religieuse et la symbolique du « couvent », du « cloître », et donc de l'enfermement pour vivre une vie de prière, ont laissé leur empreinte.

Par ailleurs, l'offre de service diversifiée de l'association, un siège et des fonctions supports importantes concourent à ce que la résidence Sainte Anne et les autres établissements de l'association n'éprouvent pas le besoin d'un travail en coopération « hors les murs » puisqu'ils disposent en interne des compétences nécessaires. Ainsi la résidence Sainte Anne vit sous une forme d'autarcie. L'autarcie, qui descend du grec autos « soi-même » et arkein « suffire », désigne la situation de qui se suffit à soi-même. Selon le dictionnaire de politique « La Toupie »⁹, pour un pays ou une nation, elle prône l'économie fermée et vise à produire à l'intérieur des frontières l'essentiel des biens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population et à réduire au strict minimum les importations ». Cette définition s'applique à la situation de la résidence en termes d'accompagnements, en revanche elle détonne totalement avec la mission d'utilité publique et d'utilité sociale qui lui confère son statut d'Etablissement du Secteur Social et Médico-Social.

B) Des valeurs humanistes, dans la droite ligne des principes citoyens de la loi 2002-2, qui peinent à passer le cap de l'ouverture

« La loi 2002-2 ou la reconnaissance de droits aux usagers », titre Ingrid Ispenian dans son article de la revue *Gérontologie et Société*¹⁰ et c'est bien là le cœur de la loi 2002-2 : rénover la loi du 30 juin 1975 relative à l'action sociale et médico-sociale quasiment muette quant à la place de l'utilisateur et le placer comme un acteur, un citoyen à qui on reconnaît des droits et des libertés individuels. Les droits énoncés à la section 2 de la loi 2002-2 notamment le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité, le libre choix renvoient à des textes fondateurs et régisseurs de notre société : la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, le préambule de la constitution du 27 octobre 1946 et celui de notre constitution actuelle du 4 octobre 1958. Ces droits du citoyen s'inscrivent dans la juste ligne des valeurs de l'association Anne Boivent : la primauté de la vie et l'intégrité de la personne, le respect

⁹ LA TOUPIE. Autarcie. [visité le 20 juillet 2018], disponible sur internet : <https://www.latoupie/dictionnaire/autarcie.htm>

¹⁰ ISPENIAN I., avril 2005, « La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers », *Gérontologie et société* [en ligne], n°115, pp.49-62. [visité le 20 juillet 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-4-page-49.htm>

de la dignité de la personne et de l'expression de sa volonté quel que soit son degré de dépendance et d'autonomie mais aussi la prise en compte de la fragilité de la personne humaine, l'écoute, l'attention à l'autre, l'intérêt pour ce qu'il est, en l'accueillant avec ses richesses, ses faiblesses, son histoire, sa religion et ses convictions, l'échange et l'esprit de solidarité.

Ces valeurs sont déclinées dans le projet associatif de l'association Anne Boivent, dans le projet d'établissement (2013-2018), le projet de soin (2015), le livret d'accueil de la résidence Sainte Anne afin que chacun, résidents, bénévoles, salariés en soient empreints. Ces valeurs s'appuient sur les principes qui fondent l'action de la congrégation que sont l'égalité de toutes les personnes, la sollicitude envers les plus démunis et la fraternité. L'égalité et la fraternité renvoient bien à la déclaration des droits de l'homme, aux valeurs républicaines, et donc à l'usager citoyen, au respect et à la promotion de ces droits par l'établissement. En revanche la sollicitude, au sens de l'accompagnement historique des religieuses, s'apparente à la charité chrétienne, à la pitié, à la compassion et à la conception asilaire des hospices, lieu où les indigents, les mendiants trouvaient refuge pour trouver sûreté et protection. C'est aussi le lieu où l'on isolait du monde extérieur ceux qui provoquaient du désordre. Le dictionnaire Littré définit le refuge comme « un lieu où l'on s'enfuit, où l'on se retire pour être en sécurité ». Aujourd'hui, l'heure n'est plus à l'exclusion de la cité, mais bien à l'accompagnement de citoyens inscrits dans la cité. Je m'appuie sur la définition de Fabienne Brugères pour donner une autre envergure à la sollicitude et la définir comme « un souci responsable des autres qui prend la forme d'une activité éthique et politique en faveur de la vulnérabilité humaine, dans l'idée de la stabiliser ou de la diminuer »¹¹. Vue sous cet angle, la sollicitude sort du champ de la compassion, trop fusionnelle et ainsi toujours selon Fabienne Berge, la « sollicitude trouve au contraire une réalisation effective dans le « care », le soin attentif ». Et c'est bien dans cette conception, le « prendre de soin », fondé sur les habitudes de vie, la globalité de la personne et la continuité de sa vie que l'établissement doit s'inscrire. Ainsi, c'est pour l'association un enjeu associatif de repenser la déclinaison de ses valeurs fondatrices et humanistes au regard des politiques de décroissement et d'ouverture actuelles, enjeu partagé par le DG et les financeurs puisque une fiche action du CPOM¹² est consacrée à la réécriture du projet associatif.

¹¹ RICARD M-A. Regard sur la sollicitude chez Paul Ricoeur. [Mise à jour le 15 mai 2017], disponible sur internet : <http://ruor.uottawa.ca/lasollicitudechezpaulricoeur>

¹² Annexe 2 : Le CPOM de l'association Anne Boivent

C) Le décroissement, un incontournable de la continuité du parcours de vie des personnes

a) *Le parcours de vie, un nouveau paradigme qui appelle à une approche globale et au décroissement*

Selon Ana Gherghel¹³, la réflexion autour de la théorie du parcours de vie, qui peut être considérée aujourd'hui comme un nouveau paradigme s'est amorcée à partir des années 60 et s'est particulièrement développée à partir des années 70 en lien avec les changements démographiques tels que l'augmentation de la diversité ethnique avec l'immigration, la baisse de la fécondité et de la mortalité, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et leurs conséquences sur la population. Cette pensée tire ses fondements de contributions pluridisciplinaires (psychologie, sociologie, démographie) et s'appuie notamment sur la perspective longitudinale qui analyse et compare les trajectoires des groupes sociaux, sur la psychologie du déroulement de la vie (lifespan psychology) qui considère que le développement de l'individu se déroule tout au long de la vie, et sur la sociologie du parcours de vie (life course sociology) qui introduit les relations interpersonnelles et la notion de temporalité. Ana Gherghel définit le parcours de vie comme « une séquence d'évènements qui se déroule en fonction des groupes d'âges et qui est socialement définie et ordonnée dans le temps et le contexte historique. Il (le parcours de vie) résulte ainsi de l'ensemble des trajectoires d'un individu (familiale, éducationnelle, professionnelle, résidentielle). Elles (les trajectoires) sont ponctuées d'évènements et de transitions qui représentent des périodes de courtes durées et indiquent un changement d'état, de statut ou de rôle ». La trajectoire « est composée de séquences de rôles et d'expériences qui sont définies ou délimitées par des transitions caractérisées comme des périodes d'instabilité (l'émancipation, la parentalité, la retraite) ».

Dans son ouvrage « Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale »¹⁴, Jean René Loubat affine cette théorie et s'appuie sur une définition de Marie Aline Bloch et Léonie Hénaut, pour désigner le parcours comme « une personnalisation de l'évaluation et des prises en charge, une prise en compte des multiples dimensions de la vie des personnes, et un accompagnement sur le long terme qui comprend aussi la prévention ». Pour J.-R. Loubat, « cette évolution terminologique transcrit à elle seule ce passage d'une logique institutionnelle (le soin) à une ouverture sur la personne et son environnement spatio-temporel (sa vie). Or, je constate qu'en raison de l'héritage culturel

¹³ GHERGHEL A., 2013, « Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles » in GHERGHEL A., *La théorie du parcours de vie*, Laval : PUL, pp. 1-27

¹⁴ LOUBAT J.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A., 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociales*, Malakoff : Dunod, 372 p

congrégationniste et hospitalier, conforté par une dépendance croissante et une médicalisation accrue, l'accompagnement de la résidence tend davantage à devenir un lieu de soin, protecteur et sécurisé au détriment d'un lieu de vie qui prend en compte la dimension humaine et sociale de la personne, et ce à l'inverse de ce que prône son projet d'établissement¹⁵ « un lieu de vie où l'on prodigue des soins ». Ce nouveau paradigme, le parcours, remet en question la notion de filière et d'établissement, d'entre soi, de place occupée et de prise en charge, la prise en compte de la personne ne se résumant pas aux soins mais bien à ce que Roland Janvier définit comme « la capacité des organisations à accompagner la vie des personnes en apportant des réponses les plus personnalisées au plus près de leur demande »¹⁶ Toujours selon Roland Janvier, « le parcours de vie est émergence, surgissement, imagination, créativité et innovation : il appelle en conséquence des formes fluides, souples, évolutives et singulièrement adaptables de la part des accompagnants et des organisations qui les soutiennent ». C'est un axe important, que je souhaite porter avec le CA et le siège, que je souhaite impulser au sein de l'établissement auprès des professionnels : sortir de l'accompagnement du résident comme « objet de soin » et bien le considérer dans sa globalité, et avant tout comme un citoyen, libre de ses choix, avec une vie sociale, affective, un citoyen dont nous n'avons pas l'exclusivité de l'accompagnement, impliquant de sortir d'une pratique traditionnelle du tout institutionnelle pour s'ouvrir à la pluridisciplinarité et le « faire ensemble » avec les proches, partenaires, les bénévoles.

b) Des politiques publiques unanimes qui prônent le décroisement, la pluridisciplinarité et la coopération

Dans son rapport de 2007, Conseil du Travail Social restitue que « le cloisonnement entre les institutions et les professionnels des deux domaines (social et sanitaire) rend difficile sinon impossible la prise en charge globale des personnes et entraîne une discontinuité des interventions »¹⁷. Cette vision est partagée par Marcel Jaeger dans son article « Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux » de 2010 où il met en avant qu' « au moment où les ARS se mettent en place et où se développent les groupements de coopération, les politiques publiques sont à l'heure du décroisement, de la transversalité. De toutes

¹⁵ Projet d'établissement 2013-2018 de la résidence Sainte Anne

¹⁶ JANVIER R. Les parcours : une opportunité pour repolitiser l'action sociale. [Mis à jour le 11 août 2015], disponible sur internet : <http://www.rolandjanvier.org/droit-usagers/727-les-parcours-une-opportunite-pour-repolitiser-laction-sociale-2-11-08-2015/?hilitte=%27parcours%27>

¹⁷ FOURDRIGNIER M., 2010, « De nouvelles formes de travail ensemble », *Revue Travail Emploi Formation* [en ligne], pp 7-29. [Consulté le 20 juillet 2018], disponible sur internet : https://aifris.eu/03upload/uplolo/cv1352_197.pdf

parts s'expriment un sentiment d'échec face aux organisations compartimentées ¹⁸». Le décloisonnement renvoie aux questions de coopération et de coordination, thème récurrent de l'actualité législative depuis les ordonnances de Juppé de 1996 dans le domaine de la santé et la loi 2002-2 pour l'action sociale et médico-sociale. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires repose sur un principe de décloisonnement des acteurs de la santé au sens large. L'inscription du secteur médico-social vise à dépasser les limites des modèles sanitaires et médico-sociaux pour une réponse aux besoins de santé et d'accompagnement social. Ainsi, en intégrant dans un même dispositif législatif la médecine de ville, l'hospitalisation (publique, privée), l'aide à l'autonomie, la loi HPST reconnaît la personne au centre du système de santé. Son parcours prédomine sur le statut juridique des différents intervenants. Le secteur médico-social, qui ainsi s'inscrit dans un réseau plus vaste de professionnels de santé, doit nouer de nouveaux liens avec ces partenaires : médecine libérale, domicile, pharmacies, maisons, centres ou encore pôles de santé, établissements de santé, réseaux de santé, équipes mobiles d'HAD ou encore de soins palliatif. La loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillesse s'inscrit dans un esprit de transversalité et mobilise l'ensemble des politiques publiques afin de donner les moyens aux personnes âgées, même fragilisées, d'être actrices de leur parcours. Cette loi est porteuse d'un changement de regard sur la vieillesse : les personnes âgées sont envisagées dans leur diversité, marquant la volonté profonde des pouvoirs publics de proposer une réponse adaptée à la richesse et à la pluralité des parcours de vie de chacun. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réforme le Programme Régional de Santé (PRS) : les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociaux (SROMS) et les Schémas Régionaux d'Organisations de Soins (SROS), créés par la loi HTSP de 2009, fusionnent au sein du Schéma Régional de Santé (SRS). Le SRS est établi pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ce rapprochement est un signal fort d'une volonté accentuée de décloisonnement et de transversalité entre les domaines du sanitaire et du médico-social en faveur d'un parcours coordonné.

Concernant Bretagne, le PRS 2^{ème} génération (2018-2022) rédigé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre d'une démarche participative, a été adopté le 18 juin 2018. Les priorités définies s'inscrivent complètement dans le mouvement de la continuité des parcours et du « faire ensemble » en « encourageant les innovations afin d'inventer de nouvelles modalités de coopération entre professionnels (maison de santé pluri-

¹⁸ JAEGER M., 2010, « Introduction », *vie sociale* [en ligne], vol. 1, n°1, pp.9-12. [consulté le 25 juillet 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1.htm>

professionnelles, parcours de santé coordonnés, coopérations interprofessionnelles...) en développant les partenariats et la contractualisation avec l'ensemble des acteurs de santé»¹⁹.

Ainsi depuis 20 ans, les politiques publiques sont unanimes, l'heure est au parcours, au décloisonnement et à la coopération. Pourtant la résidence Sainte Anne n'a toujours pas passé le cap de l'ouverture et de la coopération comme en témoignent la timidité de son travail partenarial et en réseau, sujet que je vais développer en partie 1.3.3.

1.2 Le plébiscite du domicile par les personnes âgées, source d'un recul de l'âge d'entrée et d'une dépendance accrue

1.2.1 Les éléments de cadrage de l'EHPAD : Missions, autorisations et financements

A) Les missions de l'EHPAD

« Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Ils s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien »²⁰. La résidence Saint Anne se définit dans son projet d'établissement comme « un lieu de vie qui a pour missions essentielles d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner de façon globale chacune des personnes âgées accueillies »²¹. Or, je le constate que l'intention affichée dans le projet d'établissement d'un accompagnement qui embrasse la dimension globale de la personne, tant en termes de santé et de soins que d'accompagnement à la vie citoyenne et sociale, est contrariée par la prégnance de la culture sanitaire, héritage de l'histoire des hospices et par l'absence d'ouverture de l'établissement à son environnement.

L'article 57 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement souhaite apporter davantage de lisibilité quant aux prix pratiqués par les EHPAD et faciliter les comparaisons en fixant un socle de prestations obligatoires en matière d'hébergement sur 5 volets que sont les prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage et d'animation de la vie sociale.

Ainsi l'EHPAD est un établissement hébergeant et accompagnant principalement des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et d'entrée en dépendance. Le

¹⁹ ARS. Le PRS 2 (2018-2022). [Mis à jour le 29 juin 2018], disponible sur internet : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-construction-du-prs-2-2018-2022>

²⁰ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. [Mise à jour le 15 mars 2018], disponible sur internet : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

²¹ Projet d'établissement 2013-2018 de la résidence Sainte Anne

niveau de dépendance physique et/ou psychique est évalué à l'aide de la grille AGGIR²² (Autonomie, Gérontologie, Groupe-Iso Ressources) et permet déterminer le GIR (Groupe-Iso Ressources) de la personne, celui-ci pouvant varier entre 1 et 6²³. Le GIR 1 correspond au niveau dépendance le plus élevé, le GIR 6 à celui le moins élevé. Le GMP (GIR Moyen Pondéré) permet d'apprécier le niveau de dépendance moyen des personnes hébergées. Chaque GIR donne lieu à une cotation, le GMP s'obtient en divisant le nombre de points de l'établissement par le nombre de résidents.

B) Les modalités d'autorisation et de fonctionnement

L'article 10 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) définit comme EHPAD les établissements hébergeant et accompagnant cumulativement plus de 10% de résidents classés en GIR 1 ou 2, et plus de 15% de résidents classés en GIR 1, 2 ou 3. Listés au 6° de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les EHPAD sont des établissements médico-sociaux soumis à l'autorisation conjointe du président du Conseil Départemental (CD) et du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les organismes gestionnaires d'EHPAD ont l'obligation de conclure un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'ARS et le CD. Les CPOM remplacent les conventions tripartites instituées par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997. L'association Anne Boivent, représentée par le Directeur Général et le président du Conseil d'Administration, a signé son CPOM pour l'ensemble des établissements avec l'ARS et le Conseil Départemental en avril 2018. J'ai contribué avec mes collègues directeurs à la définition des axes stratégiques au travers des comités de direction. Parmi les 23 fiches actions validées par le Conseil d'Administration, plusieurs viennent légitimer le projet d'ouverture de l'EHPAD sur son territoire au service de la continuité du parcours de vie des personnes âgées²⁴.

C) Le financement de l'EHPAD

Le financement des EHPAD en 3 sections tarifaires (soins, dépendance, hébergement) est assuré par les autorités compétentes :

Le directeur général de l'ARS arrête le montant du forfait global Soins couvrant les prestations de soins sur la base d'une équation tarifaire basée sur le GIR Moyen Pondéré Soins. Cet indicateur est calculé à partir du Pathos Moyen Pondéré (PMP)²⁵ et à partir du GMP. Le financement est pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

²² SERVICE-PUBLIC.FR. Qu'est-ce que la grille Aggir ?. [Vérifié le 11 avril 2018], disponible sur internet : <http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F229>

²³ Annexe 3 : Qu'est ce que la grille AGGIR

²⁴ Annexe 2 : Le CPOM de l'association Anne Boivent

²⁵ Le PMP est la cotation des besoins en soins requis par la population accueillie. Cette cotation est effectuée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD

Le Président du Conseil Départemental arrête le montant du forfait couvrant les prestations de compensation de la dépendance sur la base d'une équation tarifaire basée sur le nombre total de points GIR de la capacité autorisée auquel est appliqué un tarif du point GIR départemental. Ce financement est assuré par le Conseil Départemental dans le cadre de l'APA, montant fixé en fonction du degré de dépendance et par le résident qui verse un talon modérateur de 5,77 euros par jour.

Le tarif journalier de facturation des prestations liées à l'hébergement est arrêté par président du Conseil Départemental pour les établissements habilités à l'aide sociale comme la résidence Sainte Anne. Il est entièrement à la charge du résident et correspond en hébergement classique à 58,38€ par jour et en unité protégée à 60,33€, tarifs qui se situent dans la moyenne nationale qui est de 59,44€²⁶. En fonction de leurs revenus, les personnes peuvent percevoir des aides : l'APL, Aide Personnalisée au Logement et/ou l'aide sociale par le CD, cette dernière pouvant faire l'objet d'un recours sur succession. Ainsi le coût s'élève pour un mois à 1988,65€ pour un résident en hébergement classique et à 2049,10€ pour un résident en unité protégée, bien au-delà des retraites perçues sur le territoire Fougerais, celui-ci se caractérisant par de faibles revenus.

1.2.2 L'entrée à l'EHPAD, le dernier recours d'une population locale qui ne favorise pas l'anticipation

A) Rester à leur domicile, la première intention des personnes âgées

Selon un sondage²⁷ mené par « autonome-ease » en mai 2016, 83% des personnes souhaitent vieillir à leur domicile contre 3% dans une maison de retraite. Un questionnaire réalisé auprès des personnes de l'accueil de jour de la résidence Sainte Anne en janvier 2018 confirme ce rejet de l'EHPAD : sur les 6 personnes ayant répondu, en cas de survenue de la dépendance, 3 souhaitent rester à leur domicile, 2 n'ont pas réfléchi à la question, 1 seule envisage la vie en EHPAD.

La qualité de vie en EHPAD s'est considérablement améliorée notamment sous l'impulsion des conventions tripartites et aujourd'hui des CPOM qui conditionnent les financements à une amélioration continue de la qualité. Pourtant aux yeux des personnes âgées et du grand public, les EHPAD continuent de véhiculer une image très négative :

²⁶ CNSA. Les tarifs des Etablissements Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en 2017. [Mise à jour le 29 mai 2018]. Disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-tarifs-des-etablissement-dhebergement-pour-personne-agees-dependantes-ehpad-en-2017>

²⁷ AUTONOME-EASE. 83% des personnes souhaitent vieillir à leur domicile. [Visité le 30 juillet 2018]. Disponible sur internet : <https://www.autonom-ease.com/sondage-83-des-francais-souhaitent-vieillir-a-domicile-309491-actualite.xhtml>

tarifs très élevés, manque de places, hospices, mouiroirs et maltraitance, autant de sujets relayés par les médias comme en témoignent l'actualité de janvier 2018²⁸ ou l'émission de France Inter « Suzanne et les maltraitements d'un EHPAD »²⁹. Cette image vue de l'extérieur et les angoisses qu'elle génère associée à un souhait de vieillir à domicile, souhait pris largement en compte pas les politiques publiques, n'incitent pas les personnes vieillissantes à se projeter et à anticiper une entrée à l'EHPAD. Je le constate, les personnes inscrites « au cas où » sur la liste d'attente de précaution ne sont pas du tout dans une perspective d'entrée, ni dans une démarche de d'anticipation et, la majorité de celles qui entreront le feront de manière non préparée au détour d'une hospitalisation suivie d'un retour à domicile impossible provoquant une rupture brutale avec leur domicile, leurs meubles, leurs voisins, leurs habitudes. Je considère que l'établissement a un rôle à jouer avec les autres acteurs dans l'anticipation de l'entrée, en permettant au grand public d'avoir une meilleure image de l'EHPAD en le faisant connaître, impliquant une démarche d'ouverture.

B) Des résidents emprunts des caractéristiques du pays de Fougères

L'EHPAD est autorisé pour 68 résidents en hébergement permanent dont 12 en unité Alzheimer et pour 4 places d'accueil de jour. Le taux d'occupation pour l'hébergement permanent, stable depuis plusieurs années, est de 98% et s'explique par une liste d'attente importante (19 personnes). La localisation de l'EHPAD, en territoire rural dans un cadre arboré, au sein d'un bourg pourvu de commerces de proximité et près d'un pôle urbain à 3 kilomètres (Fougères, ville de 20 000 habitants) confère de l'attractivité pour l'hébergement permanent de l'EHPAD Sainte Anne.

Les résidents en hébergement permanent sont majoritairement d'origines géographiques proches (ville de Fougères et communes environnantes de Laignelet). Au 31 décembre 2017, 49% des résidents viennent de la ville de Fougères. 74% des personnes sont domiciliées dans un rayon inférieur à 10 kms, 16% dans un rayon entre 10 et 20 kilomètres. Ce phénomène se vérifie également pour les personnes de l'accueil de jour, compte tenu que la résidence a fait le choix de la proximité en assurant le transport uniquement dans un rayon de 10 kilomètres.

Compte tenu de l'origine locale des résidents, les catégories socio professionnelles sont le reflet de l'activité économique historique du pays de Fougères à savoir l'industrie de la chaussure pour la ville de Fougères et l'agriculture pour le versant rural. L'industrie de la chaussure, éteinte aujourd'hui, était quasi exclusive de la révolution industrielle au milieu

²⁸ Mouvements nationaux de grèves dans les EHPAD du 30 janvier 2018

²⁹ FRANCE INTER. Suzanne et les maltraitements d'un EHPAD. [Emission du 08 décembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.franceinter.fr> > Émissions > Suzanne et les maltraitements d'un EHPAD

des années 70. La part de l'emploi agricole fougèrais a connu une diminution importante à l'instar de la tendance nationale à partir des années 1960 (exode rural, intensification de la production et restructuration des exploitations), pourtant la résidence Sainte Anne compte plusieurs résidents issus du milieu agricole témoignant d'un fort ancrage agricole jusque dans les années 60. Ainsi les deux CSP dominantes sont celles des agriculteurs (22%) et des ouvriers et employés d'usine (16%). Fougères et ses alentours ruraux de la résidence Sainte Anne se caractérisent par des revenus faibles (2^{ème} revenu médian le plus faible de Bretagne³⁰).

1.2.3 Un recul de l'âge d'entrée à l'EHPAD, une dépendance et des poly-pathologies accrues

A) La conséquence du plébiscite pour la vie à domicile, le recul de l'âge d'entrée à l'EHPAD

D'un point de vue démographique, à l'instar du niveau national, sur le pays de Fougères, le vieillissement s'accélère. A titre d'exemple, entre 2006 et 2013, le nombre de personnes âgées entre 85 et 89 ans est passé de 724 à 1203, celui entre 90 et 94 ans de 319 à 495. La représentation des femmes est plus importante comme en témoigne la tranche 90 à 94 ans qui comprend 55 hommes et 264 femmes³¹. Cette représentation majoritaire des femmes avec l'avancée en âge se retrouve dans la répartition hommes femmes des résidents permanents de l'EHPAD résidence Sainte Anne. Au 31 décembre 2017, l'âge moyen des 68 résidents (53 femmes et 15 hommes) de l'hébergement permanent est de 87,24 ans (86,56 ans au 31/12/2015) et l'âge moyen à l'entrée de 84,18 ans (83,97 ans au 31/12/2015). Ces chiffres sont en constante augmentation liée à la volonté, nous l'avons vu, des personnes de demeurer à leur domicile et à des politiques publiques favorisant le maintien à domicile.

B) Un accroissement du niveau de dépendance des résidents

A l'instar de la tendance nationale³², ce recul de l'âge d'entrée s'accompagne d'une détérioration de l'état de santé des personnes accueillies à la résidence Sainte Anne, d'une augmentation du niveau de dépendance et de médicalisation de l'établissement. Le GIR Moyen Pondéré de l'établissement de 737 (moyenne nationale 712). Il est en constante évolution depuis 2013 (641 en 2014, 645 en 2015, 697 en 2016, 737 en 2017).

³⁰ GREF Bretagne. Pays de Fougères. [visité le 15 juin 2018], disponible sur internet : <https://www.gref-bretagne.com>

³¹ INSEE. Canton de Fougères 2. [Date de référence : 01/01/2018], disponible sur internet : <https://www.insee.fr>

³² DREES. Etudes et résultats. [Daté de juillet 2017], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

Le Pathos Moyen Pondéré est de 191 (moyenne nationale 192). Ces chiffres attestent de l'inscription de l'établissement dans la tendance nationale de dépendance et de médicalisation accrue.

La durée moyenne d'accompagnement est de 3,17 ans

Les résidents de la résidence Sainte Anne souffrent de poly pathologies liées à la vieillesse. La poly pathologie selon l'HAS se définit comme « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'avancée en âge. A partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. En moyenne, un résident en EHPAD souffre de 7,6 pathologies³³. A la résidence Sainte Anne, les maladies cardiovasculaires particulièrement l'hypertension représentent la part la plus importante des pathologies avec 44,44% des personnes atteintes suivie de près par des pathologies liées aux affections neuropsychiatriques : troubles chroniques des comportements (42,22%), syndromes démentiels (41,11%). Les personnes ayant les troubles du comportement les plus sévères sont accueillies au sein de l'unité Alzheimer soit 17,6% des personnes présentant des syndromes démentiels. Cette importance de la part des maladies dégénératives s'explique par une augmentation en France et dans le monde de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées telles la maladie à Corps de Lewy, la dégénérescence lobaire fronto-temporales, présentant des symptômes et comportements proches et similaires à ceux des maladies d'Alzheimer. Au regard de la part importante au sein de l'établissement, je vais m'appuyer sur la présentation de la maladie d'Alzheimer pour apporter un éclairage sur les comportements des personnes atteintes. La maladie d'Alzheimer est définie par le ministère des solidarités comme « une maladie neuro dégénérative (atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles (cognitives) conduisant à des répercussions sur le vie quotidienne³⁴. Maladie évolutive³⁵, elle se caractérise par des troubles de la mémoire associés à d'autres perturbations telles l'aphasie (langage), l'apraxie (incapacité à réaliser certains gestes), l'agnosie (difficulté à reconnaître des objets ou des personnes), la difficulté à adapter son comportement à un contexte donné. La maladie se traduit par des comportements d'agitation et/ou d'agressivité souvent liés à

³³ DREES. Etudes et résultats. [Daté de juillet 2017], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

³⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. La maladie d'Alzheimer. [mis à jour le 09 juillet 2018], disponible sur internet : <https://solidarites-sante-gouv.fr/soins-et-maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-dalzheimer>

³⁵ FRANCE ALZHEIMER. Les symptômes de la maladie. [consulté le 18 août 2018], disponible sur internet : <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/symptomes-de-maladie-dalzheimer/>

de la peur et de l'anxiété, des actions inappropriées et de désinhibitions (errance, déambulation, actions répétitives...), des troubles du sommeil (inversion jour-nuit, insomnies) et de l'alimentation, des idées délirantes et/ou des hallucinations. L'enjeu pour l'EHPAD est d'allier l'équilibre entre l'obligation d'offrir un cadre sécurisant à des personnes qui peuvent se mettre en danger tout en favorisant le maintien de leur autonomie et de leurs droits notamment celui d'aller et venir.

1.3 La volonté d'un accompagnement soucieux du respect des droits des personnes contrariée par des ruptures d'accompagnement

1.3.1 Une prévalence de métiers issus du domaine sanitaire, qui ne facilite pas l'accompagnement global de la personne

A) Une prévalence du personnel issu du champ médical

L'effectif de la résidence Sainte Anne est de 41,05 ETP. Son taux d'encadrement global³⁶ de 0,60 se situe dans la moyenne des EHPAD (0,59³⁷). L'ancienneté du personnel est de 4,95 ans au 31 décembre 2017, elle s'explique par l'ouverture récente de l'établissement en 2011.

En adéquation avec la tendance générale des EHPAD, la réponse aux besoins des personnes âgées souffrant d'incapacités se traduit légitimement par une médicalisation de l'établissement comme en témoigne la part importante du volet soin dans la répartition des professionnels. La loi 2015-1776 dite d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015 dans son article 40, au travers de la réforme des financements des EHPAD et de la généralisation des CPOM, entend soutenir cette médicalisation légitime. Les postes infirmiers (4 ETP) et aide soignants (16 ETP) représentent 4,74 équivalent temps plein sur 10 à la résidence Sainte Anne et se situent dans la moyenne nationale des EHPAD (4 ETP sur 10³⁸). Ainsi les métiers au sein de l'EHPAD laissent une part infime à une approche sociale du vieillissement dans ses différentes acceptions, d'autant plus que les contenus des formations d'aides-soignants et d'infirmiers accordent peu de place à la dimension sociale de la personne. En effet, pour les aides-soignants sur les 20 semaines de formation, 4 sont consacrées à l'accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne et 2 semaines à la relation et à la communication. Concernant la formation d'infirmière sur les 10 domaines de compétences, 2 uniquement

³⁶ Le taux d'encadrement global se définit comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein par rapport au nombre de résidents accueillis

³⁷ KPMG. Observatoire des EHPAD. [Daté d'avril 2014]. Disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/.../Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

³⁸ INSEE. Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire. [paru le 05 juillet 2017]. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2889932?sommaire=2889938>

s'extraient de l'étude des pathologies et de l'expertise technique : « accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » et « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ».

12 Agents de Service Hospitalier (ASH) et 2 Aide Médico-psychologiques (AMP) interviennent avec les aides-soignants et infirmières au sein des unités de vie. Les référentiels et fiches métiers, la budgétisation par métiers définissent précisément la répartition des tâches. Cependant, au quotidien dans les unités de vie, je le constate, le travail au contact d'humains aux rythmes et aux attentes variés, le besoin d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne accru, et ce, à moyen constant, amène à de l'entraide entre les équipes et à des glissements entre les métiers (AS, AMP et ASH), particulièrement sur des activités de « nursing », faisant glisser de fait les ASH et AMP, qui ne sont pas de formation initiale médicale, vers des pratiques médicales et une culture professionnelle sanitaire. La dimension sociale, en termes de métiers, repose essentiellement sur 1 ETP d'animatrice et de 2 ETP d'Aide Médico Psychologique (AMP). L'animatrice est elle aussi issue du milieu sanitaire. Aide-soignante au sein de l'établissement, elle a postulé en 2013 sur le poste d'animation. Le manque d'accompagnement à ses nouvelles fonctions notamment l'absence de formation en lien avec l'animation occasionne des difficultés particulièrement en termes de liens entre les projets de vie personnalisés et le programme d'animation, de coordinations des différentes actions proposées, d'ouverture vers l'extérieur ainsi que de travail avec les bénévoles qui se plaignent du manque de concertation et de sollicitations. Il en résulte un programme varié certes mais qui tend à s'inscrire dans une routine qui a du mal à passer le cap de la personnalisation.

B) La fonction support RH et GPEC, des outils au service de la qualité de vie au travail des professionnels

La politique de Gestion des Ressources Humaines et la qualité de vie au travail des professionnels est pour moi une donnée primordiale pour susciter la motivation des professionnels et promouvoir un accompagnement de qualité auprès des résidents. Je dispose d'une ressource performante qu'est une fonction support RH mutualisée au niveau du siège. Cette organisation permet de mutualiser des procédures et des outils communs dont les fiches de postes qui apportent aux professionnels clarté et sécurité quant à leurs rôles, à leurs responsabilités et aux objectifs. L'engagement dans un processus de prévention des risques, allant au-delà des obligations légales que sont le CHSCT et le DUERP, limite l'absentéisme, source de perturbation pour les usagers et les équipes de professionnels. Ainsi, des professionnels sont formés à la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP) et sont amenés à analyser leur environnement de travail et à proposer des axes d'amélioration. Un comité de retour d'expérience,

composé de professionnels, de la technicienne qualité de l'association et de moi-même, analyse les fiches d'évènements indésirables dans un souci d'amélioration et de prévention. Comparativement à la tendance générale des EHPAD, les indicateurs à la résidence Sainte Anne révèlent un taux d'absentéisme (7,46%), un turn over (5,19%) et un taux d'accidents de travail modéré.

La démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois des Compétences, initiée par le siège, s'appuie notamment sur les possibilités de mobilités géographiques inter établissements, sur les possibilités d'évolutions de carrières afin de fidéliser et motiver les professionnels de l'association Anne Boivent. Je me saisis de cette démarche et la déploie afin que les professionnels de la résidence en bénéficient. A titre d'exemple, en 2016 et 2017, un ASH a suivi la formation d'aide soignante.

Le plan de formation mutualisé permet de proposer des formations thématiques à l'ensemble des salariés (personnel soignant, ASH, secrétaire, agent technique....). Pour 2017-2018, il s'agit de la bientraitance. Des formations ciblées issues des Entretiens Professionnels Individuels, des entretiens professionnels annuels, de demandes individuelles, de besoins repérés par l'encadrement sont également mises en place.

C) La communication

A l'EHPAD, la communication vers le personnel passe par des réunions de service plénières pour des thèmes concernant l'ensemble du personnel tel que la présentation de la procédure du circuit du médicament. J'anime ces réunions avec l'infirmière cadre et selon les thèmes, je fais appel à un intervenant extérieur. Pour la présentation et l'appropriation de la procédure du circuit du médicament, la technicienne qualité est intervenue sur le sujet. Pour des aspects davantage techniques, de type organisationnel, je délègue à l'infirmière cadre, en sa qualité de manager de proximité, l'animation de ces informations et échanges en réunion d'équipes (unité protégée, unité classique). Chaque année, lors de vœux, le DG fait un état des orientations associatives pour l'année passée et à venir, permettant aux salariés de faire le lien entre la résidence Sainte Anne et l'association. La communication par réunions est complétée par des notes de service élaborées par mes soins (ex. congés payés), des notes de procédures provenant du service qualité de l'association. Les comptes rendus des réunions de CE et de CHSCT sont transmis avec les bulletins de salaire et affichés sur le tableau du personnel.

En terme de communication entre les professionnels, elle se fait au travers des temps d'échanges quotidiens de transmissions entre les équipes du matin et du soir. Elles concernent le personnel des unités, et j'ai pu constater en y assistant, qu'elles portent exclusivement sur les questions médicales concernant les personnes. Quant au système d'information et de communication, la résidence dispose d'un logiciel d'organisation et de partage des informations sécurisé, qui est utilisé exclusivement par les professionnels

pour les transmissions d'ordre médical. L'association a décidé de changer d'opérateur pour un outil accessible par le WEB permettant notamment aux médecins traitants des résidents de l'utiliser. Avec l'infirmière cadre, je m'appuie sur le déploiement et les formations à ce nouveau logiciel pour rendre systématique son utilisation pour l'ensemble du personnel permettant de centraliser et de partager les informations au sein d'un outil sécurisé.

1.3.2 Le respect des droits des personnes, une volonté de la résidence de promouvoir la citoyenneté

A) Des droits réaffirmés au fur et à mesure des lois

La loi 2002-2, dans la lignée des droits de l'homme et des valeurs républicaines d'égalité, de fraternité et de liberté rappelle qu'avant d'être âgé, poly pathologique, dépendant, le résident est un citoyen doté de droits. L'article L311-3 du CASF cite les droits des usagers : respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité, le libre choix entre un accompagnement à domicile ou en établissement, un accompagnement individualisé favorisant son autonomie dans le respect d'un consentement éclairé, la confidentialité des données le concernant, un accès à l'information relatif à sa prise en charge, une information sur ses droits et les voies de recours possibles, sa participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne. Afin de garantir ces droits, 7 outils sont mis en place : le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés, le contrat de séjour, le conciliateur ou médiateur, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement ou de service, le Conseil à la Vie Sociale. La loi ASV de 2015³⁹ réaffirme les droits et les libertés des usagers en instaurant la possibilité de désigner une personne de confiance, jusque-là réservée aux personnes hospitalisées, un entretien avec la direction permettant de s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits.

B) Le projet de vie, un outil au service du parcours de vie de la personne

Considérer avant tout le citoyen⁴⁰, c'est considérer la personne, son réseau et ses rôles sociaux, sa qualité d'acteur économique (consommateur, client...), ses droits civiques, ses croyances, ses habitudes de vie, ses loisirs. L'accompagnement à la vie sociale

³⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement. [Mise à jour le 31 mars 2017]. Disponible sur internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

⁴⁰ HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 3, la vie sociale des résidents en EHPAD

passé par une connaissance de la personne, de ses souhaits et démarre par un recueil des habitudes de vie effectué le jour de l'entrée par l'infirmière cadre. Le recueil est transmis au référent, un aide-soignant de l'unité, interlocuteur privilégié du résident et sensé être garant de son projet de vie.

Jean René Loubat pose la place prépondérante du projet de vie dans le parcours des personnes en le définissant comme « la pierre angulaire du recentrage de la personne sur son parcours⁴¹ ». Il ajoute que « le projet de vie témoigne de la volonté d'orienter sa vie vers des fins souhaitées et de parvenir plus immédiatement à un mode de vie intéressant ». La résidence Sainte Anne s'est saisie de cet outil et ainsi le projet de vie personnalisé est élaboré pour les résidents permanents quelques semaines après leur entrée. Participent à ce moment d'échange et de personnalisation de l'accompagnement le résident, sa famille, la psychologue, l'infirmière de l'unité et le professionnel référent. Les échanges s'articulent autour du mode de vie (le « chez soi », la vie collective, le rythme de vie, la restauration), la vie sociale (les activités professionnelles et de loisirs, le bénévolat, les relations sociales familiales, amicales...). La psychologue me fait part que régulièrement le professionnel référent participe à l'élaboration du projet de vie sans préparation préalable, sans échanges avec les collègues de l'unité, avec l'animatrice afin de croiser les observations, les confidences sur les premières semaines vécues à la résidence.

C) La participation, des résidents impliqués dans la gestion de l'établissement

Le Conseil à la Vie Sociale de la résidence Sainte Anne est composé de résidents, de familles, de professionnels (selon les thèmes : cuisine, animation, lingerie...) et de l'administrateur référent de l'association. Il se réunit tous les trois mois. Le Président du CVS et moi préparons ensemble la réunion, réalisons le compte rendu, qui est ensuite diffusé par voie d'affichage. Le CVS est complété de deux commissions : commission restauration et commission animation. En amont de la commission animation, l'animatrice recueille en animation plénière les souhaits et idées des résidents. Une enquête de satisfaction annuelle, élaborée par le service qualité, recueille l'avis des résidents sur le volet hôtelier (logement, locaux collectifs, propreté, repas, linge), sur le volet vie sociale (animations et vie en collectivité), sur les relations avec le personnel. Les résultats de cette enquête sont présentés au CVS et sont analysés par le service qualité dans une démarche d'amélioration continue.

⁴¹ LOUBATJ.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A, 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociales*, Malakoff : Dunod, 372 p.

D) Allier liberté et sécurité, un principe d'accompagnement à l'EHPAD

Un des facteurs de l'entrée en EHPAD est l'insécurité : chutes, fugues, mise en danger particulièrement lors de syndromes démentiels. D'ailleurs quasiment la moitié des personnes accueillies à la résidence présentent des syndromes démentiels et/ou de troubles du comportement. L'EHPAD doit accomplir une double mission : respecter le droit à la liberté particulièrement celle d'aller et venir, érigée au rang de droit fondamental par la loi ASV et inscrite à l'article L311-3 du CASF et le droit à la sécurité (Article 7 de la charte des droits et liberté de la personne accueillie). Concernant la liberté d'aller et venir, la résidence propose des horaires de sortie et de visite souples. Par exemple, la personne, sortie pour une journée en famille, qui rentre tard, pourra dîner à son retour et bénéficiera de l'aide du veilleur de nuit pour se coucher si besoin. Les risques sont évalués en équipe pluridisciplinaire (médecin coordinateurs, IDE cadre, équipe médico-sociale) afin de s'assurer de la nécessité de la contention et tant que faire se peut les éviter. Les autres résidents sont sensibilisés à l'errance de leurs voisins et invités pour protéger leur intimité à fermer leur porte à clef. L'accès à l'extérieur est sécurisé par un code (année en cours).

1.3.3 Une absence d'anticipation des entrées et de coopération territoriale, des sources de rupture du parcours de vie des personnes

A) Des admissions au coup par coup

Selon l'ANESM, « l'admission est une procédure essentiellement administrative qui vise à mettre en concordance une demande de prise en charge et les conditions à réunir pour y prétendre. L'accueil est le fait et la manière de recevoir la personne et de poser les bases de la relation d'accompagnement⁴² ».

A la résidence Sainte Anne, la procédure d'admission démarre par une rencontre avec la secrétaire lors duquel est rempli le dossier national d'inscription, dossier qui rejoint la liste d'attente. S'ajoutent à ces dossiers d'inscription les personnes de l'accueil de jour en attente d'une place en hébergement permanent, les demandes d'admission d'urgence des hôpitaux. La liste d'attente compte aujourd'hui 18 demandes urgentes dont 2 personnes accueillies à l'accueil de jour (environ un an d'attente) et 70 demandes de précaution.

En termes de critères d'admission, le projet d'établissement précise que « pour chaque admission la directrice et le Médecin coordonnateur tiennent compte de la liste d'attente,

⁴² HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 1, De l'accueil de la personne à son accompagnement

de la capacité d'accueil du service, de l'urgence, de la situation familiale, de la situation géographique⁴³».

En revanche, le projet d'établissement ne prévoit pas d'analyse périodique de la liste d'attente, de réponse systématique à chaque demande (acceptation, refus motivé et orientations, propositions alternatives). Ainsi l'examen de la liste d'attente se fait « au coup par coup » à chaque place vacante. Des personnes âgées, des familles, des aidants attendent une réponse qui ne viendra peut-être jamais ou trop tard. La secrétaire régulièrement doit appeler trois ou quatre personnes avant d'avoir une acceptation : des personnes sont décédées, certaines ont accepté une autre proposition par dépit (parfois au sein même de l'association Anne Boivent) faute d'une acceptation ou d'un refus de notre part, d'autres ne sont pas prêtes à quitter leur domicile du jour au lendemain.

B) Des entrées non préparées cause de souffrance

Concernant l'accueil, il démarre au mieux quelques jours avant l'entrée quand « l'infirmière cadre, dans la mesure du possible, rencontre le futur résident dans l'établissement ou à domicile ou à l'hôpital si celui-ci ne peut se déplacer⁴⁴».

L'absence de gestion de la liste d'attente, la phase d'accueil ante entrée quasi inexistante est source de précipitation et d'arrivées non préparées, puisque contraintes budgétaires obligent, la place n'attend pas. Lors d'entretiens avec des résidents de l'établissement, M. G, 86 ans, me dit avoir visité l'établissement la veille de l'entrée. Mme V, 87 ans, parlant de son entrée à l'EHPAD : « *ça s'est fait en trois jours* ».

Dans le cadre de la continuité du projet de vie, la résidence Sainte Anne invite les résidents à élire domicile et à personnaliser leur chambre en apportant leurs meubles, leur décoration. Or, décision d'admission et entrées quasiment concomitantes, n'accordent pas aux futurs résidents ce temps nécessaire de travail de deuil de leur maison, de choix de ce qui leur est cher et qu'elles souhaitent emporter dans leur nouveau domicile, d'appropriation des lieux, de connaissance avec le personnel et avec les autres résidents.

De leur côté, les aidants, la famille n'ont pas non plus bénéficié de ce temps de préparation. Ils se retrouvent seuls du jour au lendemain, tenaillés par la culpabilité du « placement » de leur proche, dans l'interrogation quant à leur place dans ce nouvel environnement. Je constate que lors de l'entrée certains aidants ne viennent quasiment plus, accentuant la rupture et la perte de lien social. Or les résidents font part de l'importance du maintien des liens familiaux, comme en témoignent ses paroles : Mme V, 78 ans : « *mon fils m'appelle tous les soirs* », M. T, 86 ans : « *ma femme vient le jeudi* »,

⁴³ Projet d'établissement 2013-2018 de la résidence Sainte Anne

⁴⁴ Projet d'établissement 2013-2018 de la résidence Sainte Anne

Mme C, 86 ans : « *c'était l'anniversaire de ma petite fille, je suis rentrée à trois heures de matin* ».

Ces entrées brusques et non préparées, ces ruptures se traduisent chez les résidents par des états pathologiques physiques et moraux : anxiété, perte d'appétit, perte des repères spatiaux, repli sur soi, dépression, syndrome de glissement pouvant aller jusqu'au suicide.

M. G, 86 ans, « *j'en avais gros sur le cœur, les deux premières nuits je pleurais* », Mme C, 86 ans, « *C'était dur au début, j'ai perdu 14 kgs* »

C) La résidence Sainte Anne, un acteur absent de la dynamique territoriale

Le travail partenarial et l'ouverture « à et sur son environnement » sont les points noirs de la résidence Sainte Anne. Il en résulte qu'à ma prise de poste en octobre 2016, les conventions sont au nombre de 4, exclusivement contractées avec des acteurs sanitaires, dont la résidence est plus proche culturellement : Centre hospitalier de Fougères (2012), HAD (2013), équipe de soins palliatifs du centre hospitalier (2011), centre hospitalier Guillaume Regnier (2011). Signée à l'ouverture, elles n'ont pas fait l'objet de réactualisation ni de rencontres partenariales avec ces structures afin de les faire vivre, d'en évaluer les effets et la plus-value pour la personne, et le cas échéant de les revisiter notamment dans une visée d'amélioration de la continuité du parcours.

Concernant la coopération avec le secteur médico-social (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, SSIAD), elle est quasiment inexistant : pas d'habitude de travail en réseau, aucune convention, fruit d'une approche autarcique de l'accompagnement et d'une méconnaissance des acteurs du médico-social.

La résidence ne participe pas non plus aux instances de concertation organisées par le CLIC ou de la PTA. Cette participation à ces instances n'est pas non plus assurée par la directrice de pôle personne âgée de l'association. Exclusivement centrés sur un accompagnement intra-muros qui ne ressent pas le besoin du travail en réseau, l'association Anne Boivent et ses établissements sont les grands absents. L'ARS et le Conseil Départemental ont pointé cette faiblesse lors des négociations dans le cadre du CPOM et ont fortement invités à développer les coopérations avec les acteurs du médico-social ; il en résulte une fiche action intitulée « Favoriser le travail en réseau, la logique de partenariat et la coopération en participant aux instances de coopération de proximité sur le territoire ». Concernant l'ouverture, la résidence ne s'appuie pas sur les ressources internes et externes pour favoriser les relations sociales. Les activités (animations, repas) ne sont pas ouvertes aux familles ni aux proches, les lieux (lieu de culte, parc) ne sont pas accessibles au grand public, pas plus que la résidence ne participe à la vie de la commune en accompagnant la vie citoyenne des personnes hors les murs (participation au club des aînés, aux manifestations organisées : débats, fête des écoles...).

Synthèse de la première partie et exposé de la problématique

La résidence Sainte Anne, établissement récent, s'inscrit dans une dynamique générale de qualité de vie tant pour les résidents que pour les professionnels. En interne, l'accompagnement est dispensé dans un esprit de bienveillance, au plus près des souhaits des personnes et du respect de leurs droits de citoyens. Concernant le climat social, il est plutôt serein grâce notamment à une volonté affirmée de favoriser la participation des professionnels, une démarche de prévention des risques par le déploiement de la GPEC au sein de l'établissement. Cependant, l'empreinte prégnante de l'accompagnement asilaire et hospitalier des sœurs, associées à une montée en dépendance des résidents, occasionnent à la fois un accompagnement centré sur les soins au détriment de l'accompagnement global et social et un repli sur soi de l'établissement qui cultive l'autarcie au détriment d'un travail pluridisciplinaire territorial. Cette conception de l'accompagnement va à l'encontre de la continuité des parcours de vie des personnes et occasionnent des ruptures marquantes à l'entrée mais également dans le maintien et le développement des liens sociaux par la suite. L'enjeu pour la résidence se situe à un double niveau :

- Acquérir une culture gérontologique et embrasser l'accompagnement de la personne dans sa globalité, en prenant en compte ses souhaits, inclus en amont de son entrée à la résidence, inclus celui de vivre à son domicile
- Acquérir une culture de l'ouverture, de la coopération qui par le décloisonnement des structures permet de travailler ensemble à la continuité des parcours.

Dans la seconde partie, au regard de la problématique de l'établissement, je vais définir la conception de l'accompagnement, que en qualité de directrice, je souhaite impulser. Elle s'inscrit dans le contexte législatif de droits de citoyens, d'accompagnement global et de continuité des parcours. Cette conception, que j'entends partager avec les résidents et leurs proches, les administrateurs, les bénévoles, les professionnels, s'articule autour de trois axes que sont le respect du libre choix, l'amélioration de la qualité de vie et l'accompagnement au changement de culture de l'établissement.

2 Promouvoir le libre choix et la qualité de vie des personnes âgées

2.1 L'EHPAD, un facilitateur du libre choix des personnes de vivre à leur domicile

Nous l'avons vu, les personnes plébiscitent le maintien à domicile, et ce, ajouté à une vision très péjorative des EHPAD, ne les incitent pas à se projeter dans une future vie en établissement. Par ailleurs cette absence d'anticipation associée à une absence de préparation à l'entrée de la part de la résidence est source de rupture de parcours de vie des personnes âgées. Ainsi je considère que l'EHPAD doit s'inscrire à la fois dans une démarche de respect de libre choix de vie des personnes âgées, et, faciliter la transition des personnes quand le besoin d'une entrée à l'EHPAD se fait ressentir. Le libre choix renvoie à la question de l'autonomie qui ne doit pas être considérée comme le contraire de la dépendance. Je vais donc commencer par définir ces concepts de libre choix, d'autonomie et de dépendance.

2.1.1 L'autonomie et le libre choix, deux principes à ne pas opposer à la dépendance

A) Autonomie, dépendance et libre choix, des concepts à clarifier

« Que devient le concept d'autonomie de la personne face à la survenue de la dépendance physique et psychique ? », s'interroge Danièle Tagnet Auzzino dans son article « La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD⁴⁵ ».

C'est une interrogation majeure pour moi en qualité de directrice de l'EHPAD résidence Sainte Anne, puisque la conception de l'autonomie que je déploie, avec et au nom du Conseil d'Administration, auprès des équipes, des bénévoles, des partenaires donne la couleur de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes de l'établissement. Question d'autant plus centrale que la résidence Sainte Anne obéit à la tendance nationale et accueille des personnes de plus en plus âgées, de plus en plus dépendantes. La dépendance se définit comme « l'incapacité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement⁴⁶ ».

⁴⁵ TACNET AUZZINO D., 4/2009, « La place du consentement de la personnes âgée lors de l'entrée en EHPAD », *Gérontologie et société* [en ligne], n°131, p. 99-121. [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-4-page-99.htm>

⁴⁶ BERRUT Gilles, « Une petite histoire de l'autonomie », *Les dossiers du gérontopôle Autonomie Longévité-Bleu N°2* [en ligne], Été 2013, p. 4. [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/files/publications/bleu-2.pdf>

Dans son livre « Repenser le maintien à domicile⁴⁷ », Bernard Ennuyer met en avant qu'au fil des années une définition médicale et incapacitaire de la dépendance s'est imposée au détriment de la définition sociale et relationnelle qui modélise la vieillesse comme une construction sociale, un fait relatif de la place de la personne et de sa relation avec les autres. Cette approche médicale de la vieillesse a orienté les politiques publiques vers des réponses plus curatives, plus médicalisantes, plus individuelles au détriment d'une approche plus préventive, plus collective, plus équitable socialement.

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, en remplaçant « dépendance » par « perte d'autonomie » contribue à faire de la dépendance incapacitaire et la perte d'autonomie des synonymes. Pourtant c'est bien la liberté de décider de son mode de vie par soi-même qui caractérise l'autonomie. L'autonomie, au sens étymologique, vient de « auto » qui signifie « soi » et de « monos » qui signifie « loi » et peut donc se traduire par : « la loi qu'on se donne à soi-même ». Je m'appuie sur l'approche retenue par le professeur Gilles Berrut dans son article « une petite histoire de l'autonomie » pour définir la conception de l'autonomie qui est à partager à l'EHPAD par les résidents, leurs proches, les administrateurs, les professionnels, les bénévoles. En effet, son approche positionne l'utilisateur comme un citoyen doté de droit et de devoirs. Ainsi selon Gilles Berrut, l'autonomie « présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. Lorsque les capacités intellectuelles d'une personne sont altérées, la compréhension de la personne doit être recherchée vis-à-vis des soins qui lui sont prodigués, et sa volonté ou ses choix doivent primer sur ceux de ses proches ». Ainsi, au regard de cette définition, la notion d'autonomie se rapporte donc bien aux questions de citoyenneté, de libre arbitre, de libre choix. Cependant dans la lignée de la loi 2001, le terme « autonomie » recouvrant une image positive, il est devenu d'usage d'opérer une substitution entre les mots autonomie et dépendance, l'autonomie devenant le contraire de la dépendance dans l'esprit du grand public et des professionnels. Cette confusion entre dépendance, incapacité et perte d'autonomie est lourde de conséquences dans la mesure où elle induit que celui qui ne peut plus faire seul les principales activités de la vie quotidienne n'aurait plus la possibilité de choisir la façon dont il a envie de vivre et perdrait son droit au libre choix, notamment celui plébiscité par les personnes de vivre à leur domicile.

⁴⁷ ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile*, Paris : Dunod, 379 p.

Le libre choix renvoie à la question du libre arbitre. Du latin liber, libre et arbiter, arbitre, juge, maître, qui dispose à son gré de, le libre arbitre est donc l'entière liberté de faire ou de ne pas faire, de choisir ou de ne pas choisir, selon sa volonté, et pas extension l'absence de contraintes. En philosophie, on appelle libre arbitre, la capacité dont dispose la volonté d'effectuer un choix par elle-même, en toute liberté, c'est-à-dire la capacité à se décider pour une chose plutôt que pour une autre, par exemple entre le bien et le mal, sans influence ou stimulus ou extérieur, sans autre cause que la volonté même. Geneviève Laroque met en avant que « même si le choix du lieu de vie des personnes âgées fragilisées donne lieu à l'affirmation répétée de la liberté de ce choix, de fait, les circonstances, les contraintes matérielles, financières, environnementales et celles liées à l'état de santé et d'autonomie limitent sévèrement les possibilités de choix des intéressés⁴⁸ ». En effet, et je le constate à la résidence, nous accueillons des personnes âgées dont le « projet de vivre » en établissement est la résultante d'une dégradation de l'état de santé, d'une hospitalisation, d'une défaillance de l'aidant souvent à l'initiative des proches, soucieux de la sécurité de leur parent.

B) Le respect du libre choix et de l'autonomie, des axes forts des politiques publiques

L'article L. 116-1 du CASF, au titre de l'article 2 de la loi 2002-2, pose le principe de la promotion de l'autonomie par les établissements sociaux et médico-sociaux. Cette même loi reconnaît 7 droits fondamentaux aux personnes accueillies dans les ESMS dont « le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission d'un établissement spécialisé » La charte des droits et liberté de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF, remise à chaque personne accueillie et affichée dans l'établissement, consacre deux articles au respect du libre choix et de l'autonomie : l'article 4 « Principe du libre choix, consentement éclairé et de la participation de la personne » et l'article 8 « Droit à l'Autonomie » consacré à la liberté de circuler librement. La loi ASV de 2015 réaffirme le principe du libre choix appliqué au maintien à domicile en insistant sur une présentation exhaustive par les équipes du Conseil Départemental dans le cadre des plans d'aide APA des possibilités d'accompagnement.

⁴⁸ LAROQUE G., 2009, « Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire », *Gérontologie et société* [en ligne], vol. 32, n° 131, pp. 45-51. [visité le 1 juin 2018]. Disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-4-page-45.html>

2.1.2 Les limites du maintien à domicile, des obstacles au respect du libre choix

A) Le domicile, un lieu constructeur d'identité où l'on est maître chez soi

Afin de comprendre l'attachement des personnes âgées à leur domicile et la difficulté à s'en détacher et à se projeter comme résident à l'EHPAD, je vais commencer par en définir les contours.

Le mot domicile, loin de se réduire à la notion de construction et de lieu de construction, embrasse la double acception de collectivité et d'individualité, d'appartenance et d'identité. Domicile est emprunté au latin « *domicilium* » et signifie habitation, demeure. Mais « *Domicilium* » descend lui-même de « *domus* » : maison au sens de maisonnée, famille.

Cicéron, Att 4, 12 « domus te nostra tota salutatur » (Toute ma famille te salue)

En outre, le maître de maison « *Dominus*, dérivé de « *domus* » vient compléter la définition : le dominus (maître de maison) ayant autorité sur sa domus (maisonnée). Ainsi le domicile renvoie à la notion d'appartenance à une famille mais également à titre individuel au fait d'être maître chez soi. Le « chez soi » fait référence à une notion d'intérieur du domicile. C'est l'appropriation d'un lieu que l'on fait sien qui va permettre de se constituer une existence psychique. C'est le lieu des souvenirs, de l'accumulation d'objets. On peut avoir un domicile et ne pas ou ne plus s'y sentir chez soi. Il y a le « chez soi » et l'extérieur, et la liberté de choisir qui franchit ou ne franchit pas la porte d'entrée, cette barrière symbolique, protectrice de l'intimité. Concernant l'EHPAD, cette notion renvoie à la cohabitation de l'espace public et privé, un des enjeux étant que les personnes âgées puissent s'approprier l'espace privatif de la chambre et y élire domicile. Quant au terme maintien, il s'entend au sens de défendre, maintenir avec la main » donc de « conserver dans le même état, faire ou laisser durer ». En aucun cas, le maintien n'induit une notion de contrainte ou d'obligation. Ainsi le maintien à domicile, c'est d'abord la décision de la personne concernée : « le maintien à domicile c'est avant tout, l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile ⁴⁹ »

La définition du domicile donnée par Colette Eynard (consultante en gérontologie) et Fanny Cerse (doctorante en architecture) lors du colloque « vieillir chez soi-vieillir entre soi, les habitats intermédiaires en question » complètent cette définition en incluant la notion d'habiter⁵⁰ : « l'architecture est l'art du vide, celui d'édifier des espaces et non de

⁴⁹ ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile*, Paris : Dunod, 379 p.

⁵⁰ EYNARD C., CERSE F., « Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans les parcours résidentiels », in colloque *Vieillir chez soi ou entre soi ? Les habitats intermédiaires en question*, Tours, 22-24 mai 2013

construire simplement des murs, qui est l'art du maçon » ... « *Ma maison, ce n'est pas les murs, ce n'est pas le sol, ce n'est pas le toit, mais c'est le vide entre les éléments parce que c'est là que j'habite* » Lao-Tseu. Ainsi habiter se distingue de se loger : Habiter ce n'est pas avoir la propriété d'un logement, c'est s'approprier les espaces vides « pour en faire son œuvre, en faire sa chose, y mettre son empreinte, le modeler, le façonner⁵¹ ».

B) Les limites du maintien à domicile, un facteur d'arrivée non préparée à l'EHPAD

Je le constate à la résidence, nous accueillons des personnes âgées dont le « projet de vivre » en établissement est la résultante de la limite du maintien à domicile. Bien sûr, l'entrée à l'EHPAD pour certains résidents résulte d'un choix mûri de leur part, mais cela concerne une minorité. Pour la plupart, c'est l'impossibilité de « rester chez soi » qui provoque les entrées subites, présentées précédemment. Afin de définir en quoi l'EHPAD peut se positionner en qualité de facilitateur du maintien à domicile, je vais commencer par analyser les raisons des limites du maintien à domicile. Le départ, souvent brutal du domicile vers l'établissement, est la conséquence de plusieurs facteurs cumulés ou non :

- La dégradation de l'état de santé physique et/ou psychique particulièrement les troubles cognitifs provoquant des chutes, des mises en danger (fugues, divagations nocturnes),
- Les hospitalisations fréquentes,
- L'inadaptation du logement à la perte des capacités et à l'intervention des professionnels, la défaillance de l'aidant (épuisement, hospitalisation, décès),
- La solitude et l'isolement sources d'angoisse et de peurs, l'inquiétude de l'entourage quant à la sécurité de leur parent, particulièrement la nuit
- Les limites des services à domicile et leur coût. Une intervention 24H/24 en service prestataire de SAAD dépasse de loin le montant d'un hébergement en EHPAD.

⁵¹ VASSART S., février 2006, « Habiter », *Pensée plurielle* [en ligne], n°12, pp. 9-19. [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2006-2-page-9.htm>

2.1.3 L'EHPAD, un facilitateur du maintien à domicile des personnes âgées du territoire

A) Des politiques incitatives en France comme en Europe en termes de maintien à domicile

C'est le rapport Laroque en 1962⁵² qui donne le coup d'envoi d'une politique de la vieillesse, qui rompt avec une politique d'institutionnalisation et privilégie une politique de maintien à domicile en ces termes : « cette solution (l'hospice) doit demeurer exceptionnelle. L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires (...) Ainsi tout en évitant de *faire* naître chez les vieillards un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être constamment mêlés à des adultes et à des enfants ». L'ambition est affirmée d'inclusion, de maintien des rôles sociaux et de libre-choix du mode de vie. Il faudra attendre 2006 et le plan Solidarité-Grand âge présenté par Philippe Bas, ministre délégué aux personnes pour que soit réaffirmé la priorité donnée au domicile « parce que les personnes veulent rester chez elles » au travers d'un des cinq objectifs « 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 ⁵³ ». La loi ASV de 2015 soutient la première intention des personnes de rester à leur domicile et centre son action en direction du maintien à domicile notamment en soutenant les SAAD, en renforçant l'APA à domicile, en reconnaissant la place des proches aidants et en leur créant un droit au répit. L'accompagnement des personnes âgées, à l'heure du vieillissement de la population, est une question transversale à tous les pays européens. Je m'arrête sur l'exemple de la Suède qui s'inscrit dans une politique volontariste, financée essentiellement par les impôts locaux et par l'état, vis-à-vis des personnes âgées puisqu'elle alloue les aides en fonction des besoins et non pas en fonction des moyens. La majorité des personnes qui entre en

⁵² ENNUYER B., avril 2007, « 1962-2007, regard sur les politiques du maintien à domicile », *Gérontologie et Société* [en ligne], vol. 30, n°123, pp 153-167, [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.html>

⁵³ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. Plan solidarité grand âge. Publié le 27 juin 2006. [consulté le 20 août 2018], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/documentation/plansolidaritégrandage2008.pdf>

établissements spécialisés a bénéficié d'aides à domicile au préalable. La coordination entre les acteurs est assurée par les communes qui sont chargées du secteur médico-sociales (personnes âgées, en situation de handicap) mais également des maisons de retraite. Les communes délivrent les prestations et coopèrent avec le droit commun et le secteur privé, coordonnant les actions auprès des personnes, favorisant leur maintien à domicile et facilitant le passage du domicile à l'établissement. Cet exemple d'accompagnement renvoie à la question de la coopération et la coordination et à la place que la résidence doit occuper sur le territoire avec les autres acteurs pour faciliter la continuité du parcours de vie.

B) L'accueil de jour, un levier du libre choix qui n'est pas optimisé

a) *Un outil au service du libre choix du lieu de vie*

Depuis leur apparition dans la circulaire du 24 septembre 1971 sous l'appellation « centres de jours », les accueils de jours s'inscrivent dans les lois et les plans gouvernementaux comme des leviers permettant de « 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 retraite⁵⁴ ».

Sa localisation au sein de la résidence Saint Anne confère à l'accueil de jour « Les lilas » de l'EHPAD ce double atout de favoriser le respect du choix de la personne de vivre à son domicile et d'anticiper, préparer l'entrée à l'EHPAD si elle devient nécessaire. Pour permettre la vie à domicile il permet de :

Maintenir des capacités pour pouvoir rester à domicile : Pour favoriser la vie à domicile, l'accueil de jour « Les lilas » met en place des activités qui permettent d'accomplir et retrouver les gestes de la vie quotidienne, de maintenir sa motricité, de stimuler la mémoire, de maintenir les repères dans le temps, dans l'espace. De plus venir à l'accueil de jour, c'est aussi sortir de chez soi. En effet le maintien à domicile n'est pas synonyme d'isolement physique et psychique. L'accueil de jour permet le lien social par la rencontre et les échanges avec les professionnels, les résidents, par les sorties extérieures. J'ai élaboré un questionnaire à destination des personnes de l'accueil de jour. Sur les 6 personnes interrogées, 5 ont répondu que l'accueil de jour leur permettait de communiquer avec les résidents et le personnel. Pour 4 d'entre elles, la participation aux activités de l'accueil de jour est importante et pour les 6, les activités de l'accueil de jour sont un moment de plaisir.

⁵⁴ Axe 1 du plan Solidarité Grand Age 2006-2012

Permettre à l'aidant de s'accorder du répit : la défaillance de l'aidant, c'est souvent le grain de sable qui va enrayer l'organisation au domicile et provoquer une entrée à l'EHPAD souvent précipitée. Donc préserver le proche aidant, particulièrement quand celui-ci est le conjoint ou un proche très présent, constitue un véritable levier pour respecter le choix de la personne de rester à son domicile.

En complément des différents plans gouvernementaux notamment les plans Alzheimer, la loi ASV du 28 décembre 2015 s'empare de cette place des aidants et prévoit des mesures qui reconnaissent l'action des proches aidants et instaure le « droit au répit des aidants ». Il ne s'agit plus d'augmenter la capacité des accueils de jour mais d'en faciliter l'accès en finançant ces temps de répit.

L'accueil de jour « Les lilas » va tout d'abord soulager l'aidant dans la mesure où les professionnels vont prendre le relais et permettre à l'aidant d'avoir du temps pour lui. Afin que l'aidant n'ait pas à se préoccuper des questions logistiques, le transport du matin et du soir est assuré par le personnel d'accueil de jour. Ce passage du personnel au domicile permet d'échanger et le cas échéant de rassurer l'aidant car au-delà d'un besoin de répit avéré, la séparation même quelques heures est souvent une étape à dépasser.

Les bénéfices apportés par les activités vont avoir un impact sur l'accompagnement à la maison. En effet la personne accueillie effectue différentes activités, elle se concentre, se déplace, communique. Elle a accès à des dispositifs de détente. Le soir, avant le retour, les personnes accueillies disent avoir eu une journée bien remplie. Ainsi la plupart rentrent à leur domicile apaisés et fatigués. C'est d'ailleurs ce que révèle le résultat du questionnaire. 4 des 6 personnes accueillies disent se sentir apaisées lors de leur retour à domicile. Du côté des aidants, sur 5 réponses, deux répondent que leurs proches sont apaisés, deux disent qu'ils sont fatigués.

b) Un taux de remplissage faible

Le nombre de personnes âgées croît, le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer augmente, la majorité des personnes âgées souhaite rester à leur domicile, les lois et les plans gouvernementaux renforcent les places et l'accès à l'accueil de jour. Cependant alors que la liste d'attente pour l'hébergement permanent s'allonge, des places restent vacantes à l'accueil de jour. Sur l'année 2017, le taux de remplissage est de 57,33%. Pourtant le territoire n'est pas surdoté dans la mesure où il compte 10 places au total sur 2 établissements dont 4 à la résidence Sainte Anne.

Deux autres accueils de jour, également situés au sein d'EHPAD (territoire et hors territoire) ne rencontrent pas de difficultés de remplissage, au contraire, l'un d'entre eux limite le nombre de jours d'accueil par personnes et a des demandes en attente. Afin d'analyser les raisons de ce déficit de demandes pour l'accueil de jour « les lilas », j'ai rencontré l'une des directrices. Elle m'explique que leur accueil de jour est connu sur le

territoire par les partenaires, qui communiquent auprès des personnes âgées et de leur entourage. Il a été créé en 2014, l'EHPAD a associé les partenaires au projet notamment le SSIAD et le SAAD, qui interviennent en complémentarité au domicile, par exemple pour la préparation avant l'arrivée du transport. Tous les trimestres des réunions de coordination pluridisciplinaires, réunissant les CSG, le SSIAD, le SSAD, l'accueil de jour, permettent de travailler sur les situations communes et de repérer les personnes susceptibles d'être accueillies et de communiquer sur le service.

c) Entre domicile et accueil de jour, une épaisse frontière

Afin de personnaliser l'accompagnement à l'accueil de jour, afin de favoriser cette fluidité du projet de vie, un lien entre le domicile et l'accueil de jour est nécessaire. Certaines actions sont mises en place pour le favoriser : un cahier de liaison au domicile, le transport du matin et du soir effectué par le personnel qui assure l'accompagnement de la journée, la possibilité de contacter et de rencontrer le personnel. Pourtant ces outils ne suffisent pas, la preuve en est : Des données médicales significatives ne sont pas transmises, pas plus que les changements de traitement. A titre d'exemple, Mme R, habituée de l'accueil de jour, fait un malaise, décompense au niveau respiratoire. Pas moyen de joindre son médecin généraliste. L'infirmière cadre de la résidence Sainte Anne appelle le mari, qui dans un premier temps, semble étonné et, en creusant, il finit pas dire que son épouse avait été hospitalisée la semaine précédente. Deux semaines plus tard elle décédait.

d) Un service isolé au sein de l'établissement

Les personnes de l'accueil de jour, les oubliés de la participation : La loi 2002-2 et son décret du 17 mars 2004 relatifs à la définition de l'accueil de temporaire des personnes âgées et handicapées définit l'accueil de jour comme une institution médico-sociale. L'accueil de jour « les lilas » de par la loi et en qualité de service à part entière de l'EHPAD s'inscrit bien dans ce cadre. Cependant les résidents de l'EHPAD bénéficient d'espaces de participation formalisés dans le projet d'établissement et actifs (projet de vie individualisé, Conseil à la Vie Sociale, commissions, enquêtes de satisfaction) tandis que les personnes de l'accueil de jour en sont dépourvues.

Etablir le projet de vie personnalisé de la personne de l'accueil de jour, en plus d'affiner l'accompagnement, permet d'avoir une connaissance des habitudes de vie de la personne à son domicile, de travailler le projet de vie avec l'aidant, peut-être le SAAD, de faire un réel lien entre le domicile et l'accueil de jour, entre le domicile et l'établissement. Le cas échéant, si le besoin d'un hébergement se fait sentir, la phase d'accueil est déjà en marche permettant à la personne aidée, à l'aidant de se projeter et au professionnel de proposer un accompagnement adapté.

Les personnes de l'accueil de jour ne sont pas invitées au CVS, ni aux commissions, pas plus que leur avis n'est sollicité par le biais d'une enquête de satisfaction. Elles ne bénéficient pas de ce temps d'échange alors qu'elles prennent leur repas sur place, qu'elles participent aux activités, qu'elles « habitent » les locaux. Les inviter, elles et leur famille, à participer permettrait à la fois d'enrichir le CVS d'une vision davantage extérieure puisque les personnes de l'accueil à jour vivent à domicile et de les inclure dans la vie de l'établissement, de les amener à donner leur avis : Que souhaiteraient-elles si elles vivaient à la résidence Sainte Anne ? et ainsi de démarrer une phase d'accueil, d'accompagnement et de cheminement pour la personne âgée.

Un accueil de jour mal connu des professionnels de l'hébergement permanent.

L'accueil de jour est situé en plein cœur de l'EHPAD, à proximité de l'accueil et des services de l'hébergement permanent. L'accompagnement des personnes accueillies est assuré par une professionnelle dédiée, celle-ci ressent un isolement du service « accueil de jour » et un intérêt discret de ses collègues quant à son rôle et aux personnes accueillies. Elle me relate qu'au retour de sa pause déjeuner à 14 heures, elle a retrouvé Mme A, accompagnée à l'accueil de jour, livrée à elle-même et complètement perturbée. En revanche, les résidents, qui pour certains sont passés par l'accueil de jour, viennent spontanément se joindre aux personnes de l'accueil de jour, par exemple au moment du café à l'arrivée à la résidence le matin.

2.2 L'EHPAD, un contributeur à l'amélioration de la qualité de vie des résidents

2.2.1 Le bien-être, un ressenti difficilement mesurable, un concept difficilement qualifiable au cœur des préoccupations des politiques publiques

- A) Des politiques publiques⁵⁵ qui pose l'amélioration continue de la qualité de vie et son évaluation comme un axe prioritaire

C'est la réforme de la tarification des EHPAD en 1999 qui formalise l'amélioration continue de la qualité et son évaluation par le biais des conventions tripartites conclues entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil général. Le cahier des charges présenté dans l'article du 26 avril 1999 est axé sur le résident et sa famille, le respect du libre choix, le cadre de vie, le professionnalisme des intervenants et l'organisation institutionnelle. Le financement est désormais intimement lié à l'amélioration

⁵⁵ DIRECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Démarche qualité-Evaluation Interne dans un Etablissement Social et Médico-Social et recours à un prestataire. Mars 2004. [Consulté le 20 août 2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf
:

continue de la qualité. La loi 2002-2 a créé des dispositifs permettant de faire respecter les droits des usagers notamment les démarches d'évaluation continue visant à inscrire l'amélioration de la qualité comme un axe fort de la vie des établissements. L'évaluation interne est réalisée tous les cinq ans par l'établissement à partir d'un référentiel. L'évaluation externe a lieu tous les 7 ans et est effectuée par un organisme agréé par l'ANESM. Les résultats de l'évaluation externe conditionnent le renouvellement de l'autorisation de l'établissement tous les 15 ans. La loi ASV, qui dans son article 58, rend obligatoire la signature d'un CPOM pour les EHPAD entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2021, réaffirme cette volonté de relation forte entre tarification et qualité de vie des résidents. La création d'un pôle qualité au siège de l'association Anne Boivent témoigne d'une démarche volontariste d'analyse en continu des points forts et des points faibles et inscrit les établissements dont la résidence Sainte Anne dans un mouvement de progrès continus en termes de qualité de vie. Avec comme objectif de « promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents », l'ANESM s'engage dans un programme « qualité de vie en EHPAD » et dédie 4 RBPP à la qualité de vie, signal fort de l'importance accordée à cet aspect de l'accompagnement. Elles s'articulent autour de 4 niveaux déterminés comme des facteurs contribuant au bien-être : l'accueil de la personne à son accompagnement (volet 1), le cadre et la vie quotidienne (volet 2), la vie sociale des résidents (volet 3), l'impact des éléments de santé sur la qualité de vie (volet 4).

B) Le bien-être, un ressenti difficilement qualifiable et mesurable

La qualité de vie est difficile à définir et davantage encore à mesurer compte tenu qu'elle renvoie à la perception, au ressenti et à la subjectivité, et que les gens n'accordent pas la même valeur aux choses. C'est particulièrement probant chez les personnes âgées quant au ressenti de la solitude. Chez 2 personnes, ayant un nombre de visites identiques, l'une dira se sentir entourée, l'autre se plaindra de solitude.

Le concept de qualité de vie s'est développé dans les années 60 aux Etats-Unis, soulignant que le seul facteur matériel n'est pas synonyme de « bien vivre ». Carol E. Ferrans et Marjorie J. Power⁵⁶ proposent la définition suivante empruntée à des auteurs américains, Dakley et Rourke: « Le sentiment de bien-être d'une personne, sa satisfaction ou son insatisfaction face à la vie, au bonheur ou au malheur ». Ryff et Keyes (1995)⁵⁷ considèrent que « le bien-être est constitué par une bonne estime de soi et une évaluation

⁵⁶ FERRANS Carol E., POWERS Marjorie J., janvier 2007, "L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques », *Recherche en soins infirmiers* [en ligne], n°88, pp. 32-37. [Consulté le 25 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-32.html>

⁵⁷ INSERM. Effets sur la le bien-être et la qualité de vie. [visité le 04 août 2018], disponible sur internet : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=15>

positive de sa vie, de bonnes relations avec les autres, une sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement, la sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome »

L'Organisation Mondiale de la Santé en 1993 définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

C'est un enjeu pour l'EHPAD que de permettre au résident de ressentir du bien être dans un contexte qui n'est pas exempt de contraintes. En effet, nous l'avons vu, l'EHPAD est majoritairement un lieu de vie par défaut et de résignation quand les solutions à domicile sont épuisées. C'est un lieu de vie collectif et de cohabitation obligé entre des personnes aux profils variés que ce soit du point de vue des pathologies et de la dépendance, que des habitudes de vie, des parcours, du rapport à la culture, de l'origine socio-économique. Même si l'origine fougèraise des résidents leur confère des centres d'intérêts communs facilitateurs du « vivre ensemble », pour autant leur parcours de vie leur octroie une identité propre, une singularité et des attentes propres qu'il convient de respecter afin de promouvoir la qualité de vie au sein de l'établissement.

C) Les facteurs de bien-être des résidents

Dans leurs propos introductifs, les quatre RBPP « Qualité de vie en EHPAD » précisent que le concept de qualité de vie recouvre plusieurs dimensions que sont l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles, ses sensations de bien-être physique, son état de santé psychologique, son statut social et son environnement relationnel. Toujours selon les RBPP de l'ANESM, différentes enquêtes d'opinion réalisées auprès des résidents en EHPAD, ont permis de définir les facteurs influant principalement sur leur sentiment de bien-être :

- La préparation à l'entrée en EHPAD : une vision positive de l'établissement accroît les chances de « s'y sentir bien »
- La possibilité de personnaliser sa chambre.
- La souplesse dans l'organisation quotidienne
- Le maintien des liens familiaux et sociaux au sein de l'établissement (liens entre les résidents) et à l'extérieur (famille, voisins, amis, réseau associatif...)
- Les relations avec le personnel, la prise en compte de la douleur, de la souffrance morale et la qualité d'attention portée aux besoins d'aide.

Il m'incombe que l'accompagnement proposé par la résidence procure un sentiment de bien-être aux résidents, à leur entourage et plus largement aux personnes âgées du territoire. Au regard de ces cinq éléments sources de bien-être, je constate que la préparation à l'entrée est inexistante comme nous l'avons vu en première partie et que

concernant le maintien des liens sociaux, la culture de l'entre soi de l'établissement tend à les freiner notamment en ce qui concerne les liens avec l'extérieur.

2.2.2 La préparation à l'entrée et le maintien de la vie sociale, deux conceptions de l'accompagnement à développer

- A) La préparation à l'entrée, une étape primordiale à la continuité du parcours de vie à impulser

Nous l'avons vu, le processus d'accueil démarre souvent le jour de l'admission à la résidence, ces entrées non préparées provoquent des ruptures. La RBPP, Qualité de vie en EHPAD, volet 1 « De l'accueil de la personne à son accompagnement ⁵⁸ » dégage 5 étapes dans le processus de préparation : l'anticipation de la décision, l'accompagnement de la décision, l'admission, l'accueil, l'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé. Ainsi afin de limiter les ruptures et de permettre une arrivée la plus sereine possible des résidents, la résidence Sainte Anne va devoir s'inscrire dans cette dynamique de préparation.

- a) *Favoriser la réflexion et le cheminement des personnes âgées quant à une éventuelle entrée à l'EHPAD.*

L'anticipation n'incombe pas à l'établissement seul mais celui-ci doit s'inscrire dans cette démarche d'accompagnement. L'anticipation de la décision est empêchée par la première intention des personnes de finir leur jour à leur domicile et surtout par la peur de se projeter dans un lieu source d'angoisse et de peur. L'EHPAD, afin d'aider les personnes à se projeter, doit travailler à l'amélioration de l'image et des représentations peu flatteuses qu'il renvoie, une image positive lors de l'entrée étant un facteur de bien-être. Améliorer la perception de l'EHPAD du grand public implique de le faire connaître aux habitants tout âge confondu, et d'inscrire l'EHPAD comme acteur inclus dans la cité, permettant aux résidents de vivre leurs vies de citoyens (vote, vie associative, club des aînés...), de consommateurs (commerces de proximité), de promeneurs. L'EHPAD inclus dans la cité, c'est l'EHPAD ouvert « à et sur son environnement⁵⁹ », un lieu ressource du territoire. A titre d'exemple le parc aménagé ouvert de la résidence, la chapelle sont des lieux à ouvrir à l'extérieur favorisant ainsi la mixité sociale. L'EHPAD est source d'emplois sur le territoire, cependant il fait partie des secteurs qui connaissent des difficultés de recrutement. Une ouverture de l'EHPAD, vectrice d'une meilleure représentation de la vieillesse et de la dépendance, d'une vision de l'EHPAD comme lieu de vie, d'une

⁵⁸ HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 1, De l'accueil de la personne à son accompagnement

⁵⁹ HAS. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement

meilleure représentation des métiers et de leur utilité sociale est un facteur favorisant les vocations pour les métiers de l'aide à la personne.

b) Aider à la prise de décision des personnes de rentrer ou non à l'EHPAD en favorisant le respect du libre choix

Il s'agit de donner les informations suffisantes permettant d'aider à la décision en mettant clairement en perspective les gains (vie sociale, sécurité, aides aux actes essentiels et ordinaires de la vie quotidienne) et les pertes (domicile, certaines habitudes, entourage), en présentant le cas échéant des solutions alternatives ou complémentaires, en organisant des visites : en résumé favoriser le libre choix de la personne, aidée au besoin par la personne de confiance et/ou sa famille, et recueillir son consentement en connaissance de cause. Une anticipation de la décision permet de prendre le temps de cette communication vis-à-vis de la personne et de ses proches.

c) Optimiser la période entre la décision d'admission pluridisciplinaire et l'arrivée à l'EHPAD pour démarrer l'accueil et préparer l'entrée.

L'objectif est que le futur résident puisse se préparer à quitter prochainement son domicile et commence à se projeter dans un nouveau chez soi pour une arrivée facilitée à la résidence en ayant déjà connaissance des lieux, du personnel, des autres résidents et des bénévoles. Ce passage facilité concerne également les familles et l'entourage, fortement impactés par l'entrée à l'EHPAD de leur proche, entrée dont ils sont parfois à l'origine, et qui peinent à trouver leurs marques aux côtés des professionnels dans l'accompagnement.

B) Le développement des liens sociaux, une dimension de la vie sociale à dynamiser

Les résidents arrivent à l'EHPAD avec leurs parcours, leurs histoires et habitudes de vie, leur culture, leur religion et avec leur vie sociale, entendue par l'ANESM comme « l'ensemble des relations que le résident en EHPAD est amené à avoir avec d'autres personnes »⁶⁰ que ce soit au sein de l'établissement comme à l'extérieur. C'est un enjeu de qualité de vie et de continuité des parcours que de favoriser la vie sociale. Les liens sociaux ont cours au sein de l'établissement dans la relation avec les autres résidents et les professionnels mais doivent également embrasser l'extérieur pour ce qui est des relations avec les proches, les bénévoles, les intervenants extérieurs et avec le territoire.

a) Les relations entre les résidents

⁶⁰ HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 3, La vie sociale des résidents en EHPAD

La vie à l'EHPAD implique une part de vie en collectivité et il est important de favoriser les relations entre les résidents, tout en respectant leurs souhaits. L'entrée à la résidence provoque une modification des liens sociaux antérieurs qui pouvaient être quotidiens (famille, voisins, aide à domicile...) et qui avec l'arrivée à l'EHPAD peuvent être moins intenses. L'EHPAD doit se positionner comme un lieu de vie où se développe des relations sociales, de voisinage, amicales entre les résidents et cela doit être impulsé par les professionnels, impliquant une connaissance des résidents (préparation à l'entrée, recueil des habitudes de vie, projet de vie personnalisé) afin de tenir compte des relations antérieures, des éventuelles inimitiés, des souhaits de solitude.

b) La place des familles et des proches

L'entrée à l'EHPAD, rarement désirée et fréquemment crainte, rarement préparée et fréquemment en situation d'urgence et de crise, est perçue pour les personnes comme un traumatisme et une coupure irréversible déstructurant les habitudes de vie, générant les difficultés d'adaptation que nous avons vues en première partie. Ce traumatisme touche également la famille et l'entourage du résident. En effet la famille (conjoint, enfants...) est prise en tenaille par la volonté de respecter le souhait de leur parent et par l'impossibilité pour celui-ci de rester à son domicile. Ainsi la famille se retrouve souvent à l'initiative de l'entrée en urgence vécue comme « un placement de leur parent », générant de la culpabilité. L'aidant se retrouve seul avec sa culpabilité, dépourvu de l'accompagnement quotidien qu'il effectuait au domicile dont il n'a pas eu le temps de faire le deuil. Sa réaction se traduit par de l'abandon (absence de visites et d'implication dans l'accompagnement) ou par du surinvestissement pour se rassurer et s'assurer du meilleur pour « son aidé ». Les familles peuvent se focaliser sur les aspects soins, hygiène de la personne, propreté des locaux, sécurité, parfois au détriment du bien-être et de la vie sociale. Des tensions entre la famille et les professionnels peuvent survenir. Les familles se plaignent de l'accompagnement, du manque de communication, de la toute-puissance des soignants. Les professionnels, de leur côté, se plaignent des familles « de plus en plus exigeantes, procédurières ». Or c'est bien le rôle de l'EHPAD et des professionnels de favoriser l'implication des familles, et ce, bien en amont du jour de l'entrée à la résidence en les accompagnant et en communiquant. Il s'agit donc de :

- Rassurer les familles en agissant sur la perception de l'EHPAD afin qu'elles en aient une vision juste et positive
- Aider les aidants à faire le deuil de la vie passée au domicile en leur permettant de s'impliquer dans l'accompagnement de leur parent en partenariat avec les professionnels

- Accompagner la formulation de leurs souhaits (résidents et familles) quant à leur implication (actes essentiels de la vie quotidienne, soins, vie sociale, rendez-vous médicaux...)
- Aider à fluidifier des relations parfois distendues (rancœur suite à l'entrée, conflits...)

c) La place des bénévoles

Nous l'avons vu les bénévoles au nombre de 7 à la résidence, peinent à trouver leurs marques. Or ils sont une ressource pour l'établissement en apportant une vision extérieure et ouverte car pas en prise avec la culture sanitaire de l'établissement et en s'inscrivant en complémentarité des professionnels dans la démarche d'animation de la vie sociale. Ils sont vecteurs de liens sociaux jusqu'à faire fonction de proches particulièrement pour les personnes isolées. C'est une nécessité pour la résidence de s'appuyer sur cette plus value apportée par les bénévoles, de leur permettre d'assurer leur engagement dans un cadre ouvert et sécurisant, qui clarifie la place de chacun.

d) La participation des résidents à la vie de la cité

L'EHPAD, acteur du territoire, doit favoriser la vie sociale des résidents au sein de l'établissement, mais celle-ci ne s'arrête pas là. La résidence doit s'inscrire comme un acteur inclus dans la cité et permettre la participation citoyenne des résidents à la vie de celle-ci. Cela passe par les rencontres avec les habitants au sens large (grand public, commerçants) de la commune par leur venue à la résidence. L'EHPAD a également un rôle à tenir dans l'accompagnement des résidents à exercer leur vie sociale hors les murs de l'établissement : leur vie culturelle, leur droits civiques, leur statut de client. L'objectif est bien une visée inclusive pour les résidents et l'établissement, une visée de maintien d'une vie sociale, une visée de mixité sociale, culturelle, économique.

2.2.3 L'ouverture de l'établissement au territoire et la coopération, des leviers incontournables de la continuité des parcours

- A) Un établissement riche d'une architecture qui permet l'ouverture et la continuité des parcours

a) L'ouverture, un facteur d'inclusion

La recommandation des bonnes pratiques de l'ANESM « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »⁶¹ entend l'ouverture « comme un double mouvement » :

⁶¹ HAS. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement

- Ouverture à son environnement, il s'agit de « faciliter la venue à l'intérieur de l'établissement : des familles, des bénévoles, des partenaires, des visiteurs... ». L'établissement occupe donc une fonction ressource pour l'environnement.
- Ouverture *sur* son environnement : l'établissement « s'appuie sur les ressources de l'environnement ». Il s'agit d'aller vers l'extérieur afin notamment de développer l'inclusion de l'établissement et des personnes accueillies dans la cité.

Dans son article « l'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds », Jean-Yves Le Capitaine explique que le concept d'inclusion, issu du monde anglo-saxon et des mouvements humains concernant les personnes en situation de handicap dans les années 60/70, élargit la norme à tous, « que l'on soit fille ou garçon, noir ou blanc, valide ou en situation de handicap, sourd ou entendant », jeune ou vieux, en pleine capacité ou dépendant. Il met en avant « la place de plein droit de toutes les personnes, quelles que soit leurs caractéristiques, dans la société et ses organisations » et que l'inclusion « ouvre le droit à la singularité, à la différence, ne tolérant pas d'exclusion à la participation sociale sur le prétexte de cette différence⁶² ». L'inclusion renvoie bien aux droits des personnes accueillies à la résidence Sainte Anne ; qu'elles soient poly-pathologiques, dépendantes, désorientées et à ce que met en œuvre l'établissement pour la permettre.

Dans son propos introductif, la RBPP « Ouverture de l'établissement à et *sur* son environnement » pose le principe de l'ouverture comme une donnée « indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux, et d'exercer leur citoyenneté ».

b) L'architecture de l'établissement, un levier au service de l'ouverture et de la continuité du parcours de vie

A la résidence Sainte Anne, la culture de l'entre soi liée à une empreinte forte de la conception asilaire et hospitalière des sœurs est un frein à l'ouverture de l'établissement. Pourtant la résidence possède les ressources requises permettant d'envisager cette ouverture. La situation géographique et l'architecture de la résidence, en particulier, sont des atouts. La localisation de l'EHPAD dans le bourg de Laignelet, à proximité des commerces, son aspect à l'image d'un immeuble bas et moderne, son appellation « résidence » intègre la structure dans le paysage locale et inscrit l'établissement et les résidents dans la vie de la cité. Les 68 résidents et les personnes de l'accueil de jour sont accueillis au sein d'unités de petite taille, chacune dotée d'une salle à manger-salon, d'un

⁶² LE CAPITAINE J.-Y., janvier 2013, « L'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds », EMPAN [en ligne], n°89. [Visité le 25 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-1-page-125.htm>

office, permettent les relations sociales et amicales, à l'image des relations de voisinage dans un hameau ou un quartier. Concernant l'espace privatif, les chambres sont conçues de manière à rappeler le domicile, avec une petite entrée, et suffisamment d'espace pour apporter son propre mobilier, sa décoration, organiser un espace où on peut recevoir. Afin de préserver l'intimité et la notion de « domicile », de « chez soi », les résidents peuvent fermer leur porte à clef. Dans le hall, chaque résident dispose d'une boîte aux lettres à son nom, à l'image des boîtes aux lettres à l'entrée d'un immeuble ou d'un lotissement.

Par ailleurs, ses grands espaces (hall d'accueil, galerie, salle de restauration et d'animation), le lieu de culte offrent des possibilités de recevoir du public, d'accueillir des expositions, autant de possibilités d'ouverture sur l'extérieur afin de faire connaître l'établissement et de favoriser la vie sociale.

La résidence Sainte Anne propose des animations variées, dispose de locaux spacieux et attrayant (salle à manger, salle d'animation), de lieux « publics » tel le salon de coiffure, le lieu de culte. Pourtant nous n'optimisons pas cette richesse pour ouvrir et faire connaître notre résidence, ouverture aux personnes âgées mais également au grand public.

Dans le cadre de cette réflexion sur la continuité du parcours de vie et de la préparation à l'entrée en EHPAD, j'ai rencontré la directrice d'un autre établissement du territoire. Toutes leurs animations sont ouvertes aux personnes extérieures à l'établissement. L'animateur transmet au SAAD, au CLIC le programme d'animation mensuel et ces partenaires relayent l'information aux personnes âgées du territoire. Des manifestations communes sont organisées avec le SAAD dans les locaux de l'EHPAD (loto, goûter de Noël). Leur salle d'animation est mise à disposition d'une association de loisirs le soir.

Cette ouverture sert à la fois les résidents en leur permettant de garder une vie sociale axée sur l'extérieur, de revoir des connaissances, fait connaître l'établissement de manière concrète, de l'intérieur et contribue ainsi à « démystifier » l'image péjorative.

c) La richesse et la pluralité des acteurs sur le territoire, une dynamique au service de la continuité des parcours dans laquelle l'EHAD doit s'inscrire

Depuis le rapport Laroque en 1962, les lois dans le cadre de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes ont maillé les territoires de dispositifs dans l'optique de proposer une offre diversifiée et complémentaire et de répondre aux besoins croissants des personnes âgées et de leur aidants. Ces services sont invités à coopérer entre eux et avec les acteurs de la santé pour permettre une meilleure continuité des parcours. Le territoire du pays de Fougères propose une offre de services variée en faveur des personnes âgées. En effet le territoire compte 7 EHPAD proposant de l'hébergement permanent en hébergement classique et en unités protégées, de l'accueil séquentiel en hébergement temporaire, en accueil de jour et en accueil de nuit. Quatre Services de SSIAD, plusieurs SAAD du secteur privé associatif, privé lucratif et public, une ESAD,

apportent leur aide à domicile. Deux foyers logements apportent une solution intermédiaire entre domicile et établissement. Cette offre est complétée par les professionnels du secteur médical, paramédical, par l'HAD et par l'hôpital local et ses services. Le CLIC, la MAIA et la Plateforme Territoriale d'Appui ont des fonctions de coordination de ces acteurs du domaine médico-social et sanitaire pour apporter davantage de lisibilité, de fluidité et de continuité pour les personnes et leurs entourages. Les acteurs du pays de Fougère se connaissent, travaillent ensemble et investissent les espaces de coordination. A titre d'exemple, les SAAD, SSIAD et les EMS du CDAS (APA à domicile) se rencontrent tous les trimestres pour un temps de travail et de coordination autour des situations communes. Un SSIAD et un SAAD ont mis en place des réunions d'équipes professionnelles communes une fois par mois.

Le CLIC organise et anime des temps de rencontre entre les partenaires du secteur social, médico-social et sanitaire présents sur le territoire. L'objectif est d'échanger et de réinterroger la pertinence des actions mises en œuvre et de partager des constats relatifs aux problématiques de la population afin d'élaborer de nouvelles actions. Trois commissions sont animées par le CLIC : deux commissions maintien à domicile par an, une commission interprofessionnelle tous les mois, une commission « information et action de prévention » ainsi qu'un groupe de travail « aide aux aidants ».

Or, nous l'avons vu, la résidence Sainte Anne ne participe pas aux commissions organisées par le CLIC alors que nous y sommes invités. La résidence Sainte Anne s'inscrit dans une démarche de participation des professionnels, des usagers en interne, cependant elle ne se représente pas suffisamment que l'accompagnement de l'utilisateur se joue également à l'externe. Pourtant s'inscrire dans le paysage partenarial en participant notamment aux instances du CLIC avec les autres partenaires contribue à une connaissance mutuelle des acteurs du territoire du parcours des personnes fragiles ou dépendantes, des missions, des rôles et des limites de chacun.

2.3 De la culture de l'entre soi à l'ouverture, de la culture de l'autarcie au décloisonnement, un tournant culturel à amorcer

2.3.1 La culture d'entreprise, un mécanisme à comprendre pour engager le changement

Selon la définition de l'UNESCO, « La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société, un groupe social ou un individu. Subordonnée à la nature, elle englobe, outre l'environnement, les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances et les sciences ». L'apparition de la notion de culture d'entreprise trouve ses fondements en

Angleterre et en Allemagne au 19^{ème} siècle au moment de la révolution industrielle. Prévaut à cette époque une conception paternaliste des relations au sein des entreprises. En France, c'est dans les années 1980 qu'émerge le concept de culture d'entreprise dans le domaine managérial en référence notamment au modèle d'Edgar Schein. Dans son livre « Organizational Culture and Leadership », Edgar Schein définit la culture d'entreprise comme « un ensemble de prémisses et de croyances partagées que le groupe a appris au fur et à mesure qu'il a résolu ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien pour qu'il soit considéré comme valide, et par conséquent est enseigné aux nouveaux membres comme la manière de percevoir, de penser et de ressentir par rapport à ces problèmes »⁶³. Edgar Schein divise la culture d'entreprise en trois niveaux : les présupposées (croyances enracinées sur l'homme, le temps, elles relèvent de l'inconscient), les valeurs (stratégies, philosophies choisies et diffusées par la direction et le management) et les aspects visibles de la culture (comportements observables, effets de langage, comportements). Le modèle d'Edgar Schein permet d'expliquer des écarts entre les valeurs d'influence humaniste annoncées dans le projet associatif de l'association Anne Boivent et la réalité de son fonctionnement, les présupposées liés à l'histoire hospitalière et confessionnelle, étant la véritable provenance des aspects visibles : les comportements. Changer la culture d'entreprise, compte tenu qu'elle trouve ses fondements dans des présupposés inconscients mais fortement ancrés dans les esprits des bénévoles et des professionnels est un exercice délicat qui nécessite un nécessaire accompagnement au changement.

Les caractéristiques clefs de la culture d'entreprise présentées par Oliver Meier dans son livre « Management interculturel, stratégie-organisation-performance »⁶⁴, apportent des précisions sur la manière dont elle se vit et se transmet au sein de l'entreprise.

Un phénomène collectif : l'association d'individus au sein d'une organisation d'individus unis autour de valeurs et de normes partagées.

Une activité symbolique omniprésente : Elle prend la forme d'éléments de langage, de sigles, de localisation qui provoque une association d'idées spontanées, propres à l'entreprise et plus ou moins compréhensibles par des personnes extérieures à l'organisation.

Une notion d'apprentissage et de transmission : La continuité se fait au travers de la répétition et des interactions qui diffusent l'histoire, les valeurs, la philosophie vers les nouveaux collaborateurs. Ainsi la tradition hospitalière et la conception asilaire de

⁶³ Sciences RH. Les problématiques des RH sous l'angle de la recherche scientifique du management », [Mis à jour le 11 avril 2011], disponible sur internet : <http://sciences-rh.delemotte.com/2011/04/culture-dentreprise-le-modele-dedgar.html>

⁶⁴ MEIER O, 2010, *Management interculturel, Stratégie-Organisation-Performance*, 4ème édition, Paris : Dunod, 314 p.

l'accompagnement se transmettent d'administrateurs en administrateurs, de professionnels en professionnels.

La cohérence interne avec un système structuré (règles, valeurs). Cependant elle ne doit pas se considérer comme « un système clos et immuable » car elle est avant tout « une construction sociale qui évolue dans le temps⁶⁵ » afin de s'adapter à l'environnement (évolution du public, des politiques).

Un « dedans » par rapport à « un dehors » : Elle crée un univers fédérateur et distinctif des autres. Les frontières ne sont pas étanches, cependant cette appartenance va conditionner les perceptions de l'organisation (gouvernance, dirigeante, professionnels) vis-à-vis de l'extérieur.

Ainsi, à l'appui de ces caractéristiques, la résidence Sainte Anne et plus largement l'association Anne Boivent doivent sortir de leur « système clos et immuable » pour s'adapter à leur environnement, et s'inscrire dans un accompagnement global de la personne, facilitateur de la continuité des parcours. Le changement culturel à engager à la résidence Saint Anne s'inscrit, à mon sens, à deux niveaux :

- Passer d'une culture hospitalière prégnante à une culture médico-sociale qui allie soins et accompagnement à la vie sociale dans une approche systémique de la personne.
- Passer de la conception asilaire de l'accompagnement génératrice d'entre soi et d'autarcie à la culture de l'ouverture et du décloisonnement et à une vision territoriale : Concevoir l'accompagnement dans un esprit de faire ensemble avec les acteurs du sanitaire et du médico-social pour décloisonner et faciliter les passages.

2.3.2 Le décloisonnement, un incontournable pour un accompagnement global de la personne

A) Gériologie et gériatrie, des concepts à clarifier⁶⁶

Terme employé en 1909 aux Etats Unis par Issac Nasher, la gériatrie ou gériologie clinique est selon Lucien Mias « une spécialité médicale qui traite des maladies des sujets âgés ». Elle traite des soins préventifs, curatifs et palliatifs. Il faut attendre 1990 pour qu'elle soit reconnue comme spécialité de la médecine, qu'émerge dans les hôpitaux une filière gériatrique et qu'apparaissent des services telles les urgences gériatriques, les courts séjours gériatriques, les unités de soins de longue durée, soins de suite et de

⁶⁵ MEIER O, 2010, *Management interculturel, Stratégie-Organisation-Performance*, 4ème édition, Paris : Dunod, 314 p.

⁶⁶ MIAS Lucien. Emergence de l'approche gériologique. [rédigé en 1997]. Disponible sur internet : <http://papidoc.chic-cm.fr/01quoieriageron.html>

réadaptation gériatrique. S'intéressant à la maladie, elle développe ce que le professeur Jean François Mattei appelle « l'ingéniering en machinerie humaine » où la « technobiologie » est le facteur discriminant. Cette définition nous ramène à la culture hospitalière et à la bureaucratie professionnelle (Mintzberg) et à la haute expertise technique des professionnels où « la sonde est reine ».

La gérontologie toujours, selon Lucien Mias, désigne « l'études des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains sur tous les plans (biologiques, psychologiques et social) et à tous les niveaux de complexité ». Toujours selon Lucien Mias, elle s'intéresse au vieillissement dans la pluralité de ses aspects :

- Le vieillissement physique : la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler
- Le vieillissement psychologique : la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu
- Le vieillissement comportemental : résultat des changements ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné et regroupant des aptitudes, attentes, motivations, image de soi ; rôles sociaux, personnalité et adaptation
- Le contexte social du vieillissement : l'influence qu'exerce l'un sur l'autre l'individu et la société. Cet aspect touche la santé, le revenu, le travail, les loisirs, la famille

Ainsi elle invite à la transdisciplinarité et à une approche systémique comme en témoigne la diversité des disciplines qu'elle mobilise : la philosophie, les sciences politiques, la psychologie, la sociologie et l'histoire. Elle renvoie à la pensée complexe développée par Edgar Morin, le terme complexe venant du latin « complexus » qui signifie ce qui est tissé ensemble. « La pensée complexe a pour but de relier ce qui, dans notre perception habituelle, ne l'est pas ».

Directrice de la résidence Sainte Anne, il m'incombe que l'établissement conserve son caractère de lieu de vie, malgré une médicalisation légitime liée à une évolution du public accueilli. Dans un esprit de continuité de parcours, gériatrie et gérontologie ne doivent pas être opposés mais, au contraire, sont complémentaires et doivent se rencontrer et coexister. Il s'agit de construire une culture commune d'entreprise autour d'une conception gérontologique de l'accompagnement.

B) Du cloisonnement à la pluridisciplinarité interne et externe

a) *Travailler la pluridisciplinarité entre les métiers au sein de la résidence*

Karine Sanson dans son article « Pluridisciplinarité : intérêts et conditions d'un travail de partenariat ⁶⁷ » part du principe que « le terme pluridisciplinarité indique la coexistence de différences », différences de plusieurs natures notamment « de formation et donc d'identité, de compétences et donc de pouvoir, de salaire et donc de classes sociales ». Toujours selon Karine Sanson, Il convient d'interroger la manière dont interagissent ou pas ces différences. « Ces différences sont-elles seulement juxtaposées, comme dans des ghettos ou des territoires étanches, ou bien se rencontrent-elles ? » Nous l'avons vu à la résidence Sainte Anne même en interne la tendance est au cloisonnement entre les équipes de professionnels conduisant à une segmentation de l'accompagnement en contradiction avec la notion de parcours et d'accompagnement global. C'est donc un enjeu pour moi que de travailler à ce que la notion d'approche globale ou complexe soit le maître mot considérant que « l'être humain est un système complexe articulé à d'autres systèmes complexes (système biologique et psychique articulé à un système familial, social, culturel, juridique, politique) ». Ainsi pour appréhender la personne dans sa globalité, de décrypter sa demande et d'y apporter une réponse personnalisée, il est indispensable de s'inscrire dans une démarche qui admette et garantisse cette globalité, impliquant de s'appuyer des regards différents de l'équipe de professionnels.

a) *Travailler la pluridisciplinarité avec les acteurs du territoire*

La continuité et la cohérence des soins et des accompagnements se heurtent à certaines limites notamment à la difficulté pour la personne, sa famille, l'aidant à identifier les ressources parmi différents services encore fragmentés (médecine de ville, hôpital, SSAD...) et à la difficulté des organisations à coopérer en l'absence de culture commune (sanitaire, médico-social), en l'absence d'outils communs (système d'information et de communication).

Optimiser le parcours des personnes passe par la prévention et l'anticipation des moments charnières et des risques de rupture, qu'est de facto l'entrée à l'EHPAD. Optimiser le parcours, c'est avoir une approche systémique de la personne et implique donc de s'inscrire dans une logique de pluridisciplinarité, de « travail ensemble », de complémentarité voire de subsidiarité au service de la continuité, et ce, pour le respect du projet de vie de la personne.

Selon Marcel Jaeger, la coopération « répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et la pluralité de la personne en difficulté » s'appuyant sur le principe que « les structures comme les acteurs, ne peuvent plus fonctionner dans l'indifférence aux autres ». Il rejoint en cela l'approche de Roland Janvier sur

⁶⁷ SAMSON K., septembre 2006, « Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat », *Le journal des psychologues* [en ligne], n°242, pp. 24-27. [consulté le 03 septembre 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2006-9-page-24.htm>

l'incomplétude des organisations. Nos organisations sont incomplètes et cette incomplétude, ces manques sont une richesse car ils nous amènent vers une approche du « faire ensemble ». « Le « faire ensemble » n'est pas un « faire entre soi » ni « entre même » mais un « faire entre autrui⁶⁸ » ». Elle nous impose une réflexion entre acteurs avec chacun nos singularités, nos particularités, nos différences. Concernant la coordination, pour Michel Jaeger, elle se situe « dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs ». En 1980, Avedis Donabedian⁶⁹ donne une définition de la coordination qui porte sur le domaine médical, complètement transférable au secteur médico-social : « la coordination est un processus par lequel les éléments et les relations impliquées dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale ». ⁷⁰

Je considère donc que la coopération et la coordination se déclinent au sein de l'EHPAD par le travail en équipes pluridisciplinaires autour du projet global de la personne et en externe par le développement de liens avec les acteurs du territoire matérialisés par le partenariat et le travail en réseau.

2.3.3 Les conditions de réussite du tournant culturel, l'accompagnement au changement des professionnels

a) Le management, soucieux de l'autonomie du personnel

Le verbe anglais « to manage » et son substantif le mangement viennent du terme français du 15^{ème} siècle « mesnager » qui s'applique à l'équitation et signifie « tenir en main les rênes d'un cheval » et qui subsiste dans le vocabulaire français par le mot manège. Le mot « manège » est issu de l'italien « maneggiere » qui vient du latin « manus agere » qui veut dire « contrôler, manier, avoir en main ». A partir des années 1960, le terme management s'impose en France face à la difficulté de trouver un terme équivalent. L'académie française (arrêté du 12 janvier 1973 et journal officiel du 18 janvier 1973) définit le management comme suit : Nom masculin emprunté à l'anglais signifiant « ensemble des techniques d'organisation et de gestion de l'entreprise ». Il convient cependant de différencier « management » et « gestion » qui ne sont pas des synonymes. En effet, le management désigne « les savoir-faire dans une dimension globale et collective : management stratégique, management de projet... » tandis que la gestion

⁶⁸ JANVIER Roland. Faire ensemble pour prendre soin. [Mis à jour 28 avril 2017], disponible sur internet : <http://www.rolandjanvier.org/droit-usagers/807-faire-ensemble-prendre-soin-28-04-2017/>

⁶⁹ Avedis Donabedian (1919-2000) était un médecin et un fondateur de l'étude de la qualité dans les soins de santé et la recherche sur les résultats médicaux

⁷⁰ Bloch M.-A., HENAUT L., SARDAS J.-C., GAND S., Février 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », étude, Fondation Paul Bennotot

renvoie aux « techniques souvent qualitatives de conduite des affaires, dans un objectif d'efficacité ou d'efficience : gestion comptable, contrôle de gestion... ».

Jean Philippe Toutut dans « Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, repères et recommandations⁷¹ » définit le management selon une approche constructiviste. En effet, manager est à la fois impulser, coordonner, faire fonctionner autrement impliquant d'avoir fixé des objectifs au regard de la mission d'utilité publique et sociale de l'établissement tout en tenant compte des paramètres que sont les impératifs de la tarification et l'équilibre budgétaire, la législation tant pour les usagers que pour le personnel en termes de respects des droits, de la sécurité. De plus, manager n'est pas une science exacte et ne peut se résumer à l'application d'un des styles de management définis par Kurt Lewin (leadership autoritaire, leadership démocratique, leadership du laisser-faire) ou plus récemment par Rensis Likert à la fin des années 60, styles toujours d'actualité dans les écoles de management :

- Le management directif correspond à une approche assez taylorienne de l'organisation et de la fonction cadre. Il est très organisationnel et faiblement relationnel. Son objectif est de structurer et organiser les relations de travail.
- Le management incitatif ou formatif est en même temps très organisationnel et très relationnel. Le manager s'ouvre davantage à l'écoute des collaborateurs. Il ne cherche pas systématiquement à imposer des comportements par l'application de règles et de procédures. Son objectif est de convaincre les collaborateurs.
- Le management participatif favorise une collaboration de son équipe à la définition de ses objectifs et encourage les prises d'initiatives. La dimension relationnelle est très importante. L'objectif est de créer une adhésion par l'implication des personnes.
- Le management de délégation dans lequel le manager responsabilise, délègue et évalue. Il valorise l'ensemble des collaborateurs et sollicite pleinement leurs compétences. L'objectif est, lorsque cela est possible, de laisser le pouvoir d'action et le choix des méthodes à l'équipe.

Je rejoins l'approche de Jean Philippe Toutut selon laquelle manager n'est pas exercer l'un de ces styles de management dans l'absolu mais de bien les connaître et d'adapter le style opportun en fonction des situations. Manager c'est également veiller à l'évaluation permanente de l'autonomie des professionnels et du groupe et créer les conditions au développement de l'autonomie que sont l'accompagnement par la formation, l'analyse de pratique, l'information, la sécurisation par des délégations claires et un cadre rassurant. C'est en effet la « capacité du directeur à motiver et entraîner mais aussi à rassurer qui lui

⁷¹ TOUTUT J.-F., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, repères et recommandations*, Paris : Seli Arslan, 159 p.

confère la reconnaissance de ses collaborateurs dans sa fonction singulière, sa fonction de manager⁷² ». Pour conduire et accompagner le changement culturel auprès des professionnels, je vais m'appuyer sur l'empowerment.

B) L'empowerment des salariés

« L'empowerment est le processus par lequel un individu, une communauté prend le contrôle des événements qui le ou la concerne⁷³ ». Dans leur article « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de la participation », Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener précisent que l'empowerment articule « deux dimensions, celle du pouvoir qui constitue la racine du mot et celle du processus d'apprentissage pour y accéder⁷⁴ ». Il s'agit donc d'un état et d'une action : celle de donner du pouvoir. Compte tenu de l'articulation de ces deux dimensions, le terme empowerment qui vient des États Unis est difficile à traduire en français. En effet, l'*autonomisation*, la *capacitation* prennent bien en compte le processus, mais ne réfère pas à la notion de pouvoir tandis que le *pouvoir d'agir* ou le *pouvoir d'action* n'intègre pas la notion de processus pour atteindre le résultat ni la dimension collective.

L'empowerment repose sur trois piliers que sont :

- La vision : Elle doit être posée de manière claire et précise par le manager. Porteuse du sens pour les équipes, elle constitue un guide pour atteindre les objectifs. Il s'agit pour moi de poser une vision de l'accompagnement telle qu'il doit se concevoir à la résidence : un accompagnement global au service de la qualité de vie.
- L'appropriation : La légitimité et la cohésion du groupe sont des facteurs clés pour la réussite d'un projet. Davantage les équipes s'impliqueront dans le projet, davantage leur efficacité et leur dynamisme seront optimaux.
- L'autonomie : Rendre les équipes autonomes permet la créativité, l'innovation et la réussite des projets. De nouvelles compétences s'acquièrent en continu avec comme résultante une progression de la performance. Afin de ne pas mettre les professionnels en difficulté, l'autonomie et ce qu'elle implique le gain en confiance,

⁷² NOBLE François, 2014, « *Diriger et manager une entreprise associative d'action sociale* » in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico sociale*, Paris : Dunod, pp. 295-301

⁷³ MANAGER GO. L'empowerment, un outil de management. [visité le 05 septembre 2018]. Disponible sur internet : <https://www.manager-go.com/management/developpement-du-pouvoir-d-agir.htm>

⁷⁴ BACQUE M.-H., BIEWENER C., mars 2013, « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de la participation », *Idées économiques et sociales* [en ligne], n°173, pp. 25-32. [visité le 05 septembre 2018]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm>

les savoir-être, les compétences s'accompagnent par la formation, par les feed back avec les managers.

J'entends, pour mener le projet d'ouverture de la structure sur son territoire et accompagner le changement qui en découle, m'appuyer sur le management par l'empowerment parce qu'il procure des bénéfices tant au niveau de l'entreprise qu'au niveau des professionnels en termes de vision des salariés sur le sens donné à leurs fonctions et métiers, d'optimisation des compétences présentes dans l'établissement, d'estime de soi par la confiance octroyée, d'appréhension du changement.

Synthèse de la seconde partie

La conception de l'accompagnement que je souhaite déployer et partager à l'appui du diagnostic de l'organisation et du fonctionnement actuels, au regard des politiques publiques et des orientations stratégiques (feuille de route à 5 ans du CPOM), s'appuie sur la promotion des droits des personnes : droit au libre choix, droit au bien être et à la qualité de vie, droit à la continuité du parcours de vie. Pour ce faire, l'EHPAD doit s'inscrire dans une approche gériatrique de l'accompagnement à savoir une approche globale, pluridisciplinaire et territoriale pour promouvoir la continuité du parcours de vie et faciliter les passages. Cette conception est synonyme d'une nouvelle vision et logique à accompagner auprès des professionnels, à l'appui d'un management qui laisse la place à l'expression et la créativité des professionnels.

La troisième partie est consacrée à la présentation d'un plan d'action visant à concrétiser cette conception en impulsant et fédérant autour d'une dynamique axée sur la continuité du parcours de vie, en développant un processus d'accompagnement précoce, en facilitant l'arrivée à la résidence et la continuité entre la vie à domicile et à l'établissement.

3 Inscrire l'EHPAD dans une dynamique d'ouverture au service de la continuité du parcours de vie des personnes âgées du territoire

3.1 Fédérer en interne autour d'une dynamique axée sur les parcours de vie

Les valeurs de l'association s'appuient sur des principes humanistes issus de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Ces valeurs sont en phase totale avec la conception actuelle de l'accompagnement qui promeut le respect de la citoyenneté et une approche globale et sociale. Or, ces valeurs ont des difficultés à s'affranchir de l'empreinte historique hospitalière et confessionnelle encore prégnante et peinent à trouver leur véritable essence à savoir la dimension citoyenne de la personne considérée dans sa globalité.

Je m'appuie sur les propos de François Noble qui parle du « primat du projet politique⁷⁵ » pour considérer qu'il est important de démarrer par la redéfinition des valeurs et l'écriture du projet associatif, puisqu'il est porteur du projet politique et donc du sens souhaité par les administrateurs. Ainsi, le projet associatif⁷⁶ organise en amont la réflexion stratégique, sert de document fédérateur auquel chacun dans l'association peut se référer et constitue un outil de communication interne, de management des professionnels, un outil au service de l'éthique associative.

Directrice, je suis garante que la conception de l'accompagnement déployée à la résidence soit emprunte des valeurs de l'association et qu'elle soit en phase avec les orientations et le plan d'action du projet associatif, le projet d'établissement et le projet de soin, s'inscrivant dans le projet associatif. Par ailleurs, cette nécessité, de revisiter le projet associatif afin notamment de donner l'impulsion d'un accompagnement global et décloisonné, rejoint les négociations du CPOM. Une fiche action intitulée « Assurer une gouvernante efficiente et poursuivre le développement des fonctions support » est consacrée à la réécriture du projet associatif. Concernant la partie consacrée au projet associatif, les objectifs définis dans la fiche action sont les suivants : Définir les modalités d'organisation relatives à la réécriture du projet associatif, créer un groupe de travail sur le

⁷⁵ NOBLE François, 2014, « *Diriger et manager une entreprise associative d'action sociale* » in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico sociale*, Paris : Dunod, pp. 295-301

⁷⁶ RH ORGANISATION, Elaborer et rédiger un projet associatif, [Consulté le 29 août 2018], disponible sur internet : <http://www.rh-organisation.fr/elaborer-et-rediger-un-projet-associatif.i17.html>

projet associatif, recenser les documents supports et les prestations possibles, réécrire le projet associatif, valider le projet associatif par le Conseil d'Administration.

3.1.1 Contribuer à la redéfinition des valeurs et à la réécriture du projet associatif

Le Conseil d'Administration et le Directeur Général de l'Association souhaitent impliquer largement les acteurs des établissements de l'association dans la redéfinition de ses valeurs. Pour ce faire, le travail de réécriture du projet associatif s'amorcera par un séminaire d'une journée auquel je participe à l'instar de mes collègues directeurs d'établissements.

L'objectif de ce séminaire est d'acter comme un temps fort, un temps fédérateur de l'association Anne Boivent et de ses établissements ce travail de réflexion commun autour des valeurs et de l'éthique. Il s'agit de revisiter les valeurs historiques portées par l'association, leur déclinaison actuelle et de les croiser avec les besoins des populations accueillies et avec la commande publique. C'est le fruit de ce travail autour des valeurs et de l'éthique qui constituera la colonne vertébrale du projet associatif et guidera le Conseil d'Administration dans la définition des orientations et du plan d'action pour les cinq années à venir.

A) L'appel à des intervenants extérieurs, une aide à la prise de recul

L'appel à des intervenants extérieurs pour cette journée apparait comme un incontournable pour accompagner le changement compte tenu d'une culture historique, fortement ancrée, transmise. De plus, leur intervention nous permettra, acteurs de l'association (gouvernance, dirigeance) d'être dans une posture de réflexion et de construction en étant dégagés des aspects d'animation et d'organisation. Trois intervenants viendront en appui de cette journée :

- Un animateur formé aux techniques d'animations participatives chargé de poser le cadre et tenir feuille de route prévue pour la journée (timing et objectifs), effectuer les transitions entre les différentes étapes, susciter la parole et les échanges.
- Un sociologue spécialisé dans la sociologie des organisations afin d'apporter des éléments de compréhension sur l'histoire et les œuvres des sœurs, le bien fondé et la légitimité de leurs actions pour arriver à une nouvelle conception de l'organisation, davantage en phase avec les conceptions actuelles de l'accompagnement. En effet, amorcer le changement culturel ne signifie pas renier et désavouer le passé mais bien d'être dans une démarche d'adaptation à de nouveaux besoins en s'appuyant sur les valeurs historiques.
- Un philosophe éthicien afin de définir les concepts contenus dans les valeurs historiques de l'association et de travailler la question du sens contenus dans ces valeurs.

B) Les participants au séminaire

Revisiter les valeurs associatives en vue de la réécriture du projet associatif concerne de fait les administrateurs de l'association Anne Boivent ainsi que le Directeur Général et les directrices de pôle qui accompagnent le Conseil d'Administration dans ces orientations et ces décisions. D'autres acteurs sont incontournables afin de permettre une approche plurielle et croisée :

- Les responsables d'établissements, dont je fais partie, à double titre en apportant la vision et la contribution de l'établissement et parce que ce sont eux qui ensuite portent et diffusent ces valeurs et cette éthique au sein des établissements.
- Des représentants des personnes concernées par l'accompagnement, par le biais des présidents des CVS et des familles, car au cœur de l'accompagnement, ils sont les premiers concernés.
- Les bénévoles, acteurs importants de la vie sociale dans les établissements, acteurs neutres car externe à la culture d'entreprise.
- Les professionnels, acteurs au plus près des personnes, par le biais de représentants des différents métiers.
- Les Instances Représentatives du Personnel, par le biais de représentants des différents établissements

C) La communication à la résidence Sainte Anne

En amont, le séminaire sera mis à l'ordre du jour d'un des comités de direction hebdomadaire de la résidence Sainte Anne (direction, médecin coordonnateur, infirmière cadre, psychologue) pour un temps de préparation et de recueil de leur vision. Suite au séminaire et durant le temps qui suivra de définition des objectifs, du plan d'action et d'écriture, des points d'information réguliers, en fonction des réunions du groupe de pilotage, seront effectués lors des comités de direction.

Concernant les professionnels, je délègue à l'infirmière cadre des points d'informations périodiques sur l'avancée des travaux lors des réunions d'équipes, à l'appui des informations données lors des comités de direction. Au terme de l'écriture du projet associatif, une réunion plénière des professionnels en présence de l'administrateur référent de l'association, du directeur Général et de l'infirmière cadre permettra de présenter le projet associatif finalisé et de l'asseoir comme le document porteur du sens et de l'éthique qui se déploient à la résidence.

La communication auprès des résidents se fera lors des CVS, comptes rendus diffusés à chaque résident et affiché.

3.1.2 Développer une culture commune au sein de la résidence Sainte Anne en pilotant la réécriture du projet d'établissement

L'article L. 311-8 du CASF stipule que « pour chaque établissement du service social et médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs notamment en matière de coordination, de coopération, et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement [...]. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du Conseil à la Vie Sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation⁷⁷ ».

L'ANESM, dans sa RBPP « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » le définit comme « une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes ». 2018, est l'année de réécriture du projet et, pilote de cette démarche, il s'agit pour moi d'un levier qui va me permettre d'inscrire comme axe stratégique la volonté de la résidence Sainte Anne de faciliter la continuité du parcours des personnes âgées sur le territoire. Une implication dans la construction des équipes de professionnels, des administrateurs, des usagers et de leur famille, des partenaires permettra de se retrouver autour d'un support de référence fédérateur et porteur d'un sens commun.

A) Le pilotage du projet d'établissement

Elaborer et rédiger un projet d'établissement, dans une démarche participative et collaborative, n'exclut pas de mettre en place un cadre sécurisant qui fixe les règles de production et de validation du projet, de répartir les tâches entre les différentes parties prenantes et de respecter les différentes phases de la démarche. Pour définir les modalités de réalisation du projet d'établissement, je m'appuie sur la procédure « Elaboration et réactualisation du projet d'établissement » travaillée par le service qualité et validée par le directeur général en juin 2017. Par ailleurs, intégrer la notion de parcours et d'accompagnement global nécessite une appropriation par l'ensemble des professionnels d'une logique nouvelle dans l'accompagnement des personnes en interne et hors les murs. Après échange en comité de direction au sein de l'établissement, je soumettrai et argumenterai auprès de la directrice de pôle de pouvoir m'appuyer sur un intervenant du réseau de consultant en gérontologie pour accompagner la démarche d'écriture du projet et permettre ce travail d'appropriation.

a) Les instances participant à l'élaboration du projet d'établissement

⁷⁷ HAS Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

Le comité de pilotage

Le comité de pilotage est l'instance qui intègre la dimension politique de l'association avec la présence de l'administrateur référent ainsi que la dirigeance associative par la participation de la directrice de pôle personnes âgées, par délégation du directeur général, permettant une validation au fur et à mesure des étapes, avant la validation finale par le Conseil d'Administration. Le comité de pilotage est également composé d'un représentant du personnel en l'occurrence l'infirmière référente qualité à la résidence, le président du CVS, un représentant des familles, l'intervenant du réseau de consultant en gérontologie et de moi-même.

Le comité de pilotage est chargé :

- D'arrêter la méthode de travail et le calendrier soucieux de la temporalité des participants. La méthode de travail se veut participative et délégitime notamment par la mise en place de groupes de travail transversaux et thématiques, favorisant la prise d'initiative des participants.
- Garantir le bon déroulement général des travaux en s'assurant du respect de la méthode arrêtée, de la priorisation des thématiques à traiter, et le cas échéant, en recadrant les travaux.
- Valider les choix et les résultats du groupe de travail transversal

Le groupe de travail transversal

Les membres du groupe de travail transversal sont désignés par le comité de pilotage. Une représentation des professionnels de chaque métier et de chaque service m'apparaît comme indispensable pour favoriser l'interdisciplinarité et la complémentarité des approches. Je délègue à l'infirmière cadre l'organisation et l'animation du groupe de travail transversal. En effet, sa fonction de manager de proximité lui confère une bonne connaissance des professionnels, de leurs compétences, de leur niveau d'autonomie dans le cadre de travaux collaboratifs et de leurs besoins en termes d'accompagnement. Cette délégation sera sécurisée par des points d'étapes et d'échanges lors des comités de direction de l'établissement.

Les missions du groupe de travail transversal consistent à :

- Définir les thématiques à travailler à l'appui du sommaire travaillé par le service qualité, l'organisation, les objectifs et les résultats attendus.
- Nommer les pilotes (référénts-animateurs) des groupes de travail thématiques
- Apporter un appui aux groupes de travail
- Réceptionner et valider les productions thématiques des groupes de travail
- Transmettre les synthèses écrites au comité de pilotage

Les groupes de travail thématiques

Les groupes de travail thématiques sont des groupes opérationnels de réflexion et de production des écrits, qui seront transmis au groupe de travail transversal. Ils ont pour objectifs de garantir la participation effective des professionnels mais également des bénévoles dans le traitement des thèmes ciblés et dans la réflexion sur les modes d'organisation et de fonctionnement à améliorer, consolider, développer. Je pose comme pré-requis à l'élaboration de la composition des groupes de travail la mixité professionnelle et bénévole et l'interdisciplinarité. Ainsi à titre d'exemple, le groupe de travail « animation sociale » comprendra bien sûr l'animatrice, une AMP mais également une infirmière, une aide soignante, un ASH et un bénévole. Les groupes de travail thématiques feront l'objet de comptes rendus transmis au groupe de travail transversal.

b) Le calendrier de mise en œuvre

Un étalement sur 06 mois (5 mois pour l'élaboration participative) et un mois pour la rédaction finale et la mise en forme. Je rejoins les préconisations de l'ANESM quant à un rédacteur final unique pour amener de la cohérence entre les différentes productions des groupes et produire un outil de communication porteur des valeurs, de l'éthique et du sens commun tant en interne qu'en externe. Ce timing de 6 mois m'apparaît comme opportun car il permet de prévenir l'épuisement des participants que générerait un étalement trop important amenant à perdre le fil de la réflexion ou un calendrier trop resserré sources d'un rythme de réunions soutenus.

Un rétro planning intégrant les dates des comités de pilotage et de réunions des groupes transversaux est arrêté dès l'enclenchement de la démarche afin de permettre les navettes entre les groupes de travail thématiques, le groupe de travail transversal et le comité de pilotage.

La démarche s'achève par la validation finale par les membres du CVS et par le Conseil d'Administration.

B) La communication

Je considère qu'en qualité de document de référence et de feuille de route de l'établissement pour les 5 ans, d'outil fédérateur, porteur du sens et de la conception de l'accompagnement, le projet d'établissement doit être diffusé largement. Les cibles sont les suivantes :

- Les autorités de tutelles que sont l'ARS et le Conseil Départemental, le projet d'établissement étant le document de référence pour les cinq années à venir
- A l'attention des personnes accompagnées et des familles, via un support allégé
- A l'attention du personnel et des bénévoles, lors d'une réunion d'information plénière après validation du document afin de valoriser la contribution collective et de donner un aperçu de l'ensemble. Le support sera à leur disposition au sein de

la résidence et le projet d'établissement sera présenté aux nouveaux salariés, bénévoles et stagiaires lors de leur accueil au sein de l'EHPAD

- A l'attention des partenaires

3.1.3 L'accompagnement des professionnels vers une culture commune de la gérontologie

Changer c'est passer d'un état à un autre entraînant une modification ou une transformation profonde, une rupture ou un bouleversement dans l'ordre établi. Appliqué à la résidence Sainte Anne, c'est passer de la culture hospitalière à une culture gérontologique qui intègre la dimension soin et la dimension sociale de l'accompagnement, c'est passer du cloisonnement à l'ouverture. En qualité de directrice, je me dois d'accompagner ce passage d'un état à un autre c'est-à-dire le changement culturel qui induit une évolution du cadre de référence ainsi que des valeurs, des comportements et des pratiques. Pour ce faire, j'associe l'infirmière cadre, qui est à la fois partie prenante au sein du comité de direction et manager de proximité au quotidien auprès des équipes.

Je rejoins les propos de Didier Tronche dans le chapitre « Enjeux d'avenir pour le secteur social et médico-social » du manuel de direction en action sociale et médico-sociale pour qui la GPEC souligne « le lien qui est fait entre l'évolution des activités et l'évolution des emplois » et qu'elle est une opportunité à saisir notamment pour « développer l'implication des salariés et l'adhésion au projet d'entreprise, limiter ou endiguer les freins au changement et promouvoir une politique de formation en lien avec le positionnement stratégique et prospectif de l'entreprise et les trajectoires et aspirations professionnelles des salariés⁷⁸ ». Ainsi, pour conduire et accompagner le changement vers une culture gérontologique et de continuité de parcours, je m'appuie sur le service Ressources Humaines et la démarche GPEC qui est menée au niveau associatif et déployée au sein des établissements.

A) Faire adhérer les équipes à une visée commune et partagée

D'un point de vue collectif, je pars de la démarche d'écriture de projet d'établissement, présentée dans le chapitre précédent pour :

- Communiquer sur le projet et apporter les éléments de compréhension, donner les enjeux notamment en termes de plus value pour les personnes et leur entourage

⁷⁸ TRONCHE D., 2014, « Enjeux d'avenir pour le secteur social et médico-social » in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico sociale*, Paris : Dunod, pp. 119-132

mais également pour les professionnels par une conception nouvelle de leurs métiers : des métiers d'utilité sociale.

- Impliquer les professionnels par une démarche collaborative pour l'élaboration du projet d'établissement en favorisant et en accompagnant l'autonomie et la responsabilisation par le comité de pilotage, le groupe de travail transversal et par les groupes de travail thématiques.
- Mobiliser l'ensemble des professionnels pour une implication large dans l'élaboration de ce document, fédérateur et porteur du sens commun.

Par ailleurs, certains professionnels seront davantage impactés notamment par des actions de formation ciblée, à titre d'exemple l'animatrice qui, aujourd'hui, assure sa fonction avec un diplôme d'aide soignante. Je délègue à l'infirmière cadre de recevoir les professionnels concernés en entretien professionnel afin au regard de leur fiche de poste et des objectifs à atteindre d'échanger sur la formation opportune afin de leur apporter les connaissances et compétences nécessaires à leur fonction et enrichir leur travail au quotidien. J'ai, afin d'apporter un cadre sécurisant, aux délégations confiées à l'infirmière cadre, programmé des temps d'échange fixes à raison d'une fois par semaine.

B) Accompagner les équipes par la formation.

La formation est un levier à la fois d'accompagnement au changement en permettant l'acquisition des compétences inhérentes à l'évolution mais également un outil incontournable pour le manager puisqu'il permet aux salariés d'actualiser ses connaissances, d'acquérir des compétences nouvelles, de gagner en autonomie, d'échanger avec des professionnels.

a) *La formation Assistant de Soins en Gérontologie*⁷⁹

La formation est accessible aux Aides Soignantes et aux Aides Médico Psychologiques qui travaillent auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. C'est une formation 140 heures sur 12 mois maximum selon le décret du 23 janvier 2010 du ministère de la santé et des sports, généralement dispensée sur 6 mois par les centres de formation. Elle s'articule autour de 5 domaines de formation que sont :

- DF1 Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne (35 heures)
- DF2 Aider les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie (21 heures)

⁷⁹ Annexe 5 : Référentiel de formation ASG

- DF3 Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues (28 heures)
- DF4 Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé (28 heures)
- DF5 Réaliser les soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées (28 heures)

Cette formation trouve tout son sens dans le projet d'accompagnement global et de décloisonnement puisqu'elle aborde les droits de la personne dont la citoyenneté, les principes d'humanité et d'autonomie, la place de la famille et de l'aidant, la connaissance du domicile et des acteurs du maintien à domicile ainsi que la pluridisciplinarité et la coordination. Je prévois, sous réserve de validation par le Directeur Général, de positionner chaque année deux professionnels sur cette formation.

b) Engager une réflexion sur un socle de connaissance en gérontologie pour les ASH

La formation ASG est ouverte uniquement aux AS et AMP. Or les ASH, de formations initiales variées et parfois sans formation en lien avec les fonctions qu'elles occupent, sont, avec les AS et les AMP des unités, les intervenants et interlocuteurs de proximité du résident et, donc, au cœur de la problématique de l'accompagnement global et du prendre soin. Il est donc, pour moi, indispensable que les ASH aient un socle minimum de connaissance en gérontologie. Je vais donc soumettre en comité de direction de réfléchir au niveau associatif en lien avec le service Ressources Humaines à un contenu de formation pour les ASH afin d'établir un cahier des charges et d'effectuer des appels d'offre auprès des organismes de formation. Cette formation de 5 jours comprendra notamment une connaissance du vieillissement et des pathologies associées notamment la maladie d'Alzheimer et les maladies associées, les droits de la personne, l'autonomie et les liens sociaux, le travail en équipes pluridisciplinaires et avec la famille, les devoirs des professionnels. Les ASH de la résidence seront formées de manière échelonnée à raison de 2 professionnels par an.

c) Permettre à l'animatrice d'occuper pleinement son poste notamment sa fonction de coordination des animations, d'ouverture vers l'extérieur et de travail en partenariat

L'animatrice de la résidence est de formation AS, et suite à sa prise de poste comme animatrice, elle n'a pas suivi de formation d'animation sociale, générant des difficultés à ce qu'elle donne à sa fonction l'envergure nécessaire en termes de coordination des animations, de développement de partenariat, d'animation de l'équipe de bénévoles, d'ouverture de l'établissement sur le territoire en vue du maintien des liens sociaux des

résidents. Après échange avec l'infirmière cadre, je lui délègue lors de l'entretien annuel de l'animatrice où sont fixés les objectifs et déterminer les moyens pour les atteindre de lui présenter la formation BPJEPS animation sociale. Il s'agit d'une formation, de 12 mois en alternance comprenant 640 heures d'enseignement théorique en centre de formation et 880 heures de stages, formation dont les objectifs sont « encadrer les publics selon leurs caractéristiques et le projet de la structure, mettre en œuvre un projet d'animation sociale avec l'équipe pluridisciplinaire, conduire des actions d'animation sociale pour favoriser l'expression et le développement de la relation sociale, l'insertion sociale ou le maintien de l'autonomie de la personne, mobiliser des démarches d'éducation populaire pour mettre en place des activités d'animation sociale⁸⁰».

d) *Surcoût sur une année des formations prévues*

Pour l'ensemble des formations, je pars sur l'hypothèse qu'elles se déroulent sur une année civile (pas de chevauchement sur 2 années).

2 formations ASG pour 2 AS ou AMP

Le coût pédagogique de cette formation est de 1610 € pour un professionnel soit 3220 € au total. Pour une moyenne de 5 ans d'ancienneté pour 2 AS ou AMP, à l'appui de la convention du 31 octobre 1951 applicable à l'EHPAD⁸¹ (Nombre de points : 367 - valeur du point : 4,447 au 01/07/2018 – ancienneté 5 ans : 5% - Charges patronales : 45%), soit un total brut chargé de 4587€. Concernant les indemnités kilométriques, elles sont de 0,78€ du kilomètre pour un véhicule de 6 chevaux et plus. La formation de 140 heures soit 20 jours se déroulera sur Rennes (110 kilomètres aller-retour) soit 3432€ pour 2 véhicules par principe de prudence budgétaire sachant que les salariés seront invités à covoiturer. Pour les frais de repas, sur la base de 15 euros par repas, le montant sera de 600€. Ces 2 formations s'élèveront à 11 839€.

2 formations « socle de compétences gérontologiques » pour 2 ASH

Je pars sur l'hypothèse d'une formation pour les ASH des EHPAD de l'association qui se déroulerait au siège. J'estime le coût pédagogique de cette formation de 5 jours à 400 € pour un professionnel soit 800 € au total. Pour une moyenne de 5 ans d'ancienneté pour 2 ASH, à l'appui de la convention du 31 octobre 1951 applicable à l'EHPAD (Nombre de points : 306 - valeur du point : 4,447 au 01/07/2018 remonté au SMIC 9,88 € brut horaire

⁸⁰ ASKORIA. Fiche métier BPJEPS AS. [visité le 03 septembre 2018], disponible sur internet : <https://www.askoria.eu/index.php/bpjeeps-animateur-social>

⁸¹ LEGIFRANCE. Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951. [visité le 03/09/18]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635234>

– ancienneté 5 ans : 5% - Charges patronales : 45%), soit un total brut chargé de 1053€. Concernant les indemnités kilométriques, elles sont de 0,78 € du kilomètre pour un véhicule de 6 chevaux et plus. La formation de 35 heures soit 5 jours se déroulera sur Fougères (6 kilomètres aller-retour) soit 46,80 € pour 2 véhicules. Pour l'intervenant qui arrivera de Rennes, les frais de transport s'élèveront à 429 €, sur la base de 110 kilomètres aller-retour sur 5 jours à 0,78 € du kilomètre. Pour les frais de repas, il sera fait appel au prestataire qui prépare les repas de l'EHPAD jouxtant les locaux du siège (5€ le repas) soit 15 repas (2 ASH + l'intervenant) soit 75 €. Ces 2 formations s'élèveront à 2403,80€ légèrement au dessus de la réalité puisque les frais de déplacement du formateur et son repas seront proratisés entre tous les EHPAD de l'association qui auront des professionnels dans cette formation.

Une formation BPJEPS animation sociale

Le coût pédagogique de cette formation est de 6000€ pour 640 heures de formation. Les 900 heures de stage seront effectuées au sein de la résidence et n'engendreront pas de surcoût en termes de salaire. Pour 3 ans d'ancienneté pour l'animatrice, à l'appui de la convention du 31 octobre 1951 applicable à l'EHPAD (Nombre de points : 378 - valeur du point : 4,447 au 01/07/2018 – ancienneté 3 ans : 2% - Charges patronales : 45%), soit un total brut chargé de 10491€. Concernant les indemnités kilométriques, elles sont de 0,78€ du kilomètre pour un véhicule de 6 chevaux et plus. La formation de 640 heures soit 92 jours se déroulera sur Rennes (110 kilomètres aller-retour) soit 7894 €. Pour les frais de repas, sur la base de 15 euros par repas, le montant sera de 1380€. Cette formation s'élèvera à 25765€.

Ainsi, en partant sur des formations débutant en 2019, le surcoût sera de :

- 40 000 € pour l'année 2019 (BPJEPS, ASG, socle gérontologique ASH)
- 14 235 € pour les années suivantes (ASG, socle gérontologique ASH)

C'est ce projet de formation en lien avec le projet d'accompagnement global et de la continuité des parcours de vie, en plus des formations continues habituelles que je soutiendrai auprès du DG et de la directrice de Pôle dans le cadre des négociations budgétaires, la signature du CPOM impliquant que le dialogue de gestion n'ait plus lieu avec les financeurs mais avec l'association gestionnaire.

Ses formations seront présentée aux Instances Représentatives du Personnel dans le cadre de la consultation annuelle sur le plan de formation.

3.2 Développer un processus précoce permettant l'aide à l'anticipation et à la décision des personnes âgées du territoire

3.2.1 Inscrire la résidence Sainte Anne dans les réseaux de coordination du territoire au service de la continuité des parcours de vie

Faciliter la continuité des parcours de vie des personnes âgées sur le territoire inclut que l'EHPAD s'inscrive dans les réseaux de coordination compte tenu que le cœur de leur action est le décloisonnement des services afin d'éviter les ruptures d'accompagnement, de fluidifier les passages entre les services. Le territoire de Fougères compte trois espaces de coordination que la résidence se doit d'investir : le CLIC, la MAIA et la PTA.

A) Au niveau du CLIC

C'est la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie qui inscrit les CLIC comme guichet de proximité d'information et d'orientation pour les personnes âgées et de coordination pour les professionnels de la gérontologie. Destinés à apporter de la lisibilité, ils sont répartis en trois niveaux selon les prestations qu'ils proposent :

- Niveau 1 : Ils informent, conseillent et orientent les personnes âgées et leurs proches vers les solutions disponibles sur le territoire et les guident dans les démarches à entreprendre telle que l'aide à la constitution du dossier APA.
- Niveau 2 : En complément des missions du niveau 1, ils ont une fonction d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide individuel.
- Niveau 3 : En complément des missions du niveau 1 et 2, ils assurent un rôle de coordination sur le suivi et la coordination du plan d'aide personnalisé en collaboration avec les intervenants.

Les CLIC assurent également des actions de prévention en organisant des conférences, des groupes de paroles, des forums. Pour s'inscrire comme facilitateur de la continuité du parcours de vie des personnes, il est essentiel que la résidence participe aux instances organisées par le CLIC. Je considère que nous devons participer à :

- La commission « maintien à domicile » : Elle se tient deux fois par ans et regroupe une vingtaine de partenaires. Y participer permettra de nous tenir informés de l'actualité en termes de services, en termes d'actions programmées. Ainsi, l'EHPAD pourra s'appuyer sur ces informations actualisées et des liens créés avec les autres acteurs pour pouvoir conseiller les personnes et leur entourage dans le cadre de l'étude de la liste d'attente par la commission d'admission ou encore orienter les aidants des personnes de l'accueil de jour ou des résidents vers les actions proposées par le CLIC afin de les soutenir.

- La commission interprofessionnelle : Elle est programmée tous les mois et réunit des professionnels du secteur médico-social et sanitaire. L'objectif de cette commission est de préparer une journée annuelle de formation en direction des partenaires. Le CLIC organise cette action depuis 8 ans et chaque journée de formation accueille une centaine de participants. Participer à cette commission permettra de s'inscrire dans une réflexion commune avec les partenaires sur les problématiques rencontrées par les structures et les professionnels et d'en dégager des thèmes de formation. Par ailleurs, des salariés de la résidence, ciblés en fonction du thème, participeront à ces journées de formation qui prévoient outre des conférences animées par des professionnels, des travaux en petits groupes favorisant les échanges et le partage d'expérience entre professionnels de métiers et de culture différents, favorisant le décloisonnement.

B) Au niveau de la MAIA

Sur le pays de Fougères, la mise en place de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) est récente puisque la réunion de lancement a eu lieu en mai 2018. La MAIA est une méthode au service d'une organisation territoriale qui a pour objectif l'articulation des secteurs (social, médico-social et sanitaire) et pour finalité la continuité du parcours d'aide et de soins des personnes en perte d'autonomie. Ce sont les mesures 4 (intégration des services MAIA) et 5 (gestion de cas) du plan Alzheimer 2008-2012 qui institue l'adaptation de cette méthode canadienne en France. La méthode repose sur trois mécanismes que sont la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas.

a) *Les instances de concertation*

La concertation se matérialise au niveau d'espaces nommés les tables tactiques. La table tactique plénière du pays de Fougères, à fonction informative, se réunira une fois par an (1^{ère} réunion en septembre 2018) et invitera largement les structures et professionnels du champ sanitaire, social et médico-social, les administrateurs des associations, les élus et aura pour mission d'analyser et partager la connaissance du territoire et le service rendu, d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la lisibilité du système de soins et d'aide. Une table tactique restreinte à vocation décisionnelle, composée de responsables désignés par la table tactique plénière, traitera les problématiques remontées en lien avec les réflexions des groupes de travail thématiques.

Il est incontournable que la résidence Sainte Anne et plus largement l'association Anne Boivent participent aux instances de concertation. Je participerai donc à la table stratégique plénière avec mes collègues directeurs du pays de Fougères et la directrice de pôle de l'association et ferai un retour en comité de direction à la résidence Sainte Anne. Concernant la table tactique restreinte, je pense que la participation à cet espace

de décision revient à la directrice de pôle qui a une mission et une vision territoriale ainsi que la légitimité de décider au nom de l'association, par délégation du directeur général.

b) La gestion de cas

Le gestionnaire de cas assure le suivi intensif et au long court des personnes âgées et personnes en situation de handicap dites en situation complexe en accompagnant la personne au domicile mais aussi pendant les périodes d'hospitalisation. Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et coordonne l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap. La gestionnaire de cas propose de venir en immersion dans les structures du territoire afin de présenter le dispositif et également de connaître et de visualiser les différents partenaires du territoire. C'est une opportunité que je vais saisir afin de communiquer sur l'EHPAD et l'accueil de jour, pour sensibiliser les professionnels particulièrement l'infirmière cadre à l'existence de ce dispositif et aux modalités d'activation.

C) Au niveau de la PTA

L'association Appui Santé a été créée en mars 2016 à l'initiative des professionnels libéraux et des structures sanitaires, sociales et médico-sociales qui ont souhaité travailler ensemble et développer des coopérations⁸². L'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé et son décret d'application N°2016-919 du 4 juillet 2016 relatifs aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination du parcours de santé complexe prévoit trois types de missions⁸³ que sont :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire
- L'appui à l'organisation des parcours complexes pour une durée adaptée aux besoins du patient, dont l'organisation des admissions et sorties d'établissement, en veillant à favoriser le maintien à domicile
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination

La loi précisant que la PTA s'appuie sur les dispositifs existants sur les territoires sans nouvelles création, l'association Appui Santé, ayant des missions proches des PTA, devient donc la PTA du pays de Fougères.

En phase totale avec la question du décloisonnement entre les acteurs du social, médico-social, sanitaire, avec le lien étroit entre parcours de santé et parcours de vie, je prévois

⁸² Site appui santé présentation

⁸³ solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_25.pdf

une rencontre accompagnée par l'infirmière cadre avec la directrice d'Appui Santé afin de présenter l'EHPAD, les habitudes de travail existantes avec les professionnels médicaux et paramédicaux (médecins traitants, kinésithérapeute, HAD, soins palliatifs...) et d'étudier les possibilités de développement de coopération en vue d'une meilleure continuité des parcours.

3.2.2 Faire de l'accueil de jour un outil privilégié dans le parcours de vie des personnes

L'accueil du jour, levier du respect du libre choix du lieu de vie et de transition entre le domicile et l'établissement, nous l'avons vu, peine à remplir ces fonctions puisqu'il affiche un taux de remplissage faible et est en proie aux cloisonnements : cloisonnement entre le domicile et l'accueil de jour, cloisonnement entre les services d'hébergement permanent et l'accueil de jour.

A) Ecrire le projet de service de l'accueil de jour

Le projet de service de l'accueil de jour, n'ayant jamais été écrit, je m'appuie sur ce travail pour engager la réflexion et dynamiser cet outil précieux au service de la continuité des parcours. En sa qualité de chef de service, je délègue la démarche d'écriture du projet de service à l'infirmière cadre, à qui je communique les éléments de cadrage nécessaires ainsi que l'échéancier discuté avec elle pour pouvoir intégrer ce travail à son planning. Des points périodiques seront effectués afin que je valide la méthode et les différentes étapes au fur et à mesure de l'avancée des travaux. Ces allers-retours réguliers permettront de sécuriser la démarche en échangeant et accompagnant l'infirmière cadre sur les difficultés éventuelles, en réorientant et réajustant si besoin lui permettant de pouvoir travailler en autonomie dans un environnement sécurisé.

Ce travail permettra de fixer et de formaliser les objectifs de l'accueil de jour ainsi que de déterminer le plan d'action pour les cinq ans à venir. Concernant les objectifs, à mon sens, ils doivent embrasser les trois dimensions suivantes : Favoriser le maintien à domicile, permettre le répit de l'aidant et constituer un espace de transition entre le domicile et l'établissement facilitant l'entrée quand elle s'avère nécessaire.

B) Faciliter les liens entre le domicile et la résidence

Afin de proposer un accompagnement au plus proche et de s'inscrire dans la continuité, il est primordial de faire le lien avec le domicile, lieu de vie de la personne accueillie. Ainsi, avant chaque entrée, une visite sera effectuée au domicile de la personne accueillie par l'aide-soignante de l'accueil de jour avec pour objectif d'amorcer la relation avec la personne accueillie mais également avec sa famille et de rassurer. En effet, pour l'aidant confier la personne que l'on aide au quotidien, est une étape difficile, source d'un sentiment de rupture.

En lien avec la démarche de développement des partenariats, il sera proposé de travailler avec les partenaires du domicile à un cahier de liaison commun informatisé et sécurisant les données dans le respect du Règlement Général de la Protection des Données du 25 mai 2018. L'objectif est de centraliser les informations dans un outil commun sécurisé, d'éviter la multiplication des cahiers de liaison au domicile de la personne, source de cloisonnement entre les professionnels du SSIAD, SAAD, de l'accueil de jour et de multitude de cahiers au domicile peu lisibles pour le résident et ses proches.

C) Elaborer le projet personnalisé d'accompagnement pour les personnes de l'accueil de jour

Le projet personnalisé, institué par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 est une démarche participative et collective qui prend en compte la singularité de la personne accueillie, qui a pour objectif de donner du sens à sa vie et d'en assurer la continuité. Il est donc essentiel que le projet de vie personnalisé dont bénéficient les résidents en hébergement permanent soit étendu aux personnes de l'accueil de jour. Pour ce faire, je m'appuie sur le fonctionnement de l'hébergement permanent où la psychologue programme avec les équipes des unités les rencontres pour l'élaboration du projet de vie des résidents. Outre la personne et sa famille, la psychologue, la professionnelle de l'accueil de jour, avec l'accord de la personne, l'aide à domicile, accompagnant de proximité au quotidien, sera invitée à participer.

D) Favoriser la participation des personnes de l'accueil de jour

Afin de favoriser l'intégration des personnes de l'accueil de jour, de leur permettre de participer aux décisions qui les concerne en qualité d'usagers de l'établissement et potentiellement en qualité de futur résident, de décroiser les services, je considère que les personnes de l'accueil de jour doivent être représentées au CVS ainsi qu'aux commissions restauration et animation. De plus, comme pour les résidents, l'avis des personnes de l'accueil de jour et de leur famille sera recueilli par une enquête de satisfaction annuelle adaptée au service incluant notamment le transport et les effets de l'accompagnement sur la vie à domicile. Favoriser la participation des personnes de l'accueil de jour contribuera à la dynamique du service par une adaptation aux demandes et besoins des usagers.

E) Communiquer sur l'accueil de jour

La faible fréquentation s'explique par une méconnaissance de l'accueil de jour des personnes qui pourraient en relever, de leur entourage et également des partenaires au plus près des personnes à domicile que sont les SAAD, le SSIAD, les MAIA, les équipes médico-sociales du CDAS (APA), les médecins.

a) *Communication auprès des acteurs du territoire*

Afin de faire connaître l'accueil de jour auprès des partenaires, et plus largement l'EHPAD, je convie à une réunion de présentation de l'accueil de jour dans les locaux de la résidence les acteurs du territoire, interlocuteurs de proximité des personnes à domicile que sont :

- Les SSIAD et les SSAD sont dans l'accompagnement au quotidien au domicile en première ligne pour repérer les personnes pour qui l'accueil de jour serait bénéfique tant pour eux-mêmes que pour les aidants pour pouvoir évoquer le sujet en douceur
- Les médecins traitants, les infirmières libérales
- Les cadres de santé des services SSR, de médecine aiguë et de gériatrie de l'hôpital de Fougères ainsi que les assistantes sociales qui accompagnent les personnes âgées et leur famille pour organiser la sortie
- Les instances de coordination et d'information que sont le CLIC, la MAIA, la PTA, les EMS du CDAS (APA) afin qu'ils puissent visualiser l'accueil de jour et l'intégrer au panel des services qui peuvent être proposées dans le cadre de leur rôle de coordination des professionnels du médico social et du sanitaire autour des situations complexes ainsi que dans le cadre de leur rôle d'information, d'orientation et de conseil auprès des personnes et de leur famille.

b) *Communication auprès du grand public*

A la suite de la réécriture du projet de service, un plan de communication sera établi afin de faire connaître l'accueil de jour au grand public, ses objectifs, ses activités. Je délègue à l'aide soignante de l'accueil de jour de travailler avec la secrétaire sur un flyer de présentation du service. Après validation du flyer par mes soins, il sera déposé dans les salles d'attente des professionnels de santé et para médicaux, dans les maisons de santé, les pharmacies. Nous prendrons contact avec les mairies du territoire afin qu'une communication sur l'accueil de jour puisse être intégrée dans les bulletins municipaux.

c) *Communication auprès des professionnels de la résidence*

Afin de permettre une connaissance de l'accueil de jour par tous les professionnels et surtout de ces objectifs, de faciliter le décloisonnement entre les services de la résidence, la présentation du projet de service de l'accueil de jour sera faite lors d'une réunion plénière des professionnels de la résidence.

3.3 Faciliter l'arrivée et la continuité du parcours de vie à la résidence Sainte Anne

3.3.1 Revisiter la procédure d'admission et d'accueil pour préparer et faciliter l'arrivée des personnes

Je démarre la démarche par une information auprès de la directrice de pôle personnes âgées de l'association Anne Boivent du projet de réécriture de la procédure d'admission de la résidence pour validation. Une réflexion sur la procédure d'admission, à l'échelle associative, n'étant pas à l'ordre du jour, la démarche se fera au niveau de la résidence. Dans l'optique d'avoir un regard transversal sur les pratiques des établissements et d'une mutualisation future de ce travail, il me semble important d'intégrer la responsable qualité de l'association à notre démarche, point de vue partagé par la directrice de pôle et la directrice qualité.

A) La constitution d'un groupe de travail

Je pilote le groupe de travail qui comprend la responsable qualité de l'association, le médecin coordonnateur, l'infirmière cadre, la secrétaire d'accueil et l'animatrice.

Le groupe de travail aura pour objectif de revisiter les différentes phases (pré admission, admission, phase d'accueil avant, le jour et après l'entrée) et de formaliser et de sécuriser une démarche visant à éviter les ruptures et à améliorer les conditions d'entrée à la résidence.

B) La formalisation d'une commission d'admission

L'absence de commission d'admission formalisée en termes de participants et de périodicité conduit à une consultation de la liste d'attente « au coup par coup », au dernier moment par les personnes présentes. La mise en place d'une commission d'admission composée du médecin coordonnateur, de l'infirmière cadre et de moi-même permettra une étude périodique (toutes les 2 semaines) de la liste d'attente afin que chaque personne ayant déposé un dossier d'inscription bénéficie d'une réponse à sa demande. Un rythme bimensuel me semble opportun puisqu'il permet de donner une réponse dans un délai correct, d'avoir un nombre raisonnable de demandes à étudier à chaque commission favorisant une réflexion globale sur la réponse à apporter.

C) S'appuyer sur le logiciel GAELIG pour une gestion mutualisée de la liste d'attente

Gaelig 35 est un site internet accessible au grand public permettant d'avoir des informations sur les établissements, sur la politique départementale en faveur des personnes âgées.

Sa principale fonctionnalité, via un accès extranet sécurisé, concerne les établissements qui en renseignant leurs inscriptions et admissions, suivent leur liste d'attente au réel.

L'interaction entre établissements permet de savoir si une personne de la liste d'attente a été admise dans un autre établissement ou est décédée.

Je soumettrai à la directrice de pôle personne âgée de systématiser ce fonctionnement à l'ensemble des EHPAD de l'association pour davantage de lisibilité entre les établissements.

D) Apporter à chaque personne une réponse individualisée

A l'issu de chaque commission d'admission pluridisciplinaire, une réponse écrite est apportée à chaque personne que ce soit une acceptation et un refus. La rédaction de cette réponse est assurée par la secrétaire au regard des indications données par la commission, courrier que je valide avant l'envoi.

En cas de refus, l'idée est d'orienter vers d'autres réponses davantage en phase avec leurs besoins tel un service plus adapté ou encore vers le CLIC, les CSG du CDAS qui ont une vision globale de l'offre, le développement de coopération par la résidence avec les acteurs du territoire venant au service de ces propositions. En cas de validation de la demande, il s'agit d'informer des modalités de gestion de la liste d'attente (les critères de priorisation des admissions), des conditions de maintien de l'inscription (réactivation tous les 6 mois) et de proposer de démarrer la phase d'accueil.

E) Démarrer de manière précoce la phase d'accueil

A partir de la décision d'admission, je considère primordial d'enclencher la phase d'accueil et que ce démarrage précoce soit formalisé dans la procédure d'accueil et d'admission.

a) *Permettre à la personne de faire connaissance avec l'établissement*

Faire connaissance en amont de l'entrée avec les lieux, les résidents, les professionnels est une étape nécessaire pour faciliter l'arrivée et prévenir les syndromes de glissement dus à des entrées non préparées. La proposition systématique d'une visite de l'établissement effectué par l'infirmière coordinatrice, la possibilité de s'inscrire aux animations et aux repas thématiques mensuels (diffusion par la secrétaire du programme préparé par l'animatrice aux personnes de la liste d'attente d'urgence mais également aux personnes de la liste de précaution) permettront aux personnes de se familiariser avec l'établissement. De manière plus ciblée, au regard des besoins, l'accueil de jour sera proposé en attendant l'entrée en hébergement permanent.

b) *Démarrer le recueil des habitudes de vie*

Une visite au domicile de la personne effectuée par l'infirmière cadre, une rencontre avec la famille, l'aide à domicile viseront à démarrer le recueil des habitudes de vie afin de s'inscrire dans la continuité. L'objectif de la visite à domicile est de pouvoir échanger sur

les habitudes de vie tout en visualisant les lieux et la personne dans son environnement habituel, de pouvoir aborder les questions concrètes des meubles et de la décoration qu'ils souhaitent apporter. L'échange avec l'aide à domicile, qui assure l'accompagnement de la personne au quotidien souvent depuis des années, est une ressource pour identifier les souhaits de la personne dans un objectif de personnalisation de l'accompagnement.

F) La validation

Cette procédure d'admission formalise et sécurise la philosophie d'accueil précoce du résident par l'EHPAD afin de prévenir les ruptures. Cette procédure, avant sa mise en œuvre, sera présentée à la directrice de pôle pour validation ensuite par le directeur général. C'est après cette validation qu'elle prendra effet au sein de la résidence Sainte Anne.

G) La communication

Concernant les équipes de professionnels, le document finalisé et validé sera présenté en réunion d'équipe et un exemplaire sera à disposition dans chaque service dans les classeurs qualité afin que les équipes puissent s'y référer.

Les résidents seront informés par mes soins lors des réunions du CVS, réunion donnant lieu à une diffusion auprès de l'ensemble des résidents.

H) L'évaluation

Je mets en place avec le groupe de travail les indicateurs permettant d'évaluer la plus-value de la procédure sur l'amélioration des conditions d'arrivée et d'adaptation. Je propose :

- Des indicateurs quantitatifs à savoir le nombre de visite à domicile, le nombre de rencontre avec le personnel des SAAD, le nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente ayant participé aux animations et repas thématiques.
- Un indicateur qualitatif : le taux de résident satisfait par leur accueil par le biais de l'enquête de satisfaction annuelle.

3.3.2 Entretien et développer des partenariats permettant de favoriser la continuité des parcours de vie

A) L'état des lieux de l'existant et la réflexion autour de futurs coopérations au service de la continuité des parcours

La première étape consiste à faire un état des lieux en recensant l'ensemble des acteurs du territoire qu'ils soient du domaine sanitaire, social, médico-social et les coopérations existantes (conventions, réseau, habitudes de travail). Je mène ce travail en lien avec

l'infirmière cadre à qui je délègue de faire le recensement auprès des unités et de l'accueil de jour ainsi qu'avec l'animatrice pour ce qui concerne l'accompagnement à la vie sociale. Cet état des lieux permettra d'évaluer les coopérations existantes, de les entretenir et/ou envisager les évolutions possibles et d'engager un travail sur les coopérations à développer, et ce, toujours dans la visée de favoriser la continuité du parcours de vie existant. C'est en comité de direction élargi à l'animatrice que je piloterai ce travail.

B) Les acteurs incontournables pour faciliter le parcours de vie

A l'issue de cette réflexion, je considère qu'il est important de prendre contact avec différents acteurs et de les rencontrer pour se faire connaître, faire part de la volonté de la résidence de s'inscrire dans une démarche de « travail ensemble » permettant de faciliter le parcours de vie des personnes âgées et d'échanger autour des projets et coopérations communs. Selon le type de coopérations envisagées (soins, vie sociale...), je me rendrai à ces rencontres accompagnée soit de l'infirmière cadre pour le volet sanitaire, soit par l'animatrice pour le volet vie sociale, permettant ainsi aux acteurs d'identifier les contacts et interlocuteurs de l'établissement. Parmi les acteurs incontournables, je compte :

- Les acteurs du domicile, les SSIAD et les SSAD sont pour moi des partenaires inévitables, avec qui nous devons travailler, afin de faciliter la continuité du parcours vie des personnes âgées. Acteurs de proximité auprès des personnes, ils promeuvent le respect du libre choix du lieu de vie des personnes, en l'occurrence celui de vivre à leur domicile. De plus, ils occupent une place privilégiée pour favoriser l'anticipation de la décision de part l'accompagnement aux actes essentiels et ordinaires de la vie quotidienne, à la vie sociale qu'ils effectuent au domicile des personnes âgées et de part la relation de confiance qui s'est instaurée au fil des mois et des années. Il est donc important que ces acteurs connaissent l'EHPAD et ses services et qu'une collaboration s'instaure
- Les résidences seniors et les résidences autonomie
- Les acteurs du sanitaires, des actions sont enclenchées puisque les partenariats existent. Cependant ces conventions datent et ne font pas l'objet d'évaluation, il convient donc de prendre contact avec ces partenaires pour revisiter les conventions, les actualiser et convenir des modalités d'évaluation, par exemple par un bilan annuel,
- Le Centre Social et les associations culturelles et de loisirs, afin de faciliter l'accès à la culture et le développement des liens sociaux.

C) La mise en place et la formalisation

Suite aux contacts, et aux projets en commun définis avec les acteurs rencontrés, des conventions seront élaborées par l'une ou l'autre des parties, avec des allers retours

garantissant l'adhésion de chacun. Ces conventions feront l'objet de rencontre annuelle afin d'évaluer la plus-value pour les personnes, le cas échéant de les réajuster.

3.3.3 Développer la place des bénévoles pour favoriser le maintien des liens sociaux

Au nombre de 7 à la résidence Sainte Anne, les bénévoles peinent à trouver leur place à la résidence et leurs marques pour un travail en complémentarité avec les professionnels. Pourtant, à l'heure de l'éloignement des familles, des contraintes budgétaires, des effectifs tendus et de la dépendance accrue des résidents, je considère qu'ils sont des acteurs indispensables pour renforcer l'accompagnement social, développer les liens sociaux des résidents ainsi que pour favoriser l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

A) Elaborer une charte du bénévolat

Cette charte aura pour objectif de clarifier les missions des bénévoles et leurs relations avec les professionnels. En effet leurs interventions ne doivent pas se substituer à celles des professionnels pour, par exemple, palier les manques d'effectifs et glisser vers des actes techniques voire médicaux. Leurs domaines d'intervention relèvent particulièrement des activités d'animation en lien avec l'animatrice, de l'accompagnement des sorties ou de visites auprès des résidents. Il est important que ces rôles soient clarifiés afin que le bénévole connaisse son cadre d'intervention, afin que ses missions s'exercent bien en complémentarité des professionnels évitant ainsi des conflits et des difficultés pour chacun à prendre ses marques et à travailler ensemble. La charte précisera également les conditions de l'exercice de leur bénévolat notamment l'engagement des bénévoles (période des visites, rythme, participation aux formations et aux réunions éventuelles), le respect des droits des résidents énoncés à la section 2 de la loi 2002-2 et dans la charte de la personne accueillies (droit au respect de la dignité, de l'intimité...) ainsi que le respect du secret des règles de discrétion, les modalités d'assurance.

B) Désigner un référent professionnel pour les bénévoles

Cette désignation d'un interlocuteur privilégié vise à donner de la visibilité aux bénévoles afin qu'ils sachent à qui s'adresser et ainsi encourager et faciliter les échanges. Je délègue cette fonction à l'animatrice, les bénévoles occupants majoritairement des missions en lien avec le développement de la vie sociale. Outre la formation BPJEP qui étoffera ses compétences en termes de communication, d'animation de groupes, elle sera accompagnée dans cette nouvelle fonction par des échanges réguliers, notamment lors des entretiens professionnels annuels où sont fixés les objectifs, les moyens et l'accompagnement nécessaires pour les atteindre.

C) Accueillir les nouveaux bénévoles

Afin d'attirer et de fidéliser les bénévoles, il est pour moi essentiel de soigner leur accueil au sein de la résidence. Je pense qu'il est important de formaliser une procédure d'accueil permettant au bénévole de trouver ses marques et qu'il est opportun que l'animatrice puisse y travailler. Parmi les points qu'il m'apparaît incontournable de traiter dans cette procédure :

- La rencontre avec la direction pour la remise du projet d'établissement, document de référence porteur de l'éthique et de la vision de l'accompagnement ainsi que la remise et la signature de la charte du bénévolat
- La présentation du référent professionnel
- Le parrainage par un autre bénévole pour faciliter les premiers contacts au sein de la résidence et valoriser le bénévole parrain dans une fonction d'accompagnement

D) Former les bénévoles

Parmi les bénévoles de la résidence, aucun n'a bénéficié de formations. Je rejoins les propos de Victoria Sedeno, consultante en charge du secteur seniors au sein du cabinet AgyRem Conseil, pour qui « la formation des bénévoles facilite leur insertion dans l'établissement et s'inscrit dans un processus de reconnaissance de leur engagement en tant que partenaires ⁸⁴ ». Le plan de formation doit contenir des formations à destination des bénévoles telle la formation « intégration des bénévoles en EHPAD : devenir accompagnant bénévole » qui pourra être proposée par l'association de manière transversale aux différents bénévoles des EHPAD. Par ailleurs, des formations comme la bientraitance, l'accompagnement fin de vie à destination des professionnels seront ouvertes aux bénévoles, facilitant l'inter connaissance et les échanges entre professionnels et bénévoles.

⁸⁴ EHPAD Magazine. Donner une véritable place aux bénévoles. [visité le 03 septembre 2018]. Disponible sur internet : <https://ehpad-magazine.com/benevolat/>

Conclusion

La conception de l'accompagnement que j'entends développer ainsi que le plan d'action visent à donner aux valeurs historiques et humanistes de l'association Anne Boivent une nouvelle envergure en phase avec une conception de l'accompagnement moderne dans le mouvement de continuité des parcours de vie, de décroisement, de coopération et d'ouverture. Par étapes, dans les trois ans à venir, les différentes phases du plan d'action seront menées pour aboutir à ce que l'EHPAD se positionne comme un lieu ressource et un véritable facilitateur de la continuité des parcours des personnes du territoire. Cette démarche, que je pilote, doit embrasser tous les acteurs dans le même mouvement : professionnels, bénévoles, administrateur, résidents, familles : c'est l'implication collective qui sera le gage de la réussite de ce projet. Ce sont également les évaluations programmées et périodiques en vue des réajustements nécessaires qui feront vivre, consolideront le projet et surtout s'assureront de la plus value pour les personnes.

C'est une étape importante qui ouvre une nouvelle ère et, à mon sens, c'est un point de départ. En effet, la résidence Sainte Anne, à l'instar des autres EHPAD, devra réfléchir à ce que sera l'EHPAD de demain : un lieu ouvert qui met son expertise et ses compétences au service du territoire. Nous l'avons vu, l'EHPAD a un rôle important à occuper dans le libre choix du maintien à domicile, et, notamment à développer sur la question de la nuit. Les premières rencontres partenariales, avec le SSIAD et les SAAD, font état de difficultés pour assurer des interventions la nuit, sachant que un des facteurs d'entrée à l'EHPAD est l'angoisse et l'insécurité pendant la nuit. Un service SAAD prestataire est très onéreux pour les personnes et difficile à organiser en termes de personnels. Quelques tentatives de gardes itinérantes de nuit sur le territoire n'ont pas abouti. D'un autre côté, l'accueil de nuit de l'EHPAD Saint Joseph à Louvigné du Désert n'arrive pas à répondre à toutes les demandes, confortant un besoin d'accompagnement des personnes pour la nuit. C'est une réflexion qu'il faudra mener sur le territoire avec les partenaires sur les réponses collectives à apporter à cette demande. Je proposerai à la directrice de pôle et au DG que la résidence puisse faire des propositions à élaborer au regard d'un diagnostic telles le développement de places d'accueil de nuit ou d'EHPAD à domicile.

Bibliographie

Articles de périodiques

BACQUE M.-H., BIEWENER C., mars 2013, « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de la participation », *Idées économiques et sociales* [en ligne], n°173, pp. 25-32. [visité le 05 septembre 2018]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm>

BERRUT Gilles, « Une petite histoire de l'autonomie », *Les dossiers du gérontopôle Autonomie Longévité-Bleu N°2* [en ligne], Été 2013, p. 4. [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/files/publications/bleu-2.pdf>

ENNUYER B., avril 2007, « 1962-2007, regard sur les politiques du maintien à domicile », *Gérontologie et Société* [en ligne], vol. 30, n°123, pp 153-167, [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.html>

EHPAD Magazine. Donner une véritable place aux bénévoles. [visité le 03 septembre 2018]. Disponible sur internet : <https://ehpad-magazine.com/benevolat/>

FERRANS Carol E., POWERS Marjorie J., janvier 2007, « L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques », *Recherche en soins infirmiers* [en ligne], n°88, pp. 32-37. [Consulté le 25 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-32.html>

FOURDRIGNIER M., 2010, « De nouvelles formes de travail ensemble », *Revue Travail Emploi Formation* [en ligne], pp 7-29. [Consulté le 20 juillet 2018], disponible sur internet : https://aifris.eu/03upload/uplolo/cv1352_197.pdf

ISPENIAN I., avril 2005, « La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers », *Gérontologie et société* [en ligne], n°115, pp.49-62. [visité le 20 juillet 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-4-page-49.htm>

JAEGER M., 2010, « Introduction », *vie sociale* [en ligne], vol. 1, n°1, pp.9-12. [consulté le 25 juillet 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1.htm>

LAROQUE G., 2009, « Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire », *Gérontologie et société* [en ligne], vol. 32, n° 131, pp. 45-51. [visité le 1 juin 2018]. Disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-4-page-45.html>

LE CAPITAINE J.-Y., janvier 2013, « L'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds », *EMPAN* [en ligne], n°89. [Visité le 25 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-1-page-125.htm>

TACNET AUZZINO D., avril 2009, « La place du consentement de la personnes âgée lors de l'entrée en EHPAD », *Gérontologie et société* [en ligne], n°131, p. 99-121. [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-4-page-99.htm>

VASSART S., février 2006, « Habiter », *Pensée plurielle* [en ligne], n°12, pp. 9-19. [visité le 15 août 2018], disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2006-2-page-9.htm>

WILLEZ A, avril 2007, « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et société* [en ligne], vol. 30, n° 123, pp 169-184. [Visité le juin 2018], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page169.htm>

Ouvrages

BAUDURET J-F., 2017, *De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, 2^{ème} édition, Malakoff : Dunod, 248 p.

BOUTIFOULIER F., 2014, *Manuel de direction en action sociale et médico sociale*, Paris : Dunod, 490 p.

ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile*, Paris : Dunod, 379 p.

GHERGHEL A., 2013, « Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles » in GHERGHEL A., *La théorie du parcours de vie*, Laval : PUL, pp. 1-27

LOUBATJ.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A, 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociales*, Malakoff : Dunod, 372 p.

MEIER O, 2010, *Management interculturel, Stratégie-Organisation-Performance*, 4^{ème} édition, Paris : Dunod, 314 p.

TOUTUT J.-F., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, repères et recommandations*, Paris : Seli Arslan, 159 p.

Lois, décrets circulaires

MINISTÈRE DELEGUÉ A LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉ ET A LA FAMILLE. Plan solidarité grand âge. Publié le 27 juin 2006. [consulté le 20 août 2018], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/documentation/plansolidaritégrandage2008.pdf>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement. [Mise à jour le 31 mars 2017]. Disponible sur internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

DIRECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Démarche qualité-Evaluation Interne dans un Etablissement Social et Médico-Social et recours à un prestataire. Mars 2004. [Consulté le 20 août 2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf

Sites internet

ARS. Le PRS 2 (2018-2022). [Mis à jour le 29 juin 2018], disponible sur internet : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-construction-du-prs-2-2018-2022>

ASKORIA. Fiche métier BPJEP AS. [visité le 03 septembre 2018], disponible sur internet : <https://www.askoria.eu/index.php/bpjeps-animateur-social>

ASSOCIATION ANNE BOIVENT. L'association. [visité le 15 juin 2018], disponible sur internet : <http://www.anneboivent.com>

AUTONOME-EASE. 83% des personnes souhaitent vieillir à leur domicile. [Visité le 30 juillet 2018]. Disponible sur internet : <https://www.autonom-ease.com/sondage-83-des-francais-souhaitent-vieillir-a-domicile-309491-actualite.xhtml>

CNSA. Les tarifs des Etablissements Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en 2017. [Mise à jour le 29 mai 2018]. Disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-tarifs-des-etablissement-dhebergement-pour-personne-agees-dependantes-ehpad-en-2017>

DREES. Etudes et résultats. [Daté de juillet 2017], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

FRANCE ALZHEIMER. Les symptômes de la maladie. [consulté le 18 août 2018], disponible sur internet : <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/symptomes-de-maladie-dalzheimer/>

FRANCE INTER. Suzanne et les maltraitances d'un EHPAD. [Emission du 08 décembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.franceinter.fr/Émissions/Suzanne-et-les-maltraitances-d'un-EHPAD>

GRAF Bretagne. Pays de Fougères. [visité le 15 juin 2018], disponible sur internet : <https://www.graf-bretagne.com>

INSEE. Projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2060. [visité le 15 juin 2018], disponible sur internet : <https://insee.fr/fr/statistique/1281151>.

INSEE. Canton de Fougères 2. [Date de référence : 01/01/2018], disponible sur internet : <https://www.insee.fr>

INSERM. Effets sur la le bien-être et la qualité de vie. [visité le 04 août 2018], disponible sur internet : <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=15>

JANVIER Roland. Faire ensemble pour prendre soin. [Mis à jour 28 avril 2017], disponible sur internet : <http://www.rolandjanvier.org/droit-usagers/807-faire-ensemble-prendre-soin-28-04-2017/>

JANVIER R. Les parcours : une opportunité pour repolitiser l'action sociale. [Mis à jour le 11 août 2015], disponible sur internet : <https://www.rolandjanvier.org/droit-usagers/727-les-parcours-une-opportunit%C3%A9-pour-repolitiser-laction-sociale-2-11-08-2015/?highlight=parcours>

LA TOUPIE. Autarcie. [visité le 20 juillet 2018], disponible sur internet : <https://www.latoupie/dictionnaire/autarcie.htm>

LEGIFRANCE. Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951. [visité le 03/09/18]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635234>

MIAS Lucien. Emergence de l'approche gérontologique. [rédigé en 1997]. Disponible sur internet : <http://papidoc.chic-cm.fr/01quoigeriageron.html>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. [Mise à jour le 15 mars 2018], disponible sur internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. La maladie d'Alzheimer. [mis à jour le 09 juillet 2018], disponible sur internet : <https://solidarites-sante-gouv.fr/soins-et-maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-dalzheimer>

RICARD M-A. Regard sur la sollicitude chez Paul Ricoeur. [Mise à jour le 15 mai 2017], disponible sur internet : <http://ruor.uottawa.ca/lasollicitudechezpaulricoeur>

RH ORGANISATION, Elaborer et rédiger un projet associatif, [Consulté le 29 août 2018], disponible sur internet : <http://www.rh-organisation.fr/elaborer-et-rediger-un-projet-associatif.i17.html>

SERVICE-PUBLIC.FR. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Vérifié le 11 avril 2018], disponible sur internet : <http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F229>

Sciences RH. Les problématiques des RH sous l'angle de la recherche scientifique du management », [Mis à jour le 11 avril 2011], disponible sur internet : <http://sciences-rh.delemotte.com/2011/04/culture-dentreprise-le-modele-dedgar.html>

Etudes

INSEE. Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire. [paru le 05 juillet 2017]. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2889932?sommaire=2889938>

KPMG. Observatoire des EHPAD. [Daté d'avril 2014]. Disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/.../Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

Bloch M.-A., HENAUT L., SARDAS J.-C., GAND S., Février 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », étude, Fondation Paul Bennotot

Recommandations ANESM

HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 1, De l'accueil de la personne à son accompagnement

HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 2, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne

HAS. Qualité de vie en EHPAD Volet 3, La vie sociale des résidents en EHPAD

HAS. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement

HAS Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

Colloque

EYNARD C., CERSE F., « Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans les parcours résidentiels », *in colloque Vieillir chez soi ou entre soi ? Les habitats intermédiaires en question*, Tours, 22-24 mai 2013

Liste des annexes

- Annexe 1 Présentation de l'association Anne Boivent
- Annexe 2 Le CPOM de l'association Anne Boivent
- Annexe 3 Qu'est-ce que la grille AGGIR ?
- Annexe 4 Organigramme de la résidence Sainte Anne
- Annexe 5 Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'Assistant de Soins en Gériatrie

Annexe 1 Présentation de l'association Anne Boivent

Les établissements de l'association Anne Boivent

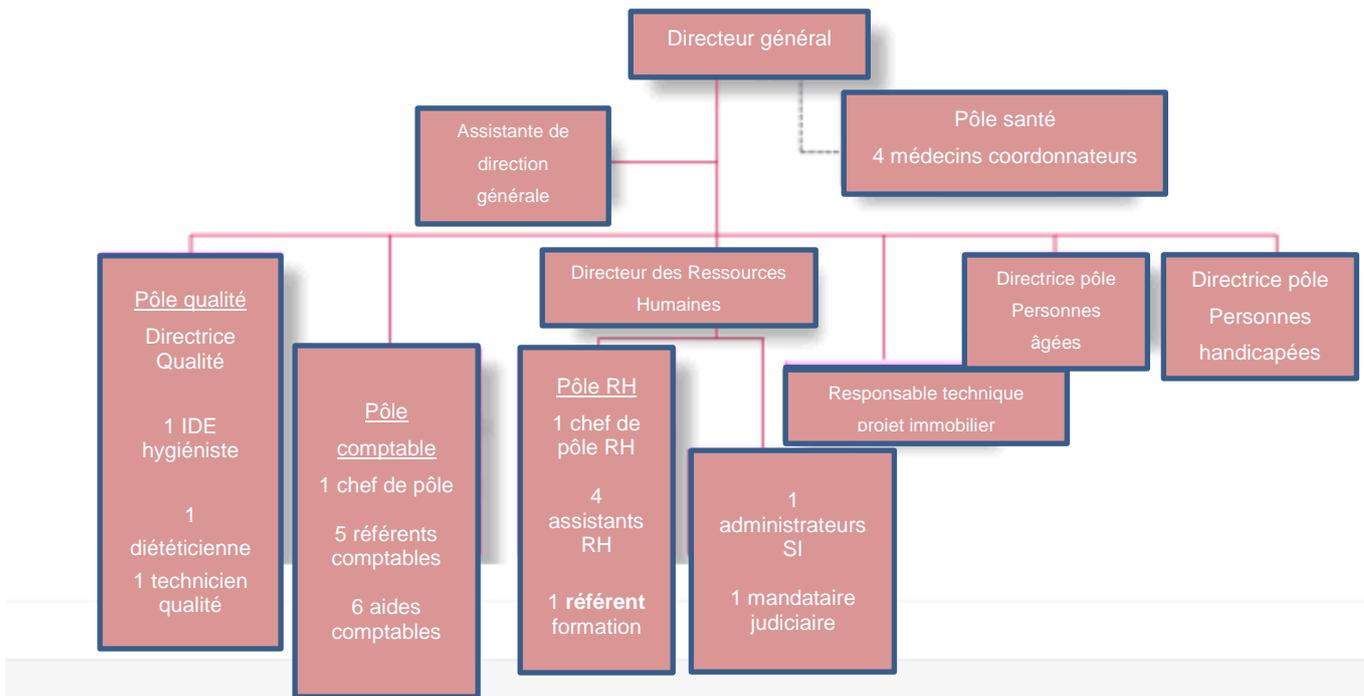
Etablissements	Types d'accueil	Création	HP*	HT	AJ	AN	Places
Saint Joseph Louvigné du Désert (35)	EHPAD	1861	90	5	6	8	
Résidence Sainte Anne Laignelet (35)	EHPAD	05/09/2011	68		4		
Les sœurs de Rillé Pontmain (53)	EHPAD	1898	83				
La Guilmarais Vitré (35)	EHPAD	1878	112		6		
Les Alleux La Mézière (35)	EHPAD	1883	106	2			
La Chesnardière Fougères(35)	EHPAD	1955	60	10			
Paron Fougères 35	EHPAD	03/12/2014	118				
Paron Fougères 35	EEAP	05/09/2016	7	3	6		
Paron Fougères 35	IME	05/09/2016	11				
Chaudeboeuf St Sauveur des Landes (35)	EHPAD	1863	100	2			
Chaudeboeuf St Sauveur des Landes (35)	Foyer de vie	1863	51				
Chaudeboeuf St Sauveur des Landes (35)	Foyer d'Accueil Médicalisé	1863	32				
SSIAD Louvigné du Désert (35)	SSIAD						30
La Chesnardière Fougères (35)	Foyer de vie	2010	27	3			
Gai Fleury Saint Georges de reintembault (35)	MAS		70				

*HP : hébergement permanent, HT : Hébergement Temporaire, AJ : Accueil de jour, AN : Accueil de nuit

La localisation des établissements



L'organigramme de l'association Anne Boivent



Les chiffres clés

Budget 2018 : 42 000 000 €

Effectif au 31 décembre 2017 : 719 personnes soit 675 ETP

Organisation et responsabilité

NIVEAU STRATÉGIQUE

Assemblée Générale

Approuve le projet associatif

Conseil d'Administration

Définit la politique stratégique

Adopte le projet associatif

Valide les projets d'établissement et de service

Comité Exécutif (COMEX)

Source de proposition à la stratégie associative

S'assure de la mise en œuvre au travers du comité de pilotage associatif

Comité de Direction (CODIR)

Organe de réflexion et de proposition

NIVEAU OPÉRATIONNEL

Comité de Pôle (COPOL)

Organe de mise en œuvre des projets

Commission Bientraitance associative

Groupes de Travail en établissement

Comite de Retour d'expérience (CREX)

Analyse les événements indésirables et planifie les actions correctives

Prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)

Référents Qualité

Relais avec pôle qualité et établissement

Groupes de Travail en accompagnement externe

Analyse des Pratiques Professionnelles (APP)

Animation par un psychologue extérieur de séances de partage et d'écoute

Comité de liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Comité du médicament

Annexe 2 Le CPOM de l'association Anne Boivent (Document synthétique élaboré par le siège à vocation de communication)



La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) a instauré l'obligation pour les établissements médico-sociaux de signer un **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens** (CPOM). Ce nouveau mode de gestion et de financement, qui existait dans le champ du handicap, se substitue pour les EHPAD aux conventions tripartites pluriannuelles.

Après le lancement de la démarche en 2017 (organisation et communication), la première phase a consisté à produire l'autodiagnostic de nos activités et pratiques. La seconde phase, la plus longue, a permis d'élaborer des fiches actions partagées pour les 5 ans sur les niveaux d'activité, l'évolution de l'organisation, les axes d'amélioration en matière de qualité et d'insertion sur le territoire (partenariat, mutualisation, coopérations).

NOTRE CPOM, C'EST...

3 signataires :

- L'Agence Régionale de Santé de Bretagne
- Le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine
- L'association Anne Boivent

14 établissements et services. Seul l'

EHPAD de Pontmain n'est pas intégré au CPOM du fait de sa localisation en Mayenne.

23 fiches objectifs

Tous secteurs confondus

63 actions à mettre en œuvre sur les 5 ans



Mais aussi **1 an de travaux**, du diagnostic à la négociation et une signature le 12 avril 2018.

Le CPOM doit être un contrat de progrès gagnant-gagnant, simple et moderne et permettant :

- De structurer l'offre sur un territoire dans une logique de parcours et de partenariat,
- D'accorder une plus grande autonomie au gestionnaire,
- D'être un support de dialogue et aussi une source de simplification (document unique de contractualisation pluriannuel),
- De constituer un véritable levier de performance (outil d'amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm et aux principes de la charte des droits et libertés de la personne accueillie).

NOTRE FEUILLE DE ROUTE

Les actions à mener en 2018

Ecrire un nouveau projet associatif et former les administrateurs

Acquérir un logiciel de soins plus performant afin de sécuriser, fluidifier le parcours de soins des résidents et permettre une meilleure mise en œuvre de parcours personnalisés

Améliorer la qualité de la prestation de soins en favorisant la collaboration (soins techniques, palliatifs, somatiques et psychiatriques)

Actualiser les projets d'établissement en y intégrant les accompagnements spécifiques (Personnes Handicapées Vieillissantes, troubles psychiques) et en s'appuyant sur la loi du 18 décembre 2015 (TSA)

S'impliquer dans la démarche RAPT dans une logique de continuité de parcours, en prêtant une attention particulière aux situations complexes, aux Personnes Handicapées Vieillissantes et aux amendements Creton (PCPE)

Optimiser les frais de transport en recherchant la meilleure offre et en favorisant la mutualisation avec d'autres structures

Favoriser l'implication des professionnels dans la gestion des risques et mettre en œuvre des actions au regard de la cartographie des risques associatifs

Mettre en place des outils de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et sensibiliser l'ensemble des intervenants à la culture positive de l'erreur

Améliorer la gestion des ressources humaines en consolidant la politiques GPEC, en mettant en œuvre une démarche QVT et en mettant en place une gestion des remplacement innovante

Poursuivre le développement, fiabiliser le système d'information et développer la télémédecine

Faciliter l'accessibilité des établissements (PMR) selon l'ad'AP et mutualiser les prestations de maintenance

S'engager dans une démarche de développement durable pour la gestion des déchets alimentaires et la recherche d'énergies alternatives aux énergies fossiles

Les actions à mener à partir de 2019

Développer des partenariats avec les établissements sanitaires et médico-sociaux de proximité, ainsi qu'avec le secteur du domicile (résidence autonomie, ADMR...)

Mener une réflexion sur l'avenir du SSIAD, en lien avec l'évolution vers des SPASAD

Formaliser un projet d'animation pour chaque établissement

Mettre en œuvre des actions de prévention au bénéfice des usagers en utilisant l'innovation (escarres, chutes, risques suicidaires, santé bucco-dentaire, dénutrition/déshydratation ...)

Développer les liens entre les secteurs PA et PH, en favorisant le partage des savoirs et des compétences

Développer des pratiques permettant d'accompagner le passage de l'enfance à l'âge adulte

Structurer l'hébergement temporaire du pôle PH

S'engager dans une démarche de responsabilité sociale et environnementale

Restructurer l'établissement de Chaudeboeuf (sous réserve d'accord des autorités)

Sensibiliser l'ensemble des salariés au développement durable

Les actions à mener à partir de 2020

Intensifier les relations avec les bénévoles et les associer aux différentes étapes de la vie des résidents

Sécuriser la prise en charge de nuit en augmentant les ratios soignants, en adoptant le profil des professionnels de nuit aux besoins et en formant les équipes de nuit (soins, urgence)

Développer et pérenniser des outils pour mieux accompagner les situations complexes de handicap et l'accompagnement des comportements problématiques

Des actions à mener sur toute la durée du CPOM (2018-2022)

Participer aux dispositifs de coordination et de coopération territoriaux (MAIA, CLIC)

Réfléchir sur les besoins des personnes et répondre aux différents appels à projet du territoire pour adapter l'offre

Former les professionnels aux accompagnements spécifiques (Personnes Handicapées Vieillissantes, maladies neurodégénératives, troubles psychiques)

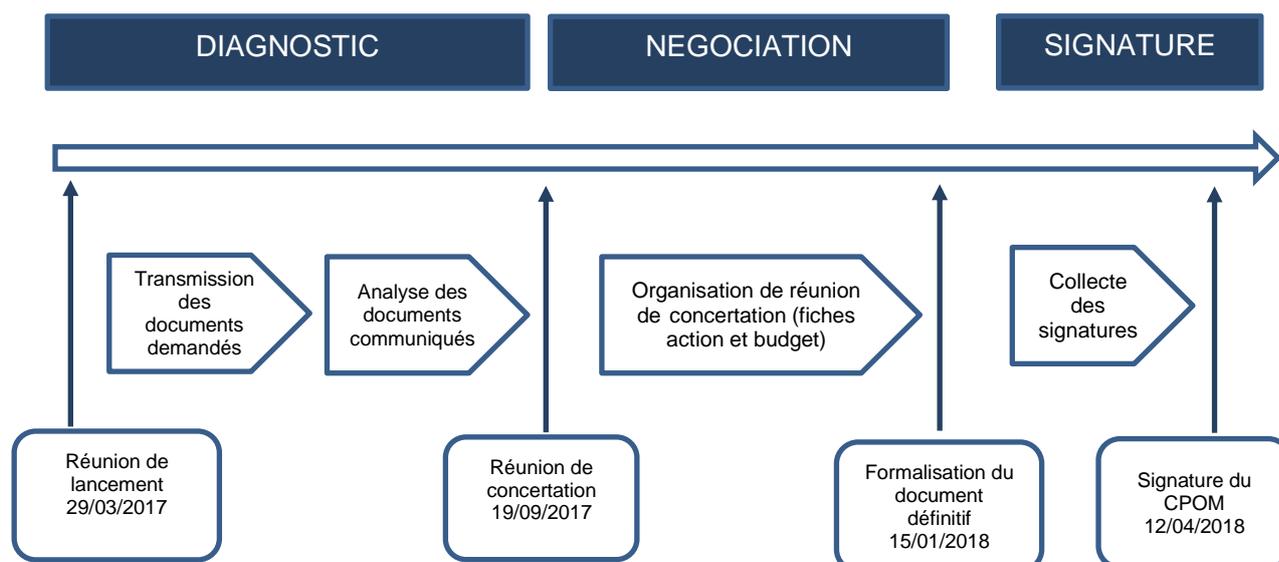
Développer des partenariats en faveur de la continuité de parcours, notamment pour les amendements Creton et les personnes avec TSA

Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap et l'accompagnement des familles dans les situations complexes

Promouvoir une culture qualité au sein de nos établissements et promouvoir la connaissance des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Piloter le suivi du CPOM en recueillant les indicateurs nécessaires et en assurant le lien avec les autorités administratives

LE PROCESSUS DE NOTRE CPOM



Pour rendre compte de la réalisation de nos objectifs, des indicateurs ont été mis en place. Chaque année, ils sont communiqués aux autorités administratives. Ils serviront notamment à alimenter le dialogue de gestion qui aura lieu à mi-parcours (au cours de la troisième année 2021). Ce rendez-vous sera l'occasion d'examiner la trajectoire de réalisation des objectifs fixés et de déterminer des mesures correctives le cas échéant.

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est une réussite » Henry Ford

Le mot du Directeur Général

« Pluriannualité, découplage, mutualisation, objectifs stratégiques, parcours de vie, qualité, projet social et indicateurs de suivi, constituent les maîtres mots de cette nouvelle contractualisation.

La réussite de notre travail collectif, notre dynamique associative et notre volonté toujours réaffirmée d'inscrire le résident ou l'utilisateur au centre de nos préoccupations devront nous permettre d'atteindre les objectifs.

Je tiens à remercier les administrateurs et les professionnels de l'association pour leur investissement dans la construction de ce contrat, ainsi que les représentants de l'ARS Bretagne et du Conseil Départemental d'Ille et Vilaine pour avoir accompagnés ce projet ».

Annexe 3 Qu'est ce que la grille AGGIR ?



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Service-Public.fr
Le site de l'administration française

Qu'est-ce que la grille Aggir ?

Vérfié le 11 avril 2018 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La grille nationale Aggir permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'Apa et, s'il y a effectivement droit, le niveau d'aides dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

De quoi s'agit-il ?

La grille Aggir est utilisée dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir :

- 10 activités corporelles et mentales, dites *activités discriminantes*,
- et 7 activités domestiques et sociales, dites *activités illustratives*.

Seules les 10 activités *discriminantes* sont utilisées pour déterminer le groupe "iso-ressources" (Gir) dont relève la personne âgée.

Les 7 activités *illustratives* sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

La grille Aggir est intégrée à un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

Activités évaluées

Activités corporelles et mentales (dites "discriminantes")

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie

- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

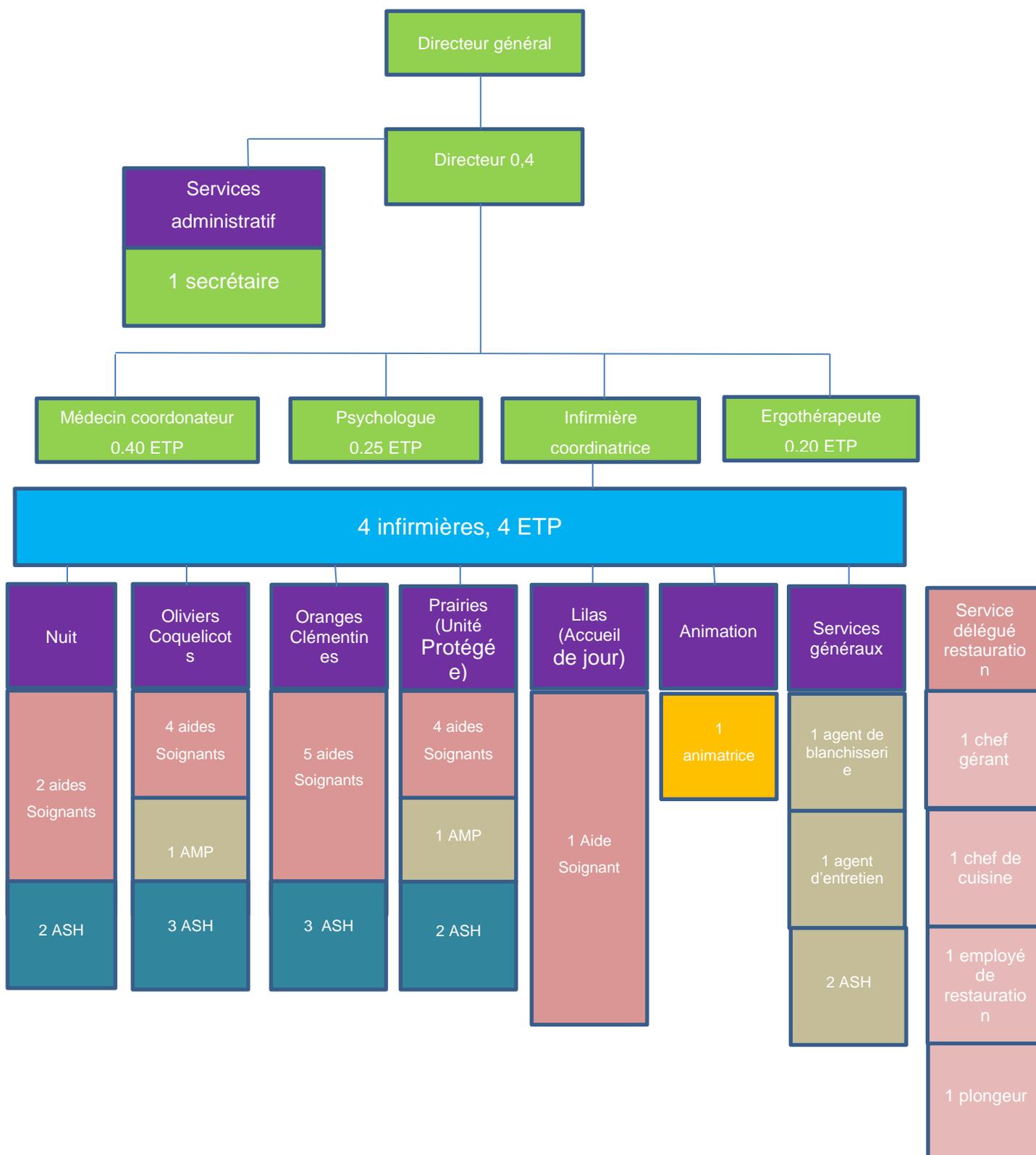
Activités domestiques et sociales (dites "illustratives")

- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel
- Acheter volontairement des biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

Caractéristique de demandeur en fonction du GIR auquel il est rattaché

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ou personne en fin de vie
Gir 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	-Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Annexe 4 : Organigramme de la résidence Sainte Anne



Annexe 5 : Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'Assistant de Soins en Gériatrie

Annexe III : Référentiel

Cette formation est destinée aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaire de vie sociale en situation d'emploi auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La recherche du sens dans les troubles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'appui sur les compétences et les capacités résiduelles, ainsi qu'une communication adaptée doivent être priorisés dans cette formation.

Celle-ci doit permettre aux professionnels d'acquérir les compétences mentionnées dans le référentiel de la fonction d'assistant de soins en gériatrie afin d'offrir aux professionnels des outils contribuant à un accompagnement optimal des personnes malades et de leurs aidants.

Sa durée est de 140 heures et elle s'appuie autant que possible sur l'analyse des pratiques en valorisant l'expérience professionnelle dispensée dans les différents lieux d'exercice. Les volumes horaires indiqués, pour les domaines de formation 1 et 5, peuvent donner lieu à des ajustements (dans la limite de 7 heures) par les établissements de formation en fonction de l'adaptation de leur projet pédagogique aux besoins de formation repérés.

DF1 : Concurrir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne (35 heures)

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Définition

Données épidémiologiques et socio-économiques

Implication socio-économiques

Analyse et reconnaissance des troubles cognitifs

Le diagnostic

La maladie et son évolution : les différents stades de la maladie

Présentation

Classification

Prévalence, Incidence, indicateurs de santé

Notion de démence

Les différentes démences

Troubles du comportement

Dépendance, autonomie

Les troubles cognitifs inhérents aux différentes maladies :

- *Troubles de la mémoire (amnésie)*
- *Troubles de l'attention*
- *Désorientation dans le temps et dans l'espace (ex fugues)*
- *Troubles du raisonnement, du jugement*
- *Troubles de l'organisation, planification, anticipation, apathie (exécutifs)*
- *Troubles du langage (aphrasie)*
- *Troubles des gestes (apraxie)*
- *Troubles de la reconnaissance (agnosie)*
- *Troubles de la non reconnaissance de la maladie (anosognosie)*

Les droits de la personne

Les grands principes

Droits et protection de personnes

Les principes d'humanité, de respect et de dignité

Principe d'autonomie

La citoyenneté

Les textes législatifs et réglementaires, notamment :

Les respects des lois à travers la loi du 2 janvier 2002

Réglementation sur les majeurs protégés...

Notion de la personne de confiance

Réflexion sur l'éthique de l'accompagnement

Les devoirs du professionnel

Discrétion professionnelle

Secret professionnel

Secret partagé

Signalement et suspicion de maltraitance

Le projet individualisé

Apporte des méthodes et techniques d'élaboration et de mise en œuvre du projet individualisé (démarche, protocole ou projet de soins) pour une personne qui ne peut plus s'exprimer de manière cohérente.

Recueil des éléments relatifs au vécu de la personne : habitudes de vie, croyances, coutumes, facteurs anxiogènes pour la personne, valeurs de vie (ordre, travail...)

Observation d'une situation professionnelle (à domicile, en institution), collecte et sélection des informations

Analyse des informations recueillies

Prise en compte des compétences de la personne, de son degré d'autonomie, de ses capacités repérées, présentation des échelles de la vie quotidienne (IADL et ADL)

Participation à l'élaboration du projet individualisé en liaison avec l'encadrement et la personne et définition des priorités d'action en fonction des besoins

Planification, organisation et adaptation de l'intervention en lien avec l'encadrement et/ou le réseau d'intervenants et la personne

Participation à l'évaluation du projet individualisé

Le compte rendu de l'intervention

L'importance fondamentale du travail avec la famille/L'aidant

Rôle de la famille / de l'aidant

La particularité de la relation entre l'aidant principal et le malade

Communication adaptée

- Que dire ?
- Comment ?

Aide aux aidants et solutions de répit

Connaissance des réseaux et des différentes structures et services d'accueil

Le maintien à domicile et l'entrée en institution

Différentes formes de maintien à domicile

Leur spécificité

Leurs limites

Question de l'entrée en institution : causes et conséquences

Le travail en équipe pluri-professionnelles

Le travail avec l'infirmière, le psychomotricien, l'ergothérapeute, le psychologue...

Coordination du travail en équipe pluridisciplinaire

Les rôles et limites de compétences

L'apport spécifique de chacun des professionnels

Les transmissions, la continuité des soins

Les réunions d'équipe, de coordination

DF2 : Aider et soutenir les personnes dans le cadre de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie (21 heures)

La relation d'aide :

L'instauration d'une relation visant au maintien de l'autonomie et du lien social

Notion d'isolement social

La nature de la relation de confiance

L'empathie (définition, principes et obstacles)

Particularités de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

Le partage d'informations

Limites de responsabilité (finances)

La connaissance de soi et l'autoprotection

La prévention de l'usure et le recours à l'aide

Problème de sécurité, prévention et gestion des risques et des chutes

L'accompagnement lors des différents moments de la journée, supports à la relation

En veillant à l'orientation dans le temps et dans l'espace et à la prise en compte de la vie affective :

Le lever, le coucher, la nuit, le rythme jour/nuit et compréhension des changements de rythmes

Les réactions humaines physiques et psychologiques pour le patient et la famille, les émotions

La toilette et l'habillement chez une personne désorientée

Les soins d'hygiène, de confort, l'incontinence, l'élimination...

Les techniques du bien être

L'entretien du cadre de vie, le respect des rythmes et des habitudes de vie

La sieste, le repos

Les aides techniques adaptées (lunettes, prothèses auditives...)

L'alimentation et l'état nutritionnel

Introduction : la perte de poids (cause, impact de la maladie, conséquence...)

Intérêt de la surveillance de l'état nutritionnel

Évaluation de l'état nutritionnel et dépistage de la dénutrition

Le repas : élaboration de menus adaptés, alimentation et respect des cultures et des rites

- L'aspect thérapeutique
- L'aspect convivial
- Le sens du repas, installation, gestes et postures adaptés
- Organisation du repas (domicile, institution)
- Troubles de la déglutition
- Refus alimentaire

L'accompagnement lors des activités complexes

Déplacements, transports, démarches administratives courantes

Activités de loisirs

Usage du téléphone

Les tâches domestiques et les tâches ménagères

L'environnement, sécurité et prévention des accidents domestiques

Les crises, fugues et déambulation

DF3 : Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues (28 heures)

Vie collective

Dynamique de groupe

Gestion des relations

Gestion des conflits

La famille

- L'évolution sociologique de la famille
- Les situations de handicap et la famille
- Vieillesse et famille (dont les liens intergénérationnels, conflits familiaux)
- Les relations des professionnels avec les familles : enjeux personnels et partenariat

Les représentations psychosociales du handicap, du vieillissement et de la démence

Socialisation et inscription dans la vie citoyenne

Les différentes dimensions de l'accessibilité

Techniques éducatives et projet d'activité

L'importance d'une communication adaptée

Causes

Difficultés

Les différents modes de communication

La communication adaptée

Définition et objectifs des principales activités

Activités cognitives

Activités motrices

Activités sociales

Activités sensorielles

Organisation générale des activités

Notion d'apprentissage et de pédagogie (outils et stratégie)

Travail de réflexion sur l'impact de la désorientation dans la vie quotidienne

Approche des objectifs d'une action d'animation (ex :favoriser la dignité, la recherche de responsabilité, la sensation d'utilité, favoriser le lien social...)

Donner du sens aux actions menées

Protocole et personnalisation des activités

Méthode (ex : appropriation de la méthodologie de construction de micro-projet)

Techniques d'animation et projet d'animation

Evaluation

DF4 : Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé (28 heures)

Analyse et compréhension des manifestations de la maladie

Notions essentielles en :

Anatomie et physiologie du corps humain : les organes des sens, les systèmes neuromusculaires, osseux, cardio-circulatoire, respiratoire, uro-génital, digestif, endocrinien

Anatomie et physiologie de la peau et des muqueuses

Situations pathologiques et conséquences sur l'état clinique de la personne : la maladie aiguë, la maladie chronique, les situations d'urgence, les situations de fin de vie, la douleur et son expression, la souffrance, le deuil

Notion de maladie

Lien entre santé et maladie

Maladie somatique et maladie psychique

Les processus pathologiques

Démarche d'observation d'une situation : signes cliniques, changement de l'état clinique, alerte et urgence :

Signes d'alerte

Surveillance des signes cliniques : couleur de la peau et des téguments, vomissements, selles, urines

Observation de la douleur et du comportement (échelles d'hétéro – évaluation)

Evaluation

Techniques et outils d'évaluation (NPI, MMSE...)

Causes d'un changement brutal de comportement

Niveau d'autonomie

Les signes psychologiques et comportementaux : Repérage, compréhension, éléments favorisant et conduites à tenir

Signes dépressifs / anxiété / apathie

Impulsivité / irritabilité

Agitation / agressivité (par ex, opposition aux soins)

Idées délirantes / hallucinations / troubles de l'identification

Déshinhibition / exaltation

Troubles moteurs / déambulation / errance (par ex : risque de chute)

Troubles du sommeil / de l'appétit / sexualité

Fonctions cognitivo-comportementales

DF5 : Réaliser les soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées

Situation de soins

Intrication des pathologies

Nature et particularités de leur prise en charge dans le cas d'association avec la maladie d'Alzheimer

Poly médication

Notions élémentaires sur les principales pathologies gériatriques associées

Classes et formes des médicaments non injectables

Modes d'administration des médicaments et conséquences de la prise sur l'organisme

Rôle de l'assistant de soins en gériatrie dans l'administration des médicaments

Notions de pharmacologie :

Classes et formes des médicaments non injectables

Modes d'administration des médicaments et conséquences de la prise sur l'organisme

Rôle de l'assistant de soins en gériatrie dans l'administration des médicaments

Démarche de soins

Protocole de soins

Règles d'hygiène et de sécurité dans les soins

Règle de prise en charge d'une personne inconsciente

Lavage antiseptique des mains

Hygiène de l'environnement

Techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer

- Soins appropriés en cas de troubles du comportement : les thérapeutiques non médicamenteuses et notamment les techniques cognitivo-comportementales
De l'usage des psychotropes et moyens de contention
- Soins d'hygiène
- Soins de confort
- Elimination

Dimensions éthiques

Notion de maltraitance et de bientraitance

Consentement de la personne et refus d'aide et de soins, opposition

Acharnement thérapeutique et abandon thérapeutique

Douleurs et soins palliatifs

Problèmes de fin de vie

PAPAIL

Marie Cécile

Novembre 2018

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

**POSITIONNER L'EHPAD COMME FACILITATEUR DE LA CONTINUITÉ DU
PARCOURS DE VIE DES PERSONNES AGEES EN OUVRANT
L'ÉTABLISSEMENT SUR SON TERRITOIRE**

Résumé :

En Avril 2017, lors des assises des EHPAD, la directrice générale de la CNSA, Geneviève Gueydan résume ainsi ce que seront les EHPAD de demain : « Les EHPAD devront -et c'est déjà le cas aujourd'hui- se positionner dans une organisation territoriale, un continuum d'accompagnement, de soins, sur un territoire avec des coopérations à développer ».

Ces orientations sont dans la droite ligne de toutes les dernières lois qu'elles soient catégorielles ou transversales et qui s'accordent à promouvoir la fluidité des parcours par notamment le décloisonnement des accompagnements.

Assurer le respect des droits des citoyens est une volonté affirmée à l'EHPAD. Un héritage culturel prégnant tend à contrarier cette intention et maintenir l'établissement dans une vision asilaire et hospitalière de l'accompagnement.

L'enjeu est d'amorcer le tournant vers une culture de la gérontologie et de l'ouverture territoriale.

Mots clés : EHPAD, CULTURE, AUTONOMIE, DOMICILE, QUALITÉ DE VIE, GÉRONTOLOGIE, EMPOWERMENT, GPEC, VALEURS, COORDINATION, PARTENARIAT, FAMILLE, BÉNÉVOLE

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.