



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

**ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
ET LE PERSONNEL VERS UN NOUVEAU CADRE DE VIE ET DE
TRAVAIL :**

**L'EXEMPLE DE LA RESTRUCTURATION ARCHITECTURALE DE LA MAISON
DE RETRAITE DU CENTRE HOSPITALIER DE VITRÉ**

Aurélie PESSEL

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement Monsieur Alain Groheux, Directeur du Centre Hospitalier de Vitré, pour m'avoir accueillie pendant neuf mois, dans l'objectif de réalisation de mon stage long. Il m'a été très intéressant d'observer et de participer aux différents domaines d'activité touchant le secteur personnes âgées au sein d'une telle structure, notamment les maisons de retraite Ernée et Fougères. Je le remercie pour sa disponibilité malgré une actualité sanitaire bien remplie, les conseils qu'il a pu m'apporter sur les différents aspects de la fonction de direction et l'autonomie qu'il m'a permis d'acquérir.

Je remercie également Madame Sylvie Le Quéau, Directrice des Services Economiques et Financiers et Mademoiselle Muriel Lemaître, Directrice des Ressources Humaines, pour leur disponibilité dans leur domaine d'activité respectif et leur sympathie.

Je remercie particulièrement Madame Marie Seven, Directrice des Soins, pour m'avoir accueillie tant de fois dans son bureau afin d'échanger sur les personnes âgées et le personnel soignant et pour m'avoir conseillée dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe administrative pour m'avoir permis de recueillir tant d'informations durant ce stage, ainsi que le personnel et les résidents des maisons de retraite pour m'avoir inspiré le sujet de ce mémoire.

Je tiens à remercier enfin Madame Masson, responsable de la formation CAFDES à l'Ecole Nationale de la santé Publique, pour l'aide méthodologique qu'elle m'a apportée en qualité de tutrice de mon mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA NECESSITE ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DE S'ADAPTER A L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE : L'EXEMPLE DES MAISONS DE RETRAITE RATTACHEES AU CENTRE HOSPITALIER DE VITRE.....	5
1.1 La place occupée par les personnes âgées actuellement en France : l'opération systématique d'un lien entre vieillesse et dépendance ?.....	5
1.1.1 Les notions actuelles de vieillesse et de dépendance : association trop rapide ou réalité ?.....	5
A) Définitions des termes.....	6
B) Données démographiques à l'appui : l'accroissement attendu du nombre de personnes âgées...dépendantes.....	9
C) La place de la personne âgée dans la société actuelle ou les représentations sociales de la vieillesse.....	12
1.1.2 La diversification des exigences et besoins des résidents et de leurs familles en institution ou la nécessaire adaptation de l'offre de soins.....	14
A) Une exigence plus grande des familles en termes de qualité et de confort.....	14
B) Des besoins différents et élargis depuis quelques années : la nécessaire diversification et adaptation de l'offre faite aux personnes âgées et à leurs familles .	15
C) La conséquence de la politique de maintien à domicile : des personnes qui arrivent en établissement plus âgées et plus dépendantes.....	17
1.1.3 La nécessaire conformité des institutions aux normes légales et réglementaires de qualité et de sécurité.....	19
A) La réforme de la tarification et la signature de convention tripartite : pour un même objectif de qualité.....	20
B) La nécessaire mise aux normes de sécurité des établissements accueillant des personnes âgées.....	22

C)	Les préconisations architecturales actuelles pour une prise en charge adaptée et de qualité de personnes âgées dépendantes en institution.	23
1.2	L'exemple des deux maisons de retraite du Centre Hospitalier de Vitré : une restructuration architecturale indispensable à l'adaptation de la prise en charge des résidents à leur dépendance et leurs besoins.	25
1.2.1	Les données institutionnelles.....	25
A)	Le contexte historique : rappel incontournable avant d'envisager toute modification institutionnelle importante.....	26
B)	La présentation des locaux.....	27
C)	L'offre locale.....	30
1.2.2	Les données humaines.....	32
A)	Etude socio-démographique des résidents réalisée au 31/12/03.	33
B)	Données relatives au personnel des maisons de retraite au 31/12/03 :.....	36
1.2.3	La prise de décision incontournable : le choix d'une restructuration / construction.....	40
A)	L'obstacle fondamental : des locaux anciens inadaptés ou une inadéquation entre les moyens et les besoins des personnes accueillies.	40
B)	Le choix d'une restructuration / construction.....	42
2	PREPARER LES RESIDENTS ET LE PERSONNEL A UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE PERMISE PAR LA RESTRUCTURATION ARCHITECTURALE.....	44
2.1	La préparation des résidents au changement engendré par la restructuration : un nouveau cadre de vie à présenter.....	44
2.1.1	La finalité principale du projet architectural : permettre une individualisation de la prise en charge des personnes âgées accueillies.....	44
A)	La rédaction du projet de vie par les équipes des deux maisons de retraite : une aide à l'élaboration du projet architectural.....	45
B)	Le projet architectural ou comment mettre la restructuration architecturale au service du maintien de l'autonomie du résident.	46

2.1.2	La préparation financière de l'opération ou l'influence des travaux sur le prix journalier à la charge du résident.	53
2.1.3	Une préparation psychologique des résidents fortement souhaitable pour la réussite complète du projet.	58
A)	Un travail d'anticipation psychologique des résidents présents avant tout.	58
B)	Redonner une place fondamentale à l'accueil.	61
2.2	La préparation du personnel à la restructuration architecturale : une nouvelle organisation du travail à impulser.	65
2.2.1	Anticiper la qualification et la formation du personnel	65
A)	Prévoir les moyens d'anticiper la formation des agents	65
B)	Les formations d'adaptation à envisager pour le personnel des maisons de retraite.	69
2.2.2	Revoir l'organisation et la coordination des soins	72
A)	Répartition et organisation futures des équipes au sein de la maison de retraite.	72
B)	La mise en place d'un nouveau dossier de soins unique au Centre Hospitalier de Vitré	74
C)	Anticiper l'arrivée du médecin coordonnateur	76
2.2.3	Favoriser la communication, l'écoute et la valorisation du travail du personnel. ...	77
	CONCLUSION	81
	BIBLIOGRAPHIE.....	83
	Liste des Annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
- ANFH** : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
- AMP** : Aide Médico-Psychologique
- APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- AS** : Aide-Soignant(e)
- ASH** : Agent de Service Hospitalier
- CANTOU** : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
- CCNE** : Comité Consultatif National d'Ethique
- CFP** : Congé de Formation Professionnelle
- CH** : Centre Hospitalier
- CLF** : Commission Locale de Formation
- CLIC** : Commission Locale d'Information et de Coordination
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- FMES** : Fonds de Modernisation des Etablissements de santé
- GIR** : Groupe Iso Ressources
- GMP** : Gir Moyen Pondéré
- IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- INSEE** : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
- MRE** : Maison de retraite Ernée
- MRF** : Maison de retraite Fougères
- ONDAM** : Objectif National d'Evolution des Dépenses d'assurance Maladie
- SEPIA** : Secteur Expérimental pour une Programmation Innovante de l'habitat des personnes Agées
- SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Comme l'indique Gérard BRAMI dans son ouvrage intitulé « La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées » : « Jamais question n'aura été autant d'actualité que celle d'appréhender l'évolution des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ». De récents débats¹ montrent en effet qu'un certain nombre d'établissements en France, hébergeant un public âgé, ne sont pas adaptés à la prise en charge que nécessitent actuellement les personnes âgées, alors même que les évolutions démographiques laissent à penser que celles-ci vont être plus nombreuses et plus dépendantes dans les années à venir.

Elles vont être plus nombreuses puisque l'espérance de vie augmente chaque année. Elles vont être aussi plus dépendantes car la politique de maintien à domicile lancée dans les années 60, offrant à la personne âgée un certain nombre de services afin de rester chez elle, a pour conséquence aujourd'hui de retarder l'entrée en établissement au maximum, c'est-à-dire jusqu'à ce que ces services ne suffisent plus à pallier son degré de dépendance.

Une des principales lacunes de ces établissements est leur architecture. C'est notamment le cas des établissements construits dans les années 70 pour un public âgé mais valide et dont les locaux ne sont pas adaptés ni même accessibles à des personnes à mobilité réduite. Ces locaux sont encore moins adaptés à des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, qui ont perdu leurs repères spatio-temporels. Il est inconcevable aujourd'hui que ces personnes puissent errer dans de longs couloirs, au troisième étage d'un établissement alors que le personnel se trouve à un étage inférieur... Bien au contraire, ces personnes nécessitent de vivre dans de petites unités, en groupe restreint, entourées d'un personnel spécifiquement formé.

Les maisons de retraite rattachées au Centre Hospitalier de Vitré se trouvent confrontées aujourd'hui à ce phénomène d'inadaptation des locaux à la prise en charge de personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychiquement. Les résidents accueillis aujourd'hui sont effectivement de plus en plus dépendants, puisque certains y vivent depuis un nombre d'années important, et il est de plus en plus difficile d'accueillir de nouveaux résidents tant les locaux sont vétustes ou inadaptés pour la personne âgée et sa famille qui viennent les visiter.

¹ « Architecture et rénovation des établissements », site Internet Géront expo 2003.

La première maison de retraite appelée maison de retraite « Ernée », a une capacité d'accueil de 76 lits. Elle est située en plein centre ville, sur le site personnes âgées, à côté de la maison de santé « La Gautrays » qui accueille le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

La deuxième maison de retraite, appelée maison de retraite « Fougères », a quant à elle une capacité d'accueil de 40 lits. Certains résidents sont dans cet établissement depuis des années. En effet, la moitié d'entre eux est atteinte de troubles psychiatriques et ont donc été « placés » (réalité à l'époque) en institution, parfois avant l'âge de 40 ans. Ces résidents nécessitent par conséquent une prise en charge particulière de leur pathologie.

Face à l'évolution constatée du degré de dépendance des résidents actuels et de ceux qui demandent à entrer en maison de retraite, il a été décidé de constituer un groupe de travail sur les modifications architecturales à envisager pour permettre un accueil adapté des personnes âgées dépendantes. La maison de retraite Ernée sera par conséquent restructurée et la maison de retraite Fougères, qui ne peut être réhabilitée pour un coût raisonnable, sera vendue.

La maison de retraite Ernée présente en effet différents atouts : sa situation géographique (en plein centre ville), sa logique d'implantation (site « personnes âgées »), son potentiel de réhabilitation (existence actuelle d'un balcon dans chaque chambre sur lequel il est possible d'empiéter pour agrandir la pièce et aménager une salle de bain accessible aux personnes à mobilité réduite).

Les résidents logés actuellement rue de Fougères emménageront par conséquent dans la maison de retraite Ernée une fois restructurée.

Un autre bâtiment sera construit juste en face de la maison de retraite Ernée, afin de créer une unité spécialisée pour personnes désorientées. En effet, aujourd'hui de plus en plus de personnes âgées et leur famille sont confrontées à ce phénomène de troubles démentiels, qu'elles n'arrivent plus à supporter au quotidien. Il paraissait nécessaire de créer une telle unité au regard de l'offre locale insuffisante en la matière. 15 personnes pourront ainsi être accueillies et 3 places d'accueil de jour sont prévues en plus.

Face à cet important projet de restructuration-construction, il est apparu qu'une réponse architecturale est indispensable mais insuffisante à l'adaptation de l'établissement à la

dépendance des résidents. Le directeur doit aussi envisager concrètement la préparation humaine de ce projet.

En effet, la qualité de la prise en charge passe en premier lieu par la préparation des résidents à ce nouveau cadre de vie. Selon moi, leur accompagnement passe par plusieurs étapes : l'élaboration du projet architectural, tout d'abord, tel qu'il permette une individualisation de la prise en charge souhaitée aujourd'hui pour les personnes âgées dépendantes, l'élaboration de projections budgétaires ensuite car la particularité du secteur personnes âgées est de faire supporter une partie du coût des travaux (l'emprunt) par le résident, à travers le prix hébergement, et enfin l'importance de la préparation psychologique des résidents et de leur familles (information et participation).

En second lieu, la préparation du personnel à un nouveau cadre de travail est indissociable d'un tel projet. Il s'agit de revoir et d'anticiper sa formation, afin de permettre une prise en charge de la dépendance de qualité, que ce soit en matière de démence, d'incontinence ou encore d'accompagnement de fin de vie. Il s'agit aussi de revoir entièrement l'organisation des soins, ce qui va être possible de par la décomposition du bâtiment en « maisonnées » (unité dans laquelle les chambres sont situées autour d'un lieu de vie commun), la mise en place du nouveau dossier de soins et l'arrivée du médecin coordonnateur. Enfin, il s'agit d'impulser la communication au sein des équipes, et de valoriser le travail des soignants par ce biais.

Face à ce changement architectural et organisationnel, le personnel doit se préparer lui même et penser à la préparation des résidents : deux dimensions à prendre en compte pour une pleine réussite du projet. La signature de la convention tripartite, liant la future maison de retraite au département et à l'état, est un engagement fondamental pour l'impulsion de cette démarche qualité, démarche qui ne nécessite pas d'attendre le début des travaux pour être mise en place...

Je montrerai, à travers la première partie de ce mémoire, en quoi aujourd'hui il est nécessaire de planifier un tel projet de restructuration-construction pour les maisons de retraite du Centre Hospitalier de Vitré et, en deuxième partie, je proposerai des solutions afin d'accompagner humainement au mieux cette restructuration, à travers la préparation des résidents à ce nouveau cadre de vie d'une part et l'accompagnement du personnel vers un nouveau cadre de travail, d'autre part.

1 LA NÉCESSITÉ ACTUELLE DES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES AGÉES DE S'ADAPTER A L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE : L'EXEMPLE DES MAISONS DE RETRAITE RATTACHÉES AU CENTRE HOSPITALIER DE VITRÉ.

Avant de voir en quoi les deux maisons de retraite rattachées au Centre Hospitalier de Vitré sont confrontées à l'accroissement du nombre de personnes âgées et de leur dépendance, et surtout comment elles pourront s'adapter à cette situation (1.2), il paraît nécessaire de dresser un bilan de ce phénomène général et par conséquent de la place occupée par les personnes âgées dans la société actuelle (1.1).

1.1 La place occupée par les personnes âgées actuellement en France : l'opération systématique d'un lien entre vieillesse et dépendance ?

La France connaît aujourd'hui un phénomène démographique bien particulier² : l'accroissement du nombre de personnes âgées et en même temps celui de leur dépendance, à tel point qu'aujourd'hui les termes de vieillesse et de dépendance ne sont plus toujours dissociés (1.1.1). Ce phénomène a deux conséquences : d'une part, les besoins et donc l'exigence des personnes âgées et de leurs familles se font de plus en plus grands (1.1.2) et d'autre part les établissements se doivent de mettre en application les normes de qualité et de sécurité prévues pour l'accueil d'une telle population (1.1.3).

1.1.1 Les notions actuelles de vieillesse et de dépendance : association trop rapide ou réalité ?

Différents termes sont aujourd'hui employés pour caractériser les personnes âgées, laissant apparaître l'emploi simultané des notions de vieillesse et de dépendance. Présenter les définitions concrètes de ces deux termes est donc fondamental à la

² Phénomène commun aux pays européens, mais la France détient le record d'espérance de vie avec 75.5 ans pour les hommes (moyenne européenne de 74.9 ans) et 83 ans pour les femmes (moyenne européenne de 81.2 ans), données INSEE, 2001, site INSEE.

compréhension de ce phénomène qu'est l'accroissement de la dépendance des personnes âgées aujourd'hui en France (A). Les études démographiques récentes permettent d'ailleurs d'étayer cette idée d'accroissement de la dépendance des personnes âgées (B), tout comme les stéréotypes peu valorisants utilisés aujourd'hui pour désigner celles-ci (C).

A) Définitions des termes

Les qualificatifs associés aux personnes âgées sont parfois employés sans que leur auteur en connaisse le sens véritable, ou simultanément associés à l'état physique ou psychique de la personne. Il m'a paru alors nécessaire de rappeler le sens actuel de deux couples de termes : vieillissement et vieillesse (a), dépendance et autonomie (b).

a) *Vieillissement et vieillesse*

Le vieillissement : du processus individuel au processus collectif.

De manière générale, le vieillissement constitue l'« ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort »³. Ces phénomènes correspondent à des « modifications morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociales apparaissant au cours de la vie, de la naissance à la mort »⁴.

Le comité scientifique d'organisation sur le vieillissement et la recherche, dans son rapport publié en 2001, affirme qu'il y a deux dimensions du vieillissement : « le vieillissement individuel, lié au processus de sénescence et le vieillissement collectif, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de personnes « âgées » dans la population ».

Le vieillissement envisagé au niveau individuel, est souvent réduit aujourd'hui à la décrépitude du corps. Or, l'individu est un être biologique mais aussi « un être pensant, sensible et un être social ». Le vieillissement dépend donc du vécu de chacun, de son contexte social, culturel, économique, lui-même variable selon les lieux et les époques⁵.

³ Définition du Petit Larousse.

⁴ « La requalification d'une maison de retraite par un projet de prise en charge globale, une restructuration architecturale et la création d'un accueil de jour », Mémoire de M.Vanini, 1994.

⁵ « Vieillissement, grand âge et santé publique », J-C.Henrard et J.Ankri, 2003, p. 19.

Le Comité Consultatif National d'Éthique⁶ a mené une réflexion en 1998 sur le vieillissement individuel. Il recouvre, selon lui, deux dimensions : des facteurs intrinsèques, notamment la génétique, qui sont inéluctables, et des facteurs extrinsèques, liés à l'environnement (hygiène, habitat, alimentation,...) que l'on peut par contre optimiser.

Le phénomène général de vieillissement de la population est par conséquent le résultat de la somme des vieillissements individuels et est donc lié, mais indirectement, aux histoires de vie et aux comportements individuels.

La vieillesse : une notion non encore bien définie ?

La vieillesse paraît être un concept encore plus difficile à appréhender que celui de vieillissement. De multiples définitions en sont données :

- Selon le Petit Larousse, il s'agit de la « dernière période de la vie, caractérisée par un ralentissement ou un affaiblissement des fonctions ».
- Selon une définition administrative, la vieillesse a longtemps été assimilée au départ en retraite : le déclenchement du versement de la pension de vieillesse, après la seconde guerre mondiale, a fait de l'entrée en retraite, l'entrée dans la vieillesse⁷.
- La définition chronologique opère une répartition des personnes âgées en trois classes d'âges : les moins de 75 ans constitue le troisième âge ou les « jeunes vieux », les plus de 75 ans constitue le quatrième âge ou les « vieux-vieux » et plus récemment les plus de 85 ans constituent les « très vieux ».

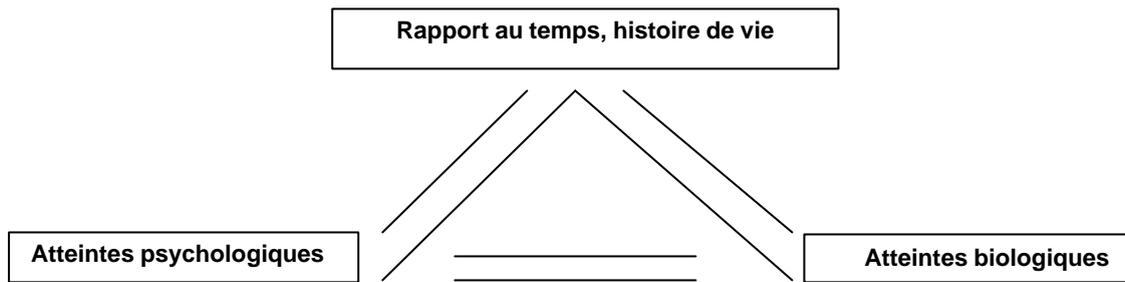
Ces définitions sont critiquables. D'une part, le fait d'avoir 60 ans au siècle dernier ou même en 1945 n'est plus transposable aux personnes âgées de 60 ans aujourd'hui. D'autre part, créer des groupes d'âges revient en quelque sorte à ségréguer les individus et cela sans prendre en compte l'histoire de vie de la personne âgée, ou son état de santé.

La vieillesse est en effet « un état, résultat du processus de vieillissement dont il faut bien percevoir les différentes dimensions pour s'apercevoir qu'il n'y a pas une mais plusieurs vieillesse »⁸. Ces dimensions sont en réalité interdépendantes⁹ :

⁶ « Rapport sur le vieillissement », Avis du CCNE n°59, 25 Mai 1998, site CCNE.

⁷ « Vieillissement, grand âge et santé publique », J-C.Henrard et J.Ankri, 2003, p.30.

⁸ « Vieillissement, grand âge et santé publique », J-C.Henrard et J.Ankri, 200, p.33.



En résumé, il n'y a pas de définition claire de la vieillesse ni de consensus sur la manière de la définir. L'important serait de prendre effectivement en compte les capacités fonctionnelles et les modes de vie des individus, pour lesquels l'âge chronologique, intimement lié aux attentes sociales ou valeurs culturelles, est un mauvais indicateur.

Aujourd'hui les termes de vieillissement et de vieillesse, difficiles à bien dissocier, sont parfois trop vite assimilés voire confondus. Le premier étant un phénomène continu nous concernant tous, quel que soit notre âge, alors que le second est un état donné d'une personne à partir d'un certain âge. C'est surtout ce « certain âge » qui est en réalité difficile à déterminer tant il est influencé par les valeurs et la culture de notre société. Le point commun entre ces deux notions reste qu'il est inévitable de prendre en compte l'histoire de vie de la personne âgée. Mais il est un autre couple de termes souvent confondus : la dépendance et la perte d'autonomie.

b) Le lien entre la dépendance et la perte d'autonomie de la personne.

Une personne est dite dépendante lorsqu'elle ne peut plus effectuer seule les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, se lever et se coucher).

En France, l'outil principalement utilisé pour mesurer le degré de dépendance des personnes est l'outil AGGIR (**Annexe 1**). Il est utilisé à domicile par l'équipe médico-

⁹ Interprétation du schéma : les atteintes biologiques commandent les atteintes psychologiques (Ex : perte de l'estime de soi) et inversement (Ex : restriction des activités) ; la vie psychique s'explique à partir de l'histoire de vie et de son rapport au temps ; le rapport au temps est éprouvé plus ou moins bien selon que le corps est plus ou moins vieilli ; les images ou valeurs renvoyées par la société peuvent avoir des conséquences sur le psychisme de la personne. (Ex : le départ à la retraite).

sociale pour apprécier les besoins réels de la personne et lui offrir les services permettant de répondre à ceux-ci et en établissement, par l'équipe médicale et soignante pour adapter la prise en charge de la personne à sa dépendance. Le but est de préserver ou de rétablir, en totalité ou en partie, l'autonomie de la personne âgée.

L'autonomie se diffère de l'indépendance de cette manière : alors que l'autonomie est la capacité de choisir sa vie, l'indépendance concerne la capacité de se diriger seul, physiquement et intellectuellement. La perte d'autonomie entraîne donc pour la personne l'impossibilité de faire encore ses propres choix, de prendre une décision la concernant. Pour autant, peut-on dire que vieillesse est synonyme de dépendance aujourd'hui ? C'est en tout cas ce que reflètent les études démographiques récentes...

B) Données démographiques à l'appui : l'accroissement attendu du nombre de personnes âgées...dépendantes.

L'espérance de vie continue de s'allonger chaque année, pour les hommes (75.5 ans) comme pour les femmes (83 ans), plaçant la France en tête de liste au niveau européen. Le nombre de personnes âgées s'accroît donc aussi chaque année. On vit plus vieux, plus longtemps : alors qu'en 1901, il n'y avait qu'une centaine de centenaires en France, en 2001, ils étaient plus de 9000 !

Selon le rapport du comité scientifique d'organisation sur le vieillissement et la recherche (2001), « l'état de santé, à âge égal, a nettement progressé au cours du XXème siècle, repoussant le « seuil » de la vieillesse » : en 1950, 70% des hommes atteignaient 60 ans et pouvaient alors espérer vivre 15 ans alors qu'en 2001, les hommes de 60 ans pouvaient espérer vivre 20 ans et qu'en 2050, ils pourront espérer vivre encore 26 ans.

Plusieurs facteurs sont à l'origine du vieillissement de la population : la réduction marquée de la mortalité infantile, les effets du baby-boom (1945-1964) soit le bond majeur de la natalité, les progrès de la médecine, le développement de la recherche, le développement des aides proposées au domicile des personnes âgées. L'amélioration générale des conditions de vie est en réalité le facteur principal (eau potable, nutrition, hygiène, confort du logement), ainsi que la préservation de l'identité professionnelle, familiale et sociale.¹⁰

¹⁰ Rapport du comité scientifique d'organisation sur le vieillissement et la recherche, 2001.

Les projections de l'INSEE (données 2001) prévoient une augmentation inéluctable de la population la plus âgée d'ici 40 ans. Les personnes nées juste après la première guerre mondiale étant arrivées très âgées, il y aura une première accélération du nombre de personnes âgées dépendantes vers 2010. Puis une nouvelle accélération est prévue vers 2030 : la génération « baby-boom » aura alors 80 ans.¹¹

La proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population totale est passée de 18% en 1970 à 21% en 2000. En 2020, la France compterait 17 millions de personnes de 60 ans et plus, soit 1.4 fois plus qu'en 2000, et près de 4 millions de personnes de 80 et plus, soit 1.8 fois plus qu'en 2000. Enfin, à l'horizon 2040, il y aurait près de 7 millions de personnes de 80 ans et plus, soit 3.2 fois plus qu'en 2000.¹²

Il existe bien sur des inégalités selon les régions : la Bretagne connaît par exemple un vieillissement supérieur à la moyenne nationale. Alors que pour la France métropolitaine la part des personnes de plus de 75 ans représentent environ 7,5 % de la population totale aujourd'hui, celle de la Bretagne atteint les 8.5 % de la population bretonne¹³. Au sein de la Bretagne, des disparités peuvent aussi être observées entre les quatre départements. En 1999, la part des 75 ans et plus variait selon les départements bretons de la manière suivante : Ille-et-Vilaine : 7% ; Côtes d'Armor : 10 %; Finistère : 9% ; Morbihan : 8.5%¹⁴.

Une autre caractéristique notée dans l'étude du vieillissement de la population est la féminisation de l'avancée en âge : 60% des personnes de 60 et plus sont des femmes. Ce phénomène est aussi observé en établissement hébergeant des personnes âgées.

Différents facteurs ont donc permis de vieillir mieux et plus longtemps sans toutefois que les progrès de la médecine puissent maîtriser un vieillissement sans incapacité : la dépendance physique et/ou psychique augmente malgré tout avec l'âge. L'accroissement du nombre de personnes âgées entraîne donc celui du nombre de personnes âgées

¹¹ « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees études et résultats, n°160, février 2002.

¹² « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees études et résultats, n°160, février 2002.

¹³ INSEE, recensements de 1990 et 1999, Cahiers techniques du Pôle Action Sociale DAS 35, Tome 1, n°132, Juillet 2003, p.8.

¹⁴ INSEE, recensement de 1999, Cahiers techniques du Pôle Action sociale DAS 35, Tome 1, n°132, Juillet 2003, p.8.

dépendantes. Selon l'outil AGGIR et l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, environ 800 000 personnes de 60 ans et plus seraient évaluées dans les Gir 1 à 4.¹⁵

(Annexe 2)

L'évolution de la dépendance va surtout concerner les plus de 80 ans (**Annexe 2**). Ce qui est plus inquiétant, mais qui renforce l'idée que les établissements ou services d'aide à domicile devront s'adapter car ils seront de plus en plus sollicités, c'est que le nombre de personnes âgées dépendantes de 80 ans et plus augmenterait davantage que celui des 50-79 ans qui constituent pourtant aujourd'hui la majorité des aidants. Il va donc falloir faire face à un problème de prise en charge à domicile, entraînant une plus grande sollicitation des établissements.

Est-il finalement possible de conclure qu'il existe un lien direct et inévitable entre âge et dépendance ? Certaines maladies gravement handicapantes semblent strictement liées à l'âge et leur prévalence va augmenter fortement avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées. Il est inéluctable que l'arrivée aux âges élevés s'accompagne pour certains d'un besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie courante.

A l'idée que les maladies, handicaps sont les conséquences de l'âge seul, parce que leur fréquence croît avec lui, Suzanne Weber répond « qu'il ne s'agit pas d'un lien causal au sens strict mais d'un processus plus complexe de fragilisations, usures, etc... », « l'âge étant pensé comme le facteur le plus important, on raisonnera le plus souvent comme s'il était le seul »¹⁶.

La maladie et/ou le handicap croissent avec l'âge, mais ces phénomènes ne doivent pas être considérés pour autant comme étant «normaux ». Le risque de cette idée est d'entraîner ce que Jean Carette nomme une «démission thérapeutique à l'égard des malades les plus âgés »¹⁷. Peu de travaux sont en effet effectués pour tester des traitements et dosages médicamenteux adaptés à cette tranche d'âge.¹⁸

¹⁵ « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees, études et résultats, n°160, février 2002 et « Le nombre de personnes âgées dépendantes » Drees, études et résultats, n°94, décembre 2000.

¹⁶ « Avec le temps..., de la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter », S.WEBER, 2003.

¹⁷ « L 'âge dort ? Pour une retraite citoyenne », J.CARETTE, 1999.

¹⁸ Rapport du comité scientifique d'organisation sur le vieillissement et la recherche, 2001.

Cette assimilation systématique entre vieillesse et dépendance a malheureusement pour conséquence la véhiculation de stéréotypes peu valorisants sur la personne âgée...

- C) La place de la personne âgée dans la société actuelle ou les représentations sociales de la vieillesse.

Dans son livre volontairement provocateur¹⁹, Suzanne Weber nous présente les représentations sociales de la vieillesse. Elle explique que celles-ci « sont déterminées par les normes de la société dominante et s'inscrivent en négatif de ces normes ».

La société dans laquelle nous vivons donne une valeur importante à la performance : tout tourne autour de la rentabilité, de l'argent, de la sélection ou encore de la réussite. Selon ce même auteur, « la vie est conçue comme une ascension (formation, développement), suivie d'un plateau où le jeune adulte est au mieux de ses possibilités physiques et intellectuelles, pour décliner enfin et perdre ses atouts ». Pierre Bourdieu estime à juste titre que « l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable ». D'où la prédominance du « stéréotype du vieillard impotent », celui qui n'est plus rentable pour la société, même au contraire qui lui coûte et qui laisse apparaître une « déchéance physique ».

Ces clichés véhiculés autour des personnes âgées entraînent un manque de considération de celles-ci, or « il n'est pas de pire dépouillement que celui de ne plus être accrédité par son entourage ». En découle un manque de communication authentique, voire une « bêtatisation » de la personne âgée comme le décrit Suzanne Weber, ou encore, et c'est peut-être pire, une victimisation.

Ces considérations expliqueraient ce que Jean Maisondieu appelle le « parking » des personnes âgées « dans des gagatoriums plus ou moins onéreux, à l'écart de la cité »²⁰.

Il est « intéressant » de noter d'ailleurs les différents termes employés pour désigner ou parler d'une personne âgée : gâteux, légume, dément, sénile, ou encore incontinent, diminué, décrépitude, déchéance... Alors même que la personne âgée pourrait davantage

¹⁹ « Avec le temps..., de la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter », S.WEBER, 2003.

²⁰ « L'idole et l'abject », J.Maisondieu, 1995.

incarner du respect, de la sagesse, la mémoire et les souvenirs, l'expérience de la vie, ou la tendresse.

Voici, de manière résumée la perception sociale des personnes âgées actuellement ²¹ :

Stéréotypes	Adjectifs
Positifs :	
L'âge d'or	Alerte, sociable, indépendant , habile, ...
Les grands-parents parfaits	Affectueux, généreux, compréhensif, sage...
La tradition	Patriote, religieux, nostalgique, retraité, ...
Négatifs :	
Les récriminations	Plaintif, amer, égoïste, borné...
La dépendance	Déprimé, désespéré, solitaire, négligé...
Les atteintes de l'âge	Incompétent, faible, incohérent, sénile...

Le terme de «seniors » ²² est bien sur valorisant, mais ne décrit-il pas ces retraités dynamiques qui partent en voyage, sont autonomes vis-à-vis de leurs enfants et petits-enfants, les aidant même à financer leurs études ou l'achat d'une voiture ? A partir du moment où cette même personne est dépendante physiquement et/ou psychiquement, ce terme valorisant lui est-il toujours consacré ?

En résumé, lorsque la personne âgée commence à présenter des signes de dépendance physique et/ou psychique, le regard de la société à son égard est soudainement plus négatif. Ce phénomène d'accroissement de la dépendance ne peut cependant être ignoré aujourd'hui tant les besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs familles ont évolué. Les établissements accueillant aujourd'hui des personnes âgées doivent ainsi s'adapter à un nouveau public...

²¹ « Parler et communiquer chez la personne âgée, psychologie du vieillissement cognitif », P.Feyereisen et M.Hupet, 2002, p.17.

²² « Du temps des vieux au power age, la mutation des seniors des années 2000 », site Vivre 100 ans.

1.1.2 La diversification des exigences et besoins des résidents et de leurs familles en institution ou la nécessaire adaptation de l'offre de soins.

Depuis quelques années, l'exigence du résident mais surtout de sa famille, qui s'occupe en grande partie de son accueil, s'est faite grandissante (A), tout comme les besoins des personnes âgées se sont diversifiés et élargis (B), sollicitant ainsi la capacité d'adaptation des établissements. Mais la raison principale de cette nécessaire adaptation des établissements à un public plus dépendant reste, indirectement, la politique de maintien à domicile de la personne âgée développée depuis les années 70, tant elle permet à la personne âgée de repousser jusqu'au dernier moment l'entrée en institution (C).

A) Une exigence plus grande des familles en termes de qualité et de confort.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette nouvelle exigence. En premier lieu, les aidants connaissent un meilleur confort au domicile que celui qu'ont connu leur parents âgé : par exemple, la présence de sanitaires alors même que les personnes âgées qui vivaient en milieu rural ne disposaient pas tous de toilettes à l'intérieur de la maison principale.

En second lieu, malgré une image encore négative de l'institution, celle-ci a tout de même évolué²³ : jusque dans les années 70, les « vieillards » dépendants étaient placés en hospice, souvent avec des personnes handicapées, instaurant ainsi une marginalisation d'une partie de la population. La loi de juin 1975 a joué un rôle fondamental d'humanisation de ces structures²⁴.

En troisième lieu, les relations parents/enfants ont aussi évolué depuis cinquante ans : la cellule familiale s'est modifiée dans le sens où autrefois plusieurs générations vivaient sous le même toit, les plus jeunes s'occupant des plus anciens au titre du devoir. Aujourd'hui, même si les rapports parents/enfants laissent souvent place à plus de communication qu'autrefois, il n'est plus de coutume de garder son parent âgé à domicile jusqu'à ses derniers jours. Les personnes âgées elles-mêmes refusent parfois l'aide de la famille par fierté ou pour ne pas être une « charge », selon elles. L'entrée en établissement n'est pas pour autant facile pour lui comme pour ses enfants. Il est donc

²³ « Les représentations préalables à l'entrée en institution pour la personne âgée et sa famille », Gérontologie, n°125, p.35 et **Annexe 8**.

²⁴ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

primordial que les directeurs d'établissements tentent de faire évoluer cette image et mettent un point d'honneur à la manière dont est accueillie la personne âgée.

En quatrième lieu, le prix journalier versé, lié à l'hébergement, qui implique souvent la participation des aidants familiaux, joue aussi un rôle important : « vu le prix qu'on paye, avoir une prestation de qualité paraît être un minimum... ».

Enfin et plus récemment, cette exigence de qualité et de sécurité va être grandissante aussi et surtout du fait de la médiatisation autour de la prise en charge et la place des personnes âgées dans notre société. Il a été montré, suite au phénomène caniculaire, d'une part les dérives présentes en institution (en grande partie dues à un manque de moyens matériels et humains) et d'autre part, une véritable ignorance des personnes âgées isolées à domicile, par le reste de la société. Il y a eu une prise de conscience nationale et un nouvel engagement des familles, qui n'hésiteront pas aujourd'hui à comparer les établissements entre eux et à porter plainte en cas d'insatisfaction...

Si l'exigence des familles est plus importante aujourd'hui, il en est de même pour les besoins des résidents, ce qui incite les établissements à proposer une offre diversifiée.

- B) Des besoins différents et élargis depuis quelques années : la nécessaire diversification et adaptation de l'offre faite aux personnes âgées et à leurs familles.

Pour le bien-être des personnes et celui aussi désormais des aidants familiaux, une multitude de modes d'accueil alternatifs est proposée. Un travail en étroite collaboration avec la famille est alors indispensable. Les deux principaux modes d'accueil temporaire des personnes âgées en établissement sont l'hébergement temporaire (a) et l'accueil de jour (b) et répondent en grande partie aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (c).

a) *L'hébergement temporaire*

C'est une formule d'accueil limitée dans le temps qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de « crise » : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement. Il peut également être utilisé comme premier essai pour une vie en communauté ou comme transition, après une hospitalisation, avant de retourner à domicile. Enfin, il permet aux familles de se soulager de la surveillance de leur parent.

L'objectif est de préserver l'autonomie de la personne atteinte d'une pathologie de type démentiel, de stimuler ses fonctions cognitives, de préserver ou de rétablir des contacts sociaux, de repérer les modifications comportementales, de favoriser les échanges avec les autres résidents et d'éviter les risques de dérive vers un hébergement permanent mal préparé.

b) L'accueil de jour

Il a quant à lui vocation à accueillir les personnes présentant une détérioration intellectuelle et vivant à domicile, pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, dans des structures autonomes ou rattachées à un EHPAD. Ce service doit s'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne de manière pluridisciplinaire. L'accueil au sein d'un groupe restreint de personnes et dans une structure de petite taille est préconisé. Le personnel doit être qualifié et compétent dans l'accompagnement et les soins à apporter à ces personnes.

L'objectif de l'accueil de jour est de maintenir ou de restaurer l'autonomie de la personne atteinte de troubles démentiels et de lui permettre de rester vivre à son domicile dans les meilleures conditions possibles, pour elle et pour ses proches.

La circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés prévoit la création de 7000 places d'accueil de jour et de 3000 places d'hébergement temporaire, financées par l'ONDAM pour respectivement 12 millions d'euros et 7.55 millions d'euros.

c) Le dépistage de la maladie d'Alzheimer : une dimension à prendre en compte par les établissements.

La maladie d'Alzheimer est un phénomène de santé publique pris inéluctablement en compte par les établissements aujourd'hui : chaque année le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne cesse de croître, parce que la recherche avance et en permet un dépistage de plus en plus précoce (et par la même occasion un traitement médicamenteux retardant ses effets).

La maladie d'Alzheimer est une infection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des

lésions neuropathologiques spécifiques. L'évolution inéluctable de la maladie conduit le sujet à la démence, assez sévère pour retentir de manière importante sur la vie de la personne et sur celle de son entourage.

En France, la maladie d'Alzheimer est la première cause de démence dégénérative. La population atteinte de cette maladie correspondrait à 5% de la population âgée de plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans : soit environ 450 000 personnes.

Face à cette maladie, la famille se trouve dans la majeure partie des cas désemparée. C'est pourtant à domicile et avec le soutien d'un aidant familial que vivent 51 % de ces personnes contre 49 % en établissement. Seulement, même en établissement, les locaux et l'accompagnement proposés ne répondent pas toujours aux conditions de vie, de soins, de confort et de sécurité qui leur seraient nécessaires.

La structure de type Cantou²⁵ apporte au résident atteint de la maladie une vie communautaire de type familial, au sein d'une unité regroupant 12 à 15 personnes atteintes de troubles identiques, et permettant la préparation, même très partielle, des repas par exemple. Les locaux sont spacieux pour permettre aux résidents, déambulants, de se sentir libres. Les couleurs se veulent quant à elles « thérapeutiques » pour une identification plus facile de la chambre par exemple. La lumière joue aussi un rôle important : la majeure partie de l'éclairage donne au niveau du lieu de vie pour inciter les personnes à s'y rendre. C'est notamment ce que j'ai pu remarqué en visitant l'unité spécialisée de la Maison de retraite de Guichen (35). Malgré le coût élevé de ce type de structure, eu égard aux médicaments, à l'architecture et au taux d'encadrement spécifiques, une telle unité est aujourd'hui indispensable au sein d'un établissement. Ceci est d'autant plus vrai que les personnes âgées qui entrent en institution sont de plus en plus dépendantes, tant elles désirent désormais rester le plus tard possible à domicile...

- C) La conséquence de la politique de maintien à domicile : des personnes qui arrivent en établissement plus âgées et plus dépendantes.

Avant 1960, n'existait vis-à-vis des personnes âgées qu'une politique de ressources (ex : loi sur les retraites paysannes en 1910 et loi sur les assurances sociales en 1930...) et non une véritable politique gériatrique. Le rapport Laroque paru en 1962, et issu des

²⁵ Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles, concept développé par Georges Caussanel.

travaux de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, incite au maintien à domicile des personnes âgées par une offre diversifiée de services et d'aides : le Service de Soins Infirmiers A Domicile ou SSIAD, l'aide ménagère, l'auxiliaire de vie, la garde à domicile, le service de portage des repas à domicile, la télé alarme ou encore l'adaptation de l'habitat²⁶.

L'ensemble de ces services a connu un important développement depuis un certain nombre d'années afin d'éviter ou de retarder au maximum l'entrée de la personne âgée en institution. Une meilleure coordination des différents intervenants notamment depuis la création des CLIC²⁷, a également favorisé ce maintien.

Le domicile est le symbole même de l'intimité de la personne : il contient des souvenirs, une décoration personnelle, des photos, etc. Il symbolise aussi son autonomie : même si une aide ménagère intervient, elle ne peut décider en ses lieu et place. Il facilite aussi l'indépendance de la personne qui y détient des repères spatio-temporels et sociaux. En fait, « Le domicile est moins constitué par les quatre murs de l'appartement que par son environnement : les voisins, les amis, le quartier et ses magasins et services... Chacun tire dans son environnement ce qui fait qu'il est le sien »²⁸. Partir du domicile est donc vécu souvent comme un véritable déracinement puisque « la maison est le prolongement de soi-même »²⁹.

Cependant le maintien à domicile présente aussi parfois d'importantes limites. Une limite matérielle tout d'abord puisque le logement n'est plus adapté au handicap physique de la personne. Puis une limite sociale car une pathologie lourde est difficile à supporter pour les amis et les aidants. Ces derniers sont fréquemment victimes d'un épuisement, d'un sentiment d'impuissance. Lorsque la dépendance frappe l'un des deux conjoints, les deux restent cloîtrer chez eux, par peur qu'il arrive quelque chose. La personne âgée à domicile peut faire l'objet d'un isolement social, surtout si elle se situe en milieu rural. La diminution de l'activité (promenade, bals, messe, voyages organisés, cafés avec des amis, club de cartes...) accentue le sentiment de solitude. Ce risque de confinement

²⁶ « L'unité de vie de proximité pour personnes âgées : entre l'aide à domicile et la structure collective », mémoire de N.DEVALS, 2002.

²⁷ Commission Locale d'Information et de Coordination, dont la mission est de renseigner et d'orienter les personnes âgées et leurs familles sur les services et établissements existants au niveau local.

²⁸ « Personnes âgées et habitat », Le Moniteur, 1992.

²⁹ Gaston Bachelard, philosophe français (1884- 1962).

domiciliaire s'accompagne parfois d'un sentiment d'inutilité sociale. Enfin, le maintien à domicile présente une limite financière : plus la dépendance s'accroît, plus l'aide est nécessaire et plus la prise en charge s'avère coûteuse.

Lorsque les personnes âgées et/ou leur famille opte pour l'entrée en institution, c'est donc souvent parce qu'ils ne voient plus d'autre solution, ne venant que confirmer cette image donnée à l'établissement : une « une solution par défaut ». Il est alors possible de s'interroger sur le libre choix de la personne âgée à l'entrée en établissement : cette entrée est souvent conditionnée par un épuisement physique et psychique des familles, ou encore une incapacité financière. Or, il paraît important, lorsque la personne a gardé son autonomie, de maintenir son droit à l'autodétermination : proposer à la personne âgée une diversité de services, de solutions et la laisser choisir le lieu où elle veut continuer de vivre...Ce libre choix évite la dépossession, lui permet d'être encore maître de sa vie. La famille ne devant choisir que lorsque la personne âgée n'est plus autonome.

En attendant le dernier moment pour entrer en établissement, il va de soi que la personne est plus âgée et surtout plus dépendante, puisque les aides apportées à domicile ne répondent alors plus à ses besoins, et qu'elle nécessite une surveillance continue : « on prend conscience qu'avec l'aggravation des incapacités, on ne peut se contenter de maintenir les personnes dans des lieux familiers mais inadaptés, qui les handicapent et les isolent, trahissant ainsi en fait les deux fonctions essentielles du maintien à domicile : garantir l'autonomie et intégrer dans la communauté »³⁰. En Ile-et-Vilaine, plus de 80% des personnes âgées admises en institution vivaient à leur domicile avant leur entrée.

Les personnes âgées, plus nombreuses, sont donc plus dépendantes aujourd'hui, notamment parce qu'elles restent le plus tard possible à domicile. L'Etat doit alors prévoir l'adaptation des établissements à cette nouvelle population afin de satisfaire les nouveaux besoins et exigences liées à la dépendance.

1.1.3 La nécessaire conformité des institutions aux normes légales et réglementaires de qualité et de sécurité.

Cette adaptation des établissements passe par une mise aux normes de qualité, facilitée par la signature de la convention tripartite (A), et une mise aux normes de sécurité (B).

³⁰ « L'unité de vie de proximité pour personnes âgées : entre l'aide à domicile et la structure collective », mémoire de N.DEVALS, 2002.

Plus encore, différentes études préconisent aujourd'hui une architecture pour un habitat de qualité (C).

- A) La réforme de la tarification et la signature de la convention tripartite : pour un même objectif de qualité.

Le décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 fixe les nouvelles modalités réglementaires de financement et de tarification des établissements.

La tarification binaire fondée sur la répartition des charges entre l'hébergement et les soins ne prend pas en compte une composante essentielle de l'état de santé de la personne âgée : sa dépendance. Or, la personne accueillie en établissement nécessite des prestations particulières dont l'organisation et la fréquence varie en fonction de son degré de dépendance. La réforme de la tarification instaure par conséquent un système de financement et de tarification ternaire réparti comme suit :

- Le tarif Hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation qui ne sont pas liées à la dépendance des résidents. Ce tarif est payé par le résident, à moins que celui-ci ne dispose pas de ressources suffisantes, au quel cas, il peut demander à bénéficier de l'aide sociale, allouée par le Conseil Général du département dans lequel il demeure.

- Le tarif Dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. La dépendance du résident est évaluée par l'équipe médicale et soignante à partir de l'outil AGGIR. **(Annexe 1)**

Le résident doit payer le tarif dépendance qui correspond au GIR auquel il appartient. Le décret du 4 mai 2001 a rassemblé les six groupes GIR par deux : GIR 1 et 2 ; GIR 3 et 4 ; GIR 5 et 6. Il existe donc en réalité trois tarifs dépendance.

Si l'établissement, comme c'est le cas pour les établissements situés en Ille-et-Vilaine, reçoit une « dotation globale dépendance » par le Conseil général, les résidents de cet établissement ne paieront que le « talon dépendance », qui correspond au tarif du GIR le moins élevé, c'est-à-dire celui des GIR 5 et 6.

- Le tarif Soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies. L'établissement reçoit pour cela une dotation globale des caisses d'assurance maladie.

Le résident finance donc un tarif journalier unique : prix hébergement + prix dépendance (lié au Gir auquel il appartient ou directement le talon dépendance lié au Gir 5 et 6).

Pour mettre à bien l'ensemble de cette réforme, celle-ci repose sur un système contractuel : la convention tripartite, signée entre le représentant de l'établissement, le Département (Président du Conseil général) et l'Etat (Directeur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales). Les conventions tripartites sont liées à un cahier des charges défini par l'arrêté du 26 avril 1999, que les trois partenaires s'engagent à respecter.

En effet, ce cahier des charges s'attache à définir les contenus de la « démarche qualité dans laquelle doit s'engager chaque partenaire de la convention tripartite, afin d'offrir à la personne âgée accueillie les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soin »³¹ : au regard de la qualité de vie des résidents, au regard de la qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidents, au regard de la qualité des personnels exerçant dans l'établissement et au regard de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique, comportant des soins coordonnés.

La convention tripartite nécessite, avant signature, la réalisation, par les équipes, de l'auto-évaluation, c'est-à-dire la liste des points forts et des points faibles de la structure. Remplie de manière objective par les équipes de l'établissement, à partir d'un document de référence³², cette auto-évaluation peut constituer une base de données importante pour améliorer les pratiques professionnelles ou institutionnelles, mais aussi pour élaborer

³¹ « La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie », J-C.DELNATTE et J-P.HARDY, ENSP, 2002.

³² Le « référentiel Angélique » constitue le document de référence pour la réalisation de l'auto-évaluation par les équipes. L'Ille-et-Vilaine possède cependant son propre document, décomposé en 12 parties à compléter : l'entrée en établissement, le déroulement de la journée, la vie sociale, le respect de la dignité et de l'intimité, les soins, le fonctionnement général de l'établissement, l'accessibilité et l'environnement, la sécurité, le confort, le personnel, l'organisation des soins, les réseaux et les complémentarités.

le projet architectural visant à adapter les locaux à la dépendance des personnes accueillies. En effet, la signature de la convention s'accompagne souvent d'un projet de rénovation partielle ou de restructuration totale de l'établissement, ce qui permet, en plus d'apporter une qualité de vie au résident, de s'assurer de la sécurité du bâtiment...

- B) La nécessaire mise aux normes de sécurité des établissements accueillant des personnes âgées.

Les établissements et par conséquent leurs directeurs sont aujourd'hui soumis à des règles strictes de sécurité, notamment aux « normes incendie », qui peuvent, si elles ne sont pas respectées donner lieu à des sanctions pénales.

La sécurité incendie s'inscrit dans la démarche qualité : elle est évoquée dans le référentiel Angélique, document de base permettant la réalisation de l'auto-évaluation, ou celui propre au département dans lequel se situe l'établissement, comme en Ile-et-Vilaine.

Il n'est cependant pas toujours évident d'allier sécurité et architecture, autrement dit d'assurer des conditions de sécurité optimales dans des anciens locaux. Il est fait obligation d'avoir des portes coupe-feu, un cloisonnement particulier, des issues de secours...Mais cela nécessite bien souvent d'importants travaux pour lesquels il faut trouver un financement.

De même, allier sécurité et qualité de vie des résidents n'est pas facile. D'une part, les résidents présentant des troubles démentiels, à l'égal de ceux qui n'en présentent pas, doivent pouvoir circuler librement. D'autre part, comment vérifier la présence d'appareils électriques, le mobilier ou l'ensemble des effets personnels des résidents (exemple : présence de bombes aérosols ou de bougies) alors même que la chambre est leur domicile et qu'ils la ferment à clé ? Les comportements des personnes accueillies peuvent échapper aussi à la surveillance du personnel : par exemple si l'une d'entre elles fume dans sa chambre.

La sécurité doit aussi être permise par l'organisation des services : les moyens en personnel (présence de jour, de nuit, la week-end), la formation du personnel, le stockage des produits ou la matériovigilance. Une fois de plus, cela nécessite souvent des moyens financiers importants.

Une étude réalisée sur le patrimoine des EHPAD³³ a montré que 50 bâtiments sur 363 avaient un avis défavorable à la poursuite de leur exploitation. Dans 55% des cas, les établissements avaient l'obligation de faire des travaux, dont le coût au lit s'élevait à 1500 euros, soit 230 000 euros par bâtiment. Dans 34 % des cas, les travaux étaient totalement réalisés, dans 26% des travaux partiels étaient réalisés et dans 40% les travaux n'étaient pas réalisés...Ce constat rejoint l'idée principale que de nombreux établissements en France n'accueillent toujours pas des personnes âgées dépendantes dans les meilleures conditions aujourd'hui...

Un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes doit bien sur être aux normes de sécurité, mais cela ne suffit pas : la qualité de vie apportée au résident est tout aussi fondamentale et passe en premier lieu par l'existence de locaux favorisant le maintien de son autonomie. Si la signature de la convention tripartite permet aux établissements de formaliser des objectifs de qualité, certains documents ou études publiées ces dernières années mettent aussi en avant quelques préconisations architecturales pour un habitat de qualité.

- C) Les préconisations architecturales actuelles pour une prise en charge adaptée et de qualité de personnes âgées dépendantes en institution.

Puisqu'il a été à maintes reprises affirmé que « l'architecture a un effet sur la dépendance, l'état de santé, le confort et la longévité »³⁴. Il est intéressant de rechercher ce qui, aujourd'hui, est préconisé en terme d'architecture pour une personne âgée dépendante physiquement ou psychologiquement, accueillie en établissement.

Le programme SEPIA³⁵ partait de ce postulat : « la dépendance varie en fonction de la capacité des lieux de vie à favoriser l'autonomie des personnes ». Dès lors, deux objectifs étaient lancés : tout d'abord, renouveler l'offre d'habitat pour les personnes âgées dépendantes en se fondant sur une analyse approfondie des besoins et des attentes des

³³ Formation sur la sécurité incendie suivie en Juin 2003 à l'ENSP.

³⁴ « La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », G.BRAMI, 1997.

³⁵ « Secteur Expérimental pour une Programmation Innovante de l'habitat des personnes Agées », programme lancé 1989 par Ministère chargé des affaires sociales et le Ministère chargé du logement.

usagers, et ensuite, proposer et tester une démarche de projet intégrant la diversité des acteurs et des domaines concernés.

A partir de l'évaluation de ce programme³⁶, dont les conclusions ont été rendues en Décembre 1996, des règles fondamentales pour un habitat de qualité ont été dégagées:

- L'établissement est un lieu de vie et tient lieu de domicile à la personne qui est locataire à part entière.
- La dépendance ne doit pas entraîner la confiscation des décisions de la vie quotidienne, donc des prestations personnalisées en fonction des possibilités de chacun sont à prévoir.
- Préserver le respect de l'intimité est primordial (apporter ses meubles, pouvoir offrir l'hospitalité, avoir un espace privatif de qualité, pouvoir organiser sa vie), ainsi que de garder la possibilité d'utiliser ou non les lieux collectifs.
- Maintenir une ouverture et des échanges avec la cité (maintien des liens sociaux, implantation de l'établissement importante, proximité des commerces, église, interpénétration des générations...)

Le besoin de rénovation des établissements accueillant des personnes âgées aujourd'hui est indéniable : il suffit de faire un parallèle entre ce qui est préconisé comme habitat de qualité et les établissements que l'on peut visiter aujourd'hui. Tous ne sont pas dotés de chambres individuelles situées près d'un lieu de vie, au sein d'une unité de vie...³⁷

« Les maisons de retraite construites dans les années 70 sont très souvent aujourd'hui obsolètes. Elles ont en effet été construites pour des personnes autonomes, capables de passer l'essentiel de leurs journées seules dans de vastes zones de sommeil en étage et de parcourir de longs couloirs, puis de prendre seules l'ascenseur pour gagner un grand réfectoire ou un salon »³⁸.

Les besoins de rénovation des établissements sont de deux ordres : des besoins quantitatifs puisque le nombre de personnes âgées qui entrent en établissement augmente, notamment du fait du dépistage de la maladie d'Alzheimer, mais surtout des besoins qualitatifs car il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour le bien être de la personne et le maintien de son autonomie. C'est pourquoi, il est préférable que

³⁶ « Voir autrement l'Habitat des personnes âgées dépendantes, évaluation du programme SEPIA », Gestions Hospitalières, Avril 1998, p.287.

³⁷ « Architecture et services gériatriques », L'année gérontologique 1994.

³⁸ « Architecture et rénovation des EHPAD », site Géront expo 2003.

l'établissement soit situé en ville et desservi par les transports, « près de tout ce qui peut générer de l'activité, de l'échange, de la vie... », qu'il propose différents modes d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire), qu'il soit décomposé en unités de petite taille, que les lieux de circulation et d'échanges soient valorisés, comme le hall d'entrée ou les salons, source d'animation, et enfin que le respect de l'intimité soit permis par des chambres et salles d'eau individuelles.

L'évolution démographique décrite précédemment, à savoir l'augmentation du nombre de personnes âgées et, parallèlement, de leur dépendance, concerne aujourd'hui les deux maisons de retraite rattachées au Centre Hospitalier de Vitré. Cependant, elles font partie de ces établissements dont les locaux ne sont plus adaptés actuellement à ce public. Il était par conséquent indispensable d'envisager des modifications architecturales importantes afin d'adapter l'offre à la demande des résidents actuels et futurs...

1.2 L'exemple des deux maisons de retraite du Centre Hospitalier de Vitré : une restructuration architecturale indispensable à l'adaptation de la prise en charge des résidents à leur dépendance et leurs besoins.

Les deux maisons de retraite rattachées au Centre Hospitalier de Vitré ne semblent pas échapper à ce phénomène d'inadéquation entre les besoins de leurs résidents et les locaux qui les accueillent. L'analyse de différentes données, qu'elles soient institutionnelles (1.2.1) ou humaines (1.2.2), amène à une solution dont il ne peut être fait l'économie désormais : la restructuration architecturale du bâtiment (1.2.3).

1.2.1 Les données institutionnelles

Avant de présenter les locaux des maisons de retraite (A) et de faire apparaître les manques de l'offre locale (B), il est intéressant de rappeler l'historique des deux établissements (A), tant il doit être pris en compte dans l'élaboration d'un projet architectural.

- A) Le contexte historique : rappel incontournable avant d'envisager toute modification institutionnelle importante.

La prise en compte de l'aspect historique des deux établissements est nécessaire à l'analyse de la situation actuelle de quatre points de vue.

Premièrement, il s'agit de deux maisons de retraite. La maison de retraite rue d'Ernée dite « MRE », située près du centre ville de Vitré, a une capacité d'accueil de 76 lits. Son implantation géographique est intéressante puisqu'elle est située sur le site personnes âgées « La Gautrays », c'est-à-dire en face du bâtiment appelé « Maison de santé » qui accueille à la fois le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD). La maison de retraite rue de Fougères ou « MRF », quant à elle, a une capacité d'accueil de 40 lits et est située géographiquement entre le Centre Hospitalier et le site personnes âgées. **(Annexe 3)**

Deuxièmement, elles sont toutes deux rattachées au Centre Hospitalier de Vitré. Pour cette raison, il est impossible de ne pas prendre en compte l'historique de l'établissement tout entier, notamment le fait qu'il existe un site personnes âgées bien distinct géographiquement du Centre Hospitalier.

Troisièmement, les deux bâtiments des maisons de retraite sont très anciens. La maison de retraite Ernée a été construite dans les années soixante dix. Ce qui explique en grande partie l'inadéquation des locaux à l'état physique et psychique de la population accueillie aujourd'hui³⁹, tant sur le plan de l'accessibilité que de la sécurité. Il s'apparentait, encore récemment, davantage à un foyer-logement qu'à une maison de retraite pouvant accueillir des personnes âgées dépendantes. L'avantage cependant de cet établissement est qu'il est situé à proximité du centre ville de Vitré, permettant aux résidents les plus autonomes de sortir quand ils le désirent et de garder ainsi leurs habitudes.

La maison de retraite Fougères accueille des résidents présentant pour la plupart des troubles psychiatriques. A l'origine, cet établissement constituait un hospice, situé rue Pasteur, dans lequel résidaient les personnes âgées mais aussi des personnes atteintes de troubles psychiques. Certaines personnes n'ont connu pratiquement que cette vie en communauté, régie par des sœurs religieuses. Le Centre Hospitalier était lui aussi situé

³⁹ Voir sur ce point l'étude socio-démographique réalisée sur les résidents des deux maisons de retraites, p.33 de ce mémoire.

rue Pasteur jusqu'en 1985 date à laquelle il fut transféré sur le terrain actuel. En 1986, ce fut au tour des résidents de la maison de retraite de déménager de la rue Pasteur à la rue de Fougères. Les deux maisons de retraite ne sont pas très éloignées l'une de l'autre : certains résidents de l'une rendent même visite à ceux de l'autre.

Quatrièmement, la restructuration de la maison de santé située sur le même site que la maison de retraite Ernée doit être prise en compte. Les travaux ont été achevés en 1999. Il est intéressant de noter les principales caractéristiques de cette restructuration qui ont inspiré l'architecte chargé de la restructuration architecturale de la maison de retraite. Il s'agit notamment d'un découpage de l'établissement en « Maisonnées » au sein desquelles les chambres sont situées tout autour d'un lieu de vie, doté d'une tisanerie. Cette nouvelle prise en charge permet à la fois un environnement convivial pour la personne âgée mais aussi un accompagnement plus individualisé de par la proximité du personnel soignant. Enfin, il existe une unité sécurisée appelée « l'Hil », spécialisée dans la prise en charge des personnes dites désorientées. Les locaux des maisons de retraite ne ressemblent en rien à cette architecture, mais en offrent cependant la possibilité.

B) La présentation des locaux

Il est important de présenter les locaux des deux maisons de retraite, la maison de retraite Ernée (a) et la Maison de retraite Fougères (b), tels qu'ils sont aujourd'hui, pour juger de leur inadaptation à des résidents dépendants⁴⁰.

a) *La maison de retraite « Ernée »*

Le bâtiment comporte deux niveaux inférieurs, un rez-de-chaussée et trois niveaux supérieurs (Annexe 4). Toutes les chambres, sont situées sur les étages. Elles sont accessibles par l'escalier ou l'unique ascenseur, ce qui n'incite pas les résidents à passer d'un étage à l'autre facilement. Chaque étage est constitué d'un couloir linéaire peu séduisant, avec les chambres disposées de chaque côté et un petit salon à l'extrémité.

La chambre est d'environ 15m² pour une chambre seule et de 30m² pour une chambre double (2 par étage). Le principal avantage de cette pièce est que la personne âgée dispose d'un balcon individuel laissant entrer la lumière et agrandissant la chambre. Le

⁴⁰ Les descriptions et commentaires rejoignent les observations l'étude faisabilité réalisée en 1999, l'auto-évaluation réalisée par le personnel et le programme architectural élaboré en 2002.

résident peut y apporter des meubles personnels et dispose de sa propre clé : la chambre est vraiment considérée comme son domicile. Le principal inconvénient de la chambre reste cependant son accessibilité aux personnes dépendantes physiquement : la largeur des portes (0.80 M) ne facilite pas la circulation d'un lève-malade ou d'un fauteuil roulant.

Les sanitaires constituent l'inconvénient architectural majeur de la maison de retraite, tant pour le respect de l'intimité et de l'autonomie des résidents que pour les conditions de travail du personnel. Les résidents ne disposent en effet que d'un lavabo et d'un WC dans leur chambre, dans un local étroit difficilement accessible aux personnes dépendantes physiquement. Les douches sont collectives : le personnel éprouve des difficultés à travailler dans cet espace, craignant souvent une chute de la personne.

Le réfectoire est mal insonorisé et particulièrement chaud l'été (mesures prise à ce sujet pour prévenir la canicule en 2004), mais il offre cependant une large vue sur la vallée et la rivière et des jardins potagers privés donnent du mouvement au paysage. Enfin, une cuisine aménagée permet au personnel de recevoir et préparer les repas du Centre Hospitalier, livrés en liaison froide.

La salle d'animation n'est pas réellement identifiée comme telle dans l'établissement, les activités se déroulant la plupart du temps au rez-de-chaussée, dans le hall qui sert en réalité aussi de lieu de vie et d'accueil. Le rez-de-chaussée ne joue pas son rôle dynamique malgré toutes les activités qui s'y déroulent et son ouverture sur le jardin. Parce que situé en contre-bas, il ne bénéficie pas des activités de la Maison de santé non plus.

Une petite salle de soins sert à la préparation et à la distribution des médicaments. Les dossiers des résidents sont rassemblés dans le bureau du cadre infirmier et peuvent y être consultés par les médecins traitants.

L'accueil n'est pas bien identifié à la maison de retraite rue d'Ernée. Il existe en réalité deux accès principaux : un en façade Est, par un jardin en direction du rez-de-chaussée, l'autre en pignon Sud, au niveau R+2, c'est-à-dire des chambres. Ce dernier accès est le plus utilisé car il donne sur le parking, lien horizontal et direct avec la Maison de Santé. Ce fait contribue à « anonymiser » en quelque sorte l'établissement : « hall d'accès et lieu de vie implantés sur un rez-de-chaussée théorique, en contre bas de la voie d'accès, en

dehors de tous les flux, ce qui dégage une sensation d'enfermement pour les résidents »⁴¹.

L'implantation de la maison de retraite rue d'Ernée est effectuée sur un terrain en très forte pente, en haut d'une vallée menant à la rivière. Les espaces extérieurs, non aménagés, sont quasi inaccessibles voire dangereux pour les résidents, qui ne vont jamais s'y promener.

b) *La maison de retraite « Fougères »*

Le bâtiment se présente sur quatre niveaux reliés par un escalier vétuste et hors normes : rez-de-rue ou R-1, rez-de-jardin, R+1 et R+2. Les chambres sont disposées sur le rez-de-jardin et le niveau R+1, le dernier étage ayant été condamné pour des raisons de sécurité.

La chambre, d'environ 15 m², est dans le même style que celle de la maison de retraite Ernée, c'est-à-dire celui des années 70-80, mais il n'y a pas de balcon. Il y a également des chambres doubles accueillant notamment des couples.

Les sanitaires posent aussi problème d'un point de vue accessibilité des personnes dépendantes physiquement : les résidents n'ont qu'un lavabo dans leur chambre, les WC et douches étant communs.

Un « office » permet la préparation des repas livrés en liaison froide par le Centre Hospitalier et montés à l'étage par le biais d'un monte-charge dans la salle polyvalente servant de réfectoire. Cette salle sert aussi parfois à l'animation.

Une salle polyvalente, au niveau R-1, est utilisée comme salle d'animation, lieu de vie ou même d'accueil, puisque pour cet établissement non plus aucune entrée n'est véritablement identifiée. L'entrée se fait en fait par une cour, côté Est, surtout réservée aux services logistiques, et il faut monter au premier étage pour trouver l'équipe soignante et les résidents. Il y a un accès direct au premier étage par la façade Ouest mais il semble peu servir, car doté d'escaliers.

⁴¹ Extrait de la demande de certificat d'urbanisme.

Le jardin de la maison de retraite Fougères n'est pas facilement accessible. La cour située à l'Est permet cependant d'organiser la kermesse chaque année.

Pour les deux établissements, la proximité avec le centre ville de Vitré favorise grandement les sorties à l'extérieur. Les résidents les plus autonomes peuvent garder leurs habitudes : commerces, marché, poste, etc.

Le constat de ces données architecturales est important pour deux raisons : d'une part, il permet de s'apercevoir, avant même de mesurer l'importance de la dépendance des résidents actuels, que les locaux ne sont pas adaptés à des personnes à mobilité réduite et encore moins à des personnes dites désorientées, et d'autre part il permet d'envisager une restructuration ou une construction permettant d'adapter l'habitat à l'état de santé des résidents. Mais pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées, il paraît nécessaire de dresser préalablement un bilan de l'offre locale.

C) L'offre locale

Avant d'envisager toute modification architecturale ou organisationnelle des deux maisons de retraite, il est indispensable de dresser un panorama de l'offre de places en établissements pour les personnes âgées et d'axer le futur projet architectural sur les manques actuels en la matière. **(Annexe 5)**

Malgré le réel dynamisme et l'attraction du pays de Vitré, qui bénéficie de l'activité de l'agglomération rennaise, il n'y a encore aucun EHPAD sur le secteur de Vitré, pourtant la marque d'une certaine qualité d'accueil. Seulement 6 places d'hébergement temporaire ont été créées jusqu'à présent, et aucune place d'accueil de jour n'apparaît⁴². Le secteur est très peu médicalisé, à part l'USLD du Centre Hospitalier ou la maison de retraite La Guilmarais, qui dispose d'une section de cure médicale. Le pays de Vitré comporte pourtant de nombreux villages, donc de nombreuses personnes âgées, qui nécessiteront l'entrée en institution à un moment donné. De plus, les aidants vont avoir besoin de plus en plus de soutien : le développement de l'hébergement temporaire, encore assez faible ici, et de l'accueil de jour est indispensable. Qu'en est-il des personnes âgées dépendantes souhaitant et nécessitant d'être accueillies en maison de retraite : doivent-elles entrer obligatoirement en USLD ou se diriger vers d'autres cantons ?

⁴² Deux places d'accueil de jour ont été créées depuis, à la maison de retraite privée La Guilmarais.

En étendant les recherches à l'offre départementale⁴³, on peut noter que les unités spécialisées accueillant des personnes âgées dépendantes psychiques, au 31/12/02, comptent 376 places : 359 places en hébergement permanent, 2 places en hébergement temporaire, 15 places en accueil de jour. Ces deux derniers types d'accueil seront par conséquent insuffisants à l'avenir pour les personnes dites désorientées : 42.86% des personnes admises en établissement présentent des troubles de l'orientation et de la cohérence⁴⁴. De plus, un nombre important d'inscriptions multiples, c'est-à-dire dans plusieurs établissements à la fois, témoigne des difficultés ressenties par les personnes et leurs familles.

L'élaboration du schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine 2001-2006⁴⁵ a permis de recenser l'ensemble des projets de création d'établissements et d'unités spécifiques pour personnes âgées et une analyse précise des besoins a été effectuée dans le département, étant donné l'accroissement démographique attendu concernant les plus de 75 ans en Ille-et-Vilaine comme ailleurs. Ainsi, au 31 décembre 2000, le département comptait 11491 places d'hébergement pour personnes âgées : 11304 places d'hébergement permanent et 187 places d'hébergement temporaire. Ces places offrent pour une grande partie d'entre elles un hébergement de qualité : sur ces 11491 places, 4500 ont été rénovées ces dernières années pour répondre aux normes de sécurité et de confort actuelles et 2500 correspondent à la création de places nouvelles totalement adaptées aux normes en vigueur. Sur ces 11491 places, 30% sont médicalisées et 334 de ces places sont, en raison de dispositions architecturales ou de qualification du personnel, particulièrement réservées à des personnes âgées dépendantes psychiques.

Il était indispensable, avant d'envisager un projet architectural pour les maisons de retraite du Centre Hospitalier de Vitré, de connaître et de s'aligner sur les priorités lancées par le département (question d'adéquation et d'obtention de financements) : développer et adapter l'offre de services (apporter notamment un soutien aux aidants familiaux par l'accueil de jour), et adapter l'offre d'hébergement (car il existe un décalage entre les places d'hébergement offertes et les besoins locaux, du en général à un manque de moyens en personnel ou à une organisation architecturale inadaptée).

⁴³ Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°132, Tome 1, Juillet 2003, p.20.

⁴⁴ Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°132, Tome 1, Juillet 2003, p.38.

⁴⁵ Schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine 2001-2006, Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°137, Mars 2004, p.16.

Ainsi⁴⁶, 1200 places supplémentaires (aspect quantitatif) et un redéploiement, c'est-à-dire une adaptation des places existantes aux besoins locaux (aspect qualitatif), sont proposés. Si l'on s'en tient au schéma gérontologique du secteur de Vitré, il apparaît qu'un redéploiement des places existantes et non la création de places nouvelles est nécessaire : le secteur de vitré obtient une « perspective A », c'est-à-dire « secteur où l'adaptation à la dépendance est prioritaire ». En effet, le nombre de personnes âgées ne va pas « exploser »⁴⁷ et reste moins important que dans certains cantons... Il n'y a donc pas de manque de places à l'horizon. Cependant, les places sont inadaptées aux besoins des personnes âgées : le secteur de Vitré présente un des ratios d'hébergement pour les 80 ans et plus supérieur à la moyenne du département mais un taux de médicalisation en dessous de la moyenne départementale⁴⁸. De plus, la baisse de la fréquentation des deux maisons de retraite, soit la baisse du nombre de résidents, est bien le signe d'une nécessaire adaptation de l'hébergement au public âgé.

L'offre locale ne peut cependant être étudiée sans être rapprochée des données humaines, c'est-à-dire relatives aux résidents et au personnel des deux maisons de retraites. Le nombre de personnes âgées à venir et surtout l'accroissement de leur dépendance est un facteur révélateur de l'insuffisance de l'offre locale, en termes de places où de typologie de l'offre. Il est évident que même si le département d'Ille-et-Vilaine est un département assez jeune et particulièrement dynamique, il n'échappera pas au phénomène national évoqué en première partie : personnes âgées plus nombreuses, plus dépendantes et présentant des pathologies spécifiques (Alzheimer).

1.2.2 Les données humaines

Le phénomène national de vieillissement de la population et d'accroissement de la dépendance des personnes âgées n'échappe pas aux deux maisons de retraite de Vitré (A). Une adaptation de la structure à leur dépendance est inévitable mais le personnel, insuffisamment préparé à cette mutation, notamment en termes de formation professionnelle, devra lui aussi s'adapter (B).

⁴⁶ Schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine 2001-2006, Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°137, Mars 2004, pp.28-30.

⁴⁷ La part des personnes de 75 ans et plus reste entre 7 et 9 % entre 1990 et 1999, même si une évolution de 21 à 35% de cette population est attendue. Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°132, Tome 1, Juillet 2003, pp.12-13.

⁴⁸ Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°132, Tome 1, Juillet 2003, p.16 et 18.

A) Etude socio-démographique des résidents réalisée au 31/12/03.

Un parallèle entre les deux maisons de retraite rattachées au Centre Hospitalier de Vitré doit être dressé tant les deux populations accueillies ne présentent pas les mêmes caractéristiques. Cette étude permet de constituer un panorama complet des besoins des résidents. Panorama d'autant plus important que la solution proposée pour rendre adéquats les locaux et les besoins des personnes accueillies est un projet architectural commun à tous les résidents : l'approche démographique est indissociable de toute démarche de planification.

Le nombre de personnes accueillies : la maison de retraite Ernée accueille 66 résidents pour une capacité totale de 76 lits. Une personne est accueillie en hébergement temporaire et les 65 autres en hébergement permanent. 35 résidents sont présents à la maison de retraite Fougères en hébergement permanent pour une capacité totale de 40 lits. L'occupation des établissements est donc inférieure à leur capacité d'accueil pour plusieurs raisons : d'une part les locaux ne satisfont plus vraiment les personnes âgées et leurs familles, et d'autre part, la planification d'un projet architectural et l'entrée dans la réforme de la tarification impliquent la stabilisation du nombre total de résidents à 90. (voir à ce sujet le phasage des travaux p.43)

Le sexe des personnes accueillies : la maison de retraite Ernée accueille 22 hommes (33,33 % du nombre total de résidents présents dans cet établissement) et 44 femmes (66,66 %). A la maison de retraite Fougères, 12 hommes (34,28 %) sont hébergés pour 23 femmes (65,71 %). Les chiffres sont, de ce point de vue, à peu près équivalents et reflètent le phénomène national de féminisation de l'institution.

Age moyen des résidents à leur entrée : en maison de retraite Ernée, il est de 79.51 ans et seulement de 59.2 ans en maison de retraite Fougères. L'âge moyen des personnes admises en établissement en Ile-et-Vilaine, est de 83.43 ans⁴⁹, ce qui laisse apparaître une différence assez importante. 10 personnes sur 35 sont entrées à la maison de retraite Fougères avant leur cinquantième anniversaire : la mission première de cet établissement n'était donc pas l'hébergement de personnes âgées, mais bien principalement l'accueil de personnes présentant des troubles psychiatriques, faute d'établissement spécialisé à

⁴⁹ Schéma gérontologique d'Ile-et-Vilaine 2001-2006, Cahiers Techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°137, Mars 2004, p.20.

l'époque pour les accueillir. La reconversion de l'établissement est donc nécessaire aujourd'hui pour répondre aux besoins nouveaux des résidents.

L'âge moyen des résidents accueillis : la moyenne d'âge des hommes accueillis à la maison de retraite Ernée est de 78.77 ans et celle des femmes est de 82.93 ans. A la maison de retraite Fougères, ces moyennes sont respectivement de 76.33 ans et de 76,08 ans. Un écart assez important est donc à noter ici concernant notamment les femmes des deux établissements : 7 ans de différence d'âge, expliqués en grande partie par la pathologie spécifique des femmes résidant rue de Fougères et leur arrivée précoce dans ce type de structure.

Le nombre moyen d'années de présence dans la maison de retraite : sans tenir compte des personnes arrivées dans l'établissement en 2003 : le nombre moyen d'années de présence à la maison de retraite Ernée s'élève à 4,73 années pour les femmes et à 3,4 ans pour les hommes. La maison de retraite Fougères présente ici une particularité à ne pas évincer : 21,1 années de présence en moyenne pour les femmes (10 femmes sont arrivées alors qu'elles n'avaient qu'entre 25 et 45 ans) et 13,33 années en moyenne pour les hommes. L'historique de cet établissement doit nécessairement être pris en compte dans l'étude de l'évolution de l'état physique et psychologique des résidents et surtout lors de la préparation au déménagement envisagé.

Le niveau de dépendance des personnes accueillies : répartition du nombre d'hommes et de femmes par GIR, dans chaque maison de retraite. (Annexe 2)

	MRE			MRF		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
GIR 1	0	0	0	0	0	0
GIR 2	3	2	5	0	2	2
GIR 3	3	4	7	1	4	5
GIR 4	11	33	44	5	7	12
GIR 5	5	2	7	5	10	15
GIR 6	0	3	3	1	0	1
GMP			448			448

Le GMP des maisons de retraite, soit le niveau global de dépendance des résidents accueillis au sein de l'établissement, est assez faible comparé au GMP moyen des EHPAD d'Ille-et-Vilaine qui s'élève à 570.30⁵⁰.

Cette donnée est importante car le Centre Hospitalier de Vitré s'est engagé dans la rédaction de la convention tripartite avec le Conseil général et la DDASS, pour devenir EPHAD. L'évolution de la dépendance des résidents doit par conséquent être dès à présent anticipée.

A titre comparatif, et selon le schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine, sur 216 personnes âgées admises en structure par mois en moyenne, 65% sont dans les plus dépendantes (GIR 1 à 4), et 43% présentent une forme de dépendance psychique, c'est-à-dire des troubles de la cohérence et de l'orientation.

L'origine géographique des personnes accueillies : 47 % des résidents accueillis à la maison de retraite Ernée proviennent de Vitré et 48.6% en maison de retraite Fougères. L'objectif de l'entrée en institution est bien sûr de ne pas éloigner les personnes de leur canton d'origine, à moins qu'elles désirent se rapprocher de leurs proches. De plus, dans le cadre de l'animation, pouvoir connaître des gens, échanger sur les coutumes, les communes, l'histoire du pays, est intéressant et rassurant. Le lien social des résidents doit être maintenu et développé surtout si les maisons de retraite connaissent une modification architecturale importante.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale : au sein de la maison de retraite Ernée, 13 personnes bénéficient de l'aide sociale alors que ce chiffre monte à 24 résidents pour la maison de retraite Fougères soit 68,57 % des résidents accueillis. Ce dernier chiffre montre à la fois les faibles ressources des résidents mais aussi l'absence de proches.

En résumé, il apparaît que malgré un GMP relativement bas, les locaux présentés préalablement ne répondent plus à l'état de dépendance des résidents actuels, tant au niveau de la sécurité que de la qualité, et surtout à celui des personnes qui viendront prochainement de leur domicile. Les données relatives au personnel, quant à elles, permettent de montrer en quoi la prise en charge actuelle des résidents par les agents

⁵⁰ « Les établissements sociaux et médico-sociaux », Les cahiers techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°133, juillet 2003, p.55.

n'est pas adaptée à des personnes âgées dépendantes, notamment au regard de la formation du personnel...

B) Données relatives au personnel des maisons de retraite au 31/12/03 :

Avant de présenter le personnel des deux maisons de retraite (b), il convient de présenter celui qui est commun au Centre Hospitalier de Vitré et à la Maison de santé (a).

a) *Le personnel commun au Centre Hospitalier de Vitré*

L'ensemble de l'équipe de direction est positionnée sur le Centre Hospitalier mais intervient sur les deux maisons de retraite : le Directeur, la Directrice des Ressources Humaines, la Directrice des Services Economiques et Financiers et la Directrice des Soins. Les agents de la direction des ressources Humaines et ceux des Services Economiques et Financiers traitent donc des questions relatives respectivement au personnel, aux différents achats nécessaires et au budget de ces deux établissements.

Sur le site « personnes âgées », une Attachée d'Administration Hospitalière s'occupe en partie des deux maisons de retraite : admission des résidents, accueil des familles ou encore gestion de la tutelle de certains résidents.

Les repas sont élaborés au sein de la cuisine du Centre Hospitalier de Vitré, livrés en liaison froide et préparés ensuite, avant le service en salle, au sein de l'office chaque maison de retraite, par le personnel soignant.

Le linge plat ou « hôtelier » est mis à disposition et entretenu par la blanchisserie du Centre Hospitalier. Il en est de même pour le linge personnel des résidents si celui-ci n'est pas pris en charge par les proches.

Il n'existe pas d'équipe de ménage à proprement parler comme sur le Centre Hospitalier ou même sur la Maison de santé (SSR et USLD). Le personnel soignant assure cet entretien.

b) *Le personnel soignant des deux maisons de retraite.*

Les effectifs présents au 31/12/03 au sein des deux maisons de retraite :

	MRE				MRF			
	Titulaires	Contractuels	Total agents	Total en ETP	Titulaires	Contractuels	Total agents	Total en ETP
AS*	5		5	5	4		4	4
ASH	5	2	7	6.60	2	2	4	4
Animatrice**		1	1	1				
IDE	1		1	0.60	1		1	1
Cadre IDE				0.40				
Médecin	2		2					
TOTAL	13	3	16	13.60			9	9

* deux Aides-soignantes travaillent exclusivement de nuit sur chaque maison de retraite, mais une AS supplémentaire, tournant sur les deux établissements la nuit, est prévue pour 2004 (auto-remplacement).

** l'animatrice est sous contrat emploi jeune et partage son temps de manière égale sur les deux maisons de retraite.

L'organisation du travail au sein des deux maisons de retraite est présentée en nombre de postes et non en ETP (ou équivalent temps plein) nécessaires. Ces derniers correspondent à l'effectif total nécessaire à la présence de ces postes, en prenant en compte la couverture des RH (repos hebdomadaires), des CA (congrés annuels), des JF (jours fériés) et des RTT (jours liés à la réduction du temps de travail).

Organisation de la MRE :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total postes
AS	2	2	2	2	2	2	1	13
ASH	4	4	4	4	4	4	3	27
Nuit AS	1	1	1	1	1	1	1	7
IDE	1	1	1	1	1			5

Organisation de la MRF :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total postes
AS	1	1	1	1	1	1	1	7
ASH	2	2	3	2	2	3	2	16
Nuit AS	1	1	1	1	1	1	1	7
IDE	1	1	1	1	1			5

Une complémentarité entre les deux responsables de maison de retraite / IDE est assurée : en l'absence de l'une d'entre elles, il est fait appel à l'autre, de façon à ce qu'il y ait toujours la présence d'une IDE au moins. Cependant, il n'y a pas de présence de l'IDE la nuit et le week-end, ce qui parfois apporte un sentiment d'insécurité au reste du personnel.

Les deux établissements présentent une manière de travailler complètement différente. Bien sur les responsabilités sont les mêmes, les fiches de postes AS et ASH étant d'ailleurs identiques pour les deux, mais plusieurs aspects expliquent cette différence organisationnelle : le nombre de résidents, soit une ambiance plus familiale au sein de la maison de retraite Fougères et une animation plus développée, la dimension architecturale, les troubles psychiatriques particuliers d'une partie des résidents de la MRF...

L'âge moyen du personnel : étudier l'âge du personnel permet de prévoir les départs en retraite, d'anticiper le recrutement et la formation professionnelle mais aussi de connaître la durée d'expérience des agents et leur possible engagement dans la restructuration. L'âge moyen du personnel de la maison de retraite Ernée est de 38.25 ans et celui de la maison de retraite fougères est de 35 ans. Sur les 14 personnels soignants de la maison de retraite Ernée, et prenant comme hypothèse un départ en retraite à 55 ans, 4 agents partiront d'ici 2010. Sur les 9 agents de la maison de retraite Fougères, 2 partiront d'ici 2010. Les projections budgétaires réalisées dans le cadre de la signature de la convention tripartite prennent par conséquent en compte ces données pour envisager les créations de postes.

La qualification et la formation du personnel présent : l'intérêt de cette donnée est de savoir si les agents sont suffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées dont le degré de dépendance s'accroît. Si les aides-soignantes ont une formation spécifique à la prise en charge d'un public âgé, les ASH ont par contre souvent appris à

travailler « sur le terrain ». Elles sont, pour certaines, plus à l'aise dans la préparation des repas et l'entretien des locaux que dans le contact proche avec le résident (la toilette notamment), ce qui est parfois source de frustration pour elles. Il est par conséquent important pour elles et pour les résidents de suivre petit à petit des formations adaptées. Il en va de même pour les aides-soignantes concernant la dépendance des résidents. Différentes formations ont été suivies en 2003 par les agents :

- Projet de vie en maison de retraite
- Congrès psychologie et vieillissement (pour un agent)
- Gestes d'urgences
- Manutention
- Gestion du stress

La formation et la participation à l'élaboration du projet de vie est un grand pas pour les équipes, cependant il n'a pas été ici anticipé des formations relatives à l'accroissement de la dépendance des résidents, comme la formation sur l'incontinence par exemple. Mais il est aussi important de ne pas former les agents trop tôt par rapport à une mise en application possible, c'est-à-dire au moment de l'ouverture de la nouvelle structure.

L'intervention de professionnels extérieurs : les médecins généralistes interviennent à la demande des résidents. Une coiffeuse, un kinésithérapeute ou encore un podologue peut aussi intervenir. Les frais sont alors supportés par la personnes âgée.

Le partenariat avec d'autres établissements : il existe un partenariat avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, spécialisé dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. Une équipe mobile rencontre les personnes âgées ayant bénéficié d'un entretien avec le psychiatre afin d'assurer leur suivi et le personnel, notamment l'infirmière, dans des cas concrets difficiles.

L'évaluation des risques professionnels encourus par le personnel des deux maisons de retraite : il est fait obligation à tout établissement public de mener une évaluation des risques professionnels encourus par l'ensemble de son personnel⁵¹. Au Centre hospitalier de Vitré, un groupe de travail a été mis en place en fin d'année 2003. Ses membres, après une formation adaptée, se sont rendus dans les services afin de recueillir le

⁵¹ Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et circulaire d'application du 18 avril 2002.

témoignage des agents sur leurs conditions de travail. Les deux maisons de retraite ont donc bien sûr fait partie des « unités de travail » interrogées, y compris le personnel de nuit.

Dans le cadre des « tensions psychologiques ressenties par le personnel », ces entretiens ont permis de mettre en avant les difficultés rencontrées par celui-ci tant au niveau architectural qu'organisationnel, l'inquiétude relative à l'accroissement de la dépendance des résidents ayant été plusieurs fois évoquée. Le personnel fait preuve d'un réel dynamisme et d'une réelle motivation à bien faire son travail. Il dit clairement être frustré de ne pouvoir mieux faire. On ressent un réel besoin du personnel d'échanger sur son travail avec les résidents mais aussi une certaine difficulté à prendre du recul. Il paraît évident qu'il est en attente de moyens adéquats, notamment au niveau architectural, pour une meilleure prise en charge des résidents mais aussi de meilleures conditions de travail.

Il apparaît clairement que les deux maisons de retraite du centre hospitalier de Vitré ne répondent plus aujourd'hui de manière satisfaisante ni aux besoins des résidents (confort, sécurité, prise en charge de qualité adaptée à leur dépendance) ni aux conditions de travail et souhaits du personnel (moyens matériels adaptés, besoin de formation). Or, la principale et incontournable solution à apporter pour y répondre aujourd'hui est une modification architecturale...

1.2.3 La prise de décision incontournable : le choix d'une restructuration / construction.

Comme de nombreux établissements en France, il apparaît que les locaux des deux maisons de retraite du Centre Hospitalier de Vitré ne sont plus adaptés aujourd'hui à la dépendance croissante des résidents (A). Le Choix d'une restructuration architecturale complète de la Maison de retraite Ernée paraît être la meilleure solution à envisager (B).

- A) L'obstacle fondamental : des locaux anciens inadaptés ou une inadéquation entre les moyens et les besoins des personnes accueillies.

La prise en charge des résidents ne paraît pouvoir être adaptée à l'évolution générale et croissante de leur dépendance et de leurs besoins en l'état actuel des choses : les obstacles principaux étant l'état de vétusté, l'inaccessibilité et l'insécurité des locaux. Il apparaît que ces deux maisons de retraite étaient adaptées au public qu'elles

accueillaient il y a encore quelques années. Mais aujourd'hui ce public a évolué tant au niveau de sa dépendance que de ses exigences et besoins.

Il est apparu nécessaire d'envisager des modifications importantes concernant les deux établissements afin d'adapter les moyens de prise en charge des personnes âgées accueillies aux besoins que nécessitent aujourd'hui leur degré de dépendance. Différentes hypothèses peuvent alors être présentées.

En premier lieu, il pourrait être envisagé de fermer l'établissement. C'est une solution à écarter d'emblée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est important que soit maintenu et même développé un secteur personnes âgées au sein d'un Centre Hospitalier de proximité, afin de répondre aux besoins de la population environnante, comme le veut la mission de service public que cet établissement remplit. Ensuite, il a été démontré à maintes reprises que le nombre de personnes âgées dépendantes allait s'accroître dès 2010 et que, parallèlement à cette future demande, l'offre de places disponibles doit être revue d'un point de vue quantitatif (créations de places) et qualitatif (redéploiement des places existantes). Les deux maisons de retraite de Vitré sont donc particulièrement visées par cette adaptation qualitative.

En deuxième lieu, il pourrait être opéré une réorientation des personnes accueillies aujourd'hui dans des établissements plus adaptés. Mais il ne s'agit alors que de repousser le problème : les personnes les plus autonomes aujourd'hui deviendront elles aussi bientôt dépendantes et devront à leur tour partir. Les résidents venant de « l'extérieur » seront souvent déjà dépendants car restés chez eux jusqu'à ce que les services proposés à domicile ne soient plus suffisants. Or, il est important de maintenir un nombre de résidents stable afin de ne pas voir augmenter le prix de journée ou de fermer la structure. De plus, des travaux devraient tout de même être envisagés étant donné le manque d'adéquation avec les normes sécuritaires actuelles et le meilleur confort proposé par des établissements voisins, vers lesquels les résidents et leurs familles se tourneraient inévitablement.

En dernier lieu, il peut être envisagé une restructuration des maisons de retraite ou une construction sur un autre terrain afin que les locaux soient plus adaptés à la fois aux résidents actuels et aux futurs résidents. Cette dernière solution a paru répondre le mieux au contexte historique et local des établissements...

B) Le choix d'une restructuration / construction (**Annexes 3 et 6**)

Il a tout d'abord été décidé que la maison de retraite Fougères ne ferait pas l'objet d'une restructuration : malgré son échelle conviviale et la présence de jardins, les travaux d'agrandissement et surtout de réhabilitation (sécurité et accessibilité) présenteraient un coût beaucoup trop élevé. Cet établissement est situé en ville mais dans un quartier moins dynamique que l'autre maison de retraite et est isolé des autres structures du Centre Hospitalier. La maison de retraite Fougères sera donc vendue.

La maison de retraite Ernée quant à elle présente des atouts indéniables : elle est située sur le site personnes âgées du Centre Hospitalier, le bâtiment en lui-même est en bon état, les chambres sont agréables bien que petites. Cependant plusieurs inconvénients sont aussi présents : elle est située en contre bas de la Maison de santé et l'implantation du hall et des activités du bâtiment en rez-de-chaussée rendent ce bâtiment peu dynamique et incitatif pour des personnes âgées. De plus, le terrain sur lequel est implanté le bâtiment est en très forte pente, ce qui limite également les travaux possibles. Mais son principal inconvénient reste le coût, du fait de l'augmentation indispensable de la surface des chambres par la prolongation des murs sur les balcons et l'installation de nouvelles baies vitrées, du fait aussi de la restructuration lourde de tous les cabinets de toilette et enfin de la refonte importante des façades est et ouest.

Il ne paraît cependant pas cohérent de transférer ce bâtiment sur un autre terrain, dans un bâtiment neuf : la maison de retraite Ernée est en plein centre ville, sa restructuration permettrait de consolider le secteur personnes âgées sur le site La Gautrays et les résidents ne seraient pas déracinés. C'est pourquoi il a été décidé que la maison de retraite Ernée serait restructurée afin d'accueillir 75 résidents.

Il a paru également nécessaire de construire, sur le même terrain, un bâtiment accueillant une unité pour personnes désorientées d'une capacité de 15 lits. Cette construction permettra de dédensifier le bâtiment actuel, apportera une meilleure réponse spatiale pour l'hébergement de résidents désorientés et simplifiera le phasage des travaux qui seront à mener en site occupé :

Phase 1 : construction du bâtiment Ernée (unité pour personnes désorientées de 15 lits) : début 2005.

Phase 2 : réhabilitation et restructuration du bâtiment maison de retraite partie Sud.

Phase 3 : réhabilitation et restructuration du bâtiment maison de retraite partie Nord.

Ouverture de l'établissement restructuré en 2008.

La construction en premier lieu du bâtiment neuf permettra le transfert d'un certain nombre de résidents de la maison de retraite Ernée pendant la réalisation de travaux au sein de celle-ci. Les résidents de la maison de retraite Fougères, quant à eux, n'emménageront que lorsque la maison de retraite Ernée sera entièrement restructurée.

A partir du moment où l'idée de la restructuration est née, il a été décidé de mettre en place, parallèlement aux études entreprises par des professionnels de l'architecture, un groupe de travail sur la restructuration composé des membres du personnel des deux maisons de retraite. En effet, il paraissait indispensable de réfléchir ensemble au projet architectural, afin de connaître les besoins réels et précis des résidents et du personnel au niveau des locaux.

Il a donc été souhaité dès le début de faire adhérer le personnel et les résidents au projet architectural. De nouveaux locaux constituent à l'évidence la première étape permettant une prise en charge des personnes âgées dépendantes adaptée et de qualité. Cependant le bâtiment ne peut apporter, à lui seul, une solution entière : pour une réussite complète du projet architectural, il est indispensable que les résidents et le personnel soient préparés à intégrer un nouveau cadre de vie pour les uns et un nouveau cadre de travail pour les autres. Des solutions sont à envisager dès aujourd'hui, avant le début des travaux, afin que cette finalité soit atteinte.

2 PREPARER LES RESIDENTS ET LE PERSONNEL A UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE PERMISE PAR LA RESTRUCTURATION ARCHITECTURALE.

Les nouveaux locaux apportés par la construction du nouveau bâtiment et la restructuration de l'ancien, vont permettre une nouvelle prise en charge : celle de personnes âgées « dépendantes ». Mais la pleine réussite du projet architectural et donc de cette nouvelle prise en charge des résidents est conditionnée par deux aspects fondamentaux. D'une part, il s'agit d'un nouveau cadre de vie pour les résidents, il faut par conséquent penser suffisamment tôt à leur préparation (2.1). D'autre part, il s'agit d'un nouveau cadre de travail pour le personnel, pour qui il faut anticiper l'adaptation à cette nouvelle organisation de la prise en charge de la dépendance (2.2).

2.1 La préparation des résidents au changement engendré par la restructuration : un nouveau cadre de vie à présenter.

Le directeur se doit de penser à la préparation des résidents, et de leurs familles, préalablement et tout au long des travaux, afin que leur arrivée dans de nouveaux locaux, la rencontre avec de nouveaux voisins et la présence d'un personnel que certains ne connaissent pas, ne soient pas déstabilisant au point de « se laisser aller », comme cela a été le cas dans certains établissements. Cette préparation des résidents passe à la fois par une préparation des conditions financières de l'hébergement futur (2.1.2) et par une préparation psychologique (2.1.3). Mais il s'agit avant tout de les préparer à une individualisation de la prise en charge, permise par ces nouveaux locaux (2.1.1).

2.1.1 La finalité principale du projet architectural : permettre une individualisation de la prise en charge des personnes âgées accueillies.

Même si un groupe de travail était en place pour mener une réflexion sur la restructuration, la rédaction du projet de vie par les équipes des deux maisons de retraite paraissait incontournable (A). Les locaux, tels qui sont envisagés dans le projet architectural à proprement parler, répondent donc à cette réflexion menée sur le projet de vie, à savoir comment envisager architecturalement la prise en charge future de personnes plus dépendantes ?(B)

- A) La rédaction du projet de vie par les équipes des deux maisons de retraite : une aide à l'élaboration du projet architectural.

« Le projet de vie aide à définir, en amont du projet architectural, les besoins locaux et les exigences architecturales »⁵². Il est essentiel que les équipes des deux maisons de retraite y participent pour une adhésion maximale du personnel au projet et une prise en compte de tous les résidents. Il est d'ailleurs à noter que la préparation des résidents diffère nécessairement selon la maison de retraite où ils demeurent : les résidents de la rue d'Ernée vont vivre les travaux au jour le jour et emménager dans des locaux réhabilités, alors que ceux de la rue de Fougères vont vivre un transfert important. Il faut donc éviter pour ces derniers un sentiment de déracinement.

Le projet de vie est une démarche qui cherche à restaurer, protéger et développer le plus possible la marge de choix de la personne, afin d'accroître sa qualité de vie. Mais une harmonie doit être bien sur recherchée entre le respect de l'autonomie de la personne et les réalités institutionnelles.

Le projet de vie reflète aussi le regard du personnel porté sur la dépendance, la manière dont il envisage son rôle et sa fonction vis-à-vis de la qualité de vie des résidents et l'évolution du rapport entre vie privative et vie institutionnelle.

En 2002, le Centre Hospitalier a lancé la démarche d'élaboration du projet de vie de la future maison de retraite, démarche dans laquelle le personnel s'est investi avec une réelle motivation.

Les différents thèmes retenus et développés par le personnel sont le fruit de l'auto-évaluation interne réalisée en 2001. Ils concernent :

- L'accueil et l'intégration du résident : l'accueil est un moment déterminant pour la qualité du séjour du résident, qui doit se sentir attendu et en sécurité. Etant interrompu pour le déroulement des travaux, le personnel insiste sur la nécessaire préparation de l'accueil dans les nouveaux locaux : visite préalable, questionnaire d'entrée pour le recueil des données, accueil par le personnel le jour de l'arrivée,

⁵² « Oasis ou forteresse ? Quelle architecture au service des personnes désorientées ? », A.PLAYE, architecte DPLG, 2001.

présentation aux autres résidents, remise du livret d'accueil, etc. L'intégration des résidents de la maison de retraite Fougères est une des priorités dégagées.

- L'animation et la vie sociale : elle est nécessaire tant pour maintenir l'autonomie du résident que pour permettre son intégration.
- La qualité de vie du résident : il s'agit de respecter l'identité, la dignité et l'intimité de la personne, de lui redonner un sentiment d'utilité, de respecter son rythme de vie, de favoriser les échanges et la convivialité, ou encore de créer des repères dans le temps et dans l'espace.
- Le maintien de l'autonomie du résident : le personnel insiste sur la nécessité d'accompagner la personne « en la laissant faire, sans faire à sa place » et sur la nécessité de disposer d'un outil individuel et plus adapté que la grille AGGIR.

Il apparaît, au cours de la lecture du projet de vie, que beaucoup d'améliorations seront rendues possibles par des locaux neufs et appropriés, notamment la salle spécifiquement prévue pour l'animation et la présence de différentes « maisonnées » qui favoriseront la convivialité et les échanges : « l'amélioration architecturale permettra aux personnes âgées d'atténuer certaines incapacités à se mouvoir et à se repérer dans l'espace avec une plus grande sécurité ».

Le projet architectural doit logiquement concorder avec les principales idées retenues dans le projet de vie par les équipes en mettant l'architecture au service du maintien de l'autonomie du résident...

- B) Le projet architectural ou comment mettre la restructuration architecturale au service du maintien de l'autonomie du résident.

Avant d'impulser auprès du personnel une véritable individualisation de la prise en charge, objectif principal du projet architectural, il paraît nécessaire que les résidents puissent tout simplement s'approprier ces nouveaux locaux et, finalité essentielle, se sentir chez eux.

Le projet architectural est l'outil fondamental de l'adaptation de la structure aux besoins des résidents. Les futurs locaux de la maison de retraite ont été pensés de manière à faciliter au maximum l'indépendance et le maintien de l'autonomie de la personne âgée accueillie. Ce projet recherche en réalité « l'esthétique d'une chambre d'hôte et la sécurité d'un concept médicalisé ».

Afin de prendre en compte au mieux les besoins des résidents présents aujourd'hui, l'ensemble de ce qui a été dit lors des réunions du groupe de travail sur la restructuration architecturale, constitué en 2001 et comportant la Directrice des soins du Centre Hospitalier de Vitré, les deux responsables et des agents des deux maisons de retraite actuelles, a donc été pris en compte pour l'élaboration du projet architectural.

Quelles sont les grandes caractéristiques principales du projet architectural de la maison de retraite ? En réalité le projet correspond en majeure partie à ce qui est préconisé en matière architecturale (voir première partie), aux priorités estimées par le directeur mais aussi aux idées dégagées par le groupe de travail en place. Voici une description des locaux prévus pour le bâtiment restructuré (a) et ceux de l'unité pour personnes désorientées (b). **(Annexes 3 et 6)**

a) *Récapitulatif des locaux prévus par étage pour le bâtiment qui sera restructuré :*

Etages	Type de locaux
NIVEAU R+3	Lieu de vie avec tisanerie, salon, balcon commun, 19 chambres dont 1 double.
NIVEAU R+2	Lieu de vie avec tisanerie, salon, balcon commun, 19 chambres dont 1 double.
NIVEAU R+1	Hall et accueil, bureau du cadre infirmier, poste de soins, salle de consultation, lieu de vie avec tisanerie, 19 chambres.
REZ-DE-CHAUSSEE	Unité de 15 lits (possibilité d'une deuxième unité pour personnes désorientées après), pressing, salon floral, salon d'esthétique...
NIVEAU R-1	Salle d'animation avec office, salle de culte, salle polyvalente...Terrasse et jardin
NIVEAU R-2	Poubelles, archives...

La maison de retraite comprendra une maisonnées par étage. Ce concept qui rejoint l'idée d'une petite unité de vie, consiste en une vingtaine de chambres disposées autour d'un « lieu de vie » principal. Le groupe de travail a voulu favoriser trois choses : la première est une prise en charge personnalisée par « une meilleure connaissance des

personnes » et « une relation soigné-soignant dans un climat d'échange et de confiance » ; la deuxième est une « ambiance familiale et chaleureuse » et la troisième est une entraide entre résidents, les plus autonomes pouvant venir en aide au plus dépendants.

Chaque maisonnée comprendra par conséquent une vingtaine de résidents maximum. Le nombre restreint de résidents permettra cette convivialité tout en gardant la possibilité pour la personne âgée d'avoir sa propre identité au sein du groupe. Ceci correspondant d'ailleurs à la finalité du domicile qui constitue « le lieu de l'identité personnelle et le lieu de l'identité sociale »⁵³.

Il faut éviter le sentiment de solitude de certaines personnes âgées, or ce n'est pas par le nombre qu'il peut être combattu mais par le sentiment d'appartenance, qui naît plus souvent d'ailleurs au sein d'un groupe restreint.⁵⁴ En effet, la petite taille d'une unité permet de combattre l'anonymat, de développer une vie participative⁵⁵. De plus, les petites unités de vie permettent de recueillir plus facilement l'avis des résidents via un questionnaire de satisfaction qui sera alors élaboré.

Il n'est bien sûr pas souhaité que les résidents soient répartis dans les unités par degré d'autonomie, se qui reviendrait à créer une sectorisation, voire une « ghettoisation ». De ce fait, l'ensemble de la structure sera conçue de manière à accueillir des personnes à mobilité réduite.

Le lieu de vie se veut être un espace polyvalent, tout comme au domicile d'ailleurs. Il constituera à la fois une salle à manger, un salon pour se détendre, une salle d'animation ou encore un lieu pour recevoir amis et famille. Il doit être chaleureux et d'une dimension raisonnable afin de favoriser cette convivialité qui permettra aux résidents de s'habituer plus facilement aux nouveaux locaux et de faire connaissance entre eux. Le lieu de vie jouera donc un rôle important dans l'intégration et l'adaptation des résidents à leur nouveau cadre de vie. Il permettra la prise des repas dans un cadre moins bruyant et plus convivial qu'aujourd'hui. La présence de la famille sera favorisée lors de ces moments.

⁵³ « Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées », R.Vercauteren, 2001.

⁵⁴ « Dépendance et vieillissement », B.Veysset, 1989, p.41.

⁵⁵ « L'unité de vie de proximité pour personnes âgées : entre l'aide à domicile et la structure collective », mémoire de N.Devals, 2002.

La «tisanerie», au sein du lieu de vie, permettra la participation des résidents à la cuisine au moment de l'animation (gâteaux, crêpes). Ceci favorise une fois encore la convivialité par la discussion autour de la tisanerie et l'odeur de la préparation culinaire.

La chambre sera individuelle et d'une superficie de 20 à 22m². A moins que l'établissement n'accueille un couple ou une personne âgée ne désirant pas être seule, une chambre double par étage étant prévue.

Il n'y aura plus de balcon puisque empiéter sur ceux-ci était le seul moyen d'agrandir les chambres, mais ces dernières resteront cependant très lumineuses. La personne accueillie pourra apporter son propre mobilier, dans la limite bien évidemment des règles de sécurité. Il sera également vivement conseillé à la personne ou à sa famille, d'apporter photos, bibelots ou cadres afin de personnaliser au maximum la chambre.

La visite d'une chambre à la maison de retraite La Bouexière a été organisée avec les membres groupe de travail sur la restructuration, le même architecte que celui de la maison de retraite de Vitré étant intervenu dans cet établissement. L'architecte nous proposait de voir en quoi la configuration de la chambre de manière à mettre le lit en diagonal pouvait changer la perception des choses. En effet, en entrant dans la chambre, un espace assez grand devant le lit permettait à la personne de se mouvoir facilement et de recevoir une visite. En passant devant la porte de la chambre restée ouverte, on ne voyait pas le lit de la personne, lui permettant ainsi de garder son intimité même si elle désirait maintenir sa porte ouverte.

Une salle de bains individuelle sera située dans chaque chambre, avec douche, wc et lavabo. Cette salle de bain sera accessible aux personnes handicapées. Ce qui est un progrès important par rapport à la maison de retraite actuelle. Le fait d'avoir une salle de bain suffisamment grande est primordial car le moment de la toilette est un des moments particuliers pendant lequel la personne peut s'apercevoir de la progression de sa dépendance.

Si la salle de bains est adaptée, la personne aura plus de facilité à faire les gestes qu'elle peut faire encore ou à refaire des gestes qu'elle ne fait peut-être plus dans la maison de retraite actuelle du fait de l'exiguïté des locaux ou du manque d'appui. La superficie de la salle de bains permettra aussi au personnel d'intervenir beaucoup plus facilement auprès des personnes âgées les plus dépendantes, et d'éviter ainsi les risques de chutes ou de contusions.

La salle d'animation aura plusieurs vocations. Elle permettra d'avoir un local bien identifié réservé à l'animation, ce qui n'est pas négligeable vu l'importance de cette pratique au sein d'un tel établissement, notamment pour favoriser le maintien de l'autonomie des personnes. Cette pièce va permettre aux résidents, qui seront dans les différents étages de descendre au rez-de-jardin pour une activité quelconque : cela permet d'éviter un isolement de la personne dans l'unité où elle demeure et de prévoir une sortie dans l'après-midi. Cette salle est aussi le moyen d'éviter un cloisonnement entre les unités en permettant aux résidents de rencontrer d'autres personnes que celles présentes au sein de la même maisonnée qu'eux. Enfin, cette espace polyvalent permettra aussi l'organisation de fêtes, la venue de chorales ou de danseurs bretons, l'organisation de repas à thème, etc. Les familles pourront y être accueillies ainsi que des groupes extérieurs dans le cadre de partenariat avec des établissements voisins : les échanges interétablissements, c'est-à-dire avec d'autres maisons de retraite seront facilités tout comme les échanges intergénérationnels avec la venue des élèves des écoles de Vitré...Cela contribuera à maintenir ou renforcer les liens sociaux et par là même l'autonomie sociale des résidents.

L'accueil / le hall est aussi important à prendre en compte car il reflète à la fois l'image de l'établissement, la première impression du résident et de sa famille lors de son arrivée et l'ouverture de la maison de retraite sur l'extérieur. Il doit inciter la venue de personnes extérieures et la sortie des résidents vers les jardins, le centre ville ou la maison de santé. Ce lien avec la maison de santé est important dans la mesure où il permettra la réalisation d'animations communes, ou encore l'accès à différents services : salon de coiffure, salle de kinésithérapie. L'établissement aura, contrairement à aujourd'hui, une entrée principale bien identifiée, constituant un endroit dynamique.

Les locaux ont été souhaités clairs et ouverts sur l'extérieur afin d'assurer le bien-être des résidents et de stimuler leur sens et leur activité intellectuelle. Il paraît important d'exploiter le potentiel extérieur du bâtiment à savoir d'une part, une large vue sur la vallée, la rivière et les jardins potagers, d'autre part, l'activité de la maison de santé et enfin, l'implantation de l'établissement au cœur de la cité.

Des services, comme le « relais blanchisserie, seront proposés aux résidents. Les personnes âgées ou leurs familles pourront y apporter le linge personnel et le récupérer. Il s'agit d'une boutique, donnant à l'établissement l'image d'un village et surtout permettant au résident de maintenir ou de développer une fois encore son autonomie. C'est ainsi l'établissement qui s'adapte à la personne âgée accueillie et non l'inverse...

Les jardins extérieurs seront aménagés afin d'inciter les résidents à sortir de l'établissement, toujours dans un objectif de décloisonnement, de rencontre et de convivialité. Entre la maison de santé et la nouvelle maison de retraite, il y aura une « place publique », dotés de parkings, d'arbres et de bancs, une fois encore pour inciter les résidents à sortir de l'établissement, à rencontrer du monde...

Le choix du mobilier a également toute son importance. Concernant la chambre et afin de favoriser le confort, le maintien de l'autonomie du résident et l'ergonomie au travail pour le personnel, il est indispensable que les lits soient électriques. La chambre sera aussi dotée d'un chevet, d'un bureau avec une chaise, d'un fauteuil de repos et d'un placard. Le mobilier doit être chaleureux par ses couleurs et au goût des personnes âgées. Enfin l'équipement mobilier doit permettre l'installation d'objets personnels (cadres, photos, bibelots...), voire la présence de meubles personnels (fauteuil, chevet...), toujours dans un objectif de personnalisation de la chambre.

Les lieux de vie doivent être également chaleureux et confortables, étant donné leur caractère polyvalent : repas, goûters, animation, détente, les personnes âgées de la maisonnée y passant une partie de leur journée. Des fauteuils de repos dans un coin salon avec la télévision permettront aux résidents de se détendre ou de recevoir amis et famille. Des tables rondes de quatre à cinq personnes pour manger, favoriseront la discussion. Le fait pour le résident d'être à table avec peu de personnes lui permettra probablement d'être plus détendu, moins observé que dans un grand réfectoire. Cela lui permettra aussi de prendre son temps pour manger puisque le personnel, face à des résidents moins nombreux, pourra aider chaque résident à manger, « sans faire à sa place ». Il y aura d'ailleurs une meilleure connaissance de chaque résident, puisqu'ils ne seront plus qu'une vingtaine. Les personnes âgées vont arriver en établissement de plus en plus âgées et donc dépendantes, et y séjourneront moins longtemps : le personnel devra alors s'adapter rapidement à chaque nouvelle personne, ce qui semble facilité par le concept de maisonnée.

b) L'unité pour personnes désorientées : la nouvelle construction.

La particularité de cette unité est avant tout qu'elle devra allier le bien-être de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, donc particulièrement sensibles à leur environnement, aux changements qu'ils peuvent vivre, et leur sécurité. Ses résidents auront en effet tendance, du fait de leur déambulation, à fuguer. Or, le niveau d'agitation des résidents est très dépendant des caractéristiques architecturales et

environnementales. « Le sujet atteint de démence a besoin d'une architecture adaptée à ses besoins, tout en tenant compte de la sécurité et d'une atmosphère évocatrice du chez soi »⁵⁶.

Cette unité comportera 15 chambres individuelles avec salles de bain individuelles. Les chambres seront là aussi disposées autour d'un lieu de vie central. Des puits de lumières descendant du plafond, permettront d'obtenir un maximum de lumière naturelle. L'éclairage sera plus important vers le lieu de vie pour favoriser la venue des personnes vers cet endroit qui se veut convivial mais aussi thérapeutique, notamment à travers la préparation des repas. La signalétique, l'identification des chambres par les noms ou photos sur les portes ou encore les couleurs apporteront aux résidents des repères spatiaux, par la stimulation visuelle.

Il est également prévu la création de trois places d'accueil de jour au sein de cette unité pour des personnes désorientées, afin de répondre à la demande départementale en la matière (voir « offre locale » p. 30).

Des jardins sécurisés seront spécifiquement aménagés afin de permettre la déambulation et la sensation pour les résidents d'être libres, tout en étant dans un endroit conçu pour assurer leur sécurité. L'entrée et la sortie des résidents de l'unité seront sécurisées, tout comme l'accès à la salle de soins.

A travers ces espaces, les différents principes architecturaux dont j'ai pu parlé dans la première partie (voir p.24) sont regroupés pour permettre le bien-être de la personne âgée mais aussi sa sécurité. L'important est que la personne se sente chez elle, que les locaux soit adaptés à sa dépendance et favorisent le maintien de son autonomie :

- La chambre constitue un lieu privatif ou l'intimité de la personne doit être respecté. La superficie et la luminosité permet un déplacement plus facile pour la personne. La décoration personnelle de la chambre permet une appropriation des lieux.
- La salle de bain est totalement adaptée à une personne dépendante.
- Le lieu de vie favorise la convivialité, évite l'isolement des personnes, permet une réelle proximité du personnel.
- L'établissement favorise les liens sociaux avec l'extérieur : accueil bien identifié, ouverture sur la ville et la maison de santé.

⁵⁶ « Objectifs des unités de soins spécialisées dans la démence », expérience américaine, L. VOLICER.

Après avoir montré en quoi ces nouveaux locaux permettront une prise en charge satisfaisante de résidents dépendants physiques et/ou psychiques (adaptation et confort matériels, convivialité, prise en charge soignante individualisée), il convient de déterminer comment ils vont être financés, étant donné l'impact des travaux sur le prix hébergement à la charge du résident...

2.1.2 La préparation financière de l'opération ou l'influence des travaux sur le prix journalier à la charge du résident.

Lors d'une restructuration, il ne s'agit pas seulement de mener à bien le projet architectural mais aussi d'en prévoir les modalités financières et d'envisager surtout la contrainte du prix hébergement pour le résident.

L'entrée dans la réforme de tarification et la signature de la convention tripartite incitent l'établissement à se projeter financièrement sur 4 ou 5 ans. En l'occurrence, des projections budgétaires sur la période 2004-2008 ont du être réalisées.

Ces projections budgétaires pluriannuelles sont importantes de deux points de vue. Tout d'abord, elles permettent de prévoir et de répartir les charges sur les trois sections : hébergement, dépendance, soins, et de donner une idée sur le prix qui sera supporté par le résident pendant les travaux et au jour de l'ouverture. Ensuite, elles constituent un point de négociation particulier avec les autorités de contrôle. Le département, comme l'état, doit donner son accord sur les coûts présentés par l'établissement : ceci conditionne la réalisation du projet et par conséquent l'avenir de l'établissement.

Pour la réalisation de ces projections budgétaires, il suffit de reprendre les données du compte administratif 2003, et d'y ajouter, pour chaque année, les mesures nouvelles, en les imputant sur les sections correspondantes : hébergement, dépendance ou soins (**Annexe 7**). Ces projections sont réalisées à coûts constants.

Concernant la section dépendance, il est indispensable d'intégrer dans ces projections l'évolution du degré de dépendance de la population accueillie, autrement dit du GMP. Il est donc tenu compte du GMP moyen du département pour un EHPAD, c'est-à-dire

570.30⁵⁷, pour simuler celui de la maison de retraite de Vitré, futur EHPAD, au moment de son ouverture, en 2008. Ainsi, il est possible d'envisager approximativement le montant du talon dépendance qui sera à la charge du résident en 2008 : environ 4 euros (en 2004, il s'élève à 3.17 euros).

Concernant la section soins, les choix opérés en la matière n'ont pas de conséquence majeure pour le résident. Le fait de choisir l'option de la pharmacie à usage intérieure (PUI), à savoir celle du Centre Hospitalier de Vitré, n'a pas d'autre incidence que celle de faciliter la fourniture des médicaments ou du petit matériel médical et leur prise en charge financière. Le choix d'un tarif partiel est aussi opéré : le résident rémunérera toujours son médecin traitant, comme il le fait aujourd'hui.

La section qui doit être appréciée de manière plus approfondie, vu son incidence financière sur les résidents, est la section hébergement. La particularité du secteur personnes âgées est que le résident finance en partie le projet de construction ou de restructuration de l'établissement où il demeure. En effet, la part du financement de l'opération laissée à l'établissement, c'est-à-dire hors financements accordés par les autorités de contrôle ou autres partenaires, doit être prise en charge par l'emprunt bancaire. Or, les charges financières résultant de ces emprunts contractés sont imputées uniquement sur la section hébergement, autrement dit celle qui va déterminer le prix journalier lié à l'hébergement finalement payé par le résident : plus les emprunts bancaires sont élevés, plus les charges financières et le montant à la charge du résident au moment de l'ouverture le sont aussi.

Pour connaître le montant des emprunts à contracter par l'établissement, il suffit de déduire les montants accordés par les différents financeurs du montant total des travaux : financement accordé au titre du contrat de plan état - région - département pour la partie maison de retraite, financement accordé par le conseil général pour l'unité spécialisée pour personnes désorientées, prêt sans intérêt par la CRAM. La négociation avec les partenaires est par conséquent un enjeu fondamental pour ensuite alléger au maximum le prix hébergement supporté par le résident.

Cependant, la certitude d'obtenir les financements escomptés ne va pas toujours de soi. La maison de retraite du Centre Hospitalier de Vitré, comme d'autres établissements,

⁵⁷ « Les établissements sociaux et médico-sociaux », Cahiers techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°133, juillet 2003, p.55

attend avec impatience des informations concernant le contrat de plan état-région, car sans ce financement, l'établissement devra recourir à l'emprunt pour le montant correspondant. Des charges financières supplémentaires à celles prévues au départ devront au final être supportées par les résidents.

Une fois ces différents financements déduits, il est nécessaire, pour le montant restant, de réfléchir à la planification des emprunts bancaires. Il faut prendre en compte l'importance des emprunts déjà contractés et imputés sur le budget de l'établissement, afin de ne pas limiter sur le long terme la capacité d'autofinancement de la maison de retraite. Puis il faut envisager le montant du taux d'emprunt, la nature de ce taux (fixe ou variable) et la durée de l'emprunt.

Une opération de restructuration-construction nécessite aussi d'envisager le montant des amortissements immobiliers et mobiliers, qui seront également imputés sur la partie hébergement et au final supportés par le résident. L'amortissement immobilier sera ici étalé sur 40 ans et l'amortissement mobilier sur 10 ans. Là aussi, un bilan des amortissements engagés sur le budget de la maison de retraite doit être réalisé.

Le prix hébergement laissé à la charge du résident doit être raisonnable pour plusieurs raisons. Premièrement, les résidents actuels ne doivent pas supporter un tarif trop élevé par rapport à celui qu'ils connaissent aujourd'hui, au quel cas ils ne pourraient peut-être plus rester dans l'établissement. Deuxièmement, si ce prix évolue trop vite d'ici 2008, les résidents et/ou leurs familles pourraient décider de changer d'établissement face à un prix hébergement trop élevé par rapport au désagrément occasionné par les travaux (poussière, bruit, transferts...). L'établissement doit aussi pouvoir maintenir un taux d'occupation suffisant. Les personnes âgées désirant entrer en maison de retraite ne doivent donc pas être découragées par un prix injustifié.

Au final, le prix hébergement doit faire l'objet d'une autorisation par le Conseil général d'Ille-et-Vilaine, qui chaque année fixe le montant du prix hébergement journalier des établissements du département. Il opère un rapprochement bien sur avec des établissements semblables dans le département d'Ille-et-Vilaine mais surtout, il veille particulièrement à l'adéquation « montant du prix journalier hébergement / qualité de la prise en charge proposée ». Qualité de la prise en charge qui passe en premier lieu par la qualité des nouveaux locaux, mais aussi des services proposés à la personne âgée : relais pressing, salon d'esthétique...

L'encadrement par des professionnels qualifiés et en nombre suffisant face à la prise en charge de la nouvelle dépendance des résidents est aussi un facteur incontournable. Selon la qualification du professionnel, son financement sur le budget de la maison de retraite sera imputé sur l'hébergement, la dépendance ou le soin. Il est par conséquent nécessaire de connaître notamment la répartition des postes entre aide-soignants (AS) et agents des services hospitaliers (ASH), afin de noter, une fois encore, l'incidence sur le prix hébergement payé ensuite par le résident.

Imputation des postes sur les sections tarifaires⁵⁸ :

	hébergement	dépendance	soin
IDE			100 %
AS / AMP		30 %	70 %
ASH	70 %	30 %	
Psychologue		100 %	

Un travail de réflexion doit être mené avant d'envisager définitivement des créations de postes. En effet, tout en prenant en compte leur incidence sur le prix hébergement supporté par le résident, il est nécessaire d'envisager le nombre et la qualification du personnel en lien avec les objectifs engagés dans la convention tripartite pour une démarche qualité. Il doit donc être tenu compte de l'augmentation générale du degré de dépendance des personnes accueillies, des axes dégagés dans le projet de vie et de la future organisation du travail en maisonnées. Au final, il a été décidé que seraient créés 1.92 ETP d'IDE, 6.79 ETP d'AS et 5 ETP d'ASH. A noter toutefois, que les effectifs ont toujours été maintenus malgré la baisse du nombre de résidents ces derniers mois, augmentant ainsi les ratios d'encadrement. La création d'un poste de psychologue est également demandé au titre de la signature de la convention tripartite, afin d'accompagner les résidents, notamment ceux de l'unité spécialisée.

En résumé, le prix hébergement ne doit pas être trop élevé pour permettre l'accessibilité de la personne âgée (même si elle peut bénéficier de l'aide sociale), mais doit être suffisamment élevé pour financer les travaux, les créations de postes et l'équipement mobilier. De plus, un équilibre doit être opéré entre l'hébergement et le soin, notamment

⁵⁸ « La réforme financière des EHPAD depuis l'Allocation Personnalisée d'Autonomie », J-C.DELNATTE et J-P.HARDY, ENSP, 2002.

par le travail de répartition des postes, afin que les deux autorités de contrôle, respectivement le Conseil général et la DDASS, adhèrent à ces projections.

Au final, le prix hébergement approximatif que supportera le résident en 2008 sera supérieur de 10 euros par jour environ au prix actuel (qui est de 32.62 euros en 2004). Cette hausse peut paraître importante, surtout pour les résidents actuels. Cependant, le prix journalier hébergement moyen d'un EHPAD en Ille-et-Vilaine, était déjà de 40.95 euros⁵⁹ en 2002. Celui des deux maisons de retraite est donc particulièrement bas par rapport à leurs établissements voisins. De plus, la plupart des résidents de la maison de retraite Fougères bénéficient de l'aide sociale, le financement de leur hébergement revenant par conséquent en grande partie au Conseil général.

Il est recommandé d'engager la discussion de cette question avec les familles lors des réunions du conseil de la vie sociale, instance de représentation et surtout de participation des résidents et des familles des deux maisons de retraite. Les représentants des familles ont en effet abordé la question du futur prix de journée lors du dernier conseil d'établissement⁶⁰. Le conseil de la vie sociale, mis en place en juin 2004, se réunira pour la première fois en septembre 2004. Il serait bon que cette question soit alors à l'ordre du jour pour deux raisons : d'une part, une visite des représentants du conseil général est organisée fin Septembre 2004 au sein de la maison de retraite Ernée avec pour objectif la validation des projections budgétaires et des objectifs de qualité fixés par l'établissement, d'autre part, les travaux concernant la construction de l'unité pour personnes désorientées commenceront début 2005.

Si la préparation financière du projet est primordial surtout pour connaître le prix hébergement qui sera supporté par le résident, il est une autre préparation plus complexe mais aussi nécessaire : la préparation psychologique des résidents actuels et futurs.

⁵⁹ Les établissements sociaux et médico-sociaux, Cahiers techniques du Pôle Action Sociale DAS 35, n°133, Juillet 2003, p.55.

⁶⁰ Le Conseil de la Vie Sociale remplace aujourd'hui l'ancien Conseil d'établissement mais garde la même fonction à savoir permettre la représentation et la participation des résidents et de leur famille pour débattre de toute question relative à la vie de l'établissement. Décret n°2004-287 du 25 Mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L311-6 du Code de l'action sociale et des familles.

2.1.3 Une préparation psychologique des résidents fortement souhaitable pour la réussite complète du projet.

L'opération de restructuration-construction de la maison de retraite «Ernée » est une opération d'une telle ampleur, qu'il serait inconcevable de ne pas penser à la préparation psychologique des résidents (A). Cette préparation est nécessaire pour les résidents actuels avant tout, mais aussi pour les résidents futurs, à travers l'élaboration d'une procédure d'accueil organisée et formalisée (B).

A) Un travail d'anticipation psychologique des résidents présents avant tout.

Dès aujourd'hui, il ne peut être fait l'économie d'une préparation psychologique des résidents à ce nouvel établissement (a). L'animation apparaît alors comme un outil fondamental de cette préparation, puisque si elle est réalisée à des fins de loisirs, elle peut aussi être utilisée à des fins thérapeutiques (b).

a) *Pourquoi une préparation psychologique des résidents ?*

Il est bien évident que l'entrée en établissement est déjà, à l'origine, un bouleversement important pour les personnes âgées, qui estiment souvent avoir été déracinées en quittant leur domicile. Cette arrivée en établissement est encore plus traumatisante lorsqu'elle n'a pas été décidée par la personne âgée elle-même, et malheureusement c'est ce qui se passe dans la majorité des cas... La Charte des droits et libertés de la Personne Agée Dépendante⁶¹ stipule pourtant dans son article 2 que « le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adaptée à ses besoins ».

Le gériatre du Centre Hospitalier m'expliquait qu'il s'agit pour la personne âgée de « faire le deuil d'une vie pour accepter de vivre en collectivité, avec les contraintes institutionnelles que cela entraîne ».

Dans le cas des maisons de retraite du Centre Hospitalier de Vitré, il s'agit d'un double enjeu : les résidents de la maison de retraite Ernée vont connaître les travaux et leur désagrément, puis découvrir de nouveaux locaux, alors qu'avant de les découvrir, les

⁶¹ Charte rédigée en 1997 par la fondation nationale de gérontologie et réactualisée en 1999.

résidents de la maison de retraite Fougères vont connaître un transfert et devoir être acceptés par un nouveau personnel et des nouveaux voisins.

Il est important d'éviter une perte de repères brutale pour ces derniers. Par conséquent, seront organisées des visites sur site pour les personnes qui le souhaiteront, afin d'aider les résidents à se projeter dans de nouveaux lieux de vie.

L'ensemble des résidents sera tenu informé de l'avancement des travaux par le biais de réunions préparatoires et il sera répondu à leurs questionnements au fur et à mesure pour éviter angoisses ou imaginations démesurées.

Les familles seront aussi informées par le biais du Conseil de la Vie Sociale ainsi que d'autres réunions ponctuelles, l'intégration de la famille dans le projet thérapeutique étant essentielle⁶².

Afin de ne pas perturber davantage les résidents actuels, aucun transfert des résidents de la maison de retraite Fougères ne sera effectué avant la fin de la restructuration.

Un des agents de la maison de retraite Fougères me disait que la plus grande difficulté de cette préparation est l'acceptation des résidents de cet établissement, étant donné les troubles psychiatriques qu'ils présentent, par les résidents de la maison de retraite Ernée. Il paraît cependant très valorisant, selon elle, que les résidents déménagent dans l'établissement restructuré, afin de vivre dans des locaux plus agréables et d'être en plein cœur de la ville. C'est un projet qui vient bousculer leur vie, de manière positive : certains pensent déjà à l'aménagement de leur future chambre...

Dans le projet de vie rédigé en 2003, le personnel anticipe la préparation psychologique des résidents de la maison de retraite Fougères, qui pourraient vivre ce déménagement comme un déracinement, ainsi que le changement des habitudes à opérer par le personnel et les résidents rue d'Ernée pour les accueillir. C'est donc un esprit de coopération et d'adaptation qui est mis en avant.

Les équipes prévoient de prendre en compte les difficultés d'adaptation et/ou d'intégration de chaque personne âgée, quelle que soit sa dépendance. Un bilan d'intégration sera

⁶² « Les relations familiales et sociales des personnes âgées en institution », Drees études et résultats, n°35, Octobre 1999.

effectué en équipe, quelques mois après l'arrivée de la personne, en recueillant son avis et celui de ses proches.

Enfin, la création d'un poste de psychologue est demandé au titre de la signature de la convention tripartite afin d'accompagner au mieux les résidents. Mais en attendant, la préparation du résident peut aussi passer par un autre outil : l'animation...

b) *Favoriser l'animation, outil fondamental de cette préparation psychologique.*

Il faut, dès aujourd'hui, prévoir et faciliter la future cohabitation entre les résidents des deux maisons de retraite. Cela passe notamment par l'organisation d'animations communes. En effet, les changements nécessaires passent toujours plus facilement et naturellement par le biais de l'animation. L'animation, toujours proposée sans jamais être imposée, répond aux besoins fondamentaux suivants : s'occuper en vue de se réaliser, apprendre, se recréer.

Le rôle de l'animatrice actuelle est donc fondamental, mais aussi celui du personnel qui accorde déjà beaucoup d'importance à l'animation. Par exemple, à la maison de retraite Fougères, le personnel (même en l'absence de l'animateur pendant plusieurs mois l'année dernière) organise la kermesse annuelle ou encore des barbecues. Cette implication du personnel permet de maintenir cette convivialité, cette ambiance chaleureuse que l'on ressent en entrant dans ces deux maisons de retraite, malgré la vétusté des locaux.

Les échanges intergénérationnels et interétablissements permettent dès aujourd'hui d'ouvrir la maison de retraite sur l'extérieur pour favoriser le lien social.

Au moment où tous les résidents seront présents, c'est-à-dire en 2008, l'animation sera aussi le moyen pour eux de rencontrer les résidents des unités voisines, qu'ils connaissent ou qu'ils ne connaissent pas. Pour éviter ce sentiment de solitude trop souvent fréquent chez les personnes âgées, même en institution, ces temps d'animation seront essentiels.

Ce constat confirme l'idée que l'adaptation des locaux est indispensable mais insuffisante si elle n'est pas accompagnée d'un dynamisme humain, relationnel. Si la préparation psychologique des résidents actuels est anticipée, il faut cependant penser également à l'accueil des futurs résidents...

B) Redonner une place fondamentale à l'accueil.

Les personnes âgées étant plus dépendantes, la durée moyenne de séjour (DMS) en EHPAD sera à l'avenir moins importante⁶³ et le taux de « renouvellement » plus important au sein des établissements. Il est donc nécessaire d'anticiper ce « renouvellement » régulier des personnes accueillies. Cette anticipation passe à la fois par une nouvelle image donnée à la maison de retraite Ernée, une préparation de l'accueil de manière plus formelle et le développement d'une coordination locale.

a) *Donner une nouvelle image de la maison de retraite « Ernée »*

L'accueil occupe une place fondamentale tant il va pouvoir déterminer l'image qu'aura la personne âgée et sa famille de la maison de retraite et le bien-être futur de la personne accueillie au sein de l'établissement. Or le phénomène de « placement » est encore présent aujourd'hui, puisque la personne âgée ne choisit pas, la plupart du temps, son entrée en établissement.

L'image de la personne âgée à l'égard de l'institution est majoritairement négative si l'on en croit les études menées sur les représentations sociales de l'institution du point de vue des résidents comme de celui des familles⁶⁴ (**Annexe 8**). Il s'agit par conséquent aujourd'hui de redorer l'image de l'établissement, notamment celle de la maison de retraite Ernée qui était, par son architecture, en retrait sur le site personnes âgées. D'un point de vue architectural, donner une véritable identité à l'établissement passe en premier lieu par une nouvelle place accordée à l'entrée principale de l'établissement. Elle doit être conviviale, incitative et surtout bien identifiée. Les aménagements extérieurs et surtout le caractère attractif du hall d'entrée pour les résidents et les visiteurs, permettront cette meilleure identification.

Un nouveau nom devra aussi être trouvé pour la maison de retraite Ernée qui n'est pour l'instant qualifiée que par le nom de la rue où elle est implantée. Ayant assisté à quelques réunions sur le projet de vie, il semble que ce soit un point important pour les équipes. Plus qu'un simple nom, cela valorisera la place de la maison de retraite au sein du Centre

⁶³ Cahiers techniques du Pôle Action Sociale DAS 35, n°132, Tome 1, Juillet 2003, p. 28-29.

⁶⁴ « Représentations préalables à l'entrée en institution pour la personne âgée et sa famille », Gérontologie n°125, p.35.

Hospitalier et indirectement, le travail des équipes, notamment par rapport à la maison de santé qui s'appelle « La Gautrays ».

Il a donc été évoqué, lors du dernier conseil d'établissement, de commencer à réfléchir au nom possible de la future maison de retraite. Pour ce faire, l'animatrice va saisir l'opportunité de demander leur avis aux résidents lors des animations, de lancer un appel aux idées en quelque sorte, au sein des deux maisons de retraites (pour impliquer tout le monde dans la démarche). Cependant, donner une nouvelle image à l'établissement ne suffira pas si l'accueil n'est pas davantage formalisé...

b) Formaliser l'accueil à la maison de retraite

Il est nécessaire d'élaborer un livret d'accueil, provisoire dans un premier temps puis définitif lors de l'ouverture de l'établissement restructuré, c'est-à-dire en 2008. Les personnes demeurant chez elles ou dans un autre établissement et désireuses de pouvoir rejoindre la maison de retraite Ernée, ainsi que leur famille, doivent pouvoir recueillir aisément un maximum d'informations sur la structure, via le livret d'accueil. Il est bien sûr difficile d'élaborer définitivement la forme du document avant que les travaux ne soient complètement finis, mais concernant le fond du document, il sera possible de constituer un groupe de travail bien avant 2008. Cette constitution étant nécessaire à l'appropriation du document par le personnel.

Ce livret d'accueil doit comporter différents éléments d'informations :

- La présentation des structures du Centre Hospitalier de Vitré.
- La vie institutionnelle de l'établissement
- Un organigramme présentant, autour du résident, les différents intervenants de la maison de retraite.
- Une fiche « admission » prévoyant les modalités d'inscription, de tarification.
- Une fiche « déroulement de votre séjour » présentant les différents services à disposition du résident et l'organisation de l'établissement.
- Une fiche « vos droits et devoirs »
- Une fiche « animation », rédigée par l'animatrice et récapitulant les activités et échanges proposés.
- La liste du trousseau (vêtements et accessoires utiles)

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et celle, plus récente, de la personne accueillie⁶⁵ seront annexées à ce livret d'accueil afin que la personne âgée connaisse ses droits et devoirs. Il en est de même pour le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le questionnaire de satisfaction.

Un protocole d'accueil devra être rédigé par les équipes des deux maisons de retraite et leurs deux responsables. Cette rédaction permettra par la même occasion de poser les bases d'un travail commun, qui sera leur quotidien ensuite. Ce protocole devra prévoir, étape par étape, l'entrée de la personne âgée dans l'établissement : pré-inscription, inscription sur liste d'attente, visite et présentation préalable des lieux (une chambre, un lieu de vie), remise du livret d'accueil, admission définitive à partir d'un questionnaire d'entrée sur les données administratives, médicales et familiales du résident, le jour de l'arrivée, l'intégration...

Il est constaté aujourd'hui que dans 52% des cas la personne âgée n'est pas au courant de son inscription !⁶⁶ Cette absence de préparation à l'entrée en structure s'accroît avec la dépendance de la personne âgée, ou sa perte d'autonomie, alors même que la personne souffrant par exemple de troubles spatio-temporels nécessiterait autant, voire peut-être davantage, une préparation psychologique à l'entrée en établissement. Le maintien du droit à l'autodétermination de la personne âgée reste fondamental.

Gérard BRAMI, dans son livre intitulé « La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », estime même, de manière plus pessimiste, qu'« il n'y a de vie heureuse que si elle est consentie et l'entrée en institution constitue un bouleversement que le meilleur accueil ne peut effacer ni transformer ». Pourtant il est évident que ce dernier doit être tout de même réfléchi et organisé tant il constitue la clé d'une bonne intégration du résident au sein de l'établissement.

Les équipes, qui ont bien conscience que « la prise de contact avec l'établissement d'accueil est un moment déterminant pour la qualité du séjour », ont choisi « l'accueil et l'intégration du résident » comme un des quatre axes fondamentaux développés dans le projet de vie. Elles insistent sur le jour de l'arrivée du résident et sur son intégration. Elles expliquent l'importance pour la personne âgée de se sentir attendue et la nécessaire disponibilité du personnel pour la « présenter aux autres résidents au moment du repas »,

⁶⁵ Arrêté du 8 septembre 2003 « Charte des droits et libertés de la personne accueillie », JO du 9 octobre 2003.

« l'aider à créer ses nouveaux repères », etc. Si le personnel a un rôle indéniable à jouer au moment de l'accueil, il est aussi possible d'optimiser ce moment en développant la coordination locale...

c) *Développer la coordination locale.*

Afin d'anticiper et de préparer l'accueil de nouveaux résidents, il est, selon moi, indispensable que soit mis en place une coordination locale entre les différents intervenants auprès des personnes âgées. Il s'agit aussi bien d'une coopération avec d'autres établissements (maisons de retraite, foyers logement, centres hospitaliers...) que de services pour personnes âgées (service de soins infirmiers à domicile, aides ménagères...).

Cette coordination passe essentiellement par des contacts réguliers avec le CLIC local. Le CLIC a pour mission d'informer et d'orienter les personnes âgées et leurs familles sur l'offre proposée au niveau local, pour le maintien à domicile comme pour l'entrée en établissement.

Une personne âgée et sa famille doivent en effet pouvoir aisément se renseigner ou visiter la maison de retraite Ernée pour envisager sereinement la solution de l'entrée en établissement. Il peut s'agir d'une personne âgée qui ne veut plus ou ne peut plus rester à son domicile, comme il peut s'agir d'une personne âgée hébergée en maison de retraite désireuse de rejoindre sa ville d'origine ou celle de ses proches. Enfin, il peut s'agir d'envisager l'avenir après un séjour en Centre Hospitalier suite à une intervention chirurgicale ou une chute à domicile.

Il est par conséquent important que la liste des places disponibles à la maison de retraite Ernée soit communiquée au CLIC et qu'il y ait des contacts réguliers avec d'autres maisons de retraite environnantes, notamment par le biais d'une convention de coopération. Un temps d'assistante sociale peut aussi améliorer cette coordination.

Tout doit être mis en œuvre pour éviter un bouleversement psychologique à la personne âgée présente aujourd'hui ou accueillie prochainement. La prise de conscience de l'enjeu de ce changement par le personnel est donc fondamentale ici et il semble que cela soit le cas, notamment grâce à la réflexion menée sur le projet de vie. En plus de devoir

⁶⁶ Cahiers techniques du Pôle action sociale DAS 35, n°132, juillet 2003, p 26.

préparer les résidents, le personnel doit lui aussi se préparer à un changement de cadre de travail, qui n'est pas toujours aussi évident à envisager tant il demande une prise de recul sur l'exercice de ses fonctions...

2.2 La préparation du personnel à la restructuration architecturale : une nouvelle organisation du travail à impulser.

La restructuration architecturale de la maison de retraite va permettre, en plus d'améliorer le confort et la prise en charge des résidents, d'améliorer les conditions de travail du personnel. L'arrivée dans de nouveaux locaux ne suffit pas à mettre naturellement en place cette nouvelle organisation du travail. Il est nécessaire d'intervenir sur différents points afin que celle-ci réponde à une prise en charge de résidents plus dépendants. Il s'agit tout d'abord d'anticiper la qualification et la formation du personnel (2.2.1), d'instaurer une nouvelle organisation des soins (2.2.2) et enfin de favoriser la communication et la valorisation du travail du personnel (2.2.3). Donner les moyens au personnel de s'adapter à cette nouvelle dépendance est, selon moi, indispensable pour qu'il adhère pleinement au projet...

2.2.1 Anticiper la qualification et la formation du personnel

Avant de planifier les différentes formations d'adaptation nécessaires au personnel pour prendre en charge de manière satisfaisante un public âgé (B), il paraît nécessaire de prévoir les différents moyens d'anticiper la qualification et la formation du personnel (A).

A) Prévoir les moyens d'anticiper la formation des agents

« Les formations proposées aux personnels, leur qualification et les nouveaux métiers ont constitué les trois supports majeurs de l'amélioration qualitative de nos résidences »⁶⁷. C'est dire l'enjeu de l'anticipation de cette qualification-formation du personnel...

Si l'on se réfère aux données concernant le personnel actuel des deux maisons de retraite, on s'aperçoit que les Agents de Services Hospitaliers (ASH) n'ont pas suivi de

⁶⁷ « La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », G.BRAMI, 1997.

formation initiale particulière sur la prise en charge des personnes âgées et que les Aides-Soignantes (AS) n'ont pas suivi de formation continue spécifique à la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

Au regard de l'accroissement général du degré de dépendance des résidents présents aujourd'hui mais aussi de ceux qui seront accueillis à partir de 2008, il paraît nécessaire d'anticiper la qualification-formation du personnel.

Cette anticipation passe par deux étapes essentielles : d'une part, vérifier la qualification initiale des agents au moment de leur recrutement (a) et d'autre part, prévoir la formation professionnelle continue du personnel (b), permettant d'améliorer au fur et à mesure la qualification des agents.

a) *S'assurer de la qualification et de l'expérience du personnel recruté.*

En premier lieu, au moment du recrutement de nouveaux agents, il est nécessaire d'accorder plus d'importance à leur qualification initiale et à leur expérience, pour que celles-ci répondent pleinement à la prise en charge de personnes âgées dépendantes. Par exemple, l'animatrice des deux maisons de retraite a été recrutée fin 2003. Lors de l'organisation de son recrutement, le projet de restructuration architecturale a été intégré aux réflexions. Le candidat devait faire preuve de sa volonté de travailler en équipe, ainsi que de sa manière d'appréhender la dépendance physique et psychique des personnes âgées accueillies. Son expérience avec des personnes âgées était requise et surtout, comme en l'espèce, son expérience avec des personnes présentant des troubles psychologiques.

Il paraît essentiel de s'attacher à recruter des personnes dotées au moins d'un Brevet d'Etudes Professionnelles « sanitaire et social » pour occuper la profession d'ASH. Le choix de stage sur le site « personnes âgées » et l'évaluation positive de ce stage sont également des critères de choix qui permettront une prise en charge future plus adaptée voire un engagement plus sérieux de l'agent.

Le recrutement d'une aide médico-psychologique, en qualité d'AS, est aussi une solution à envisager, même si ce diplôme n'est pas encore très répandu dans le domaine sanitaire.

b) *Anticiper la formation professionnelle continue des agents.*

Selon l'article 1^{er} du Décret n°90-319 du 5 avril 1990⁶⁸, la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière « a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale face à l'évolution culturelle, économique et sociale ». Selon l'article 2 de ce même décret, « cette formation prend la forme d'actions organisées et suivies visant à l'acquisition de connaissances et d'aptitudes ». Il existe deux types d'actions : celles figurant dans le plan de formation de l'établissement et celles choisies par l'agent.

- L'élaboration du plan de formation de l'établissement.

Ce plan porte sur quatre types d'actions : les actions de préparation aux concours et examens, les études promotionnelles, les actions d'adaptation et les actions de conversion.

Tous les ans, trois feuillets destinés à recueillir les besoins en formation du personnel (besoins liés aux axes institutionnels, à un projet de service ou à un projet individuel) sont envoyés dans chaque maison de retraite. Les agents doivent déterminer et prioriser leurs choix. A partir de ce recueil, un projet de plan de formation est présenté en commission locale de formation (CLF) où siègent notamment les représentants du personnel. Le plan de formation définitif est adopté après correction(s).

Chaque année, un certain nombre d'agents ayant réussi un concours vont pouvoir bénéficier d'un financement de leur formation au titre de la promotion professionnelle : un plan pluriannuel des départs par le biais de la promotion professionnelle est élaboré afin d'anticiper et de compenser les départs. Le fait que la formation soit pris en charge financièrement par l'établissement encourage les agents à passer les concours et fidélise le personnel, ce qui est essentiel pour la future maison de retraite.

Les départs au titre de la promotion professionnelle concernent à la fois le personnel infirmier, les aide-soignants comme les agents de services hospitaliers. A titre d'exemple,

⁶⁸ Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière, modifié par le décret n°2001-164 du 20 février 2001 et le décret n°2003-759 du 1^{er} août 2003.

sur le Centre Hospitalier, de 1997 à 2002, 9 ASH ont bénéficié d'une formation d'aide-soignante et depuis septembre 2000, 4 aide-soignantes ont bénéficié de la formation d'infirmière (dont 2 au titre du FMES⁶⁹). L'infirmière faisant fonction de cadre à la maison de retraite Fougères a obtenu le concours de cadre infirmier en 2004 : elle bénéficiera d'un départ au titre de la promotion professionnelle dès l'année prochaine.

Sur un Centre Hospitalier, différentes professions, autres que celles exercées en maison de retraite, bénéficient de la formation au titre de la promotion professionnelle : c'est le cas des infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et des infirmiers anesthésistes (IADE). Un roulement des départs en formation doit donc être réalisé pour prendre en compte toutes les catégories professionnelles de l'établissement.

Un autre type de souhait peut être formulé par l'agent : la valorisation des acquis de l'expérience, même si elle n'apparaît pas au CH de Vitré. La « VAE » donne la possibilité de faire reconnaître l'expérience acquise pour obtenir une partie ou la totalité d'un diplôme sans passer les épreuves correspondantes. Cependant, si elle permet à des personnes de devenir auxiliaire de vie, rien n'est encore prévu concernant le passage du métier d'ASH à celui d'Aide-soignante. Cette option paraît donc encore trop limitée pour pouvoir parfaire une qualification dans le secteur personnes âgées.

- Le départ en formation à l'initiative de l'agent

Le décret du 1^{er} août 2003⁷⁰ et la circulaire du 14 Décembre 2003 prévoient la possibilité pour l'agent hospitalier d'effectuer, sur sa propre initiative, un « bilan de compétences », financé sur les crédits de formation professionnelle. L'objectif de ce bilan de compétences, qui se déroule sur 24 heures, est d'identifier et d'analyser les compétences professionnelles ou personnelles, les aptitudes et les motivations de l'agent, afin de définir un projet professionnel ou un projet de formation.

Pour bénéficier de ce bilan, l'agent, titulaire ou non de la fonction publique hospitalière, doit justifier de deux ans de services effectifs, consécutifs ou non. Il peut effectuer ce bilan sur son temps personnel ou sur son temps de travail (sur autorisation de la direction).

⁶⁹ Le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé accorde chaque année des crédits aux établissements afin que des agents puissent partir en formation.

⁷⁰ Décret du 1er Août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière et modifiant le décret n°90-319 du 5 avril 1990.

En plus du plan de formation, l'agent peut très bien formuler une demande individuelle de formation à l'ANFH⁷¹ au titre du congé de formation professionnelle.

La formation au titre du congé de formation professionnelle (CFP) permet à tout agent, au cours de sa vie professionnelle, de suivre à son initiative et à titre individuel, des actions de formation indépendamment de sa formation comprise dans le plan de formation. Ces actions de formation doivent permettre à l'agent d'accéder à un niveau supérieur de qualification, de changer de profession ou de s'ouvrir à la vie sociale.

Différentes possibilités s'offrent donc aux agents des deux maisons de retraite pour pouvoir compléter leur formation relative à la prise en charge de personnes âgées et surtout suivre des formations nouvelles relatives à la dépendance de celles-ci. Le rôle de l'établissement est aujourd'hui d'anticiper, via le plan de formation, les formations nécessaires à l'adaptation du personnel des maisons de retraite.

- B) Les formations d'adaptation à envisager pour le personnel des maisons de retraite.

Il semble primordial aujourd'hui, que ce soit au titre du plan de formation en priorité, ou à titre individuel, que les agents des deux maisons de retraite suivent différentes formations liés à l'évolution du degré de dépendance des actuels résidents ou des personnes qui seront accueillies une fois la maison de retraite Ernée restructurée :

- Accompagnement de fin de vie :

Cette formation est réellement indispensable puisque l'une des missions de l'établissement, une fois la maison de retraite restructurée, sera d'accompagner les résidents jusqu'au bout, tenant compte du fait que l'établissement est leur domicile. Si l'état du résident ne nécessite pas un transfert vers le Centre Hospitalier ou l'USLD, tout sera mis en œuvre pour que la fin de sa vie au sein de la maison de retraite se passe dans les meilleures conditions possibles et dans le respect de ses dernières volontés.

⁷¹ La majorité des établissements de santé cotisent à l'ANFH au titre de la formation de leurs agents.

- Incontinence des personnes âgées :

Dans une des fiches « objectifs qualité » complétées au titre de la convention tripartite, cette formation est envisagée dans le cadre du respect de l'intimité et de la dignité de la personne. En effet, le personnel actuel est confronté à ce problème aujourd'hui mais n'a pas suivi de formation particulière pour le prendre en charge. Les protections urinaires seront d'ailleurs, après la signature de la convention, prises en charge par l'établissement, alors qu'aujourd'hui elles sont fournies par les familles et donc pas toujours adaptées au résident.

- Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés :

Cette formation est rendue nécessaire non seulement parce que de plus en plus de résidents souffrent de cette pathologie, mais surtout parce qu'une unité pour personnes désorientées est prévue. Or, un accompagnement adapté par un personnel spécifiquement qualifié et formé est la condition principale d'ouverture d'une telle unité. Bien sur, il paraît logique que les premiers agents à bénéficier de cette formation soient ceux qui se porteront volontaires pour travailler auprès des résidents dits « désorientés » dans cette unité : information sur l'évolution de la maladie, sur la philosophie de l'unité, sur la prise en charge des troubles comportementaux et sur la programmation des différentes activités.

- Maltraitance :

Une formation de ce type est, je pense, toujours indispensable pour que le personnel réalise deux choses. La première est que la maltraitance ne passe pas nécessairement par une atteinte physique à la personne âgée : elle est entendue de manière plus générale et surtout n'est pas toujours consciente. Le fait d'entrer sans frapper ou encore de donner à manger à la personne sans la laisser faire parce que cela prend moins de temps peut être assimilé à de la maltraitance. Cerner cette notion de maltraitance est par conséquent indispensable à tout agent. La deuxième chose est que cette formation peut permettre à l'agent de remettre en question ses pratiques professionnelles. Il est bon je pense que cette formation se déroule à l'extérieur de la maison de retraite afin que l'agent puisse parler librement et surtout échanger avec d'autres professionnels.

- Animation :

Le personnel s'est toujours engagé dans cette voie : « si les scientifiques ajoutent des années à la vie, le rôle d'un projet d'animation est d'ajouter de la vie aux années ». La prise en charge de patients atteints de troubles spatio-temporels implique également des activités bien spécifiques comme « l'atelier mémoire », nécessitant au préalable une formation de l'agent qui les animera.

Les fiches actions rédigées dans le cadre de la signature de la convention tripartite prévoient ces formations comme des objectifs fondamentaux d'adaptation du personnel à la nouvelle prise en charge des personnes âgées dépendantes. De même, la participation du personnel à la formation sur l'accompagnement de fin de vie a été planifiée lors de l'évaluation des risques professionnels réalisée début 2004, afin de contribuer à « réduire les tensions psychologiques ressenties par le personnel ».

Une fois le projet de vie rédigé, il est apparu que le thème « maintien de l'autonomie » n'avait pas été suffisamment développé eu égard à l'évolution attendue de l'état des personnes âgées. De même, le thème de l'incontinence n'a pas fait l'objet de discussion approfondie. J'en déduis que le personnel lui-même, même s'il sait pertinemment que le degré de dépendance des résidents s'accroît et qu'il le note au quotidien, ne réalise peut-être pas l'ampleur de cette évolution et sa conséquence principale à savoir une modification complète de sa manière de travailler. La sous-estimation du GMP, parce qu'évalué avec les équipes, en est une preuve : elles ont un regard encore trop positif sur l'autonomie des résidents alors que paradoxalement elles mettent régulièrement en avant l'augmentation progressive de leur dépendance.

Ces formations, en plus de permettre une prise en charge de qualité pour les résidents, vont permettre d'apporter au personnel une plus grande confiance en lui, voire estime de lui. On ressent, lors des entretiens avec les agents, une réelle motivation, une volonté de bien faire et parfois même une frustration de ne pas avoir les moyens de mieux faire. La restructuration, même si appréhendée, est par conséquent attendue avec impatience.

En plus de la formation, il est intéressant que des documents soient distribués aux agents : c'est le cas des « recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD »⁷² parues récemment et mises à disposition dans chaque maison de retraite, en prévention notamment de la canicule. La motivation des agents est d'autant plus importante qu'une nouvelle organisation des soins va être impulser auprès des équipes...

⁷² « Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD », site de la FHF, 2004.

2.2.2 Revoir l'organisation et la coordination des soins

Cela le programme SEPIA, il faut « faire en sorte que le lieu de travail soit au service du lieu de vie ». L'organisation de la maison de retraite en maisonnées, c'est-à-dire petites unités dans lesquelles les chambres sont situées autour d'un lieu de vie, nécessite une réorganisation totale de la prise en charge de la personne âgée dépendante, mais est indispensable à une prise en charge individualisée de qualité. Les nouveaux locaux vont par conséquent constituer un nouvel outil de travail pour les équipes.

La répartition et l'organisation du travail doit être envisagée avant l'ouverture des nouveaux locaux (A). De plus, un nouveau dossier de soins commun à tous les services du Centre Hospitalier de Vitré va voir le jour d'ici la fin de l'année 2004 (B). Enfin, l'arrivée d'un médecin coordonnateur modifiera aussi l'organisation du travail (C).

A) Répartition et organisation futures des équipes au sein de la maison de retraite.

Le personnel attend de la restructuration des moyens supplémentaires et de meilleures conditions de travail. Des locaux et du matériel neufs ne suffiront cependant pas à améliorer les conditions de travail et la prise en charge des personnes accueillies si l'organisation du travail n'est pas simultanément revue. Cette restructuration est par conséquent aussi l'occasion d'impulser une nouvelle dynamique auprès des équipes. Dans le cadre de la signature de la convention tripartite, et plus précisément de l'élaboration des projections budgétaires, il s'est révélé utile d'envisager le nombre de postes nécessaires lors de l'ouverture de la nouvelle structure en 2008.

Cette estimation repose sur trois postulats :

- une capacité d'accueil de 90 résidents (75 en maison de retraite et 15 en unité pour personnes désorientées),
- une maisonnée par étage (donc au total trois maisonnées de 20 résidents et une maisonnée de 15 résidents pour la partie maison de retraite et une maisonnée de 15 résidents pour l'unité spécialisée).
- Un accueil de personnes âgées de plus en plus dépendantes, c'est-à-dire à mobilité réduite et / ou présentant des troubles psychiques.

Dès lors, voici, l'organisation envisagée pour une semaine, pour les quatre maisons de la partie maison de retraite :

		L	M	M	J	V	S	D	Total postes
Jour	AS	4	4	4	4	4	4	3	27
	ASH	8	8	8	8	8	8	7	55
Nuit	AS	1	1	1	1	1	1	1	7
	ASH	1	1	1	1	1	1	1	7

Et pour l'unité pour personnes désorientées :

		L	M	M	J	V	S	D	Total postes
Jour	AS	2	2	2	2	2	2	2	14
	ASH	2	2	2	2	2	2	1	13
Nuit	AS	1	1	1	1	1	1	1	7

Les infirmières interviendront sur l'ensemble de l'établissement : 2 postes du lundi au samedi et un poste le dimanche.

Le nombre total de postes nécessaires pour 2008 est supérieur au nombre de postes actuels : des créations de postes sont par conséquent envisagées. Au final, 1.92 ETP infirmier seront créés, 6.79 ETP aide-soignantes et 5 ETP agents de service hospitalier.

De plus, le cadre de santé consacra tout son temps de travail à sa fonction d'encadrement, contrairement à aujourd'hui où il exerce aussi un temps infirmier. Son positionnement vis-à-vis des équipes sera donc plus aisé.

Les équipes des deux maisons de retraite vont devoir apprendre à travailler ensemble et surtout à adopter une toute nouvelle organisation de travail. Il était essentiel, pour le résident bien sur, mais aussi pour les deux équipes, que cette organisation soit totalement nouvelle tant leurs manières de travailler sont différentes (voir p.38).

L'important au niveau organisationnel est de ne pas recréer deux maisons de retraite en une et donc de ne pas maintenir la composition actuelle des équipes. Un travail en binôme agent MRE / agent MRF, au moins à l'ouverture du bâtiment restructuré, serait nécessaire. De plus, il est prévu que les agents de la maison de retraite Ernée puissent travailler un peu à la maison de retraite Fougères afin de connaître le personnel et les

résidents, et inversement, et ce bien avant l'ouverture du bâtiment restructuré. Enfin, les agents iront travailler en unité spécialisée uniquement sur la base du volontariat.

Les fiches de poste et les descriptifs de tâches mis à disposition du personnel devront donc être revus dès 2005 pour être en adéquation avec cette nouvelle organisation du travail.

Un autre document fera son apparition au sein des maisons de retraite d'ici quelques mois, permettant une prise en charge individualisée et une meilleure continuité des soins : le dossier de soins commun aux différents services du Centre Hospitalier...

- B) La mise en place d'un nouveau dossier de soins unique au Centre Hospitalier de Vitré

Depuis le début de l'année 2004, un groupe de travail composé des cadres de santé de l'établissement, notamment les deux responsables des maisons de retraite, et coordonné par la Directrice des soins, réfléchit à l'élaboration d'un nouveau dossier de soins commun à l'ensemble des services du Centre Hospitalier de Vitré, y compris les deux maisons de retraite, soit LA maison de retraite une fois restructurée.

La mise en place de ce dossier unique présente deux atouts majeurs :

- Dans un premier temps, il permet une meilleure coordination des soins au sein du Centre Hospitalier, dans le cas où un patient change de service au cours de son séjour. C'est un avantage fondamental pour la future maison de retraite puisque dans la plupart des cas, les personnes âgées accueillies viennent du service de soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou des urgences. Il en est de même si l'état du résident en maison de retraite nécessite qu'il soit transféré en unité de soins de longue durée (USLD).
- Dans un deuxième temps, étant donné la refonte totale de son contenu, il permet une programmation des soins et un suivi du degré d'autonomie du résident.

Une fiche de recueil des « habitudes de vie » de la personne âgée, antérieures à l'entrée en établissement est prévue au début du dossier après la fiche de recueil de données administratives. Cette fiche est un outil utile à l'individualisation de la prise en charge. L'accompagnement du résident est nécessairement meilleur si l'on connaît suffisamment

la personne accueillie : cette fiche aide en fait à « respecter l'identité de la personne âgée et son histoire personnelle »⁷³.

Le document fondamental du nouveau dossier est le « pictogramme d'autonomie »⁷⁴ (**Annexe 9**) représentant les capacités physiques et psychiques de la personne âgée. Une feuille est prévue pour chaque résident. L'utilisation de gommettes/crayon à papier permet de le modifier dès qu'un changement est observé chez le résident. Cela nécessite par conséquent une attention particulière de la part du personnel. Une fiche d'utilisation du pictogramme d'autonomie est mise à sa disposition.

Suite à ce pictogramme individuel figure la feuille de « programmation des soins de nursing », planifiant, sur une journée, les soins et l'aide à apporter au résident. Le document se découpe en 7 parties : toilette-habillage, mobilité-installation, alimentation, élimination, relation, comportement, surveillance. Une fiche d'utilisation de ce document est également prévue.

L'objectif de cette planification est d'adapter la prise en charge à chaque résident afin de lui permettre de préserver ou de récupérer son autonomie : ne pas faire à sa place ce qu'il est capable de faire seul et lui apporter une aide suffisante pour ce dont il a besoin.

Parallèlement à ce document, l'agent qui s'occupe du résident devra compléter le « diagramme de soins de nursing » qui permettra au personnel de s'assurer qu'il a accompli tous les actes de soins nécessaires. Une fiche d'utilisation de cette feuille est aussi prévue.

La finalité de ce nouveau document est de noter l'évolution de l'autonomie du résident sur plusieurs semaines ou mois. L'avantage est qu'il permet une évaluation individuelle de l'autonomie du résident, contrairement à la grille AGGIR, outil collectif, qui est indispensable mais insuffisante dans le travail quotidien des soignants.

Ce dossier de soins entre totalement dans la démarche qualité impulsée auprès des équipes. Il peut y avoir évidemment quelques réticences à l'utilisation de ce dossier, le personnel argumentant du temps nécessaire à son remplissage. Et pourtant, j'ai eu l'occasion de le voir en place dans un autre établissement : le personnel m'expliquait

⁷³ « L'unité de vie de proximité pour personnes âgées : entre l'aide à domicile et la structure collective », mémoire de N.Devals, 2002, p. 47

qu'après quelques craintes au départ, il n'imaginait pas travailler sans ce document aujourd'hui et revenir à l'ancienne organisation.

Ce travail rejoint l'idée de faire accepter aussi la nouvelle dépendance des résidents au personnel. Il semble d'ailleurs, si l'on en croit celui-ci, qu'il serait bon d'organiser la venue d'un intervenant spécialisé en gériatrie pour un exposé sur la notion de maintien de l'autonomie et la grille AGGIR.

Cette prise de conscience d'une nécessaire évolution professionnelle avance déjà. Il est possible de le noter en parcourant l'auto-évaluation de la maison de retraite pour la signature de la convention tripartite ou lors de l'élaboration du projet de vie. Les équipes ont fait preuve d'une grande objectivité, ce qui laisse envisager leur détermination à progresser en faveur d'une prise en charge de qualité pour la personne âgée. L'arrivée du médecin coordonnateur est attendue aussi avec impatience par les équipes...

C) Anticiper l'arrivée du médecin coordonnateur

Grâce à la signature de la convention tripartite, il est prévu qu'un médecin coordonnateur intervienne à la maison de retraite Ernée. Ses missions et son profil professionnel sont définis par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle⁷⁵.

Son rôle consiste à la fois à assurer une coordination entre les différents médecins libéraux intervenants auprès des résidents de la maison de retraite, à s'assurer qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et le week-end, à rendre son avis sur l'admission d'une personne âgée dans l'établissement, au regard de son état de santé et surtout de sa dépendance, à élaborer le dossier médical⁷⁶, et enfin à participer à la coordination locale en ayant des contacts réguliers avec les prestataires extérieurs à la maison de retraite (établissements ou services de maintien à domicile pour personnes âgées).

⁷⁴ « Le pictogramme, une aide à l'autonomie », L'infirmière en Gériatrie, mai-juin 1998, pp.30-33.

⁷⁵ « La réforme de la tarification des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie » J-C. DELNATTE et J-P.HARDY, ENSP, 2002, p.96.

⁷⁶ Un groupe de travail, composé de médecins, travaille actuellement à l'élaboration du dossier médical unique du Centre Hospitalier de Vitré, parallèlement au groupe de travail sur le dossier de soins, ce qui facilitera une fois de plus la coordination des soins autour du résident.

Le personnel attend avec impatience l'arrivée de ce médecin qui assurera une meilleure coordination de la prise en charge. Mais au-delà de cet aspect organisationnel, il semble que sa présence soit pour le personnel très rassurante. En effet, actuellement, il n'y pas d'infirmière la nuit ou le week-end, entraînant parfois une nécessaire prise de décision par les agents qui n'est pas toujours évidente. Le médecin coordonnateur constituera, je pense, un repère, un soutien par rapport aux questionnements du personnel. Cependant, le risque est aussi que beaucoup d'espoir soit placé en lui par le personnel alors qu'il n'est en général présent qu'une demi-journée par semaine. Un travail supplémentaire de communication devra par conséquent être développé par le cadre de santé...

2.2.3 Favoriser la communication, l'écoute et la valorisation du travail du personnel.

J'ai pu observer en discutant avec le personnel soignant, mais aussi en suivant certaines formations comme celle sur « la stratégie de résolution des conflits interpersonnels », que la communication au sein de l'équipe soignante est essentielle à une prise en charge de qualité. Plusieurs moyens permettent au cadre d'instaurer un dialogue et surtout une cohésion d'équipe. Il s'agit par exemple de « l'écoute active »⁷⁷, qui permet de comprendre et d'appréhender plus facilement un problème qui surgit au sein du service : « recevoir avec empathie et bienveillance l'émotion transmise et permettre à la personne, par la reformulation de ce qu'elle dit, de découvrir, par elle-même, les raisons de ce sentiment ». La neutralité et la prise de recul permettent donc de prendre une décision de manière plus sereine.

Mais il s'agit surtout de formaliser les moments de communication et l'échange d'informations entre les équipes⁷⁸. L'instauration du nouveau dossier de soins est le moyen essentiel d'y parvenir puisque les informations seront individuelles, écrites et régulières. Les transmissions ciblées figurant dans le dossier seront la base de cette communication. Des réunions menées par la Directrice des soins et les cadres de santé ont eu lieu dans les différents services du Centre Hospitalier afin d'informer le personnel de la mise en place du nouveau dossier de soins : situer ce dossier dans le cadre institutionnel (notamment suite à la visite d'accréditation) et présenter des cas concrets.

⁷⁷ « L'écoute active », L'aide-soignante, Février 2004, n°54, p.22.

⁷⁸ « Valoriser le travail des soignants auprès des personnes âgées : une démarche qualité pour la structure, un défi pour l'infirmière générale », mémoire de P.BAROT, 1997.

Des « réunions de service » avec le cadre devront se tenir régulièrement afin de parler de ce qui va ou ne va pas bien. Il est important aussi que le travail du personnel soit reconnu lors de ces moments ou encore que les remerciements des familles soient transmis de manière collective.

Le temps de transmissions entre les équipes de jour et les équipes de nuit devrait peut-être être augmenté pour deux raisons : assurer une meilleure coordination des soins autour du résident d'une part, et retirer aux agents de nuit ce sentiment d'isolement qu'ils évoquent parfois⁷⁹. L'aide-soignante de nuit travaillera cependant en binôme avec une ASH dans la future organisation de travail...

Lors de l'évaluation des risques professionnels au sein des deux maisons de retraite comme dans les autres services du Centre Hospitalier de Vitré, un temps d'échange a pu avoir lieu sur les « tensions psychologiques ressenties par le personnel ». Il a alors été relevé le souhait de prévoir des temps de parole sur la souffrance ou les inquiétudes du personnel, par exemple lors du décès d'un patient ou lorsque la prise en charge d'un résident désorienté s'avère difficile. Il est préférable que ces « réunions staff » soient coordonnées par la psychologue. Le personnel intervenant en unité pour personnes désorientées ne sera pas laisser en souffrance bien entendu : il pourra changer d'unité en cas de difficulté. Enfin, la formation « gestion du stress », organisée chaque année au sein de l'établissement, sera également poursuivie et étendue.

La démarche participative contribue aussi à valoriser le travail soignant : le groupe de travail sur la restructuration a été mis en place pour donner son avis sur les locaux, le mobilier et bientôt sur le matériel. Le groupe de travail sur la rédaction du projet de vie reflète aussi cette démarche participative. Il est important cependant que le personnel ait un retour, un suivi sur le travail auquel il a pu participer. Concernant le projet de vie par exemple, l'idée émise est de mettre en place d'un comité de suivi afin que le document ne reste pas lettre morte. Des fiches actions précises seront donc élaborées⁸⁰.

La valorisation du travail des agents passe aussi par l'entretien annuel d'évaluation de l'agent par le cadre de santé. C'est un moment privilégié pour mettre en avant les

⁷⁹ Notamment lors de l'évaluation des risques professionnels menée en 2004 auprès du personnel du Centre Hospitalier de Vitré.

⁸⁰ Lien avec les fiches actions élaborées dans le cadre de la signature de la convention tripartite qui se fondent sur le projet de vie et sur l'auto-évaluation réalisés par le personnel.

efforts/progrès de l'agent ou sa participation à la vie institutionnelle. La reconnaissance verbale du travail fourni suffit bien souvent à dynamiser et remotiver le personnel, motivation absolument nécessaire dans un projet de cette envergure...

CONCLUSION

Ce phénomène que certains auteurs appellent aujourd'hui le « défi dépendance » met en avant l'inadaptation d'établissements accueillant des personnes âgées en France. Il ne s'agit donc plus seulement des foyers-logements, dont l'existence même est menacée depuis un certain nombre d'années, mais aussi de nombreuses maisons de retraite. Sainte-Beuve, écrivain français du 19^{ème} siècle, disait « c'est ennuyeux de vieillir, mais c'est la seule manière de vivre longtemps » : il faut en effet accepté qu'en retour de l'augmentation de l'espérance de vie, il y ait des adaptations à effectuer...Cependant, coordonner l'offre et la demande de soins ne va pas de soi. Le directeur d'établissement doit à la fois apporter aux résidents actuels et futurs une réponse architecturale à leurs besoins grandissants, et tenir compte de multiples contraintes institutionnelles : financières, architecturales, sécuritaires et surtout humaines.

Pour contribuer à « améliorer l'architecture du grand âge », un directeur, aussi grandes que soient ses idées et sa motivation, reste limité par un aspect incontournable : l'aspect financier. L'élaboration de projections budgétaires m'a permis de me rendre compte à quel point le directeur était lié de tous côtés : le prix hébergement payé par le résident, le renforcement des effectifs, la recherche de financeurs, la négociation avec le conseil général et la DDASS, et surtout l'attente de crédits annoncés... Face à ces modalités, véritablement interdépendantes, un directeur nécessite alors selon moi trois capacités : la capacité relationnelle, la capacité de négociation et la capacité d'adaptation.

Si la réalisation d'une restructuration architecturale nécessite un travail en amont particulièrement important et présente un enjeu qu'Anne PLAYE, architecte DPLG, résume assez bien : « c'est dans l'adéquation de l'architecture aux demandes des utilisateurs et aux pratiques locales que se joue la qualité d'un établissement », il n'en demeure pas moins qu'il ne faut pas en rester à un travail préalable. En effet, la réussite du projet ne peut être complète que si l'accompagnement humain de l'ensemble de l'opération est accompli. Aider les résidents et le personnel à trouver leurs repères dans un nouveau cadre de vie et de travail me paraissait être le véritable enjeu de ce projet architectural, apportant au directeur une image autre que celle d'unique gestionnaire. Motiver et rassurer le personnel par le biais de la communication est fondamental tant il constitue le moteur de la démarche qualité impulsée. Cette motivation est d'autant plus importante qu'il ne faut pas attendre le début effectif des travaux pour mettre en place de nouvelles idées mais plutôt dépasser ce fatalisme susceptible de s'installer.

Bibliographie

OUVRAGES :

- ANKRI J., HENRARD J-C. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2003. 277 p.
- BRAMI G. *La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Paris : Editions Berger-Levrault, 1997, 133 p.
- CARETTE J. *L'âge dort ? Pour une retraite citoyenne*. Editions Boréal, 1999, 167 p.
- DELNATTE J-C., HARDY J-P. *La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie*. Rennes : Editions ENSP, 2002. 215 p.
- FEYEREISEN P., HUPET M. *Parler et communiquer chez la personne âgée*. Psychologie et sciences de la pensée ; Paris : Presses Universitaires de France, 2002. 267 p.
- MAISONDIEU J. *L'Idole et l'abject : le désir à l'épreuve de la mort – la maladie mentale entre mythe et réalité – pour une psychiatrie de l'abjection*. Editions Bayard, 1995. 220 p.
- Ministère des affaires Sociales et de l'Emploi. *Personnes âgées et habitat, guide technique, juridique et réglementaire*. Editions du Moniteur, 1992. 359 p.
- VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. Editions Érés, 2001. 270 p.
- VETEL J-M., MIAS L., VELLAS P-M., DEFOS DU RUAU V. *Architecture et services gériatriques*. L'année gérontologique 1994 ; Paris : Serdi, 1994. Volume 8, pp. 539-550.
- VEYSSET B. *Dépendance et vieillissement*. Editions L'Harmattan, 1989. 171 p.

- VOLICER L. *Objectifs des unités de soins spécialisées dans la démence*. pp. 77-85.
- WEBER S. *Avec le temps... De la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter*. Toulouse : Editions Libertaires, 2003. 250 p.

MEMOIRES :

- BAROT P. *Valoriser le travail des soignants auprès des personnes âgées : une démarche qualité pour la structure, un défi pour l'infirmière générale*. Mémoire de fin de formation des Infirmiers Généraux : Ecole Nationale de la santé Publique, 1997. 82 p.
- DEVALS N. *L'unité de vie de proximité pour personnes âgées : entre l'aide à domicile et la structure collective*. Mémoire pour l'obtention du CAFDES : Ecole Nationale de la santé Publique, 2002. 80 p.
- PORTANGUEN S. *Pour une éthique du projet architectural. Exemple de la construction du centre gériatrique de Parc Er Vor*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public : Ecole Nationale de la santé Publique, 2002. 76 p.
- VANINI M. *La requalification d'une maison de retraite par un projet de prise en charge globale, une restructuration architecturale et la création d'un accueil de jour*. Mémoire pour l'obtention du CAFDES : Ecole Nationale de la santé Publique, 1994. 85 p.

ARTICLES :

- ALIAGA C., NEISS M. Les relations sociales et familiales des personnes âgées en institution. *DREES Etudes et Résultats*, Octobre 1999, n°35, 8 p.
- BERNIER F., COLBOC E., AURIAULT J., et al. Architecture et rénovation des établissements. *Geront expo 2003*, Jeudi 27 Mars 2003, 14h30, Salle n°2, 9 p. Disponibilité : <http://www.gerontexpo.com>

- BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *DREES Etudes et Résultats*, Février 2002 , n°160, 11 p.
- COLIN C., COUTTON V. Le nombre de personnes âgées dépendantes, d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance. *DREES Etudes et Résultats*, Décembre 2000, n°94, 8 p.
- DE GRAKOVAC M., MOUTIN R., VOGLER C. Le pictogramme, une aide à l'autonomie. *L'infirmière en Gériatrie*, Mai/Juin 1998, n°10, pp. 30-33.
- HELFTER C. Retrouver sens et plaisir à travailler. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 17 Mai 2002, n°2262-2263, pp.55-56.
- LEGRAND M. La parole au sein des équipes soignantes. *Soins gérontologie*, 1998, n°11, pp.131-133.
- LEROY S., MYSLINSKI M., DE GALBERT A. Représentations préalables à l'entrée en institution pour la personne âgée et sa famille. *Gérontologie*, 2003, n°125, pp. 35-41.
- MACREZ V. L'écoute active. *L'Aide-soignante*, Février 2004, n°54, pp. 22-23.
- MARTINEAU M., LACAN JF., BADEY-RODRIGUEZ C., et al. La maison de retraite de demain. *Geront expo 2003*, Jeudi 27 Mars 2003, 10h, Salle n°4, 9 p. Disponibilité : <http://www.gerontexpo.com>
- PLAYE A. *Oasis ou forteresse ? Quelle architecture au service des personnes désorientées ?*, 2001.
- RENAULT C. Voir autrement l'habitat des personnes âgées dépendantes, évaluation du programme SEPIA. *Gestions Hospitalières*, Avril 1998, n°375, pp. 287-290.
- STEIN J. Evaluer le niveau d'autonomie : l'outil AGGIR. *L'Aide-soignante*, Octobre 2001, n°30, pp. 12-13.

- VERCAUTEREN R., LABOREL B., CONNANGLE S., et al. L'animation dans le projet de vie. *Geront expo 2003*, Mardi 25 Mars 2003, 14h30, Salle n°3, 6 p. Disponibilité: <http://www.gerontexpo.com>
- Du temps des vieux au power age, la mutation des seniors des années 2000. Disponibilité: <http://www.vivre100ans.fr/vieillessement/powerage>

RAPPORTS :

- Comité Consultatif National d'Ethique. *Rapport sur le vieillissement*. 25 Mai 1998, Avis n°59, disponible sur Internet : http://www.ccne-ethique/francais/avis/a_059.htm
- Comité scientifique d'organisation sur le vieillissement et la recherche. *Rapport sur le vieillissement (résumé)*. 25 et 26 Juin 2001.
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. *La demande d'hébergement en établissement d'accueil pour personnes âgées – Analyse de la demande en Ille-et-Vilaine*. Cahiers techniques du Pôle Action sociale DAS 35. Tome 1, Juillet 2003, n°132, 63 p.
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. *La demande d'hébergement en établissement d'accueil pour personnes âgées – Analyse par canton*. Cahiers techniques du Pôle Action sociale DAS 35. Tome 2, Juillet 2003, n°132, 306 p.
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. *Le schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine 2001-2006, adopté en 2001 et 2002*. Cahiers techniques du Pôle Action sociale DAS 35. Mars 2004, n°137, 52 p.
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. *Les établissements sociaux et médico-sociaux*. Cahiers techniques du Pôle Action sociale DAS 35. Juillet 2003, n°133, pp. 55-93.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, Secrétariat d'état aux personnes âgées. *Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées*. Dossier de presse, Octobre 2001. 19 p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociale et médico-sociales.
- Décret n°90-319 du 5 Avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière (modifié par le décret n°2001-164 du 20 Février 2001 et le Décret n°2003-759 du 1er Août 2003).
- Décret n°2001-1016 du 5 Novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et circulaire d'application du 18 Avril 2002.
- Décret n°2003-759 du 1er Août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière et modifiant le Décret n°90-319 du 5 Avril 1990.
- Décret du 11 Novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du Code de l'action sociale et des familles.
- Décret n°2004-287 du 25 Mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L311-6 du Code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 8 Septembre 2003, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, publié au JO du 9 Octobre 2003.
- Circulaire du 16 Avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

SITES INTERNET :

- <http://www.fhf.fr>
- <http://www.social.gouv.fr>

- <http://www.gerontexpo.com>
- <http://www.insee.fr>
- *Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD*. Disponible sur Internet : http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/reco_soinsehpas/rbps_ehpas.pdf
- <http://www.anfh.asso.fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : L'OUTIL AGGIR.

ANNEXE 2 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES.

ANNEXE 3 : LES DIFFÉRENTES STRUCTURES DU CENTRE HOSPITALIER DE VITRÉ AVANT ET APRES LA RESTRUCTURATION.

ANNEXE 4 : PRÉSENTATION ACTUELLE DE LA MAISON DE RETRAITE ERNÉE

ANNEXE 5 : OFFRE DE PLACES D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT AUTOUR DU CH DE VITRÉ.

ANNEXE 6 : VUE DE LA MAISON DE RETRAITE ERNÉE RESTRUCTURÉE. – **Annexe non publiée –**

ANNEXE 7 : TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS. – **Annexe non publiée –**

ANNEXE 8 : L'INSTITUTION VUE PAR LES PERSONNES AGÉES ET PAR LEURS FAMILLES.

ANNEXE 9 : LE PICTOGRAMME D'AUTONOMIE DU NOUVEAU DOSSIER DE SOINS DU CENTRE HOSPITALIER DE VITRÉ. - **Annexe non publiée -**

ANNEXE 1 : L'OUTIL AGGIR

AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) est un outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée.

Il comprend 10 variables « discriminantes », relatives à la perte d'autonomie physique ou psychique et 7 variables « illustratives », relatives à la perte d'autonomie domestique et sociale :

Variables discriminantes	Variables illustratives
Cohérence	
Orientation	
Toilette	Gestion
Habillage	Cuisine
Alimentation	Ménage
Hygiène de l'élimination	Transports
Transferts	Achats
Déplacement à l'intérieur de l'institution	Suivi des traitements
Déplacement à l'extérieur	Activités de temps libre
Communication à distance	

Une modalité est attribuée à chaque variable discriminante :

A = fait seul, totalement, habituellement et correctement.

B = fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement.

C = ne fait pas.

A partir des réponses apportées, un algorithme attribue des points, calcule un score, et en fonction de celui-ci, attribue un groupe iso ressources à chaque personne, soit un niveau de dépendance : **GIR 1** (présence continue d'intervenants est nécessaire), **GIR 2** (nécessité d'une surveillance permanente et d'aides répétées de jour comme de nuit), **GIR 3** (besoin plusieurs fois par jour d'aides pour leur autonomie corporelle), **GIR 4** (aides de tiers sont indispensables au lever, au repos au coucher et ponctuellement), **GIR 5** (besoin pour l'essentiel d'aides ménagères) et **GIR 6** (pas de perte d'autonomie pour les actes de la vie courante). Seuls l'appartenance aux GIR 1 à 4 ouvre droit à l'APA.

Sources : « Evaluer le niveau d'autonomie : l'outil AGGIR », *L'Aide-soignante*, n°30, octobre 2001, p.12-13 et « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Drees, Etudes et résultats*, n°160, février 2002.

ANNEXE 2 : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Le nombre de personne âgées dépendantes selon l'outil AGGIR (INSEE, enquête HID 1998 et 1999 , calculs Drees) :

	A domicile	En établissements pour personnes âgées*	Dans les autres établissements**	Total
Equivalent Gir 1	22 000	46 000	1 000	69 000
Equivalent Gir 2	133 000	125 000	4 000	262 000
Equivalent Gir 3	137 000	62 000	2 000	201 000
Equivalent Gir 4	232 000	31 000	1 000	264 000
GIR 1 à 4	524 000	264 000	8 000	796 000
Equivalent Gir 5	346 000	43 000	1 000	390 000
Equivalent Gir 6	10 692 000	156 000	7 000	10 855 000
Equivalent Gir inconnu***	24 000	17 000	4 000	43 000
Ensemble des 60 ans et plus	11 586 000	480 000	18 000	12 084 000

* Maisons de retraites publiques, privées, avec ou sans section de cure médicale + services de soins de longue durée.

**Etablissements pour adultes handicapés et établissements psychiatriques.

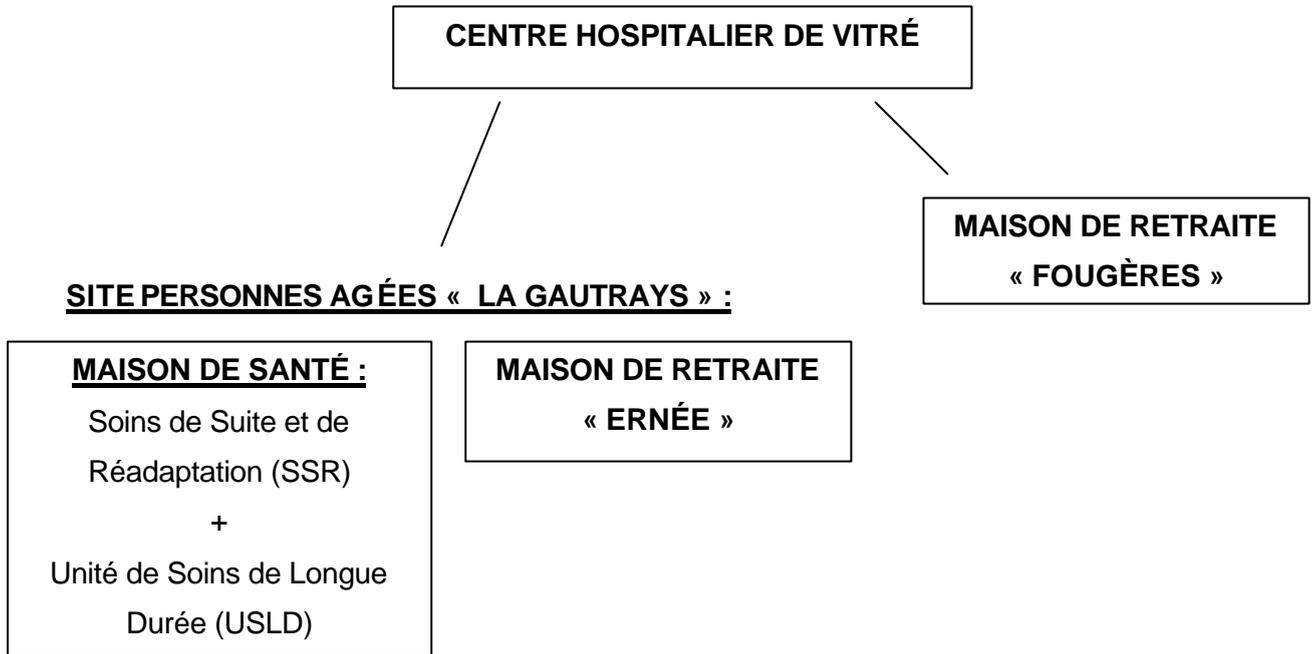
*** Individus n'ayant pas répondu à la partie du questionnaire sur les incapacités.

Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus, appartenant un à GIR de 1 à 4, d'après un scénario central, selon l'INSEE

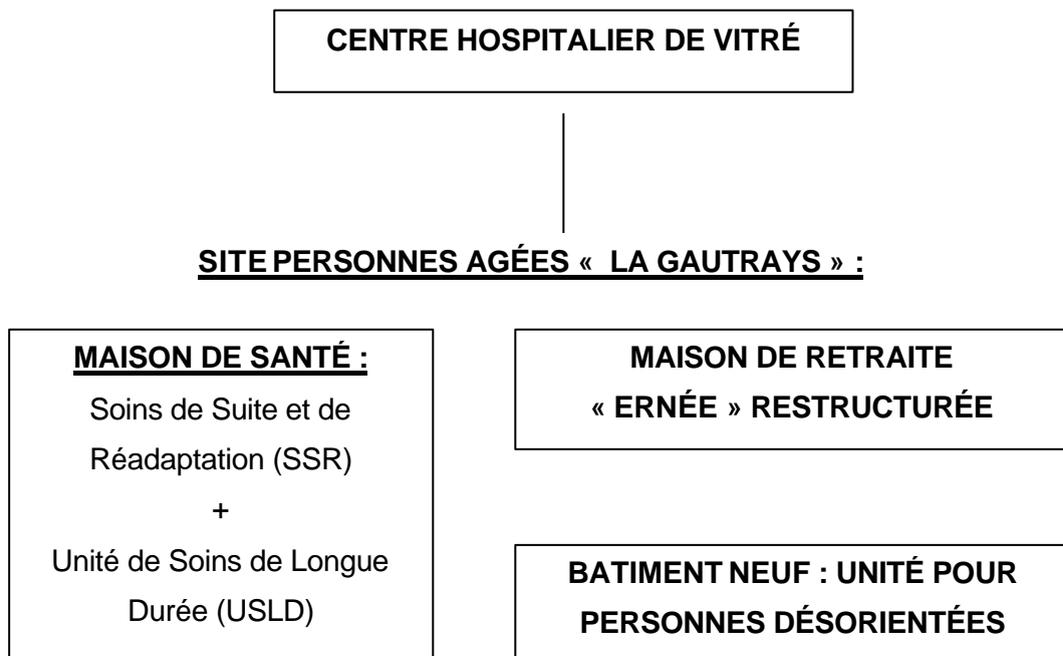
	60 à 79 ans	80 ans et plus
Evolution entre 2000 et 2010	-9 %	24 %
Evolution entre 2010 et 2020	3 %	17 %
Evolution entre 2000 et 2020	-7 %	45 %
Evolution entre 2020 et 2030	7 %	10 %
Evolution entre 2030 et 2040	-10 %	27 %
Evolution entre 2020 et 2040	-4 %	40 %
Evolution entre 2000 et 2040	-10 %	103 %

**ANNEXE 3 : LES DIFFÉRENTES STRUCTURES DU CENTRE HOSPITALIER DE
VITRÉ AVANT ET APRÈS LA RESTRUCTURATION**

Avant la restructuration :

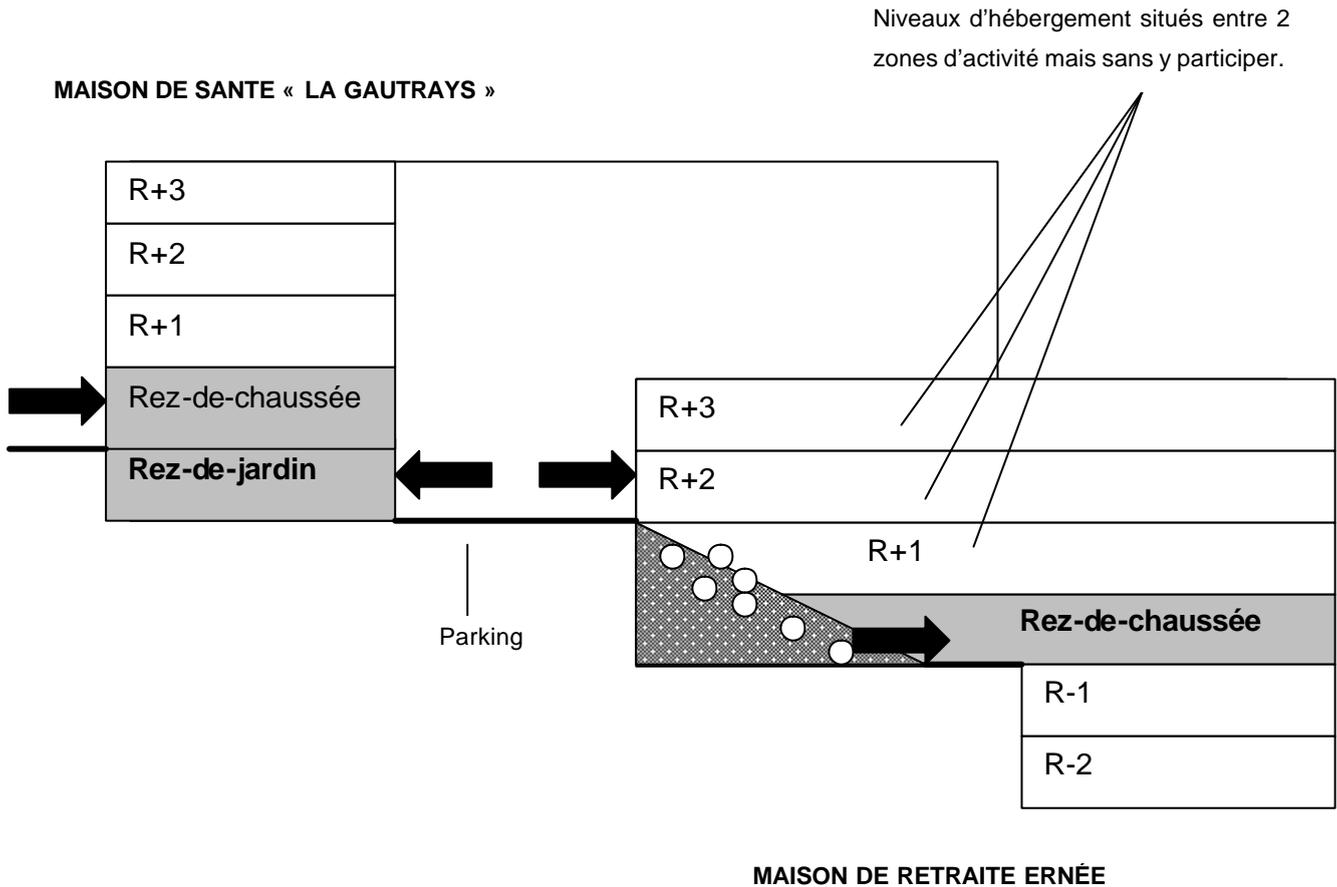


Après la restructuration :



ANNEXE 4 : PRÉSENTATION ACTUELLE DE LA MAISON DE RETRAITE ERNÉE

Coupe de principe sur la situation des étages d'hébergement
de la maison de retraite Ernée :



Zones d'activité des établissements



Entrées des établissements utilisées

**ANNEXE 5 : OFFRE DE PLACES D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT
AUTOUR DU CH DE VITRÉ**

Liste des établissements publics et privés du secteur de Vitré (Est, Ouest et Ville de Vitré)
au 31 décembre 2002 :

Nom	Nature	Capacité totale	Ventilation par nature				
			EHPAD	USLD	SCM	autres	HT
Châtillon en Vendelais	MAPA	25				23	2
Val d'Izé	MAPA	21				20	1
La Guilmarais	MR privée	80			30	50	
Résidence La Trémoille	Foyer Logement	43				40	3
Centre Hospitalier	MR - USLD	280		155		125	
Résidence du Rachapt	MR privée	11				11	
TOTAL Secteur de Vitré		460		155	30	269	6

Liste des établissements publics et privés du bassin d'emploi de Vitré hors établissements
présentés ci-dessus (au 31 décembre 2002) :

Nom	Nature de l'établissement	Capacité totale	Ventilation par nature				
			EHPAD	USLD	SCM	Autres	HT
Argentré du Plessis	MR privée	55			20	35	
Availles sur seiche	EHPAD	70	70				
Bais	MR privée	107			37	70	
Châteaubourg	MR privée	84			29	51	4
Domalain	MR privée	58			5	53	
Etelles	MR privée	98			32	66	
Gennes sur seiche	EHPAD	53	53				
La Guerche de Bretagne	MR - USLD	204		70	27	103	4
Le Pertre	MR	57			26	30	1
TOTAL Bassin d'emploi de Vitré		786	123	70	176	408	9

**ANNEXE 8 : L'INSTITUTION VUE PAR LES PERSONNES ÂGÉES
ET LEURS FAMILLES**

Etude menée afin de déterminer si les familles et les personnes âgées se représentaient l'entrée en institution de la même manière. (« *Les représentations préalables à l'entrée en institution pour la personne âgée et sa famille* », *Gérontologie*, n°125, p.35). A noter que cette étude révèle que les 36 % de personnes âgées interrogées qui ont fait ce choix d'entrée en établissement, seules, n'ont pas d'inquiétude particulière vis-à-vis de l'entrée en institution...

	Personnes âgées	Familles
Leur représentation de l'institution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64% = image négative (crainte de quitter leur environnement pour un lieu « étranger », d'être en présence quotidienne de personnes vieillissantes, d'être abandonnées par leur famille) ▪ 36% = image positive (afin de rompre la solitude et d'être en sécurité) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14% = image négative ▪ 86% = image positive (pour la sécurité et la qualification du personnel)
Leur attentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confort (chambre individuelle avec leurs meubles et une télévision). ▪ Compagnie, animations. ▪ Qualité de prise en charge par le personnel (compréhension, respect et indépendance). ▪ Institution à proximité de leur lieu d'origine. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge de qualité par une équipe institutionnelle compétente. ▪ Compagnie, bonne ambiance. ▪ Confort. ▪ Indépendance. ▪ Institution à proximité de leur propre domicile.
Leurs inquiétudes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur de la vie collective (image de la vieillesse) ▪ Peur de perdre leur indépendance. ▪ Crainte de l'abandon. ▪ Peur de la maltraitance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crainte de l'inadaptation au mode institutionnel pour 57 % ▪ Pas de crainte majeure pour 43%.