



**TRANSFORMER UN EHPAD EN ARTICULANT PROJET
D'ÉTABLISSEMENT ET PROJET DE VIE : INTÉGRER DES
RELIGIEUX VIVANT EN COMMUNAUTÉ**

Thomas GUINAMARD

2008

cafdes



Sommaire

Introduction	1
1 Les personnes âgées hébergées et la spécificité de notre organisation.....	3
1.1 Les usagers et leur prise en charge actuelle	3
1.1.1 Laïcs, au cœur du projet actuel.	3
1.1.2 Communauté du Bon Secours, initiateur du projet d'établissement.	6
1.1.3 Des équipes de travail animées par la volonté de servir les personnes âgées	8
1.2 La politique publique de prise en charge des personnes âgées	12
1.2.1 Le lieu de prise en charge des personnes âgées	13
1.2.2 L'accompagnement des usagers, articulé par le projet individualisé.....	15
1.2.3 Rationaliser les efforts des autorités de tarification	18
1.3 Le projet d'établissement actuel, et sa nécessaire évolution	19
1.3.1 Depuis la convention tripartite de 2003 : évolution du projet et de l'établissement.....	20
1.3.2 La vie sociale avec l'ensemble des résidents et les équipes.....	21
1.3.3 La prise en charge de la fin de vie au cœur du projet d'établissement, modifiée totalement.....	23
2 Les choix proposés à la communauté pour assurer une prise en charge respectueuse de chacun	26
2.1 Intégration totale de la communauté dans l'EHPAD	26
2.1.1 Pas de changements instantanés pour les laïcs mais un bouleversement pour les religieuses.....	26
2.1.2 Faisabilité économique du projet et organisation des personnels	28
2.1.3 La petite unité de vie séparée, l'hypothèse du cantou.....	30
2.1.4 Traduction dans le projet d'établissement	31
2.2 Créer une entité spécifique à l'accueil du public religieux, à proximité de l'EHPAD	32
2.2.1 L'arrivée de nouveaux résidents dans la communauté mais une permanence de l'accueil pour les laïcs.....	33
2.2.2 Intérêt et interrogations économiques liées au déménagement de la PUV	34
2.2.3 Traduction dans le projet d'établissement sans s'écarter du projet associatif	36

2.3	Accroître la capacité d'accueil de l'EHPAD et déménager la communauté en respectant son caractère.....	37
2.3.1	Pour l'usager : Sœurs et laïcs séparés mais servis par une même organisation.....	38
2.3.2	L'obligation légale d'un espace privatif individuel est une solution pour permettre la vie communautaire.....	39
2.3.3	Un fonctionnement simplifié pour les personnels, tout en servant un plus grand nombre	41
2.3.4	Une traduction immédiate et cohérente dans le projet.....	42
3	Augmentation de la capacité d'accueil de l'EHPAD avec intégration de la communauté dans un nouveau pavillon	44
3.1	Redéfinir le projet d'établissement.....	45
3.1.1	Prendre en compte la communauté et individualiser la prise en charge.....	46
3.1.2	La participation de la Province de France.....	47
3.1.3	L'adhésion des laïcs inscrite dans le projet d'établissement	48
3.2	Elaborer le dossier d'extension	49
3.2.1	Démontrer l'opportunité du dossier aux autorités de tarification.....	49
3.2.2	Le financement du projet de construction.....	53
3.2.3	Adaptations architecturales nécessaires	56
3.3	La réalisation organisationnelle du projet : L'impact humain.....	59
3.3.1	Réorganisation des personnels, au service des deux publics.....	59
3.3.2	La prise en compte de chaque résident lors du déménagement.....	62
3.3.3	La gestion de l'information, en amont et en aval. Suivre la communication du changement.....	65
	Conclusion.....	69
	Bibliographie.....	71
	Liste des annexes.....	I
	Liste des tableaux	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso- Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médicaux Sociaux
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide soignant(e)
BEP	Brevet d'Enseignement Professionnel
BEPA	Brevet d'Enseignement Professionnel Agricole
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAVIMAC	Caisse d'Assurances Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes
CCAS	Centre Communal d'Action sociale
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale Solidarité Autonomie
COLORPA	Comité Local des Retraités et Personnes Agées
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale
CSM	Conférence des Supérieures Majeures
CVS	Conseil de Vie Sociale
DIF	Droit Individuel à la Formation
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERP	Etablissement Recevant du Public
FNISASIC	Fédération Nationale des Institutions Sanitaires et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IRP	Instances de représentation du personnel
PLA	Prêt Locatif Aidé
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PUV	Petite Unité de Vie
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SYNERPA	Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées

Introduction

Les personnes âgées souffrant de désorientation spatiale sont prises en charge dans des unités spécialisées, où chaque point est organisé en fonction de leur dépendance ou de leur maladie.

Par contre, lorsqu'elles sont hébergées dans un Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), leur choix de vivre en unité séparée des autres est plus difficile à prendre en compte. C'est le cas des communautés religieuses vieillissantes : Comment respecter chacun ? Comment développer un projet individualisé s'appliquant à des laïcs et à des religieux ? Quelles adaptations sont nécessaires pour accueillir et faire vivre ces différences ?

Le projet d'établissement est une chance à saisir pour cette adaptation. En écrivant le but recherché, en décrivant les fonctionnements à mettre en place, en repérant les points de vigilance, nous permettons une approche du changement douce.

La Congrégation du Bon Secours gère en direct l'établissement. Elle finalise la création d'une association de gestion pour ses établissements du Loir et Cher. Ce mémoire fait partie du processus de création. Il est donc connu de la congrégation et écrit avec cette contrainte. En directeur des structures, il me revient de présenter aux futurs membres du conseil d'administration l'ensemble des dossiers en cours et perspectives.

Présenter les publics accueillis et le fonctionnement ne suffit pas. La politique publique nous donne des solutions pour prendre en charge toutes les personnes âgées avec de nombreuses solutions différentes. C'est bien la diversité des réponses à offrir pour accueillir les personnes âgées qui va fonder la problématique. Ce sera la première partie de ce mémoire.

Les solutions pour adapter l'EHPAD doivent prendre en compte la diversité des publics face à la cohérence d'un projet associatif et d'un projet d'établissement. Trois solutions sont présentées avec leurs implications pour l'utilisateur, les équipes de travail et, les autorités de tarification et de contrôle. L'inscription de la prise en charge dans le projet d'établissement par le développement du projet individualisé est mise en avant en seconde partie.

Enfin, en troisième partie, je présente la mise en place de la solution que je choisis, suite aux choix effectués par le conseil : laïcs et religieux trouvant chacun leur place au sein d'un grand établissement.

1 Les personnes âgées hébergées et la spécificité de notre organisation.

La direction qui m'a été confiée il y a maintenant 6 ans a considérablement évoluée. Les personnes prises en charge, la réglementation et, le projet institutionnel, ont évolués.

Monter le nouveau projet d'établissement serait simple si les perspectives à court terme ne devaient pas modifier totalement l'organisation associative, dans un cadre réglementaire plus strict, encadré par des objectifs de développement territoriaux.

C'est pourquoi je propose dans un premier temps de nous tourner vers le public et les entités en présence. Placer ces dispositifs au regard de la politique publique pour accompagner les personnes âgées sera le deuxième temps. Enfin, je proposerais de prendre en compte les grandes modifications intervenues au sein de l'établissement depuis la dernière écriture du projet d'établissement.

1.1 Les usagers et leur prise en charge actuelle

Parmi les usagers, nous distinguerons deux grandes catégories prises en charge dans deux structures différentes. C'est justement la présence de différences de prise en charge qui a entraîné la réflexion de ce mémoire, jusqu'à son écriture pour régler la difficulté présentée.

1.1.1 Laïcs, au cœur du projet actuel.

La maison de retraite du Bon Secours accueille donc des résidents très différents. Je les classe en trois grandes familles de résidents demandant une prise en charge spécifique :

98 résidents vivant seuls (célibataires ou veufs),

16 résidents vivant en couple

8 personnes handicapées vieillissantes.

Les résidents entrant à la maison de retraite Bon Secours ont en moyenne 84 ans, ce qui est comparable aux autres EHPAD. Pourtant, le critère actuel pour pouvoir entrer en maison de retraite est d'avoir 60 ans.

Seuls ou en couple, ils ont la volonté de vivre en établissement ou l'incapacité de vivre à leur domicile. Ils sont contraints de s'adapter, après plus de 84 ans de vie indépendante (âge d'entrée), à une vie organisée en collectivité.

La volonté de prise en charge individuelle est confrontée à une réponse souvent collective. Chacun doit alors renoncer à son indépendance pour accepter des nouvelles règles. Le règlement de fonctionnement en donne les limites.

La maison de retraite du Bon Secours accueille 120 personnes âgées dont 110 provenant de l'arrondissement de Vendôme.

Les personnes hébergées sont étonnamment autonomes pour une maison de retraite. Sur l'échelle de 70 à 1000 points du système d'évaluation AGGIR¹, la moyenne, nommée GMP est de 544 et, le PMP est de 54.

Un EHPAD a en moyenne un GMP de 650 points en Loir et Cher et un PMP de 120 points en région Centre².

L'âge moyen des personnes hébergées est de 88 ans.

Le choix de l'établissement est raisonné.

Ils ont choisi la maison de retraite du Bon Secours pour sa capacité à les accueillir lorsqu'ils ont eu besoin de trouver un établissement mais aussi pour son caractère spécifique.

91% des résidents habitaient déjà dans le département avant leur entrée au Bon Secours. 85% habitaient Vendôme. Deux EHPAD sont présentes localement. L'une est gérée par l'Hôpital, la seconde par la congrégation du Bon Secours. Deux foyers logements dont un avec cure médicale s'ajoutent à cette offre de service en établissements, tous deux gérés par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Les services à domicile (prestataire et mandataire) et le service soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont localement très liés, gérés par le centre intercommunal d'action sociale (CIAS) de Vendôme. Une petite association indépendante (Equilibre Centre) assure une aide à

¹ AGGIR est une méthode d'évaluation de la perte d'autonomie ; élaborée en 1994 par Jean Marc Ducoudray, Robert Leroux et, Jean Marie Vetel. Elle a permis une évaluation identique de toutes les personnes âgées, quel que soit leur type et lieu de prise en charge. Individuellement, elle classe chaque personne dans une classification de 1 à 6 nommée Gir en fonction de ses capacités personnelles. Elle permet en établissement de calculer un Gir Moyen Pondéré (GMP) de l'ensemble de la population prise en charge. Elle est complétée par une grille de classification des besoins en soins techniques médicaux et paramédicaux de l'ensemble des pathologies d'une population de personnes âgées, nommée Pathos, qui lui, va calculer le besoin en soin de l'établissement à partir d'un Pathos Moyen Pondéré (PMP).

² Si le GMP est calculé pour tous les EHPAD du territoire départemental, le PMP a été validé seulement pour 4 établissements, la moyenne utilisable en comparatif est donc régionale. Source, DDASS de Loir et Cher, juin 2008.

domicile, dans la mouvance du chèque emploi service universel (CESU) et de la politique d'ouverture à la concurrence des services à domicile.

Une enquête de satisfaction auprès des résidents et familles de la maison de retraite du Bon Secours pour mesurer l'importance de la proximité de la communauté religieuse fut menée au premier semestre 2008. Ont-ils choisi cet établissement particulièrement et vivent-ils une vie religieuse ou, sont ils là juste pour être rassurés ? (Enquête de 175 questions sur l'ensemble des services de l'établissement dont 10 questions pour la communauté).

Les résultats mettent en avant le caractère religieux de l'établissement. Les rencontres avec l'aumônier, la participation régulière aux offices religieux est annoncée par les résidents. Les familles sont par contre éloignées de ces temps, sans justifier leur choix.

Huit couples ont choisi de vivre au Bon Secours pour la spécificité d'un accueil qui s'explique par plusieurs critères forts : le premier concerne les chambres ou appartements de couple qui sont situés aux extrémités des pavillons, avec des sorties vers l'extérieur sans traverser les bâtiments de la maison de retraite. Le second critère concerne la capacité d'accueillir chacun, du Gir 6 au Gir 1, sans besoin de changer de service (ce qui est peu proposé localement). Le troisième critère est financier. Pour deux, l'hébergement est de 2600€ mensuel, ce qui n'existe pas dans l'offre de service locale. Ces couples donnent un visage différent, attirant leurs enfants, petits enfants, arrière petits-enfants, qui s'installent en chambre d'hôtes, se retrouvent en famille, entre cousins, autour des grands parents. L'existence des quatre générations était un fait démographique prévisible, le prolongement de l'espérance de vie étant annoncé depuis des années. Mais la dépendance rendait impossible à ces couples d'accueillir leurs familles. L'établissement leur permet à nouveau d'inviter, de recevoir, de retrouver une vie de famille.

Accueillis par les sœurs avant 1975, des personnes handicapées mentales sont toujours présentes. Devenues âgées, elles demandent une prise en charge particulière, avec des aides médico psychologiques (AMP) en complément des équipes d'aides soignantes et de vie sociale.

Cette ouverture à différents publics est due à l'histoire, les sœurs accueillaient des personnes selon les besoins de la population. Le critère pour organiser la réponse à un besoin répondant surtout à l'absence locale d'autres prestataires. Encore aujourd'hui, tous ceux qui le nécessitent doivent pouvoir être hébergés, y compris sans ressources³.

³ HERVY B. 2003. *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Chapitre 3, pp51-55.

1.1.2 Communauté du Bon Secours, initiateur du projet d'établissement.

Provenant de la congrégation du Bon Secours de Paris ou de la congrégation du Saint Cœur, les sœurs de la communauté de Vendôme sont infirmières ou enseignantes pour la plus grande part d'entre elles. En retraite, elles font régulièrement valoir leur expérience d'anciennes dirigeantes d'établissements d'enseignement ou d'établissements médico-sociaux. La communauté de Vendôme regroupe 13 sœurs.

L'âge moyen des sœurs à Vendôme est de 80,5 ans.

La perte d'autonomie, évaluée le 5 juin 2008, selon le modèle d'évaluation AGGIR, révèle un GMP de 322 points. La réglementation permet donc d'envisager une petite unité de vie médicalisée pour la communauté.

Toutes les sœurs de la communauté du Bon Secours ont fait le vœu de passer leur vie au service de l'Eglise. Elles ont fait ce choix depuis 56 ans, en moyenne pour la communauté de Vendôme. C'est à 24 ans (en moyenne) qu'elles décidaient d'adhérer à une idée dépassant l'Homme. Leurs recherches théologiques et leur ouverture aux autres tout au long de leur période active, leur ont donné une grande autonomie de réflexion. De par leur souhait, ou par celui de leur supérieure, elles ont intégré la communauté de Vendôme.

Chacune a une mission, pour laquelle elle a été nommée, à l'intérieur de l'établissement ou, à l'extérieur. Chacune selon ses moyens et son autonomie a donc encore une mission d'Eglise personnelle, reconnue, et échange avec les autres sur ses actions.

S'ajoute à cette vie personnelle, une vie communautaire. Organisée par la supérieure, elle implique une participation plus ou moins assidue à des temps de rencontre et de prière. Les termes de *frère et sœur*, utilisés par les chrétiens, expliquent en partie le fonctionnement très familial de la communauté.

La démographie des institutions religieuses ne permet pas d'envisager un avenir à long terme pour la communauté religieuse du Bon secours.

A Vendôme, la communauté devient de moins en moins nombreuse. L'organisation de la communauté, en domicile partagé, est perturbée par le vieillissement. Les sœurs âgées, dites aînées, sont prises en charge par ce qu'elles nomment l'infirmerie, tenue par une sœur infirmière, qui a cessé son activité à l'extérieur. Mais elles ne peuvent plus être aidées par les sœurs autonomes pour les actes de la vie quotidienne. Des salariés sont embauchés (1 en 2000, 2 en 2003, 3 en 2007). Aujourd'hui, 4 sœurs ont obtenu une aide personnalisée à l'autonomie, l'APA, qui prend en charge une partie des salaires. L'établissement assure la gestion des services généraux (cuisine, lingerie, entretien des bâtiments, sécurité) et la veille de nuit (passage régulier d'une aide soignante chaque nuit auprès des sœurs aînées).

Elles accueillent de plus chez elles la mère d'une sœur. Dépendante, cette dernière n'interfère pas dans l'organisation de la communauté, augmentant au contraire l'image familiale de l'accueil.

La communauté de Vendôme fait partie de la Congrégation des Sœurs du Bon Secours de Paris. La congrégation internationale regroupe cinq communautés pour la Province de France. La Province est administrée par un conseil provincial, regroupant des sœurs autour d'une supérieure provinciale.

La communauté, est selon le *Littré*, « un groupe plus ou moins étendu, réuni par les mêmes croyances, les mêmes usages (...). Autrefois corporation (...). Société de personnes vivant ensemble et soumises à une règle commune ».

Cette définition est loin de l'importance sociologique des communautés. Robert A. NISBET⁴ développe une vision sociologique de la communauté, à travers l'histoire. Il étaye sa démonstration en se référant à des auteurs éloignés de l'image que l'on peut aisément avoir aujourd'hui des communautés religieuses. Auguste COMTE porte un regard critique violent sur la révolution française, le manque de stabilité de l'organisation sociale qui en résulte et son incapacité à reconnaître que le passé permet de construire l'avenir. Il ne croit pas dans les associations d'alors, qu'il croit individualistes. La communauté requiert par contre la volonté délibérée des personnes qui la compose pour une finalité commune. Frederic Le PLAY pose la communauté en réalité concrète, observable, comparable au corporatisme. Il choisit d'observer des groupes d'individus selon son œil d'ingénieur. Il les classe alors selon leur appartenance, selon leur volonté d'appartenance à un groupe humain.

« La personne est, de par sa constitution, un être social, car ainsi l'a voulu Dieu, qui l'a créé ». La nature de l'homme se manifeste à la manière d'un être libre et responsable qui reconnaît la nécessité de s'intégrer et collaborer avec ses semblables et est capable de communion. « Une société est un ensemble de personnes liées de façon organique par un principe d'unité qui dépasse chacune d'elles. Assemblée à la fois visible et spirituelle, une société perdure dans le temps : elle recueille le passé et prépare l'avenir »⁵.

C'est dans cette recherche que vivent les sœurs de la communauté du Bon Secours. Avec les vœux de pauvreté, d'obéissance, de chasteté, chacune s'impose par choix un respect de la règle. Mais elle est une partie de la communauté. Ce n'est plus sa volonté individuelle qui prime, au profit de motivations profondes qui la dépasse. Elles ont choisi

⁴ NISBET R.A., 2005, *La tradition sociologique*, PUF, chapitre 3, La communauté, pages 69 à 138.

⁵ Compendium de la doctrine sociale de l'Eglise, 2005, CERF FLEURUS-MAME 330pages. Section 149.

la congrégation du Bon Secours pour son charisme : l'accompagnement des malades par la compassion, la libération et la guérison. Sœur Odile Royer, supérieure provinciale de France, précise la spécificité du Bon Secours, qui accompagne les malades chez eux, avec les soins à domicile dès 1824 à Paris.

A Blois, je dirige aussi une petite unité de vie (PUV) médicalisée, qui regroupe des prêtres diocésains ou non et, des sœurs de différentes congrégations, en retraite. Si ces dernières vivent ensemble, avec une salle communautaire et une salle à manger séparée, elles appartiennent pourtant à la communauté de la maison. Cette communauté fonctionne autour de la prière et de temps partagés simplement, étant tous retraités.

Un tour d'expériences m'a permis de rencontrer des sœurs à Avranches (50, Manche). La congrégation des Sœurs servantes de Jésus a choisi de se mettre au service d'une fondation laïque. Formées aux métiers de soignantes (infirmières et AS) les sœurs ont continué à se former et encadrent l'EHPAD qui accueille 62 résidents âgés et, 10 personnes handicapées adultes, tous laïcs. La communauté vit sur place mais est totalement séparée, géographiquement. Les sœurs n'imaginent pas de se mêler aux résidents laïcs pour leur fin de vie mais, de se retrouver ensemble, au sein de la maison mère à Caen (14, Calvados), qui accueille les sœurs âgées dépendantes avec des personnels dédiés.

1.1.3 Des équipes de travail animées par la volonté de servir les personnes âgées

Un établissement qui a suivi l'évolution des besoins de la population locale

En 1848, un groupe de laïcs, habitant Vendôme, organisent des services pour les pauvres et exclus. Rapidement, ils ne trouvent pas le temps et les moyens humains nécessaires pour répondre aux besoins locaux.

Ils font alors appel à une congrégation locale. La Congrégation du Saint Cœur prend le relais et développe des établissements : hébergement et enseignement des enfants, accueil de personnes handicapées (enfants, adultes), accueil des personnes malades en clinique, soins à domicile et, accueil des personnes âgées.

Les femmes qui s'engagent dans cette congrégation sont alors essentiellement soignantes (aides soignantes, infirmières) et enseignantes. 50 sœurs font vivre la mission. Après 1960, le manque de vocations ne permet plus à la congrégation de répondre à l'étendue de la mission. Chaque mission est questionnée. L'école ménagère est confiée au collège privé local. L'orphelinat disparaît.

En 1977, la congrégation du Saint Cœur fusionne avec la congrégation du Bon Secours, dont la mission est identique. Les sœurs continuent à réorganiser les services donnés.

L'Hôpital prend en charge les adultes handicapés, la ville les services d'aide et de soins à domicile. A son tour, la Congrégation du Bon Secours manque de vocations. La clinique est cédée en 1986. L'accueil se modernise toujours, transformant l'hospice en maison de retraite moderne, avec de lourds chantiers en 1986 (40 lits) puis 1993 (36 lits). Elles sont alors en avance sur les règles appliquées : chambres de plus de 20m² avec sanitaires et douches adaptés à la perte d'autonomie. Leur engagement est reconnu par la création d'une cure médicale de 20 lits. L'embauche d'infirmières et d'aides soignantes laïques va professionnaliser la prise en charge, débutant une démarche globale d'amélioration de la qualité. Un nouveau mode d'organisation relationnel s'instaure, impliquant des transmissions, un suivi de chaque résident avec des dossiers individuels de soins.

Manquant de gestionnaires, les sœurs embauchent un laïc, adjoint de direction, en 1998. Ses efforts vont concerner le bâti et la sécurité. Il va créer un système de sécurité incendie pour les trois pavillons, et former les personnels. Il prendra la direction des établissements en 2000 et poursuivra immédiatement les rénovations afin d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées (19 lits en 2000).

En 2001, la dernière sœur infirmière quitte ses fonctions. Fin 2004, c'est au tour de la dernière sœur aide soignante de quitter ses fonctions. Le personnel des établissements comprend alors uniquement des laïcs, soucieux de faire perdurer la mission des sœurs.

Une première expérience de gestion d'établissement avec communauté sert d'exemple.

A partir de juin 2003, les Maisons du Bon Secours conseillent le diocèse de Blois sur les choix stratégiques concernant la maison de retraite du Clergé Charles de Blois. Avec un budget de 250 000€ subventionné à hauteur de 120 000€ par le diocèse et cinq places libres pour 20 autorisées, il convenait d'ouvrir l'établissement à des prêtres venant d'autres diocèses et, à des religieuses. Ainsi, cinq religieuses et un prêtre ont permis de continuer à faire vivre cette maison. Parallèlement, des chambres d'hôtes sont créées pour accueillir l'entourage des résidents (familles et prêtres).

L'évêque de Blois choisit en 2005 de confier la direction et la gestion de l'établissement à la maison de retraite du Bon Secours. L'établissement sera reconnu Petite Unité de Vie (PUV) médicalisée en avril 2007.

Elle est soumise aux règles des établissements et services. Ont été mis en place les dossiers concernant la prise en charge individuelle. L'ensemble des outils de la loi 2002-2 a été mis en place en accord avec le supérieur de la maison Charles de Blois. La vie de la communauté religieuse de Blois organisée autour du supérieur répond aux besoins des personnes accueillies.

Cette vie communautaire est organisée en fonction des capacités des résidents. Leur perte d'autonomie impliquant des soins et des aménagements spécifiques. Le supérieur décide des aménagements à apporter à l'organisation, en relation avec moi.

Des réunions de communauté ont lieu pour le moment sans l'intervention de l'organisme gestionnaire. La représentation avec un Conseil de la Vie Sociale (CVS) étant difficile à mettre en place du fait de la taille de la structure, il est décidé de rattacher les deux établissements en un unique Conseil de la Vie Sociale. Un groupe de parole est créé, le supérieur se portant messager des revendications de la communauté (hors soins, gérés individuellement). A partir de septembre 2008, le supérieur de la maison Charles de Blois participe aux réunions du Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD Bon Secours.

Au niveau national (que l'on nomme province de France) les sœurs du Bon Secours reconnaissent le travail accompli par les laïcs et transfèrent cet exemple pour elles mêmes.

La réussite de cette organisation a remis en question le fonctionnement de la communauté du Bon Secours. Les sœurs repérant que les prêtres âgés étaient pris en charge de façon bénéfique, tout en respectant leur spécificité. La supérieure provinciale doit organiser la vie de communautés vieillissantes (46 sœurs de plus de 60 ans sur un total de 48 sœurs pour la province de France, et 250 sœurs dans le monde).

C'est une congrégation qui suit attentivement les avancées du secteur

Les sœurs ont pour mission de répondre aux besoins de la population tout en gardant la spécificité de leur institution. A travers le Conseil Provincial de France, elles gardent la présidence et la politique associative. Toujours à l'affût de satisfaire les besoins nouveaux, elles suivent attentivement la politique publique.

Le regroupement d'établissements est déjà inscrit dans le projet associatif.

Une dénomination générique regroupe depuis 2002 l'ensemble des missions : LES MAISONS DU BON SECOURS avec en sous titre : maisons de retraite, communauté, convalescence.

Le conseil de la Congrégation fait le choix d'une orientation médico sociale et de la coopération avec d'autres établissements : dès 2003, la maison de retraite devient EHPAD, les rénovations continuent en 2004 avec 23 lits, en 2005 la convention de coopération de la maison du Clergé (Charles de Blois), conventionnement avec l'Hôpital pour un transfert de 8 lits (Hôpital vers Bon Secours, de 2006 à 2008), cession de la maison de convalescence en 2006, convention avec l'école Sainte Cécile de Montoire pour la mise en place d'un point d'appui de formation au Bon Secours (BEPA en 2008, prévisions de mention auxiliaire de vie en 2009 et d'AMP pour 2010). L'association de gestion en cours de création pour séparer les activités de la congrégation doit permettre de continuer ce mouvement.

La position architecturale originale influence le travail actuellement.

Il convient pour suivre cette partie de se référer aux plans en annexe I.

La communauté est au cœur de l'établissement. Elle est installée le long de la chapelle, autour du cloître. Au fur et à mesure des besoins, des ailes ont été ajoutées, des pavillons créés. Les sœurs étaient idéalement positionnées pour effectuer la mission. Aujourd'hui, les pavillons qui accueillent les résidents âgés sont animés par des laïcs, qui tournent autour de la communauté, ce qui implique pour les personnels des déplacements importants, en extérieurs. Cette situation est préjudiciable aux résidents à différents titres : les relations entre résidents des différents pavillons est difficile, pour les équipes, se posent les difficultés liées aux repas (liaison chaude en chariots chauffants lourds à manipuler), au traitement du linge (linge sale transporté par l'équipe technique mais, linge propre ramené en chariots de distribution par l'équipe de lingerie), avec des traversées de cours quel que soit le temps, entraînant des équipements de protection individuels ou collectifs dont l'entretien est souvent critiqué en interne. Les nombreux transferts matériels entraînent des absences du personnel dédié à chaque pavillon (2 personnels nécessaires pour chaque transfert de chariots de repas ou de chariots de linge).

La volonté de servir est au cœur du travail des équipes.

L'histoire des établissements a conduit à l'embauche de nombreux professionnels, dont la qualification fut souvent moins prise en compte que la volonté de partager le projet d'accompagnement des malades et des personnes âgées.

Les salaires proposés par la maison de retraite du Bon Secours (établissement privé suivant la convention collective du Synerpa) sont inférieurs à ceux des établissements voisins (Hospitaliers ou Fonction Publique Territoriale) Pourtant, les personnels sont fidèles à la structure. La particularité de l'accueil, le travail en petites équipes de 15, qui animent des pavillons de 40 résidents, permet une ambiance saine de travail.

Chacun est appelé à se former pour mieux servir. Chaque personnel, quelle que soit sa fonction, a une responsabilité particulière, nommée référence (tutrice des stagiaires, référente de repas, de ménage, d'une animation, des changes...).

Les liens économiques et organisationnels entre établissements sont présentés sous forme synthétique. La comparaison permet de mieux appréhender le diagnostic et d'imaginer les solutions d'avenir.

Tableau 1

Comparaison des établissements : public, organisation, liens.

	EHPAD Bon Secours	PUV Charles de Blois	Communauté du Bon Secours
nombre de résidents	120	20	13
age moyen des personnes accueillies	88	82	80
Gir Moyen Pondéré (GMP) validé	544	306	322
résidents GIR 5-6	37	13	7
résidents GIR 3-4	43	6	4
résidents GIR 1-2	43	1	2
Prise en charge fin de vie	interne, HAD, Soins palliatifs	interne, HAD, Soins palliatifs	interne et, EHPAD
gestionnaire	Province de France	Province de France, pour le Diocèse de Blois	Province de France
reconnaissance administrative	EHPAD	PUV médicalisée	domicile partagé
année de reconnaissance	convention 2003	2 007	
	avenant 2008-2009		
Autorités de taification et contrôle	CG et DDASS	CG et DDASS	Néant
Autoévaluation	Angélique, 2003	Angélique 2008	non soumis
Personnels	67,8	10	3
Médecin et psychologue	0,8	-	-
Infirmières	5,0	2	-
AS et AMP	12,0	1	-
Auxiliaires et agents	22,0	4	3
veille de nuit	8,0	-	-
Autres professionnels	20,0	3	-
Budget 2007 en €	3 250 000	415 000	gestion familiale
Groupe 1	719 802	222 000	
Groupe 2	2 334 365	190 000	81 000
Groupe 3	195 833	3 000	
facturation de services par l'EHPAD		68 000	100 000

La différence entre les deux établissements (EHPAD et PUV) est moins pertinente à observer que la proximité entre le petit établissement de Blois et la communauté de Vendôme.

L'âge et la dépendance des religieux sont du même type, prouvant que l'entrée en établissement est moins le fait d'une incapacité de vie à domicile que l'intérêt de la vie communautaire, à l'arrivée de la retraite.

1.2 La politique publique de prise en charge des personnes âgées

Suivre la réglementation est un exercice qui demande une adaptation permanente. Si la fédération patronale me met au courant des évolutions, il me faut aussi veiller en permanence. Deux règlements principaux sont appliqués, avec le décret du 26 avril 1999 et la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

J'aborde cette étude avec trois entrées : les lieux et modes de prise en charge, avec une approche résolument locale ; leur évolution pour une individualisation répondant aux besoins de chacun ; et enfin une réflexion concernant la nécessité de rationalisation des efforts des intervenants.

1.2.1 Le lieu de prise en charge des personnes âgées

Les domiciles

Rester le plus longtemps dans son domicile est bien souvent le choix des personnes. Lieu chargé de souvenir, de joies et peines, il est le lien du chemin de vie parcouru. Acquis en couple, en pleine vie active, la maison ou l'appartement ont bien des désagréments (chauffage au charbon ou au fuel, marches, garage devenu inutile, chambres inutilisées à l'étage, jardin à entretenir, voisinage qui change) mais il est la preuve d'une construction de vie. S'il fut choisi avec l'arrivée de la retraite, il a été pensé pour y vieillir. Il est inenvisageable de changer de lieu.

L'accueil familial consiste en une solution intéressante lorsque l'on est isolé. Une famille nous héberge et nous accompagne dans tous les actes de la vie courante. Cette solution devrait permettre de rester dans son quartier, sa ville. Mais cette solution est très peu utilisée. Il faut déménager pour aller vers cette maison inconnue, avec de nouvelles personnes.

Le domicile partagé, correspondant à la volonté de plusieurs personnes de mettre en commun leurs moyens matériels et humains. C'est la formule choisie par la plupart des communautés religieuses, dont celle du Bon Secours.

Ces solutions sont favorisées actuellement. Les personnes bénéficient de services à domicile. Pour l'aide et le maintien de l'autonomie (prestataire et mandataire, repas à domicile, CESU pour un embauche directe) avec une aide départementale, L'APA. Pour le soin, c'est l'alternative à l'hospitalisation qui est développé avec les SSIAD, l'HAD, l'hospitalisation de jour (ambulatoire) et les équipes mobiles de soins palliatifs.

Les établissements.

Réglementés par le décret du 26 avril 1999 et la loi du 2 janvier 2002, ils sont soumis à l'ensemble des dispositions régissant les établissements et services médico-sociaux, en supplément des obligations propres.

L'EHPA, aujourd'hui foyer logement ou résidence service, sans médicalisation, garde la souplesse du domicile tout en assurant la prise en charge par l'organisation de la vie sociale et d'une partie de l'hôtellerie. Les services de soins et de suivi de l'autonomie

peuvent y intervenir. Mais, seules des personnes autonomes peuvent y vivre. L'atteinte d'un GMP de 300 points entraîne l'obligation de se transformer en EHPAD.

L'EHPAD, propose quant à lui un service complet, afin de prendre en charge les soins et la perte d'autonomie. Il a l'image du dernier lieu de vie mais, permet effectivement d'aborder la fin de vie. L'EHPAD Bon Secours entre dans ce champ, son fonctionnement étant décrit par ailleurs.

Solution intermédiaire, la PUV médicalisée permet de vivre dans un cadre de dimension familiale avec la prise en charge des soins infirmiers. Le résident peut, à priori être pris en charge quelle que soit sa dépendance et son besoin de soins. La plus grande difficulté est la gestion des risques et la gestion financière. Il est difficile pour une structure de 25 lits de prendre en charge les coûts liés au bâti dans le respect des réglementations liées à l'accueil de personnes dépendantes (équipements de sécurité, accessibilité, systèmes d'appel malades). S'y ajoute la difficulté d'organiser les équipes de travail pour assurer une permanence de tous les métiers nécessaires. Ces éléments conduisent à un risque de coût hébergement prohibitif pour les personnes accueillies. Attachée à une structure d'appui, le système de médicalisation fonctionne particulièrement bien mais, est limité aux établissements ayant un GMP de 300 points et une capacité d'accueil inférieure à 25 lits. L'appui se complète par des conventions avec l'Hospitalisation à domicile (HAD) et les structures sanitaires locales. Le résident bénéficie d'une APA à domicile calculée en fonction des capacités d'accompagnement de l'établissement.

La vie en établissement contraint à faire accepter un partage de l'espace, entre lieu de vie personnel et collectif. La chambre est un espace privé, domicile personnel, où toute intrusion est perçue comme agressive si elle n'est pas consentie. Le domicile doit être possible à personnaliser (meublier, décoration) mais va être confronté au respect des règles d'hygiène et de sécurité de l'établissement. Car de l'autre côté de la porte, l'espace est partagé avec les autres personnes hébergées. Le lieu devient public, avec la nécessité pour chacun de le respecter.

L'organisation de l'espace intérieur dépend du projet d'établissement. Il est travaillé dans la seconde partie du mémoire.

Le département de Loir et Cher comprend ⁶:

⁶ Source : Instance Départementale de Coordination Gérontologique, réunion du 15 décembre 2006 : Actualisation du schéma gérontologique départemental. Travail 2007-2008. Actualisation finalisée par les groupes de travail, adopté en CROSMS, en 2008.

5080 places autorisées en établissement, pour 4931 installées. Pour le canton de Vendôme, toutes les places autorisées sont installées. Pour les EHPAD : 307 lits attachés au centre hospitalier, 120 lits en établissement privé, 205 lits en foyers logement.

Aide à domicile : 1 806 822 heures réalisées en 2005.

607 places de SSIAD en 2006.

Le SSIAD de Vendôme est intervenu auprès de 110 personnes en 2007, pour 56 places (54 Personnes âgées et 2 personnes handicapés).

1.2.2 L'accompagnement des usagers, articulé par le projet individualisé

La loi de rénovation de l'action sociale et médico sociale dite loi 2002-2 du 2 janvier 2002, prévoit l'organisation de la prise en charge tournée vers le résident, départ de l'action. Mais elle ne faisait que suivre le décret d'avril 1999, qui déjà organisait de façon nouvelle la prise en charge des personnes âgées en établissement (mise en place du référentiel qualité Angélique), de la solvabilisation et de la séparation entre hébergement, dépendance et, soins.

La solvabilisation des résidents, qui assurent la plus grande part de leur propre prise en charge (hébergement), est un élément de départ de l'action législative. Cette solvabilisation des personnes âgées est réalisée en France depuis de nombreuses années, avec la retraite par répartition (nous ne cotisons pas pour nous mais, pour ceux qui en ont besoin actuellement). La retraite moyenne s'établit en avril 2008 à 1100€. Les personnes âgées non solvables bénéficient quant à elles du minimum vieillesse et, leur solvabilisation en établissement est assurée par l'aide sociale départementale. Toutefois, les établissements ne sont pas tous conventionnés pour que leurs usagers bénéficient de cette solution. Trois cas coexistent parmi les structures : habilitation totale à l'aide sociale (avec contrôle du prix de journée hébergement par le Conseil Général), convention partielle avec un nombre de lits déterminés et un contrôle du tarif hébergement. convention partielle avec un certain nombre de lits conventionnés au prix moyen départemental (10% des places installées avec au maximum 5 places pour le Loir et Cher, selon l'adaptation départementale de l'ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005) ou, pas de convention.

Après de longues années de réflexion et une première prise en compte du problème spécifique de dépendance des personnes âgées en 1990, la prise en charge financière de

la dépendance, organisée en 1997 avec la prestation spécifique dépendance (PSD), fut fixée par les départements (Conseil Général), avec l'aide financière des bénéficiaires⁷. L'évaluation de la dépendance fut organisée uniformément sur le territoire, avec la grille AGGIR (1996). L'objectif est d'évaluer la dépendance de façon objective pour toutes les personnes âgées. Cette évaluation ne se limite pas aux personnes accueillies en établissement mais est aussi appliquée à domicile. Le modèle AGGIR est un compromis entre les différentes grilles existantes alors. Elle est applicable à tous. La cotation va classer le résident selon un groupe de 1 à 6 selon sa perte d'autonomie et lui donner des points correspondant au besoin d'aide, de 1000 à 70. En établissement, elle détermine le Gir Moyen Pondéré (GMP), dont va découler la dotation globale dépendance et les tarifs dépendances (1-2, 3-4, 5-6). Le calcul mathématique permet ensuite d'évaluer le besoin d'aide à l'autonomie et le financement à prévoir. Chaque personne âgée participera personnellement à l'aide à l'autonomie, par une quote-part correspondant à l'aide nécessaire aux personnes les plus autonomes (Gir 5-6).

La prise en charge du soin

Elle est assurée financièrement par l'assurance maladie. La DDASS est l'autorité de tarification des établissements. La loi 2002-2 a permis une meilleure organisation des soins en établissement. L'ancienne cure médicale disparaît, au profit d'une médicalisation de l'établissement, plus organisée et contrôlée, mais aussi mieux dotée financièrement. Le but recherché par le législateur est d'éviter l'hospitalisation en permettant aux structures de prendre en charge le résident de façon permanente, y compris en situation de crise. Une grille d'évaluation va là encore permettre de coter les besoins pour chaque personne. Mais cette cotation, Pathos, va cette fois s'adresser uniquement aux établissements. Elle est médicale et l'évaluation va cette fois marquer un tournant dans les maisons de retraite : le directeur n'a pas à émettre d'avis sur la cotation, prérogative du médecin coordonnateur, en lien avec l'infirmière référente. Le pathos moyen pondéré (PMP) va déterminer la dotation soins de l'établissement, en lien avec la grille AGGIR.

Cette organisation financière de la prise en charge est difficile à comprendre pour la supérieure actuelle de la Congrégation. Celle-ci est Américaine, le statut du *care* (système de prise en charge Anglo-saxon) lui est plus habituel que notre système français⁸. La dépendance due à l'âge n'est pas étrangère aux soins. Ainsi, le système de *care* organisé par l'Etat prend en charge indifféremment la dépendance et le soin. Toutefois, les restrictions financières à la prise en charge individuelle et l'insuffisance

⁷ HENRARD JC. et ANKRI J., 1999, *Grand âge et santé publique*, ENSP, chapitre 9, pages 169 à 189.

d'offre d'hébergement compliquent le système, qui est complété par une offre de service s'appuyant sur le bénévolat, financé par les associations et fondations.

La vie sociale individualisée.

Nouveauté pour les établissements d'accueil pour personnes âgées, le projet de vie individualisé fut mis en place dans les établissements de façon collective.

Le but n'est pas d'appliquer les projets individuels utilisés pour les publics enfants (éducatif) ou adultes (construction de parcours) mais, de déterminer, pour chaque personne hébergée des projets leur correspondant.

Les périodes d'éducation et de vie active professionnelle et familiale sont le passé des résidents. Il convient, à l'entrée en établissement d'en retirer les éléments marquants pour adapter l'offre de service aux besoins exprimés par le résident. L'entourage est lui aussi engagé dans cette prise en charge. Les propositions d'animations doivent correspondre à ce qui plaît au résident. L'accueil de l'entourage (salons, salle à manger, chambres d'hôtes) doit faciliter la continuité d'une vie en société, l'enceinte de la structure n'étant qu'une enveloppe contenant des propositions. Le développement de cette vie sociale est une volonté relayée par la Fondation de France et les Comités locaux et départementaux des personnes âgées (COLORPA-CODERPA).

Dans l'établissement, chaque résident dispose d'un projet de vie individualisé, avec des objectifs, échéances, moyens, points de vigilance et réponses sur l'atteinte du résultat. Il appartient à l'ensemble des acteurs internes de le mettre en place, comme cela est fait avec le dossier individuel de soins.

La Charte des droits et Libertés de la personne accueillie apparue avec la loi 2002-2, va en ce sens. L'article L 311-3 du CASF vise à assurer la liberté de choix de prise en charge des publics fragilisés. Il vise quatre thèmes : le premier concerne le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de chacun. Le second s'attache au libre choix des prestations. Ensuite, la charte impose une prise en charge et un accompagnement personnalisé (recherche du consentement éclairé). Enfin, la participation de l'usager et de son entourage à l'élaboration du projet d'accueil et d'accompagnement. Afin de respecter ces droits, la personne accueillie doit accéder à l'ensemble des informations la concernant détenues par l'établissement⁹.

⁸ MARTIN C., 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Rennes, ENSP 355p. partie 2, pages 177 à 194, *le Community Care au Royaume-Uni*.

⁹ BORGETTO M. et LAFORE R., 2004, *Droit de l'aide et de l'action sociale*. pp206-207. Montchrestien,

1.2.3 Rationaliser les efforts des autorités de tarification

Organisés en PRIAC et Schéma Départementaux, les territoires organisent la politique d'avenir de développement de la prise en charge des personnes âgées.

Les établissements posent des difficultés de gestion financière du bâti, de la sécurité et du fonctionnement général (administration, cuisine, lingerie, entretien), qui impliquent un minimum de taille pour répartir les charges incompressibles. Le rapprochement des établissements pour personnes âgées, qui ont actuellement 60 lits en moyenne, est un impératif de bonne gestion.

La convergence tarifaire veut rationaliser la participation financière des autorités de tarification tout en maintenant un prix de journée hébergement compatible avec les ressources des personnes âgées. Elle contraint à des choix excluant les petits établissements ou les fonctionnements en petits pavillons qui demandent un surcroît de personnels et des coûts de fonctionnement trop important. Il n'est toutefois pas demandé aux établissements de rationaliser pour perdre la prise en compte humaine.

Le conventionnement avec des professionnels spécialisés est lui aussi recherché. La coopération inter établissements par des conventions est favorisée : convention économique, à travers les GCSMS (mise en commun de moyens matériels et humains), coopération pour la continuité des soins et la gestion des crises sanitaires (Grippe aviaire, canicule, pour les plus communiquées,) avec un plan Bleu. Une convention écrite avec l'Hôpital, en point d'appui, concerne ce dernier point.

Mais la coopération la plus recherchée est celle concernant la coordination territoriale des acteurs pour une meilleure réponse aux besoins individuels des personnes. En cela, la maison de retraite du Bon Secours est partenaire de la coordination gérontologique du Vendômois, qui se réunit chaque semaine et, traite une fois par mois (le troisième jeudi) les dossiers de prise en charge délicats ou requérant une coopération de plusieurs acteurs locaux.

Le directeur veilleur est largement impliqué dans cette évolution très rapide. Patrick ROUGEVIN BAVILLE¹⁰ le décrit comme un pilote qui prépare sa route puis, conduit en s'adaptant sans cesse à l'environnement. Les nouvelles technologies ont accéléré le

¹⁰ Patrick ROUGEVIN BAVILLE a dirigé le service de veille sociétale créé par la Fondation d'Auteuil en 2006. Il est aujourd'hui chargé de mission auprès du ministère de la ville. Son travail de veille stratégique, écrit pour l'IFS Meslay, s'appuie entre autres sources au colloque ADC-ENSP des 27 au 29 Septembre 2006 à Strasbourg : *L'anticipation, dimension stratégique pour le métier de directeur.*

mouvement. A l'ancienne lecture de la loi, transmise par les DDASS, le directeur doit maintenant lire la loi complète, brute, transcrite par mail dès sa parution au journal officiel. Ce rôle de veille, je dois l'assumer. La participation de l'établissement aux réflexions départementales y est inscrite. Le Schéma Départemental Gérontologique est en réécriture, j'y suis présent au sein de deux groupes de travail, dont la *gestion des demandes d'entrées en établissements* et le second, plus proche encore du présent mémoire : *Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et d'accueil d'urgence*. J'ajoute à cette participation celle avec la DDTEFP (direction départementale de l'emploi et de la formation professionnelle), concernant la formation permanente des équipes, que nous verrons en deuxième partie. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de la région Centre, 2008-2012, donne les objectifs en terme d'adaptation et d'évolution de l'offre de service, sur l'ensemble de la région. Il a été repris lors de l'écriture du schéma départemental.

Le rapport Larcher¹¹ propose de renforcer les liens entre médicaux social et sanitaire. Ce sera un des rôles de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette dernière se basera sur le PRIAC pour analyser les besoins des territoires de façon fine. Le rapport donne à l'ARS un pouvoir d'organisation et de coordination correspondant actuellement à celui des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), pour le secteur sanitaire, en l'étendant.

1.3 Le projet d'établissement actuel, et sa nécessaire évolution

Le projet d'établissement n'est pas figé. Ecrit, il est déjà dépassé. Son adaptation est une nécessité pour chaque lecteur. Comment se retrouver dans un projet qui n'a pas prévu toutes les évolutions sociétales, réglementaires ?

Avec un renouvellement à rythme régulier, la convention tripartite et ses échéances régulières sont une chance. La prise en charge du soin et de la dépendance étant très encadré par la loi, je m'appuierai plutôt sur la description du volet concernant la vie sociale. Enfin, nous verrons un objectif fort de la maison de retraite du Bon Secours, concernant la prise en charge de fin de vie.

¹¹ Rapport Larcher : *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'Hôpital*, présidée par le sénateur Gérard LARCHER, remis au président de la République le 10 avril 2008. Fiches propositions pages 52 et 53 : Hôpital et Fonctions Sociales et Médico-Sociales : Coordonner au niveau régional et local les responsables de l'organisation des champs sanitaire, médico-social et social (création de l'ARS). Assurer la continuité des soins (objectif de préparer la sortie dès l'admission à l'hôpital). Favoriser le redéploiement de structures hospitalières en structures médico-sociales.

1.3.1 Depuis la convention tripartite de 2003 : évolution du projet et de l'établissement

Les grands titres du projet institutionnel concernent la recherche de qualité, de vie pour les résidents, de relations pour les familles, de travail pour les personnels exerçant dans l'établissement, d'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique de soins coordonnés.

Réalisés totalement, les objectifs de la première convention deviennent un carcan qui gêne l'inventivité et le désir d'amélioration continue de la qualité. Les membres du Conseil de la Vie Sociale et les représentants du personnel m'ont accompagné pour le faire évoluer et signer en 2007 un avenant à la convention élargissant notre champ d'action.

Lors de l'écriture du projet, en 2002, l'ancienne sœur directrice était présente. Très proche de mon prédécesseur, ils échangeaient sur leur vision de l'établissement et écrivaient avec l'animatrice un projet qu'ils pensaient ambitieux. Mais lors de la première présentation aux autorités de tarification et de contrôle, la maison de retraite du Bon Secours n'avait pas du tout les mêmes prévisions de moyens qu'aujourd'hui.

Tableau 2 Répartition du personnel de l'EHPAD

équipes de travail	Avant convention	Convention de 2003	avenant 2007 pour 2008	en poste 2008	commentaire
administration	3,9	3,9	4,0	4,0	avec gestion Blois
services généraux	17,2	10,7	18,0	18,0	sur hébergement
animation	0,5	0,5	1,5	1,8	
lingère	3,0	3,0	3,0	3,0	
Agents de service	24,0	21,0	20,1	19,2	
AS et AMP	5,0	9,5	12,5	13,5	(15,5 en 2009)
infirmières	2,5	3,5	5,0	5,0	dont IDE référente
médecin	0,0	0,4	0,4	0,4	
psychologue	0	0	0,1	0,1	(0,2 en 2009)
TOTAL	56,1	52,5	64,6	65,0	

Le différentiel entre 9,5 aides soignantes et Aides médico psychologiques prévues et les 13,5 présentes aujourd'hui, comme celui de 3,5 à 5 infirmières, a totalement changé la prise en charge des soins. Il est dorénavant possible de faire des moments de soins quotidiens de réels temps d'échange. Le temps de psychologue, même peu important permet un suivi des cas délicats et une reprise avec les équipes des points à améliorer pour la prise en charge individuelle.

Comptabilisée sur l'hébergement, l'animatrice ne pouvait pas, à mi temps, organiser et faire vivre le projet d'animation de 120 personnes âgées. Avec 1,8 postes en place aujourd'hui, nous nous sommes donné les moyens humains indispensables pour accompagner réellement les résidents.

1.3.2 La vie sociale avec l'ensemble des résidents et les équipes

La procédure d'accueil est séparé en deux étapes : postuler puis, être accueilli dans le service. Le principe est d'éviter les entrées « catastrophes ». Si ce terme n'est plus utilisé aujourd'hui, ces entrées en urgence existent encore aujourd'hui, ne permettant pas toujours de suivre scrupuleusement le protocole d'accueil avant l'entrée (le principe de base est l'adhésion individuelle et personnelle du résident à son entrée), comme après l'entrée (nommée arrivée aujourd'hui, avec différents bilans d'étapes).

Le projet de vie se basait sur la permanence des sœurs présentes auprès des résidents. Mais les sœurs ne peuvent plus animer des après midi. L'animation chorale a été transmise à des bénévoles. L'aumônier assure des rendez-vous réguliers. A contrario, les sœurs se joignent maintenant aux animations. Pour les sœurs aînées, il est même difficile d'entendre que les personnels d'animation ne les aident pas de façon systématique pour les transferts.

La vie sociale a été totalement modifiée. Deux grandes animations mensuelles avec des intervenants extérieurs était la base. S'y attachaient des visites particulières chez certains résidents et, l'écriture d'un journal avec ces derniers pour remercier la direction de la disponibilité de l'animatrice et des animations mensuelles. Les résidents profitant de l'animation personnalisée sont peu nombreux, cités dans le projet de vie de l'établissement (8 résidents).

Une grande sortie annuelle était prévue, en bus, avec tous les résidents. Elle consistait en une visite et un repas au restaurant avec la direction. Encore une fois, cette animation s'adressait uniquement aux résidents autonomes, limitant très clairement la sortie à la capacité à monter dans un bus. Les sœurs y étaient invitées et participaient avec joie à cette journée. Mais la maison de retraite du Bon Secours a aussi un minibus adapté à la perte d'autonomie. Le projet de vie cite son utilisation par les hommes d'entretien, pour emmener les résidents en fauteuil.

A mon arrivée, en octobre 2002, j'ai effectué une lecture avec l'animatrice de ce projet de vie, nouvellement écrit. Le personnel faisant fonction d'animatrice, à mi temps, a démissionné la même semaine, suite à ma demande d'effectuer des animations dans les trois pavillons et pas seulement envers les résidents en Gir 5-6. L'embauche d'une, puis

de deux animatrices, formées, qui assurent une réelle prise en compte individuelle des résidents, a permis dans un premier temps d'entrer dans le projet. D'animations auprès des résidents autonomes, en complément des visites des sœurs, nous sommes passés à une vie sociale faite de différents temps (rendez-vous quotidiens et hebdomadaires, rencontres mensuelles).

L'équipe de vie sociale s'adapte en permanence à la perte d'autonomie des résidents.

La dépendance croissante ne permet plus aux résidents de se déplacer seuls. L'utilisation de la grande salle d'animation (Saint Joseph) conduit les équipes à un long travail de transfert, que les résidents appréhendent comme un temps d'attente, d'insécurité lorsqu'ils sont laissés sans surveillance quelques minutes dans ce pavillon éloigné des autres.

En 2007, une animatrice et l'infirmière référente ont reçu une formation de formatrice occasionnelle. L'animatrice forme les équipes AS-AMP et ASH pour qu'à leur tour elles sachent organiser et encadrer des ateliers. Pour 2008, l'appui se fait sur l'atelier « tendresse¹² » mais, l'objectif est plus large. Il vise à entrer dans une démarche d'accompagnement global bien traitant pour le résident, en tout temps. L'infirmière référente a sensibilisé les équipes au risque de maltraitance et forme à une démarche de bientraitance.

Le confort dans l'établissement visait à rechercher l'adaptation aux habitudes de vie des résidents. Trois principes sont mis en avant : le repas, la toilette et l'association des familles au projet. Ces points seront revus au fil du mémoire.

Spécificité nouvelle de l'établissement, l'accueil des couples a impliqué une démarche d'accompagnement particulière, avec un soutien psychologique important du conjoint le plus autonome. L'accompagnement de ce dernier est organisé en concertation avec la psychologue, les chefs de services et l'équipe de vie sociale. Les réalisations les plus importantes comprennent des temps de repos pour l'aidant naturel, qui va pouvoir se décharger matériellement mais aura du mal à quitter son conjoint, pour quelques heures (sorties, invitation chez des amis, reprise d'une vie sociale souvent réduite par le besoin de présence du conjoint) mais aussi pour des vacances (avec familles et amis). Il a fallu aussi privilégier des logements de deux pièces aux chambres doubles, afin de permettre à chaque membre du couple une intimité.

¹² L'atelier tendresse consiste plus en un temps privilégié entre un résident et un personnel qu'en une animation. Il consiste à prendre le temps de travailler ensemble l'image de soi. Il nécessite une

1.3.3 La prise en charge de la fin de vie au cœur du projet d'établissement, modifiée totalement.

L'entrée en établissement se fait avec une représentation très claire de dernier lieu de vie. Lors de l'entrée, les partenaires internes vont élaborer un bilan de vie avec le résident : vie sociale amicale et professionnelle, familiale, santé mais aussi, un bilan personnel existentiel, d'anticipation, de transmission¹³.

Une prise en charge interne espérée dès l'entrée du résident.

Les personnes âgées choisissent la maison de retraite du Bon Secours en espérant y finir leur vie. Les limites de l'établissement sont clairement définies dans le contrat de séjour (impossibilité médicale de prise en charge, avec limitation pour la nuit et le matériel médical lourd). Cette limite ainsi définie, permet aux résidents et à leur famille d'aborder le sujet des derniers instants. Les éléments matériels sont abordés, comme la possibilité pour leur parent de rester sur place après le décès. Mais aussi d'expliquer quelles démarches sont à envisager pour respecter un souhait particulier. Les rites funéraires et les croyances vont profondément influencer notre façon de prendre en charge ce temps.

La proximité de la congrégation va permettre d'aborder sereinement les questions de croyances religieuses. Ces questions permettront à la famille d'appréhender avec tranquillité le moment de la disparition et l'accompagnement de fin de vie.

Le personnel, avec un soutien immatériel induit par la présence de la communauté religieuse et, des formations internes ou externes, entre dans cette démarche d'accompagnement. Les aides soignants et infirmiers reçoivent comme formation attachée à leur fiche de poste : l'accompagnement de fin de vie. Pour les agents de service, cette formation est facultative, de façon à permettre à chacun de se positionner, d'apprendre à l'aborder sans contrainte. En interne, les personnels auront le soutien de la psychologue, en groupes de parole. Mais ces temps sont surtout l'occasion d'apprendre à réagir, à entourer, à réaliser cet accompagnement, cœur de notre mission.

Les sœurs ne sont plus présentes chaque jour dans les pavillons mais la supérieure est avertie par les chefs de service (ainsi que l'aumônier) dès qu'un besoin exprimé d'accompagnement apparaît. Son passage est le fil conducteur de notre prise en charge.

formation pour réussir à encadrer ce moment, avec plusieurs temps (préparation, temps partagé, temps de retour vers les autres, rangement).

¹³ VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 1999 *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Erès, chapitre 2, pages 33 à 41.

Pour les résidents comme pour les équipes de travail, la présence des sœurs infirmières va rassurer. Comprenant les souffrances de la personne âgée, connaissant notre travail d'accompagnement matériel et humain, les sœurs vont se lier avec les équipes soignantes pour assurer un accompagnement global. La fin de vie n'est pas vue comme une fin mais, comme un passage, une étape.

Les résidents aussi participent à cet accompagnement. Avec la famille, après le décès, les résidents sont présents : animation d'une prière d'adieu pour ceux qui le souhaitent, avec des témoignages des résidents qui ont partagé les derniers instants de leur vie. Ce temps était principalement proposé aux familles lorsqu'en 2004 la paroisse a demandé au Bon Secours d'assurer les prières d'adieu pour les résidents. Il est devenu un moment précieux pour eux. Ensemble, ils prient pour celui avec qui ils vivaient. Même en l'absence de famille ou d'amis, les résidents tiennent à se réunir pour prier. Ce jour là, ils refusent ensemble les animations que nous proposons, mettant en avant ce temps de recueillement entre eux, ou simplement le fait de suspendre la vie active durant un instant. Le temps de recueillement est animé simplement, de façon à ce que tous ceux qui le souhaitent puissent y participer, même s'ils sont éloignés de la foi.

Des soins palliatifs encadrés par des spécialistes.

L'unité mobile départementale intervient à notre demande, en soutien des équipes et en aide à la décision. Les intervenants, médecin et infirmières, permettent un soutien continu, de terrain. Le docteur Godefroy HYRSCH¹⁴, nous a fait part de son étonnement au regard de l'accompagnement interne. Il est surpris à chaque fois des moyens internes mis en œuvre et de l'implication de tous les intervenants : personnels de toutes fonctions, autres résidents du pavillon, de l'accueil des familles et du temps d'écoute qui leur est réservé, de la discrétion de l'aumônerie et des sœurs. Les relations quotidiennes de l'équipe mobile avec le médecin coordonnateur et l'infirmière référente assurent une prise en charge très proche du résident.

Les lois de 1999 et 2005 affirment ce besoin d'accompagnement individuel de la fin de vie avec la création de services dédiés aux soins palliatifs. Le 13 juin 2008, le gouvernement annonçait le plan dédié aux soins palliatifs en s'appuyant sur les termes de « culture de soins palliatifs ». L'Etat a trois principales orientations : augmenter le nombre de places possibles d'accompagnement, en établissements hospitaliers mais aussi en maisons de retraite et à domicile ; le renforcement de la formation des personnels et, le soutien aux familles.

¹⁴ Le docteur Godefroy HYRSCH est président de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, qui regroupe 5000 soignants libéraux ou hospitaliers impliqués dans la démarche des soins palliatifs et 200 associations. Il anime l'unité mobile de soutien en Loir et Cher.

L'établissement a signé en mai 2008 une convention avec le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) du Vendômois, pour les prises en charge médicales importantes. Ainsi, pour une période déterminée de 2 mois, renouvelable tacitement, il est possible d'assurer la permanence paramédicale jour et nuit. Cette mise en place se fait pour le moment en relation avec l'équipe des soins palliatifs.

Cette prise en charge de fin de vie est réalisée en concertation avec l'Hôpital de Vendôme, point d'appui pour notre structure. Là encore, nous y rencontrons des médecins soucieux de respecter le désir des résidents et familles.

La communauté religieuse ne bénéficie pas aujourd'hui pour elle-même de ces relais externes. Chaque difficulté médicale, comme chaque accompagnement, contraint les sœurs à rencontrer des interlocuteurs nouveaux, gérer en urgence des dispositifs inconnus. Elles ont donc pris l'habitude de se tourner vers l'EHPAD pour les aider dans ces organisations matérielles, préalable indispensable à un accompagnement de qualité.

L'ensemble des services de la maison de retraite du Bon Secours était organisé par la communauté religieuse. Le temps a conduit à une modification du public pris en charge, à la disparition des sœurs soignantes au travail. L'établissement s'est organisé pour répondre aux besoins nouveaux mais, voit aujourd'hui la communauté revenir vers lui, avec des besoins proches de ceux des usagers. La vie sociale a évolué avec de nouvelles contraintes et une prise en charge faite par des laïcs, qui servent de plus en plus la communauté religieuse.

Il devient donc indispensable d'organiser la prise en charge de ce nouveau public religieux.

2 Les choix proposés à la communauté pour assurer une prise en charge respectueuse de chacun

Les sœurs de la province de France, réunies chaque année lors du chapitre, prennent ensemble les décisions engageant les différentes communautés.

Je propose à la supérieure provinciale trois choix, qui vont modifier profondément leur vie avec les laïcs : intégrer la communauté à l'EHPAD de façon immédiate ; rapprocher la PUV médicalisée, en terme d'autorisation ; intégrer la communauté à l'EHPAD en la déménageant.

Les trois solutions engagent une nouvelle définition du lieu de vie pour les usagers, une nouvelle organisation du service et enfin, une réécriture du projet d'établissement avec un volet individualisé.

2.1 Intégration totale de la communauté dans l'EHPAD

En intégrant la Communauté à l'EHPAD, nous permettrions une organisation respectant chacun. Nous respectons le fonctionnement communautaire et, assurons pour les autorités de tarification et de contrôle une prise en charge d'un plus grand nombre de personnes âgées dépendantes.

Nous permettons aussi à l'EHPAD Bon Secours de maintenir son identité : établissement regroupant des laïcs âgés avec le respect de la mission de la congrégation.

2.1.1 Pas de changements instantanés pour les laïcs mais un bouleversement pour les religieuses

Les 120 résidents âgés vivant actuellement au sein de la maison de retraite ne verront pas de changement dans leur prise en charge. Les trois pavillons regrouperont toujours 40 résidents. L'enquête de satisfaction 2008 a montré qu'ils ne désiraient pas participer aux animations éloignées de leur lieu de vie et, leur utilisation des jardins montre qu'ils souhaitent rester dans une zone géographiquement réduite. Pour ceux qui aiment se promener, ils trouveront même un avantage certain à pouvoir traverser le pavillon de la communauté. Ils apprécient de savoir la communauté près d'eux, dans un pavillon

supplémentaire. Il n'y aura pas de changement en cela sinon la possibilité de traverser plus aisément le cloître où ils croiseront le personnel du Bon Secours.

Pour la communauté religieuse, le changement est quant à lui très brutal. Cette solution est envisageable à très court terme. Mais comment les anciennes soignantes pourraient accepter d'être accompagnées en n'effectuant plus la mission.

Les sœurs âgées ont pour mission de continuer leur vie de prière, de compassion. Elles vivent donc au sein de la communauté. Il n'y a pas de clôture, comme cela se voit pour les communautés de prière mais, l'habitude est de respecter le lieu communauté, où l'on entre avec discrétion. Personne ne s'y installe sans y avoir été invité par les sœurs. Sœur Jacqueline Rebours, supérieure de la communauté de Vendôme y voit pour chaque sœur la possibilité de continuer sa mission jusqu'au dernier jour.

L'arrivée de laïcs hébergés dans le pavillon communauté, ou de sœurs hébergées dans les pavillons de laïcs n'est pas aujourd'hui possible.

C'est avec un tableau comparatif des religieux et des laïcs que l'on pourra déterminer les liens entre ces deux types de résidents lors de leur entrée en établissement

Tableau 3 Laïcs et religieux, quelle appréhension de l'établissement

	religieuses	laïcs
accueil en EHPAD	choix de la supérieure, avec ou sans la volonté de l'intéressée	choix personnel, ou familial
habitudes de vie	communauté avec règles connues	vie organisée personnellement
appréhension de l'espace	pas de changements a priori mais apparition des laïcs dans leur espace privé.	apparition de la notion d'espaces individuels et collectifs.
Organisation lors de l'entrée	Arrivée d'un contrat de séjour et d'un règlement de fonctionnement qui se superposent aux règles communautaires	Contrat de séjour et règlement intérieur qui vont être utiles pour expliciter les services possibles et les limites.
Services attendus pour la perte d'autonomie et le soin	Attente de l'aide des sœurs plus jeunes	acceptation de l'aide des personnels.
Service attendu pour la vie sociale	Vie sociale organisée par la supérieure. Participation aux animations de l'EHPAD en fonction des obligations de la vie communautaire.	Etre respecté dans ses choix personnels: faire ce qui nous plait ou, ne rien faire.

Les laïcs vont accepter ou refuser l'institutionnalisation pour le carcan qu'elle implique, la perte des repères et des libertés qui semblaient possibles à domicile. Par contre, la sœur va refuser de l'établissement le mélange aux autres, sans respect de son choix de vie.

C'est le choix que la province d'Irlande de la Congrégation du Bon Secours propose à ses sœurs. Certaines ont décidé d'entrer en maison de retraite avec les laïcs. Mais elles gardent un lien avec la communauté, en participant aux offices du jour.

Pour Sœur Françoise SCHILL¹⁵, secrétaire de la Conférence des Supérieures Majeures (CSM) il est nécessaire que la communauté religieuse puisse se retrouver dans un espace réservé. Il lui apparaît impossible de ne pas respecter les temps propres à la communauté dans un lieu à l'écart des laïcs. La CSM, qui réunit l'ensemble des supérieures de congrégations, réfléchit à ces dispositifs mais dans un sens contraire à mon interrogation d'aujourd'hui. Leur difficulté est d'intégrer des laïcs dans les établissements jusque là réservés à des Communautés. Mon questionnement est pour elle très actuel car, la plupart des congrégations ont encore une maison mère qui peut accueillir les sœurs vieillissantes et garder à proximité des EHPAD spécialisés où elles sont accueillies, une communauté religieuse en activité. Mais ce système devient difficile à maintenir.

2.1.2 Faisabilité économique du projet et organisation des personnels

Le point de départ du travail consiste en une évaluation du fonctionnement existant. Il convient de mettre en place le référentiel ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements), non seulement pour l'EHPAD mais aussi pour la Communauté. Pour cette dernière, une approche préalable est nécessaire. L'ANESM¹⁶ a émis en avril 2008 des recommandations pour la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF. Cette nouvelle pratique évaluative doit permettre de déceler les points de convergence et de divergence de nos pratiques d'accueil. Elle est présentée et travaillée avec la supérieure de la Communauté de

¹⁵ Sœur Françoise SCHILL. Rencontrée le 27 mai 2008 lors de la Commission nationale des Instituts religieux à Paris, avec pour Thème : *Les congrégations religieuses et leurs œuvres sanitaires et sociales. Etat des lieux, transmission et charisme.*

¹⁶ ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. Avril 2008. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* Saint Denis. 13p.

Vendôme en août 2008. Il convient de mener l'autoévaluation de la communauté au cours de l'automne 2008, afin d'en présenter le résultat au futur conseil d'administration.

L'EHPAD assure déjà un certain nombre de services pour la Communauté, ils feront partie de l'évaluation interne, et permettent aux acteurs de l'encadrement une connaissance des lieux, avant même d'y organiser le service.

Nous ne disposerons pas de personnels nouveaux de façon conséquente mais, d'un espace plus important à couvrir. Nous traverserons le pavillon Communauté, comme nous le faisons avec tout pavillon de l'EHPAD. Loin de vouloir perturber les sœurs y vivant, ces passages font partie de la mission de sécurisation et de participation à la vie relationnelle.

Economiquement, la disparition de l'entité représentée par la Communauté implique une nouvelle relation avec la congrégation : le coût de location payé par l'EHPAD à la Province est à réfléchir à nouveau. En contrepartie, un coût d'hébergement au sein du pavillon communauté doit être recalculé. Aujourd'hui, nous l'avons vu au §1.1.3, les sœurs financent les services du Bon Secours à hauteur de 100 000€ annuels. L'établissement paie de son côté à la province de France un prix de location de 100 000€ pour la même période. En prenant leur pavillon nous augmentons notre coût locatif. Par contre, il n'est pas envisageable d'appliquer nos tarifs hébergement aux membres de la communauté (sinon aux sœurs ayant été professeurs, avec des retraites de l'éducation nationale).

L'équipe soignante comprend des aides soignants. Les laïcs demandent parfois l'intervention d'une aide soignante et refusent l'aide à la toilette par un homme. Avec la communauté, cette notion de respect de l'intimité entre tout à fait dans l'individualisation préconisée par la loi. Ce paramètre serait à intégrer dans la nouvelle organisation du travail.

Le fonctionnement de la cuisine est différent pour la communauté et l'établissement. Les règles d'hygiène alimentaire et de contrôle des points à risque (méthode HACCP), entraîneront la disparition de l'indépendance des sœurs. Ces dernières reçoivent aujourd'hui des cadeaux (fruits et légumes, œufs, viandes et poissons) de la part des vendômois. L'établissement avait pris l'habitude de refuser ces dons en proposant de les offrir aux sœurs. Ces dernières avaient la liberté de gestion d'une cuisine familiale. Les sœurs commandaient alors moins d'aliments auprès de notre cuisine, gérant ces denrées, gardant dans leur cuisine leurs restes alimentaires pour les repas suivants. La gestion des boissons changera aussi. Le stock de bouteilles d'eau de l'EHPAD (gestion du risque d'approvisionnement avec une palette d'eau renouvelée tous les six mois), passait ensuite du côté communauté. Il sera difficile de maintenir cette pratique avec un service

intégré à l'EHPAD. De la même façon les bouteilles de vin ouvertes pour les familles étaient proposées aux sœurs, à la place du vin de table. Ces modifications qui vont entraîner une augmentation des déchets jetés, seront vues comme du gaspillage et une baisse de qualité pour la communauté pouvant devenir source de conflits.

2.1.3 La petite unité de vie séparée, l'hypothèse du cantou.

L'hypothèse de prise en charge en cantou, petite unité comme à la maison, permet un espace de vie privilégié, organisé sur le système familial. Ancestral, ce système est aujourd'hui privilégié pour les personnes ayant une perte de repères. Il permet aussi d'accueillir des personnes autonomes ou dépendantes dans un même lieu géographiquement déterminé. L'entraide est un principe fondateur. Il s'applique exactement à la vie voulue par les membres de la communauté.

La taille actuelle du pavillon communauté, avec 15 chambres, répond à cette configuration en termes humains, avec la perte de l'autonomie et la capacité à y insérer une équipe de travail dédiée. Le système est expressément décrit : « le cantou intégré, réalisé à l'intérieur d'une structure résidentielle communautaire avec laquelle il a des liens d'interaction logistique et fonctionnelle »¹⁷.

La maîtresse de maison, qui assure la permanence et la proximité crée un lien fort entre les membres du cantou.

Mais l'organisation spatiale, avec les chambres au premier et second étage, pour des espaces collectifs en rez-de-chaussée, sort de la structuration préconisée pour ce type d'hébergement. Avec cette configuration spatiale non adaptable (bâtiment du 19^{ème} siècle) la participation des personnes hébergées aux actes de la vie quotidienne est limitée, créant à nouveau la difficulté des transferts et le besoin de personnels multiples, dans les espaces collectifs (salon, salle à manger, cuisine) et les espaces dédiés à l'hébergement. De plus, cette organisation entraîne un risque d'isolement pour ceux qui y vivent et, plus difficile, un risque de rejet des intrus qui y entreraient. Il est un risque de limitation de vie sociale, sortant par là du projet de la congrégation. De plus, les sœurs, qui allaient vers les autres pendant leur période active, risquent de s'isoler autour de l'équipe qui les sert.

Cette solution n'est donc pas envisageable dans le pavillon actuel de la communauté.

¹⁷ VERCAUTEREN R., PREDAZZIO M., LORIAUX M., 2001, *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*, érès ; Chapitre 5 : Entre domicile et institution, p 62.

2.1.4 Traduction dans le projet d'établissement

La Communauté est l'initiateur du projet d'établissement actuel, par le projet associatif (congréganiste). Il convient ici de permettre aussi sa prise en compte en tant qu'usager.

La compassion, élément fondateur de la congrégation, est soutenue par la foi des sœurs. Au quotidien, il permet de ne jamais abandonner une situation, d'accompagner en partageant les maux d'autrui.

Pour sœur Marie Agnès¹⁸, la plus grande difficulté de l'intégration des sœurs dans l'EHPAD qu'elle dirige à Avranches (Manche) résiderait dans le risque de perte de l'idée fondatrice de sa congrégation. Cette perte se propagerait rapidement à l'établissement, qui perdrait lui aussi son identité, pour ne faire que répondre à l'obligation légale d'accueil des personnes âgées, sans pouvoir différencier les services qu'il offre.

Cette conséquence à moyen terme va bloquer la prise en charge. Pourquoi les personnes âgées et leur entourage choisiraient cet établissement s'il n'a pas un caractère propre, des services identifiés différents de ceux des établissements voisins ? Cette nécessité de caractère propre va permettre l'intégration du résident et de son entourage. L'absence de visibilité va rendre plus difficile l'élaboration d'un projet individualisé, adapté aux attentes du résident.

L'accompagnement des mourants à leur domicile fut la mission première des sœurs du Bon Secours. Cette mission, chaque sœur veut pouvoir la continuer avec la communauté. Les formations de fin de vie : les formateurs externes qui interviennent au Bon Secours s'installent dans une pièce de la communauté, spécifiquement pour ce sujet de formation. Une sœur peut s'associer au groupe, en stagiaire, afin de revoir ses connaissances mais aussi pour bien rappeler aux équipes que pour elles aussi, accompagner n'est pas fait au hasard.

La congrégation est localement importante. Les sœurs font partie de l'histoire de Vendôme et les sœurs sont connues. Les jeunes accueillis il y a plusieurs années au sein de l'orphelinat puis en école ménagère sont encore des actifs (dont certains salariés de l'EHPAD).

La communication externe actuelle est effectuée sous le nom générique de Maisons du Bon Secours. Elle implique donc autant la communauté (fêtes religieuses, offices) que l'établissement (vie sociale, animations) mais aussi l'association Alzheimer 41, par la convention de coopération qui permet son hébergement dans les locaux.

¹⁸ Sœur Marie Agnès, Congrégation des sœurs servantes de Jésus (Avranches ,50).

L'individualisation de la prise en charge est inscrite dans le projet d'établissement.

Le projet individuel de soins et de vie est à mettre en place pour chaque sœur, du côté établissement. Le dossier de soins utilisé pour les sœurs aînées a pour base le dossier de soins de l'EHPAD, mais il est ni informatisé, ni renseigné par une équipe soignante chaque jour. Il comprend uniquement les évènements importants. Son élaboration individuelle se fera bien évidemment en interrogeant l'entourage, dont la Communauté. Il comprendra l'histoire de vie de chacune en y intégrant la mission personnelle actuelle, cœur du projet de vie individuel.

La traduction et la lisibilité pour le projet associatif seront un travail difficile.

La création prochaine d'un conseil d'administration et d'une entité gérant les établissements est une chance pour moi. Avec des interlocuteurs locaux, ayant des spécialités et compétences particulières, j'espère trouver plus rapidement des réponses aux questions et doutes que me pose chaque décision. Toutefois, comment organiser une gouvernance associative qui inclurait dans les membres du conseil les usagers d'un établissement que sont les sœurs ? Quelle logique associative trouver sans le pouvoir d'un conseil se positionnant au-delà de l'établissement ? Mon rôle stratégique sera rendu délicat avec des projets à présenter en conseil d'administration, qui devra m'accompagner dans les orientations générales¹⁹.

Cette solution, techniquement possible, n'est pas cohérente à long terme, au regard des objectifs associatifs. Si elle est écartée, elle permet toutefois de bien positionner des limites concernant la modification du fonctionnement actuel. Si le cantou n'est pas possible dans le bâtiment actuel, nous réfléchirons à cette éventualité en cas de déménagement.

2.2 Créer une entité spécifique à l'accueil du public religieux, à proximité de l'EHPAD

Les sœurs de la congrégation reconnaissent le bon résultat de la petite unité de vie médicalisée de Blois. Elles connaissent la dépendance de leur communauté de Vendôme

¹⁹ François NOBLE, intervention du 14 juin 2006 à l'ITS de Tours « *Fonction de direction et gouvernance associative* ».

(voir §1.1.3). Elles adhèrent donc à ce fonctionnement de petite unité médicalisée qui vise à leur permettre le même accompagnement.

Créer une entité regroupant sœurs et prêtres serait compréhensible aux yeux des résidents laïcs. Mais cette nouvelle entité serait difficile à justifier économiquement. Par contre, la traduction dans le projet d'établissement ouvre des portes sur la prise en charge.

2.2.1 L'arrivée de nouveaux résidents dans la communauté mais une permanence de l'accueil pour les laïcs

Les laïcs apprécient la proximité de la communauté du Bon Secours. Pour la plupart d'entre eux, il n'y a pas de différence avec l'aumônerie.

Or, le prêtre aumônier est aujourd'hui une personne qu'ils rencontrent quotidiennement. L'aumônier a pris pour habitude de déjeuner chaque jour avec les résidents (roulement organisé entre pavillons et tables). Les résidents attendent leur tour afin d'accueillir cet hôte à leur table. Il a pris, peu à peu, une place importante dans la vie des pavillons. Les résidents l'identifient aux prêtres rencontrés durant leur vie. Les résidents venant pour la plupart du Loir et Cher, ils lui demandent des nouvelles des paroisses, sans comprendre qu'il n'en a pas.

Chaque fois que le Bon Secours accueille un laïc ayant exercé localement une fonction publique, les résidents voient le nouvel arrivant comme une bouffée d'air, une ouverture sur le monde extérieur, quelqu'un qui connaît les autres (au Bon Secours : instituteurs, élus locaux, commerçant, professionnels de santé). Ce n'est plus seulement le journal local qui va parler des autres, avoir des nouvelles, connaître les joies et peines rencontrées par l'entourage, mais une personne qui les a accompagnés pour grandir, se soigner, faire avancer la cité et, pour les commerçants, avoir rendu toutes formes de services. Ils relèvent du lien social que le projet de vie devrait faire vivre²⁰. Accueillir les prêtres âgés qui ont vécu en paroisse, dans le département (nommé diocèse pour l'Eglise) est donc une avancée notable dans la prise en charge des résidents, pour une ouverture de vie sociale, une continuité de la vie. Les amis, voisins, personnes référentes, trouveront avec cet interlocuteur un lien entre leur propre vie et celle de leur parent ou ami, hébergé par la structure.

²⁰ Richard VERCAUTEREN analyse cet entourage au moment du bilan de vie la personnes âgée. Le projet individuel peut alors s'y appuyer avec la facilitation de rencontres en interne, de voisinage de chambres, de table en salle à manger, d'intérêt pour telle animation (active ou passive). VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 1999 *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Erès, 261p.

Les ressources des personnes du clergé sont limitées. La pension de réversion de la caisse des cultes (CAVIMAC) est de 350€ par mois. La Petite Unité de Vie est en cela une réponse communautaire à une question financière qui devient individuelle avec un accueil en EHPAD classique. L'apport de sa contribution personnelle pour un accueil communautaire fait partie de la notion de partage que chacun vit depuis son engagement religieux. Le fait que l'organisation chrétienne à laquelle ils appartiennent collabore financièrement à la prise en charge de l'ensemble des membres de la communauté ne correspond plus à une dépendance financière individuelle. Détachés du matérialisme de la société depuis leur entrée en vie religieuse (vœu de pauvreté), ils appliquent le principe social de solidarité.

Pour la communauté, l'arrivée de prêtres du diocèse sera plus une continuité qu'un bouleversement. L'évêque de Blois donne à un prêtre la mission d'être aumônier de la communauté religieuse et de la maison de retraite. Cette pratique existe depuis l'arrivée des sœurs, en 1848. Les sœurs accueillaient ce prêtre et lui assuraient l'hébergement. Si l'âge ou un besoin médical apparaissait, elles étendaient la prise en charge, comme avec toute personne hébergée au Bon Secours. Antérieurement à la création de la maison Charles de Blois, les prêtres âgés étaient accueillis au Bon Secours. Ce revirement serait donc tout à fait dans la logique d'adaptation permanente de la congrégation aux besoins d'un moment donné.

Sœur Jacqueline Rebours, supérieure de la communauté de Vendôme, est favorable à cette solution pour l'enrichissement spirituel que l'arrivée des prêtres procurerait à la communauté.

2.2.2 Intérêt et interrogations économiques liées au déménagement de la PUV

L'accord de médicalisation de la petite unité de vie de Blois a été accordé par la DDASS de Loir et Cher et le Conseil Général de Loir et Cher à l'entité représentée par la maison de retraite du Bon Secours. Toutefois, l'autorisation d'ouverture de la maison de retraite Charles de Blois appartient à l'association diocésaine de Blois, par arrêté du 23 août 1993.

La négociation débutée en septembre 2006, précédant l'arrêté n° 2007-94-12 du 4 avril 2007 émis par la DDASS, portant autorisation de dispenser des soins, a restreint l'accueil de cette PUV dans les termes suivants :

L'accueil est réservé aux personnes venant du clergé, prêtres, religieux et religieuses, personnes consacrées.

La PUV est gérée par l'EHPAD du Bon Secours qui apporte l'ensemble du soutien technique nécessaire.

Les frais de séjour des religieux sont pris en charge par le Diocèse (ce qui exclut toute demande d'aide sociale).

Cessation de l'activité de la PUV si elle ne reçoit plus de religieux. Pour ce dernier engagement, j'ai fait préciser que les lits seraient alors transférés dans un autre établissement, déjà conventionné.

La convention de coopération²¹, signée le 1^{er} juillet 2005 entre l'association diocésaine de Blois et La province de France de la Congrégation du Bon Secours précise, en son article 5, que pour la réalisation de la convention, le diocèse subventionne la structure à hauteur de 11 000€ par mois.

De plus, elle précise en son article 6, que « si l'une des parties contractantes venait à disparaître, l'autre se réserve le droit de continuer ou non la convention ».

Le déménagement de la PUV n'y est pas évoqué. Par contre, l'article 2 stipule que les résidents de Charles de Blois pourront être accueillis dans l'EHPAD « en fonction de leur dépendance et de leur désir ». Aucune modification de la convention n'étant intervenue depuis sa signature, cet article permet toujours d'envisager cette solution.

Nos relations avec l'association diocésaine seraient totalement modifiées. Il faudrait alors non pas prévoir la gestion pour leur compte d'une entité économique, mais uniquement la prise en charge des prêtres âgés du diocèse. La participation financière du diocèse, qui assure aujourd'hui l'équilibre financier de la maison, est à recalculer en fonction des capacités individuelles de financement. De fait, la nouvelle convention exclurait les personnes religieuses externes aux deux entités en présence. Il conviendrait pour chaque nouvelle demande, d'élaborer une convention de coopération avant d'effectuer un contrat de séjour propre à la personne hébergée.

Le bâtiment que nous laissons vide a été aménagé pour accompagner la dépendance des résidents. Il n'est pas aujourd'hui immédiatement utilisable pour un autre public. Sa forme en L avec la chapelle ouverte sur les deux ailes, classée à l'inventaire des monuments historiques, passage obligé, ne permet pas d'accueillir un public éloigné de la foi. Il reviendrait au diocèse de se poser la question, et non au Bon Secours. Mais nous pouvons y envisager un accueil avec des laïcs, en mettant en avant la capacité d'accueil au regard des locaux (20 appartements de deux pièces), et leur situation (en contre ville).

²¹ La convention a été élaborée en 2003, à partir de contrats provenant d'entreprises commerciales effectuant des contrats de gestion de maisons de retraite pour le secteur associatif. Elle fut adaptée au regard des conventions utilisées dans le secteur associatif.

La maison de retraite Charles de Blois est aujourd'hui la seule maison de retraite privée de Blois. Elle reçoit donc des demandes d'hébergement de la part des Blésois. Ces demandes sont orientées vers l'EHPAD de Vendôme. Or, notre statut associatif, hors du champ de la TVA, est aujourd'hui conditionné non par un marché non concurrentiel (nous y sommes), ni par nos tarifs hors marché (certaines maisons publiques sont équivalentes) mais par notre absence totale de publicité (y compris encart dans les pages jaunes). Nous pouvons maintenir cette particularité mais avons besoin d'ouverture et de communications pour assurer à l'EHPAD une couverture de notre zone de recrutement. La PUV a permis d'asseoir notre capacité d'accueil mais aussi notre force en tant que groupement d'établissements spécialisés dans la prise en charge de personnes âgées. La disparition de cette entité peut donc nous être préjudiciable.

Déplacer la structure va de plus engager une modification substantielle du contrat de travail des 10 salariés de la structure de Blois. Pour les 4 personnes embauchées depuis la convention l'éventualité d'un travail à Vendôme est précisée. Mais il conviendra d'organiser le transfert des 6 salariés repris en 2005 et éventuellement leur refus de changer de lieu, donc d'envisager leur licenciement économique. Ce dernier point est à court terme difficilement justifiable, économiquement et humainement. Cette éventualité fut une crainte des salariés lors de l'arrivée du bon Secours. Je m'étais engagé à ne pas la mettre en œuvre dès la première réunion avec l'ensemble de l'équipe de Blois.

Enfin, cette solution apparaît de courte durée : comment justifier deux entités différentes en un même lieu, EHPAD et PUV médicalisée, dans un souci de rationalisation de la dépense publique ? L'inspectrice de la DDASS de Loir et Cher en charge des Maisons du Bon Secours, décrit le système comme non pertinent, mettant en parallèle sur un même site géographique deux structures pour une même attente du public.

2.2.3 Traduction dans le projet d'établissement sans s'écarter du projet associatif

Cette solution est pourtant simple à intégrer au projet actuel. Elle tend à conserver l'autonomie complète de la communauté, dans son pavillon, qui ne pourrait pas accueillir de laïcs.

Le projet d'établissement n'est pas modifié. Nous restons dans une continuité parfaite de la mission. Les sœurs et membres du clergé effectueront toujours leur apostolat.

La communauté est garante de son indépendance face à l'EHPAD. Comme aujourd'hui, sa gestion reste séparée. Le système de financement de la PUV médicalisée ne comprend pas de procédure contradictoire pour le soin (dotation par lit) et une APA à

domicile pour la dépendance (avec appui sur les coûts internes). La communauté peut donc garder un système quasi identique à l'actuel.

Le projet individualisé est en place à Blois, pour le soin. L'acquisition d'un logiciel de suivi (Titan) est prévue fin 2008. Notre formateur interne et l'infirmière référente utilisent déjà ce dossier informatisé pour l'EHPAD. Il est donc aisé de l'inscrire dans le projet de soins.

Pour la vie sociale, nous avons vu qu'il était difficile de développer des projets individualisés sans l'accord du supérieur. La participation des sœurs au Conseil de la vie sociale depuis plusieurs années les a habituées à ce type de fonctionnement. Il conviendra alors de la mettre en place en s'appuyant sur la communauté du Bon Secours. Les autres outils de la loi 2002-2 sont en place à Blois. Ils ont été élaborés en concertation avec la supérieure de la communauté de Vendôme et la supérieure provinciale (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, livret d'accueil). La charte des droits et libertés de la personne accueillie est connue de la congrégation. Il paraîtra évident aux sœurs de l'appliquer et, son inscription dans le projet d'établissement est déjà une réalité.

Le projet actuel peut donc être adapté à la petite unité de vie avec simplicité. Le développement de la vie sociale se faisant en concertation entre l'équipe de vie sociale de l'établissement et la supérieure de la communauté.

Malgré une adhésion qui semblerait aisée des résidents, cette solution, entraîne une image de régression et sclérosant l'entité du Bon Secours, sans répondre à la problématique d'intégration des différents publics accueillis. Elle est donc à écarter, tout en gardant l'idée d'une unité à la relative autonomie, à intégrer à l'EHPAD.

2.3 Accroître la capacité d'accueil de l'EHPAD et déménager la communauté en respectant son caractère

Cette troisième solution consiste à déménager les sœurs dans le pavillon Notre Dame de Lourdes et à installer dans le pavillon communauté des résidents. Elle permet de reprendre les deux premières solutions, en créant un pavillon spécialisé, au sein de l'EHPAD. Les usagers y verraient une lisibilité. Les locaux seraient adaptables. Le personnel pourrait servir un plus grand nombre de résidents. Le projet d'établissement garde sa cohérence.

2.3.1 Pour l'utilisateur : Sœurs et laïcs séparés mais servis par une même organisation.

Respecter les choix de vie antérieurs à l'entrée en établissement est une recherche constante du projet individuel. Les laïcs acceptent d'entrer en structure après avoir évalué leurs capacités individuelles à vivre à domicile et le bénéfice qu'ils auraient à entrer en établissement. La notion de sécurité est évoquée comme première cause de l'entrée en établissement (enquête de satisfaction interne, juin 2008). Le rapprochement géographique des résidents dans une seule zone, avec un fonctionnement en pavillons inchangé, et du personnel plus proche, répond à cette recherche.

Ce dispositif répond aux pratiques de bienveillance. L'ensemble des pavillons hébergeant des laïcs se rapprochant, ils facilitent les liens sociaux. Le pavillon communauté est accessible sans rampe d'accès, un résident en fauteuil pouvant y entrer et en sortir seul. Le bâtiment, ancien, exposé Est-ouest permet un ensoleillement idéal des salons mais une chaleur douce en été, derrière les murs épais. Du cloître, le résident peut voir les entrées et venues dans l'établissement. Ce lieu de tranquillité, où les sœurs ont pris l'habitude de s'asseoir pour discuter de façon informelle, gardera ce caractère de rencontres, au calme.

La communauté dispose aujourd'hui d'un accès direct à la chapelle. Les sœurs s'y retrouvent quatre fois par jour au minimum (laudes, messe, chapelet, vêpres). Son accessibilité est donc primordiale pour une vie communautaire et religieuse. Le pavillon communauté est de plus équipé d'une chapelle annexe dont la paroi vitrée donnant sur la chapelle principale assure une possibilité d'utilisation en hiver pour les sœurs dépendantes ayant froid dans la nef. Le pavillon Notre Dame de Lourdes dispose lui aussi d'une petite chapelle annexe. Son aménagement est possible et son accès sera plus simple encore pour les sœurs dépendantes, en raison de portes larges. Les sœurs retrouveront ainsi l'intimité de leur communauté pour les offices du jour.

La chapelle sera pour tous une délimitation qui indiquera clairement le passage de l'EHPAD accueillant les laïcs au pavillon des Sœurs. Les résidents pourront donc matérialiser la présence de la communauté religieuse.

Le pavillon de la communauté a été réhabilité en 2001 et 2002. A cette occasion, il a bénéficié d'aménagements nouveaux : sécurité incendie, appels malades, douches individuelles, ascenseur adapté à la dépendance. Les sœurs sont maintenant habituées à ces équipements. En intégrant un pavillon d'EHPAD, elles conservent ces équipements.

Pour l'EHPAD actuel, les chambres de la communauté sont une opportunité. Les équipements sont entretenus et modernisés depuis 10 ans par l'équipe technique de l'EHPAD.

La communauté accueille actuellement une laïque, dépendante, membre de la famille d'une sœur. Ce fait est lui aussi déterminant. Les sœurs aînées savent qu'accueillir un laïc est possible. S'il leur serait difficile d'être entouré uniquement de laïcs, elles ne sont donc pas fermées à une cohabitation. L'isolement du pavillon pourrait entraîner l'accueil d'autres laïcs dépendants, pour qui la proximité immédiate d'une communauté est importante. Les demandes d'entrée pour ce type d'accueil existent. Les laïcs participant de plus en plus à la vie des communautés chrétiennes locales (paroisses), il semble naturel qu'ils cherchent à continuer à vivre cette proximité avec la foi lorsque la dépendance ne leur permet plus de vivre à domicile.

Le pavillon dédié à la communauté ne serait donc pas fermé définitivement aux laïcs.

De plus, cette prise en compte du choix de vie peut être envisagée en sens contraire. L'ouverture peut permettre à une sœur de demander un accueil dans un autre pavillon. Ceci est envisageable avec des sœurs provenant d'autres congrégations, n'ayant pas de maison de retraite ou de solution d'accueil.

2.3.2 L'obligation légale d'un espace privatif individuel est une solution pour permettre la vie communautaire.

Préparer le second conventionnement de l'EHPAD contraint à une modification des conditions d'accueil. Le pavillon Notre dame de Lourdes, qui accueille dans son bâtiment principal 34 résidents, compte encore 6 chambres individuelles dont la taille varie entre 12 et 16m².

Elles ne pourront pas, en 2010, faire partie des chambres acceptables pour la prise en charge de personnes dépendantes. La norme admise de 16m² minimum d'espace privatif concerne uniquement les établissements existants²².

La réhabilitation du bâtiment pour conserver la même capacité d'accueil n'est pas envisageable au regard de la structure architecturale : Le bâtiment principal datant de 1848, élargi en 1987, il faudrait : utiliser le grenier (ouvertures en toiture, découpe, électrification, installation sanitaire, installation de sécurité des résidents), installer un nouvel ascenseur (taille, bâti, accessibilité aux personnes à mobilité réduite), remédier

²² Recommandations du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999.

aux difficultés d'accessibilité vers l'extérieur (3 rampes à refaire), créer des escaliers de secours. La réhabilitation complète avec le même nombre de lits induirait de plus une réflexion concernant les chambres doubles et, les chambres individuelles dont la taille est comprise entre 16 et 20m².

Par contre, une solution au respect de l'espace individuel représenté par la petite chambre, de 16 m², serait d'y ajouter un second espace individuel. Chaque personne ayant une petite chambre pourrait disposer d'un espace réservé dans un petit salon, strictement réservé pour quelques chambres. Ce dernier serait le prolongement de l'espace individuel, et pourrait être une salle de communauté. Car la disposition d'une salle réservée exclusivement aux membres de la communauté est un préalable indispensable à toute démarche visant à faire entrer les religieuses du Bon Secours dans l'EHPAD. Cet argument est avancé et relayé au sein de la congrégation par sœur Yvonne MOREAU²³.

La communauté étant prévue pour regrouper 15 membres, il leur est aisé de s'installer dans le pavillon, sans en utiliser les locaux inconfortables en chambre. Par contre, les sœurs autonomes qui ont gardé des activités dans la cité (catéchuménat, aumônerie hospitalière, chorale,...) pourront aisément installer de petits bureaux personnels pour travailler et recevoir. Cette fois, le bureau est un réel lieu privatif, personnel. Cette conception rejoint la proposition d'espace d'accueil relationnel et d'espace de sommeil qu'il faudrait intégrer dans les chambres et l'organisation architecturale, faite par Arnaud HEDOUIN²⁴.

Pour l'accueil des laïcs installés actuellement à Notre Dame de Lourdes, un nouveau pavillon est à créer. Celui-ci pourrait s'adosser au pavillon Sacré Cœur, constitué aujourd'hui par un côté chambres et un côté couloir. La création de 20 lits et d'une salle à manger participera à la nouvelle composition de la maison de retraite. Ce nouveau bâtiment permettra de respecter la vie en pavillon tout en apportant une cohérence au pavillon qu'il agrandit.

²³ Sœur Yvonne MOREAU aujourd'hui en retraite, fut supérieure provinciale puis, supérieure générale de la congrégation pendant 12 ans.

²⁴ Fondation Nationale de gérontologie, Gérontologie et Société n°119, décembre 2006 « Architecture et accessibilité ». Paris. FNG. 233P. *Vers les espaces relationnels de la prise en charge*. Pages 147 à 161

2.3.3 Un fonctionnement simplifié pour les personnels, tout en servant un plus grand nombre

Les trois personnels travaillant actuellement pour la communauté religieuse sont isolés. L'augmentation de capacité de l'EHPAD entraînerait bien évidemment leur intégration dans l'équipe de l'établissement. Leur connaissance des habitudes des sœurs aînées comme l'importance de maintenir une continuité malgré le déménagement est ici primordial. Ils participent déjà à la vie de l'EHPAD et désirent s'y intégrer (pour exemple en participant aux formations ou, aux activités organisées par le comité d'entreprise).

Les distances parcourues par le personnel sont importantes. L'incapacité actuelle de lier les pavillons sinon par l'extérieur, est une difficulté quotidienne, source de risques professionnels et de surcoûts. En parcourant respectivement de 6 à 8 kilomètres par jour²⁵, l'équipe de vie sociale et d'encadrement perd un temps important que chacun pourrait consacrer aux résidents.

La nuit, 4 veilleurs sont nécessaires pour surveiller les trois pavillons (2 aides soignantes et 2 agents de service). Chaque pavillon a un veilleur attribué et, le quatrième circule, assurant une aide et un appui en cas d'urgence. La séparation des pavillons et l'obligation de passer dans les cours rendent sa tâche difficile. La représentation de risque provoquée par la nuit nous a conduit à éclairer l'ensemble des abords des pavillons en 2006 puis, durant l'été 2007 à embaucher des hommes aides soignants la nuit. Représentation sociale ou réalité, ces derniers effectuent l'ensemble des transferts entre pavillons. Le service complémentaire ne demanderait pas de veilleur supplémentaire. Par contre, le recentrage des pavillons permet au second veilleur d'aider plus aisément ses collègues.

Pouvoir traverser l'actuel pavillon de la Communauté est un gain en temps pour tous.

L'équipe de vie sociale bénéficiera des salons de ce nouveau pavillon pour éviter des transferts trop importants de résidents vers les lieux d'animation. De plus, le pavillon Sacré Cœur ne dispose pas aujourd'hui de salons en rez-de-chaussée. Cette installation est donc intéressante pour la prise en charge. Orientés à l'est, ces salons sont frais en été. Cela permettra de réaliser les animations sans allumer les climatiseurs qui attirent l'ire des résidents.

L'infirmière référente pourrait bénéficier d'un bureau central, avec vue sur deux pavillons. L'équipe d'infirmières pourra s'y retrouver aisément sans s'isoler dans un pavillon à l'apparent détriment des autres.

²⁵ Calcul effectué en mai et juin 2008, à l'aide de podomètres, auprès des personnels volontaires, de toutes catégories professionnelles. Expérience menée individuellement sur trois jours

Pour la cuisine, il sera aussi un gain en gestion des risques. La cuisine aura un accès direct à deux salles à manger sur les quatre (pour aucune aujourd'hui), sans modification de son architecture actuelle. Cette disposition permettra de mieux servir, suivre l'appréciation des résidents et, entraînera une limitation des pertes (toute denrée non sortie de cuisine pouvant être resservie après une conservation adéquate).

2.3.4 Une traduction immédiate et cohérente dans le projet.

La communauté garde son indépendance. Le choix de vie de chaque sœur est ainsi respecté. Mais nous avons vu, en première partie, que le projet d'accueil prévoit une individualisation de la prise en charge dès la demande d'entrée en établissement.

Il convient donc d'appliquer strictement la procédure prévue ou, de l'adapter, comme cela a été fait avec les personnes hébergées au sein de l'établissement Charles de Blois. Ce qui entraîne une modification du contrat de séjour et donc sa nécessaire approbation par le Conseil de la Vie Sociale. Ce dernier sera donc partie prenante de la réflexion.

Les sœurs participent au Conseil de Vie Sociale, à deux titres : représentant de la congrégation et, une représentante des familles, élue. Elles ont donc l'habitude de participer à l'aménagement des outils (Contrat, livret, règlement de fonctionnement).

Le partage du pavillon permet d'accueillir deux entités.

C'est par un détour en Europe qu'il faut passer pour trouver des solutions de prise en charge mêlant les publics, en favorisant la participation des aidants (Espagne), la coordination de services individualisés (Angleterre) ou l'élaboration de domiciles collectifs de petite taille où chacun participe à la prise en charge selon ses propres capacités (Danemark)²⁶.

Le rez-de-chaussée comporte des chambres et des espaces collectifs, il permet donc d'y envisager une petite unité du type cantou, avec l'ensemble des équipements nécessaires et l'organisation spatiale proposée par le cahier des charges édicté par le département de Loir et Cher. Les sœurs dépendantes y sont prises en charge par les personnels relevant de l'EHPAD (soins, aide à l'autonomie, vie sociale).

Les sœurs autonomes peuvent vivre au premier étage où elles disposent de chambres individuelles et d'espaces collectifs (salon, office).

consécutifs. Tout évènement particulier modifiant de façon substantielle la journée a conduit à un nouveau jour d'enquête.

²⁶ LORENZON J., juin 2008, *Dépendance. Que font nos voisins européens ?* Issy les Moulineaux. Directions n°53, pages 23 à 29. Article de presse qu'il est nécessaire de compléter avec des ouvrages déjà cités dont celui de Claude MARTIN.

La province de France peut donc garder un lieu pour la communauté, en domicile partagé, qui est l'organisation actuelle.

L'unique pavillon permet de se rassembler pour l'ensemble des activités communautaire.

Le projet associatif est respecté, avec cette communauté active, garante de la spécificité et du particularisme du Bon Secours. Mais cette communauté séparée ne remet pas en cause le respect de la liberté des résidents. L'établissement garde son indépendance et peut s'inscrire dans le respect des croyances et choix de vie inscrit dans la loi.

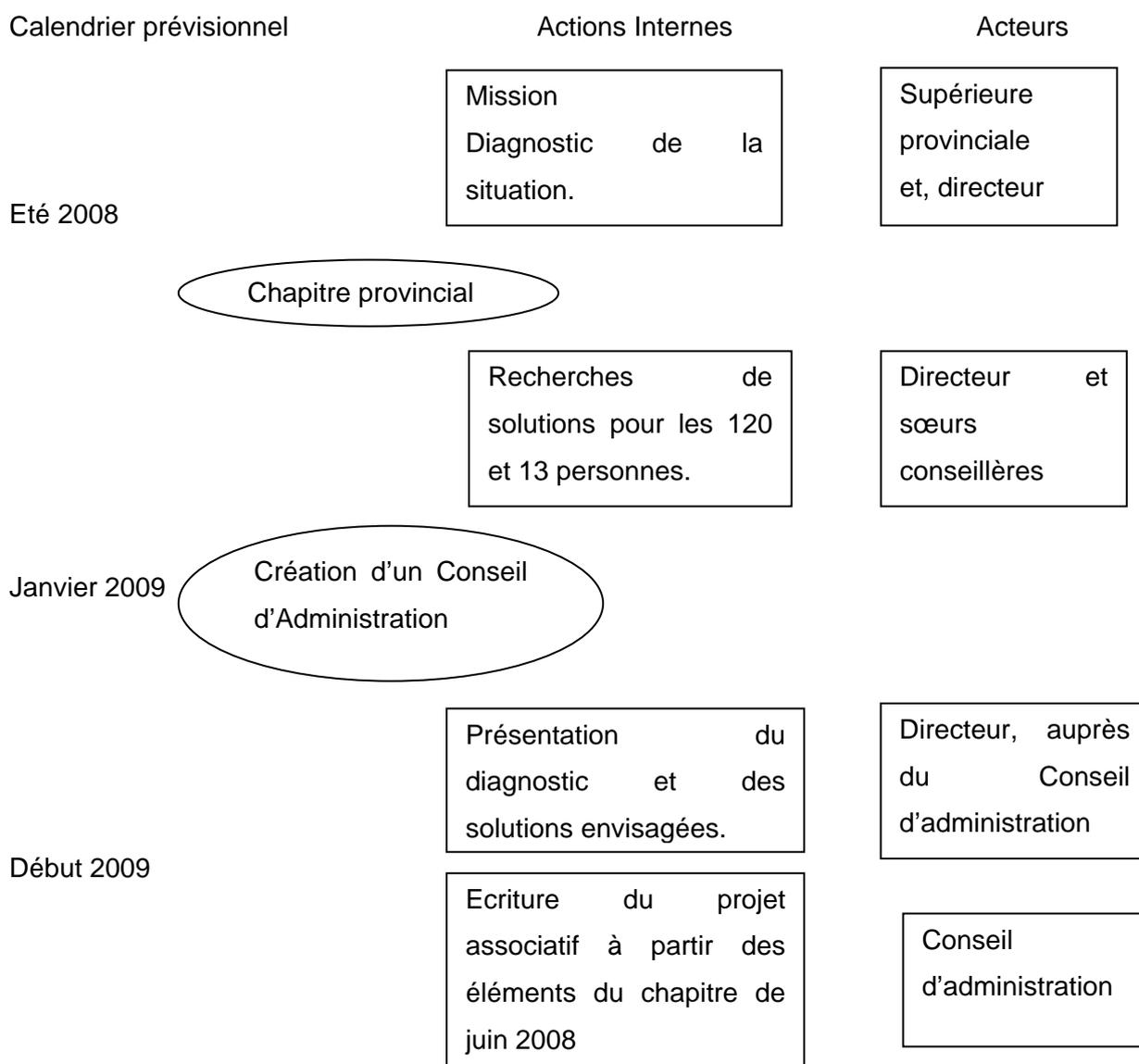
La même difficulté d'adaptation s'est posée pour un établissement voisin, à Onzain, tenu par une autre congrégation. Elle a choisi de céder l'autorisation et de voir créer sur le territoire de la commune un EHPAD. La congrégation transformera alors le bâtiment EHPA en domicile partagé, pour continuer à y vivre en communauté. Le Conseil Général et la DDASS de Loir et Cher ont accompagné cet accord. Les résidents sont pris en charge avec le respect de la loi mais, la séparation géographique avec la communauté pose une réelle difficulté pour maintenir le fondement de l'établissement. Pour la communauté, la perte d'autonomie des sœurs les contraint, soit à regagner la maison mère de la congrégation à Tours, soit de vivre dans un établissement devenu non confessionnel.

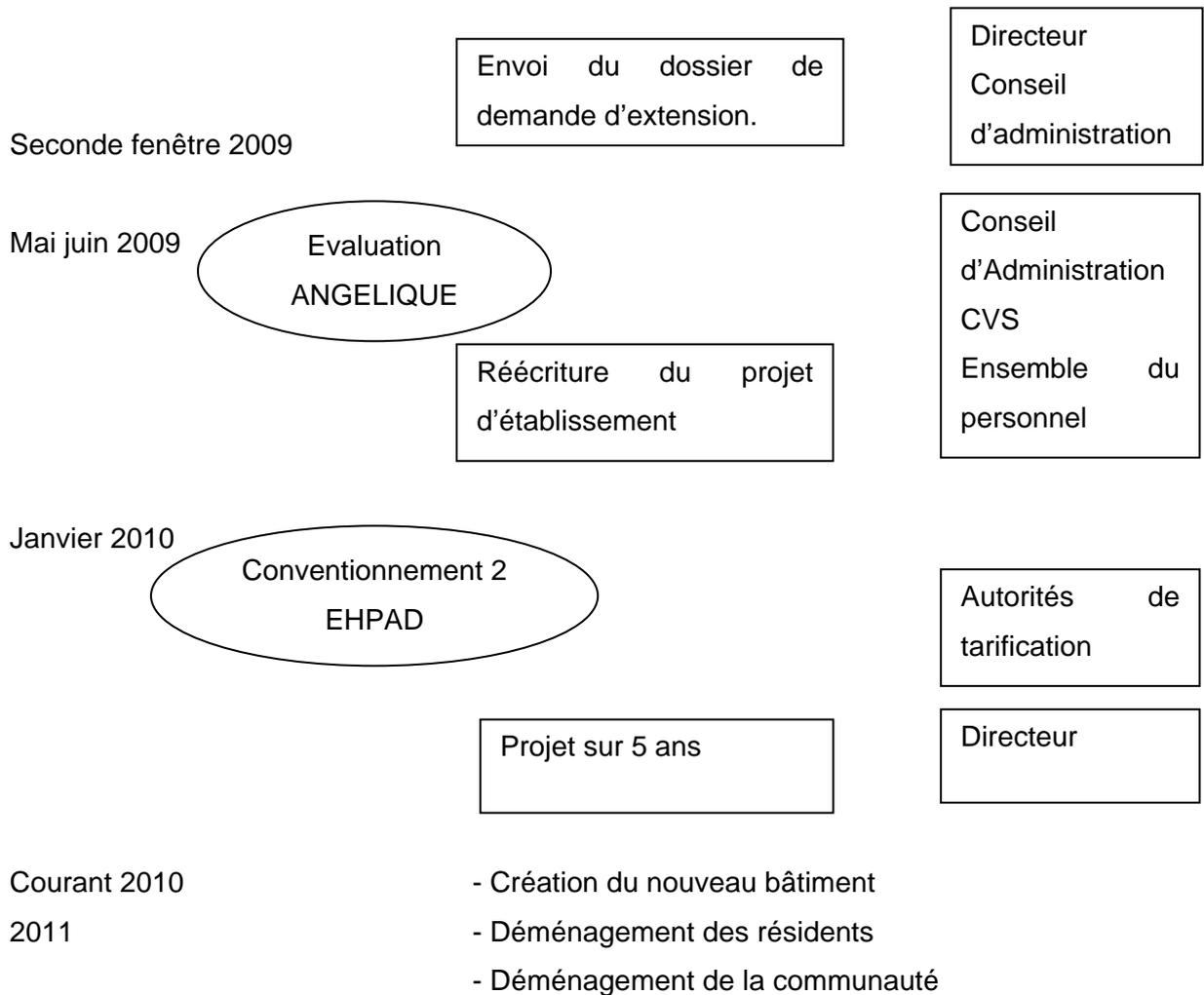
Ces trois solutions permettent déjà des mises en place (intégrer totalement la communauté dans l'EHPAD, créer une entité spécifique pour accueillir les religieux et, accroître la capacité de l'EHPAD et déménager la communauté). La première montre ses limites mais introduit l'adhésion de la congrégation au projet. La seconde fut le fait déclencheur et la preuve que les laïcs savaient respecter les choix de vie, même si le rapprochement n'est pas une solution de long terme. Enfin, la troisième permet de respecter chacun tout en améliorant les services donnés aux résidents actuels. C'est la solution que je mets en place dans la troisième partie de ce mémoire.

3 Augmentation de la capacité d'accueil de l'EHPAD avec intégration de la communauté dans un nouveau pavillon

Le choix de solution se porte vers l'intégration de la communauté à l'EHPAD, de façon juridique. L'organisation géographique de l'établissement va permettre à chacun de vivre à sa place.

Plutôt qu'un long paragraphe, le schéma suivant va permettre de suivre l'évolution de la démarche, avec une chronologie, les contraintes externes légales mais aussi venant de la congrégation, les actions internes à mener et, les acteurs à engager dans la démarche.





Ce schéma permet maintenant de décrire en trois parties le programme de réalisation : le changement pour les bénéficiaires et les modifications à apporter au projet d'établissement en sont la première. Ensuite, nous préparerons l'autorisation d'augmenter la capacité avec l'accord administratif et l'adhésion des partenaires externes à un dossier complet de conduite de projet. Enfin, je présenterai une solution de réalisation physique de l'opération.

3.1 Redéfinir le projet d'établissement

J'écris mon projet intégralement mais m'appuierai sur des partenaires, internes et externes, pour apporter des éléments nouveaux.

3.1.1 Prendre en compte la communauté et individualiser la prise en charge.

A) Habiter et non être hébergé.

La notion d'habitat fait référence en premier lieu aux professionnels tels urbanistes, architectes, designers, ingénieurs en domotique. Le projet va se tourner vers une notion s'approchant plus de la réalité avec une dynamique sociale : le lieu où des gens, réunis dans ce qu'il est convenu d'appeler un ménage, vivent, avec toute la diversité d'activités et d'échanges que ce terme peut renfermer. Lieu de vie plutôt que simple refuge, objet de toute l'attention, élément du capital humain, marqueur de statut social, lieu de formation des opinions, des attitudes et des représentations collectives²⁷. Chacun y crée, avec des moments de la vie bien déterminés, des souvenirs, une histoire de vie. C'est bien la vie que l'on y mène qui fait vivre l'habitat et non la structure matérielle.

Le respect d'un espace réservé, selon la méthode du cantou, permet d'accentuer la prise en charge sous la forme du ménage, de la famille. Richard VERCAUTEREN peut être repris littéralement dans le projet d'établissement pour sa définition du cantou « *à l'abri d'une petite mais solide structure communautaire, des personnes présentant divers degrés de besoin et offrant différentes capacités de contribution à la vie collective peuvent trouver un soutien et un accueil, mais aussi l'opportunité d'exercer un rôle actif et intéressant tout au long de leur existence* »²⁸.

B) L'individualisation du projet et sa prise en compte par le résident religieux.

Nous l'avons vu, chaque sœur a une mission, un projet de vie centré sur le don de soi, une mission à accomplir qui dépasse son propre individualisme.

L'écriture du projet individualisé va reprendre l'histoire de vie de chacune. Chaque projet individuel va être intégré dans un ensemble nommé Communauté.

C) Réaffirmer le besoin d'unités de vie de 50 résidents au maximum.

Le projet individualisé est possible en sortant de la notion collective. Robert A. NISBET encadre la notion de communauté par un ensemble de valeurs partagées, par un nombre restreint de membres qui ont la volonté d'y être intégrés. Il fixe en limite à l'adhésion la capacité humaine à en connaître les limites, par le nombre de personnes et le lieu d'exercice de la vie communautaire.

²⁷ VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001, *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. Erès, pages 11 à 17.

²⁸ Idem note précédente, chapitre 5, pages 61 à 64.

3.1.2 La participation de la Province de France.

A) L'adhésion de l'ensemble des communautés.

Le chapitre provincial donne des objectifs aux communautés. Cette assemblée annuelle permet de traiter de l'ensemble de l'organisation de la province. Ce projet organisant un nouvel accueil des sœurs aînées s'y intègre totalement.

Les autres communautés de la province accueillent aussi des sœurs aînées. L'organisation de leur prise en charge est un sujet traité lors des réunions. La maison de retraite de Boulogne sur Mer a déjà intégré trois religieuses mais, comme nous l'avons vu, elles restent régies par la communauté. De plus, la vie de cet établissement ne sera plus organisée par la Congrégation, le dossier de cession de l'autorisation à une association extérieure (Temps de Vie) étant en finalisation. Ma proposition est donc à présenter comme une opportunité pour l'ensemble de la province.

B) La souffrance des sœurs.

L'abandon du pavillon communauté sera difficile à accepter pour les sœurs qui y vivent. Les plus dépendantes vont souffrir du déménagement. Il convient de rapprocher cette souffrance de celle vécue par les laïcs lors de leur entrée en établissement (§ 1.1.1).

Pour sœur Yvonne MOREAU, l'adhésion doit pouvoir commencer avec un petit groupe de sœurs avant de faire déménager toute la communauté.

La congrégation a été créée pour venir en aide aux autres. Elle s'est adaptée face à chaque nouveau besoin correspondant à son charisme. Cette logique d'adaptation est le levier pour faire accepter ce changement, qui s'inscrit dans l'évolution de la prise en charge. Les valeurs et missions de la Congrégation, traduites dans le projet associatif, sont mon appui pour conduire le changement avec les sœurs aînées.

La Province de France représente l'association. Le nouveau projet réaffirme le rôle de gouvernance. C'est le conseil d'administration qui détermine les orientations en matière d'offre de services, en appliquant son rôle de gouvernance.

La province me confie la direction et nous déterminons une organisation qui cadre le rôle de chacun, avec une mission donnée, des délégations écrites et des modalités de coordination avec le président et le conseil d'administration. Le conseil va déterminer : quel type de management appliquer ; quelle participation des acteurs mettre en avant parmi les existants (Conseil de vie sociale avec les représentants des usagers, familles, professionnels internes, professionnels externes, autorités de tarification et contrôle, tiers) ou insuffler un nouveau mode de participation; quelle communication organiser pour

l'association et pour les établissements, quelles modalités d'évaluation mettre en place au niveau associatif.

Le projet actuel va modifier profondément l'établissement de Vendôme, le projet associatif doit l'inscrire en positionnement stratégique.

3.1.3 L'adhésion des laïcs inscrite dans le projet d'établissement

A) L'intérêt à déménager pour accéder à des locaux mieux équipés.

La présentation spatiale de la nouvelle organisation permet d'expliquer simplement et rapidement aux résidents le bénéfice qu'ils tireront de cette nouvelle organisation de l'espace.

Les 35 résidents hébergés au sein du pavillon Notre Dame de Lourdes vivent déjà des changements depuis 2006, avec la fermeture des petites chambres : l'une est devenue local de rangement et de stockage (pour fauteuils roulants et lève malades, qui étaient précédemment stockés dans les chambres), une autre est devenue une salle de bains et d'animation pour l'atelier tendresse (douche aménagée pour la dépendance, équipement pour la coiffure). L'éclairage des couloirs a été totalement modifié avec des équipements de jour et de nuit. Ils connaissent les difficultés liées à une accessibilité qui devient difficile au regard du nombre de fauteuils roulants (hors accès à la chapelle, dont seulement 5 résidents du pavillon profitent).

Invités lors des fêtes religieuses dans le pavillon communauté, ils en connaissent le rez-de-chaussée, avec des salons et une salle à manger. Mais les étages leur sont inconnus. Ils n'imaginent pas que l'équipement des chambres est plus moderne que celui dont ils bénéficient aujourd'hui.

B) L'implication du Conseil de vie Social

Le Conseil de Vie Sociale servira de levier d'action et de communication pour accompagner le changement. Son adhésion au projet doit pouvoir se faire très rapidement. De cette rapidité à entrer dans la démarche dépend l'ensemble du projet.

Son implication n'est pas à rechercher puisqu'elle est réglementaire. Le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de Vie Sociale et aux autres formes de participation ; paragraphe 4 concernant les compétences, en son article 14, indique que le conseil donne son avis sur « les projets de travaux et d'équipements, l'affectation des locaux collectifs ».

Nous l'avons vu, le Conseil de Vie Sociale de l'établissement fonctionne bien. Nos réunions sont trimestrielles. Mes relations avec la présidente (actuellement la fille d'une

résidente) me permettent d'envisager l'inscription de la présentation de ce dossier à l'ordre du jour de la réunion du conseil dès décembre 2008. L'inscription de cette nouvelle organisation dans le projet d'établissement va entraîner l'affirmation claire d'un établissement organisé pour permettre à chaque unité ou pavillon, de vivre à son rythme, avec une taille humaine inférieure à 50 résidents.

L'accueil des familles était inscrit en souhait du précédent projet d'établissement. Le nouveau va s'appuyer sur la réussite de cette ouverture pour l'accentuer en proposant la participation des familles par l'animation d'ateliers dans le cadre d'une procédure spécifique au bénévolat (encadrement et formation).

L'adhésion des résidents se fera aussi par l'expression des personnels. Ils seront impliqués pour décrire aux résidents les bénéfices provenant de ce changement. La surveillance sera plus aisée, la rapidité d'intervention en sera améliorée. La proximité doit aussi permettre une meilleure disponibilité. En transmettant ces atouts, les personnels participeront chaque jour à l'adhésion des résidents.

3.2 Elaborer le dossier d'extension

Le nouveau conventionnement est déjà en cours de discussion avec les autorités de tarification. Les modifications apportées s'y inscrivent comme une amélioration de la prise en charge. Le Conseil Général et la DDASS de Loir et Cher sont partenaires dans toute cette écriture.

L'autorisation n'est pas modifiée mais étendue. Le projet s'inscrit parfaitement dans les recherches et objectifs de la politique locale. Les éléments à présenter aux autorités pour accroître la capacité sont identifiés. Le financement du projet est en phase de lancement. Le projet architectural sera présenté en cahier des charges.

3.2.1 Démontrer l'opportunité du dossier aux autorités de tarification.

- A) Les autorités de tarification et de contrôle doivent trouver un intérêt au projet pour y adhérer.

Pour le Conseil Général, l'APA versée doit être régulée. Les sœurs prises en charges par le Bon Secours viennent d'autres départements. Il ne verra donc pas sa contribution financière augmenter pour ce public nouveau, originaire d'autres départements. Par contre, il trouvera un intérêt à avoir un lieu d'accueil peu coûteux pour des sœurs venant

du département appartenant à d'autres congrégations qui désireraient être hébergées au Bon Secours. Les sœurs venant d'autres congrégations sont actuellement prises en charge à domicile, avec des tarifs APA supérieurs au coût actuel en établissement, accentué par leurs faibles revenus.

Pour la DDASS, cette création entraîne la disponibilité de places SSIAD dans le cadre du maintien à domicile. L'assurance maladie y trouvera aussi une gestion plus centralisée des dépenses afférentes à ces personnes hébergées et une meilleure prise en charge, qui permettra d'éviter des hospitalisations. Toutefois, le PRIAC prévoit une augmentation des places de SSIAD et une stabilité des places EHPAD sur le territoire du Loir et Cher.

Les deux autorités savent qu'elles accordent cette extension pour seulement quelques années. L'échéance de renouvellement de l'autorisation n'est pas prolongée par cette extension. Un dossier CROSMS sera donc à présenter en 2017 (2002 + 15 ans). L'extension a donc une validité de courte durée dont l'évaluation de l'opportunité sera rapidement effectuée.

Le schéma départemental est en réactualisation. Il vient d'être validé par le CROSMS. Il convient maintenant au Conseil Général de l'officialiser. Mais déjà, nous démarrons une inscription dans les objectifs à atteindre.

Afin de répondre à l'orientation 1.1, relative aux besoins de diversification de l'offre de services sur le territoire. Le territoire du Vendômois ne comprend pas d'offre officielle d'hébergement temporaire²⁹ en EHPAD (qui est réalisé dans les lits EHPAD actuels).

La structuration architecturale de l'EHPAD permet la création de ce type d'accueil. La proposition de 4 places d'hébergement temporaire est donc à privilégier. Le pavillon Bon Secours a encore des petites chambres (16m²). Meublées par nos soins, elles permettent d'engager cet accueil de façon immédiate. Associer l'offre de places d'accueil temporaire à notre dossier ne peut qu'accentuer la réponse positive des autorités de tarification et contrôle.

L'orientation 2-2 du même schéma départemental veut promouvoir une offre de proximité en adéquation avec les ressources des personnes âgées. Nous répondons totalement à ce souhait avec des chambres à Notre Dame de Lourdes à un prix d'hébergement inférieur à 40€ par jour. Et il conviendra de soutenir l'établissement pour maintenir ce cap.

²⁹ La définition retenue de l'accueil temporaire est : une formule de séjour programmé, à temps complet, dans un établissement accueillant des personnes âgées, pour une durée limitée et sur la base d'un contrat spécifique. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, absence des aidants, notamment départ en vacances de la famille, travaux dans le logement. Cet hébergement peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation mais ne peut se substituer à une prise en charge dans un service de soins de suite.

Le PRIAC ne prévoit pas d'extension de l'offre d'accueil en établissement pour le département de Loir et Cher (hors des créations et extensions déjà autorisées pour 55 lits). Il me faut donc appuyer l'intérêt sur la prise en charge d'un public particulier, venant du clergé. Je m'appuie donc sur la spécificité de la Maison Charles de Blois qui représente une solution pour l'avenir et celle de sœurs d'une congrégation locale (à 30 kilomètres) qui devront déménager avec la perte d'autonomie, pour justifier cette création spécifique, hors champ des prévisions effectuées lors de la préparation du PRIAC 2006 actualisé pour 2008-2012³⁰. L'actualisation annuelle du PRIAC peut en cela être un moyen pour y incorporer cette offre nouvelle.

L'ARS va étendre les besoins en les analysant sur le territoire de la région. La spécificité de l'accueil que nous proposons avec ces 10 lits, peut entrer dans un objectif plus large, avec l'accueil de tous types de publics religieux.

La CNSA implique un travail important quant à l'amélioration des conditions matérielles d'accueil des personnes âgées en établissement. Je m'appuie sur cette recherche d'amélioration pour justifier quoi qu'il en soit la construction nouvelle de 20 lits et du déménagement de la communauté.

B) Un dossier simplifié pour l'extension

L'article 313-1 du CASF indique l'obligation d'un passage en CROSMS pour toute extension ou transformation portant sur une capacité qui correspond, en une fois ou cumulativement, soit à plus de 30% de la capacité initiale, soit à plus de 15 lits ou bénéficiaires.

La communauté, comporte 13 sœurs aujourd'hui, dont 6 sont dépendantes. Elles relèvent donc directement de l'hébergement en EHPAD. Le dossier demandera l'autorisation de 10 places supplémentaires, sans comptabilisation d'une communauté indépendante en domicile partagé (pour les sœurs autonomes).

J'y ajoute, comme nous l'avons vu, une demande pour 4 places d'hébergement temporaire.

Je préconise toutefois une écriture du dossier à partir de la base fournie par les articles 312 et 313 du CASF. Je m'appuie plus encore sur les fiches techniques du *Règlement Départemental d'Action Sociale* du Conseil Général de Loir et Cher émises en décembre

³⁰ PRIAC région Centre 2006. Actualisation 2008-2012. Page 25.

2007³¹ et, la *Fiche Technique de Procédure d'Autorisation et d'Extension de Services et Etablissements* émise par la DDASS de Loir et Cher³² le 15 mars 2007.

Le dossier pourrait se confondre avec le dossier de conventionnement de 2010 mais je prévois de la déposer antérieurement, au premier semestre 2009, dans la seconde fenêtre de dépôt officielle en CROSMS, pour débiter les négociations visant à la nouvelle signature du conventionnement pour 2010.

C) Le dossier justifiant notre demande comprend donc :

Le nom de l'association gestionnaire à créer et un exemplaire des statuts, auquel je n'ajouterai pas les statuts de la congrégation (déjà fournis avec le conventionnement). En tant que directeur, représentant légal par délégation de la maison de retraite, je fournis mon curriculum vitae.

Les principales caractéristiques du projet.

L'état des lieux exposé en première partie de ce mémoire avec, la localisation et la zone d'intervention de l'établissement ainsi que l'origine géographique des bénéficiaires.

Les catégories de bénéficiaires, laïcs et religieux, présentés en première partie.

L'étude de besoin, en l'appuyant non pas sur un manque local mais sur l'opportunité à clarifier la situation de la communauté. Cette étude présente l'intérêt de l'opération pour les bénéficiaires.

La capacité prévue de 10 places d'EHPAD et 4 places d'hébergement temporaire est maintenant justifiée.

Le nouveau projet d'établissement ne sera pas finalisé en avril 2008 mais j'incorpore l'ancien et mes propositions pour le nouveau, comme énoncé au §3-1.

La reprise de la partie de l'ancien projet revisité concernant le respect des droits des usagers. J'y ajoute le travail effectué autour de la bientraitance et le risque de maltraitance, avec les professionnels et les familles.

Le projet de construction nouvelle en accord avec les besoins énoncés en § 3-3-1, et les croquis que fournira l'architecte, suite à l'accord de la province de France pour lancer le projet.

La méthode d'évaluation choisit est à fournir : la trame de l'enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires (résidents et familles) et les résultats 2008 montrent notre démarche.

³¹ Source : Règlement départemental d'action sociale, fiches réglementant l'aide sociale, Conseil Général de Loir et Cher, décembre 2007, fiches D1, D2,

³² Source : Procédure d'autorisation et d'extension de services et établissements sociaux et médico-sociaux. La constitution du dossier. Fiche DDASS de Loir et Cher. Service Soins et Handicaps. Cécile Chauveau. Création le 15 mars 2007. Mise à jour du 2 janvier 2008.

L'autoévaluation Angélique étant la référence, son résultat sera transmis le plus tôt possible.

Les modalités de coopération avec les autres établissements et services ont été expliquées au §1-2-3: conventions avec l'Hôpital, avec l'HAD, avec l'équipe mobile de soins palliatifs, avec la coordination locale personnes âgées.

Le dossier concernant les personnels, suivant les prévisions décrites au chapitre suivant.

Le dossier financier

Comptes annuels émis par l'expert comptable et, rapport administratif du dernier exercice clos lors du dépôt, donc 2008 (d'où le choix de la seconde fenêtre 2009 pour le dépôt du dossier).

Le programme d'investissement précisant la nature des opérations à mettre en œuvre : coût prévisionnel maximum de 1 500 000€, les financements déjà trouvés et prévus et, un échéancier de réalisation de 2010 pour la construction à 2011 pour le déménagement des usagers.

Le bilan financier de l'établissement des trois derniers exercices.

Le plan de financement de l'opération.

Les incidences sur le budget d'exploitation et le budget en année pleine de l'établissement avec l'opération réalisée, présenté en tarif-EHPAD.

Il est à noter que le délai de trois ans qui court entre l'autorisation et le commencement d'exécution n'est pas opposable ici, du fait de l'absence d'avis du CROSMS. Toutefois, cette question sera soulevée par le Conseil Général. La réponse est bien évidemment que l'accueil temporaire peut déjà être mis en place.

3.2.2 Le financement du projet de construction

Le coût des aménagements nécessaires au sein du pavillon qui hébergera la communauté est écarté, correspondant aux modernisations actuelles réalisées pour les résidents y vivant actuellement. Les salles d'eau ont été prévues dans le conventionnement précédant et sont en cours de réalisation.

A) Estimation du coût du nouveau pavillon:

Création de 18 chambres (16 de 22m² et 2 de 35m²), et d'une salle à manger sur le critère de 1,5m² par personne (pour un pavillon de 38 résidents) avec 20m² supplémentaires en coin détente. Soit une surface à créer de 560m². (28m² par lit créé)³³
Le budget de l'opération doit s'approcher de 75000€ par lit, donc un budget total de création devant rester dans l'enveloppe de 1 500 000€.

B) Autofinancement.

L'autofinancement est limité par les derniers chantiers, dont les remboursements d'emprunts importants ne sont pas terminés.

Toutefois, le calcul et la validation du PMP de l'établissement dès 2008 nous donnent la possibilité d'envisager dès cette année une provision d'investissement. Notre établissement n'était pas prioritaire mais la validation entraîne notre inscription d'office au titre des crédits non utilisés³⁴. Nous pourrions prétendre pour 2008 à 155 000€ supplémentaires, pour lesquels la DDASS n'envisage pas de nous permettre des moyens humains supplémentaires. Pour 2009, le même mécanisme entraînerait aussi une capacité à provisionner, moindre, du fait de crédits supplémentaires déjà alloués au titre de personnels supplémentaires par l'avenant à la convention tripartite signé en 2007.

C) Financements externes

Il convient de se rappeler que des emprunts sont en cours et qu'ils courent jusqu'en 2013. Trois années avec chevauchement d'emprunts sont donc à envisager.

Participation de la Congrégation.

La congrégation du Bon Secours participe financièrement à chaque projet par apport de capitaux en direct ou, déblocage sous forme de prêts. En 2007, un terrain attenant à l'établissement a été cédé afin de dégager des moyens financiers pour l'investissement. Une enveloppe de 200 000€ est donc déjà constituée. La congrégation prévoit déjà de mettre à disposition son pavillon Communauté (rénové en 2001-2002). D'autres biens,

³³ Evaluation faite par l'Entreprise Candet Construction, entreprise générale du bâtiment, 17 avenue de Galois à Bourg la Reine 92340. Cette entreprise ne réalisera pas le chantier, étant hors de son territoire d'action. De plus, la logique du Bon secours est de travailler avec les entrepreneurs locaux, en lots séparés.

³⁴ Calculé selon l'arrêté du 14 avril 2008, publié au JO du 22 avril 2008, fixant les modalités de calcul du forfait global de soins et les objectifs minimaux à atteindre par les services qui accueillent des personnes âgées.

non directement utilisés pour la réalisation de la mission sont questionnés. Leur cession permettrait de dégager une capacité de financement.

Participation des institutionnels:

L'Etat peut être sollicité en approuvant la reconnaissance d'utilité publique de la nouvelle association gérant le Bon Secours. En effet, la séparation de l'association des Maisons du Bon Secours de Vendôme n'est pas confessionnelle. Effectuant une mission d'intérêt général, elle peut donc prévoir la reconnaissance d'association d'utilité publique³⁵.

Les prêts éventuels en PLA financeront la partie manquante.

La Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) peut accorder des subventions. Toutefois, il conviendra de faire valoir celle-ci avec la reconnaissance de lits financés avec l'aide sociale.

Sécurité sociale : La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ont participé aux financements des dernières réhabilitation. Leurs prérogatives ont été transmises à la CNSA. Par contre, la caisse des cultes (CAVIMAC) peut être sollicitée.

Les Collectivité territoriales seront sollicitées:

La région, la direction du travail et la DDASS pour une participation à la formation des personnels. La commune et la communauté de commune, comme le pays de Vendôme, seront eux aussi sollicités pour accompagner la qualification ou l'accueil des personnels diplômés qui manquent sur le territoire local.

Le Conseil Général, sera sollicité pour subventionner notre investissement.

Un Appel à projet de la Fondation de France, concernant *l'aide aux aidants* est renouvelé en 2008. Il convient d'inscrire notre établissement dans cet appel, en mettant en avant nos accueils de couples. Certains coûts induits par cet accueil ne sont pas évalués aujourd'hui : besoin de parkings supplémentaires adaptés, besoins de pièces complémentaires pour l'accueil des familles (chambres d'hôtes et salons), sorties pour les personnes autonomes en petits groupes ou en couples. Ces éléments sont en cours d'évaluation financière et peuvent participer à l'amélioration de la prise en charge, en dégageant des possibilités de financement par ailleurs. Mais c'est aussi des moyens directement liés à l'investissement prévu qui seront demandés, pour financer les nouvelles chambres doubles ou, la création de chambres communicantes parmi les chambres individuelles.

³⁵ Mémento Francis Lefebvre, 2002, Associations, Fondations, Congrégations, Levallois, mise à jour 2006. Editions Francis Lefebvre, Chapitre 1, p293 à 310, §1361 à 1460.

D) L'appel aux dons

Appel auprès de la population locale, premiers bénéficiaires de l'action. Reconnue d'utilité publique, l'association peut recevoir les dons des particuliers avec pour ces derniers des avantages fiscaux. L'inscription du rôle de la congrégation dans le développement et l'aide aux personnes localement est un facteur non négligeable pour attirer des dons.

Appel aux fondations d'entreprises (mutuelle locale, fondations d'entreprises nationales, entreprises locales), sous forme de mécénat, de sponsoring. Une mutuelle nationale a installé son siège social à Vendôme et cherche actuellement à s'intégrer dans le tissu local. Nous lui donnons ici une occasion de participer à un développement local. La fondation JM Bruneau peut être contactée pour l'adaptation de la salle Saint Joseph et l'acquisition de matériels en relation avec l'association Alzheimer 41, hébergée au Bon Secours (moyen de transport collectif, aménagement de nouveaux sanitaires et d'une cuisine thérapeutique). Encore une fois, ces financements externes permettent d'augmenter notre capacité d'autofinancement du projet principal.

3.2.3 Adaptations architecturales nécessaires

Je vais devoir rapidement présenter au conseil d'administration un plan architectural de la nouvelle construction. En raison d'une technicité trop importante au regard de mes compétences, je fais appel à l'architecte qui travaille avec le Bon Secours depuis plus de dix ans.

A) Pour les pavillons existants

Dans le pavillon Communauté actuel.

Le pavillon est équipé en sécurité incendie et en appels malades mais, certaines portes de chambres sont à changer, afin de respecter le degré coupe feu requis.

Chaque étage dispose d'une lingerie ou salle de couture. Ces pièces seront à décorer pour devenir de petits salons d'étage, accueillant pour les familles et les résidents ; Ils rappellent que l'on se trouve dans une maison et non dans un Hôpital.

Dans le pavillon Notre Dame de Lourdes.

Les chambres sont en cours de modernisation et seront terminées fin 2009. Les modernisations sont réalisées en interne sans besoin d'autorisation. L'installation d'une

salle de communauté par séparation de la salle à manger n'implique pas de travaux mais la repose des portes qui furent enlevées il y a une dizaine d'années et stockées au grenier. Par contre, deux nouvelles rampes d'accès pour les personnes à mobilité réduite seront créées. Pour le moment, le seul accès aisé pour les personnes à mobilité réduite va à la chapelle, ce qui sera profitable aux nouveaux occupants.

Pour créer un lien entre les pavillons, l'installation d'une véranda extérieure, style patio, est à envisager le long de la chapelle. Toutefois, n'étant pas obligatoire dans un premier temps, je décide d'écarter cette possibilité pour le moment.

B) Un nouveau pavillon de 20 lits et une salle à manger à créer.

Jean Marie LEMAIRE³⁶ propose différentes solutions architecturales, qui verront le jour en fonction des financements trouvés, sur la base présentée.

Mais pour le moment, c'est plus un cahier des charges qui est à proposer, les administrateurs le compléteront. Le département du Loiret a lancé un appel à projet pour la création de deux EHPAD. J'utilise ce document pour présenter de façon détaillée les objectifs architecturaux du cahier des charges³⁷.

Le projet de construction concerne un pavillon neuf, en Etablissement Recevant du Public (ERP) de type J, classé en 4ème catégorie (Plus de 20 et moins de 300 résidents)³⁸.

Nous bénéficions d'un établissement situé Est Ouest, dont seul le coté Ouest est utilisé, l'Est étant le couloir. La construction est donc à prévoir à l'Est ; avec un accès aisé des moyens de secours et une construction possible sans perturber l'exploitation des autres pavillons. Cette orientation du pavillon est importante pour le confort des résidents. Il conviendra de bien étudier la pénétration du soleil dans la salle à manger à l'heure du déjeuner (11h30).

Il faut s'assurer, pour une question de sécurité, et avant d'interroger les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) que le bâti actuel est modifiable. Il faut également vérifier pour l'évacuation que l'unité de passage du couloir est suffisante sinon, il faudra créer un nouveau couloir, que les distances avec les escaliers sont bien à moins de 15 m (moins de 7m pour cul de sac)³⁹ ; et prévoir un escalier de dégagement

³⁶ Jean Marie LEMAIRE, architecte, a créé et rénové des établissements médico-sociaux en région Centre. Il s'est adapté aux différents publics, enfants, adultes et personnes âgées. Il défend le besoin d'unités de vie à dimension humaine.

³⁷ DDASS du Loiret et Conseil Général du Loiret : appel à projets pour la réalisation d'un EHPAD sur le territoire des Cantons d'Orléans Bannier, Orléans, Saint Marc Argonne, Fleury les Aubrais. Hébergement 80 places et 2 à 4 places dédiées à l'hébergement temporaire.

³⁸ Arrêté du 19 novembre 2001, instituant le type J pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées.

³⁹ CSTB; 2007 *guide réglementaire : Sécurité et mise en conformité des bâtiments*, Marne la Vallée, mise à jour février 2008

supplémentaire, du côté des personnels. Le responsable du SDIS pourra alors intervenir et, m'aider à comprendre les propositions de l'architecte.

C) Pour l'accessibilité et le confort.

Il n'y a pas a priori à prévoir de rampes d'accès avec dénivelé (inférieur à 5%), pour cette nouvelle construction.

Mais il conviendra de demander des sanitaires avec espace de manœuvre et possibilité de demi-tour (diamètre de rotation intérieur de 1,5m) à chaque étage, qui font défaut aujourd'hui dans la bâti existant. Si possible, une lumière naturelle est à privilégier pour les salles d'eau de chambres (expérience venant des promoteurs ayant installé des cabines de sanitaires et de salles de bains).

Toute porte de chambre doit avoir une ouverture au moins égale à 90cm. Il conviendra de s'interroger sur le système de ferme porte, en alliant accessibilité et sécurité.

La chambre est privilégiée à 22m², permettant au résident de la meubler réellement. De plus, cela facilite les calculs d'emprise de lit et d'espace libre autour (passage de 0.90m sur les deux côtés du lit) avec un diamètre de rotation dans l'espace libre de 1,5m, en rendant l'aménagement plus aisé, et de prévoir 2 points d'appel malade par chambre. Les chambres de 32m² sont à prévoir en chambre double ou en studio, avec deux espaces (chambre et salon ou, deux chambres).

Enfin, nous avons vu que le couloir sera dorénavant au centre du pavillon. Il faut donc réussir à y intégrer des arrivées de lumière naturelle, pour une question de confort visuel des résidents.

Ces éléments sont transmis à l'architecte qui devra y ajouter ses contraintes techniques. Si la création d'un nouveau pavillon ne pose pas de difficultés quant à la capacité de construction au regard du droit d'urbanisme (terrain de deux hectares), il se trouve être dans une zone déclarée inondable (mais la clinique voisine a réussi en 2007 à éviter cette difficulté en créant des zones hors chambres et soins) et, nous sommes dans un périmètre soumis à l'autorisation des monuments historiques.

La dernière contrainte apportée à l'architecte est de privilégier les entreprises locales pour réaliser le chantier. L'absence d'entreprise générale à proximité de Vendôme va nous faire privilégier des lots séparés. La coordination des travaux sera attribuée à l'architecte. Cette contrainte vise à participer au développement local or, nous l'avons vu, le partenariat local sera aussi sollicité en terme de financements.

3.3 La réalisation organisationnelle du projet : L'impact humain.

Réorganiser les personnels au service d'un public qui subit des changements importants nécessite de ma part une prise de distance.

Je fais là encore appel à un expert extérieur pour soutenir l'action. Il me permet d'envisager les aménagements sereinement, avec la maîtrise réglementaire. Pour la prise en charge des résidents, nous prévoyons en interne l'accompagnement du changement. Je devrai aussi gérer efficacement la communication de l'ensemble du projet.

3.3.1 Réorganisation des personnels, au service des deux publics.

La réorganisation de l'espace et l'arrivée de nouveaux publics, comme de nouveaux collègues, vont modifier les habitudes de travail. La gestion de ces changements nécessite un plan d'action Ressources Humaines, que je propose de coupler avec une démarche de GPEC.

Le cabinet GM Consultants travaille avec les Maisons du Bon Secours depuis 2005. La direction départementale du travail est favorable à cette démarche de GPEC et attend notre dossier pour nous accompagner financièrement.

A) Taux d'encadrement nécessaire.

Tableau 4 Evolution nécessaire des équipes de travail

effectifs	en poste 2008	prévus par convention en 2009	avec réalisation du projet pour 2011	différentiel 2009-2011
administration	4,00	4,00	4,00	0,00
services généraux	18,00	18,00	18,00	0,00
animation	1,80	1,50	1,68	0,18
lingère	3,00	3,00	3,35	0,35
Agents de service	19,20	19,20	21,44	2,24
AS et AMP	13,50	15,50	17,31	1,81
Psychologue	0,10	0,20	0,22	0,02
infirmières	5,00	5,75	6,42	0,67
médecin	0,40	0,40	0,45	0,05
total	65,00	67,55	72,86	5,31
ratio d'encadrement global	0,54	0,56	0,54	-0,02

ratio Effectifs de Soins	19,00	21,85	24,40	2,55
ratio d'encadrement AS	0,11	0,13	0,13	0,00
ratio d'encadrement IDE	0,04	0,05	0,05	0,00

Cette présentation fait apparaître un taux d'encadrement constant concernant le soin et, une meilleure répartition des effectifs administratifs et services généraux.

Ainsi, le taux global d'encadrement serait en diminution. Les coûts d'hébergement seront maîtrisés par une meilleure répartition des charges salariales directement imputables à l'hébergement. Toutefois, nous restons supérieur au ratio d'encadrement moyen départemental qui s'établit en 2007 à 0,53.

Le ratio d'encadrement des AS-AMP présenté ici reste inférieur à la moyenne départementale des établissements privés (0,17 en 2007)⁴⁰, mais proportionné à notre GMP futur. Avec 5,34 personnels supplémentaires au budget, nous avons la possibilité d'organiser un service de qualité pour l'ensemble des résidents.

B) La participation des instances de représentation du personnel.

Les représentants des Instances Représentatives du Personnel (IRP⁴¹), sont appelés à participer à l'ensemble des travaux, en prolongement de l'évaluation interne et de l'écriture du projet d'établissement.

J'ai la chance de travailler avec des délégués du personnel et des membres du comité d'entreprise ouverts aux évolutions de la prise en charge des résidents. Un levier sera l'intégration dans notre équipe des personnels de la communauté, qui sont pour le moment isolés.

En préalable au projet, nous modifions actuellement les horaires de travail : Mise en place de temps de coordination avec les veilleurs de nuit, infirmières présentes jusque 19h30 chaque jour, équipes renforcées d'aides soignantes, roulement plus simple pour les agents, sans horaires coupés. Ces changements sont mis en place dès octobre 2008,

⁴⁰ Référence des ratios d'encadrement en EHPAD : Conseil Général de Loir et Cher, 2007.

⁴¹ IRP : Instances Représentatives du Personnel :

Délégués du personnel (DP). Nous n'avons pas de représentant syndical en interne mais bénéficions de la proximité d'un syndicat en soutien tant aux délégués qu'en ma direction (en alerte). Le fonctionnement se fait avec des réunions mensuelles à mon initiative pour répondre aux questions qui me sont posées. Je leur transmets les mises à jour de la convention collective et les explications attachées dès qu'elles me parviennent. De façon informelle, les délégués se déplacent aisément jusqu'à mon bureau pour des questions visant l'organisation du travail ou des personnels.

Comité d'entreprise (CE). Les membres ont accompagné un licenciement collectif en 2006 et sont maintenant très attachés à suivre tous les projets, de façon très participative. Ils assurent aussi la promotion et l'organisation d'activités culturelles et sociales : les plus importantes sont organisées pour Noël et la saint Jean, des dîners avec l'ensemble des personnels et leurs familles, en rassemblant chaque fois une centaine de personnes.

Comité Hygiène et sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) élu et désigné pour leurs compétences techniques (pompier interne, comptable chargé des accidents de travail, chef de service technique). La mise en place du document unique puis son suivi, ont modifié de façon importante les conditions de travail. Les membres m'apportent un regard nouveau sur des éléments que je ne voyais pas ou, des solutions simples pour le confort de travail de chacun (mise

pour l'ensemble des pavillons. Les nouveaux horaires prévoient un temps de coordination l'après midi, en prévision des réunions futures : Autoévaluation Angélique et projet d'établissement. Ils me permettent de créer des groupes de travail qui ne débiteront pas par l'organisation des services afin de palier le manque de personnels durant les réunions. Ce travail, mené avec les délégués du personnel de mars à juin 2008, en concertation avec l'ensemble des équipes de travail, a abouti à un protocole qui vise à annualiser le temps de travail (Annexe II). Les personnels abandonnent des avantages acquis avec l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) en 2000 mais, savent qu'ils permettent d'améliorer le service qu'ils donnent aux résidents, en étant plus nombreux chaque jour (passage de 26 jours ARTT à 7 jours de repos compensateurs, soit 19 jours de présence supplémentaire par salarié, ou 1235 jours de présence supplémentaires sur un an).

La GPEC comprend déjà plusieurs volets.

- Repérage des qualifications nécessaires pour aujourd'hui et dans une perspective de 5 ans, au regard des, PRIAC, Schéma Départemental et orientations ministérielles.
- Liste des formations manquantes et des formations voulues par les équipes (entretien individuel annuel).
- Ecriture des capacités internes de formation et partenariats locaux (Hôpital et Lycées professionnels).
- Calcul des coûts financiers induits et recherche de modes de financements ou de type de formule mises en jeu (VAE, CIF, DIF, formations collectives ou individuelles).

Enfin, nous pourrons élaborer un plan prévisionnel de suivi de la formation et d'amélioration des qualifications de l'ensemble des personnels sur six ans avec pour objectif de démarrage l'année 2009 mais une écriture qui devra comprendre 5 ans à compter de 2010.

C) Réorganisation de l'espace à disposition des équipes.

Améliorer le service donné passe aussi par une meilleure gestion des espaces dédiés aux équipes de travail.

Les formations sur site sont privilégiées. La salle de formation nouvellement inaugurée est le premier lieu participant à ces bouleversements. Elle permet, en ayant organisé les horaires de travail, de trouver un lieu déterminé pour travailler, sans devoir déménager une salle à manger ou un salon, prévoir l'organisation de réunions, avec des bibliothèques pour ranger des documents de travail et une documentation.

en place d'une limitation de vitesse en interne, distribution de documents à chaque salarié sur la prévention des dorsalgies, les fortes chaleurs, les risques alimentaires ou liés au chauffage,...).

Les bureaux administratifs et Vie Sociale sont actuellement situés devant le parking des visiteurs, hors des pavillons d'habitation. En les insérant, pour les premiers au pavillon Bon Secours, et les seconds au pavillon Sacré Cœur, dans des locaux existants, nous permettons une plus grande disponibilité pour les résidents et familles, mais aussi la réduction conséquente des déplacements.

Les vestiaires des pavillons sont dimensionnés pour un nombre de personnels n'étant plus en adéquation avec la réalité. Le déménagement de la communauté permet d'annexer aux vestiaires actuels un local de 50m², aménagé avec un sanitaire et une douche. Les personnels y trouveront un meilleur confort, participant à leur bien être au travail.

L'installation centrale d'un pôle soignant de jour et de nuit entraînera un gain en sécurité (permanence de surveillance, meilleure coordination de l'urgence) et en disponibilité.

3.3.2 La prise en compte de chaque résident lors du déménagement

L'accompagnement des résidents qui déménagent va se faire à partir du projet de vie écrit. Chaque dossier de résident va avoir un nouveau volet, en trois parties, correspondant aux étapes du projet :

Attentes avant le déménagement

Préparation du déménagement et réalisation

Réécriture du projet avec une nouvelle installation.

A) Comment inciter le résident à exprimer ses attentes ?

C'est le premier point que nous travaillerons ici. Comment permettre à la personne âgée, à qui nous imposons un changement, d'exprimer ce qu'elle en pense. La responsable de la vie sociale, la psychologue et la chef de service rencontreront chaque résident, afin d'écouter ses inquiétudes et ses questionnements. Les résidents vivent en pavillon, avec autour d'eux une équipe que nous avons vu proche. Quitter le pavillon implique un risque de changement de voisinage, tant pour les chambres que pour les repas, des temps d'animation différents. L'intimité partagée avec l'équipe est bouleversée.

Mais il faut aussi savoir entendre chez chacun une attente.

Nous avons réalisé une enquête de satisfaction qui permet l'expression des attentes des résidents. Sylvie Faugeras⁴² préconise de recueillir les attentes non seulement avec ces

⁴² Sylvie FAUGERAS est anthropologue, dirigeante de l'Institut Supérieur du Management par la Qualité, à Bordeaux. Source : Doc'Animation en gérontologie, n°18, janvier –mars 2008.

documents formalisés mais aussi avec une rencontre, un temps réel de recherche individualisé, à la manière d'un anthropologue. Il faut donc ajouter des temps de rencontres individuelles, pour chaque personne âgée. Nous savons que les résidents du pavillon Notre Dame de Lourdes, et leur famille, souhaitent une meilleure accessibilité (rampes d'accès) et, des chambres plus spacieuses avec un équipement sanitaire moderne (enquête de satisfaction). Afin d'engager le résident vers cette voie, nous avons la possibilité de choisir des couleurs de chambres, tous les revêtements muraux étant refaits pour accueillir les nouveaux résidents. Dans le bâtiment neuf, les sols aussi peuvent faire l'objet d'un choix. Il faut ici travailler avec le résident sa capacité à choisir non pas son environnement mais sa décoration.

B) La préparation du déménagement avec l'entourage.

La famille doit elle aussi être écoutée. L'amélioration des conditions matérielles d'accueil sera exprimée comme un bénéfice mais, le déménagement et l'inquiétude d'une augmentation des coûts seront mis en avant.

L'entourage peut, par l'intermédiaire du Conseil de Vie Sociale, participer à la préparation. Mais il faut aussi préparer chaque famille afin que ce changement contraint par l'organisation de l'établissement devienne une chance pour leur parent. Le fait même de déménager sera un plus pour les résidents pouvant choisir le lieu et la décoration ; un projet à réaliser avec une préparation, une attente, une réalisation.

La crainte financière est justifiée. Il n'est pas possible d'héberger dans un pavillon neuf des résidents sur la base d'un prix d'hébergement à 39€ par jour. Le contrat de séjour prévoit ces changements. Mais la maison de retraite du Bon Secours a toujours choisi, lors des rénovation précédentes, de ne pas modifier le prix d'hébergement des résidents déjà présents, malgré la modification substantielle du service et le changement avec amélioration des conditions d'hébergement. Le différentiel de coût d'hébergement est possible en raison d'une politique spécifique de la Congrégation. Le coût de location du bâti est inférieur au coût du marché et, la province soutient mon action en acceptant de différer les remboursements d'emprunts contractés auprès de la province de France.

Points de vigilance.

Equipe de suivi : l'infirmière chef de service sera le lien entre les partenaires. La psychologue, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, la responsable vie sociale et moi-même, nous rencontrerons à chaque étape du projet. Notre échange formalisé par une réunion d'encadrement spécifique, aura pour ordre du jour l'écoute de chaque intervenant et la mise à jour des dossiers individuels. La supérieure de la

communauté sera invitée à participer aux réunions lorsque nous aborderons le service Communauté.

Prise en compte lors du déménagement.

Les déménagements déjà engagés au sein de l'établissement, en 2003 et 2004, me permettent d'envisager sereinement celui-ci.

Nous n'avons pas d'opération complexe de déménagement d'attente à organiser. Les premiers transferts comprennent les résidents du pavillon Sacré cœur, coté chapelle, pour leur proposer de se rendre dans les nouvelles chambres, de la nouvelle construction. Les résidents du service se plaignent actuellement d'un manque de place en salle à manger mais, refusent d'être séparés. Il convient donc de respecter ce choix de vie en pavillon, avec leur équipe de travail. Les résidents bénéficieront alors d'une grande salle à manger et d'un salon, au rez-de-chaussée. Ce transfert ne pose pas de difficultés majeures et peut être fait en quelques jours, sans précipitation. L'équipe technique et une lingère assureront les transferts matériels. L'équipe de soutien paramédical mettra à disposition l'AMP et les aides soignantes.

Afin de montrer la nouvelle proximité des personnels, l'infirmière référente et le médecin coordonnateur rejoignent à ce moment là le pavillon libéré. Ils se trouvent maintenant au cœur de l'établissement. Les bureaux libérés dans le pavillon Bon Secours permettent de rapprocher l'équipe administrative. Enfin, les animatrices s'installent à la Communauté, dans le parloir, afin de montrer là encore la présence du personnel au cœur de l'établissement. Un délai de 10 jours va permettre ces déménagements uniquement matériels.

Nous pouvons alors revenir aux changements concernant les résidents. 19 résidents du pavillon Notre Dame de Lourdes sont installés dans le pavillon libéré. La communauté déménage alors vers le pavillon Notre Dame de Lourdes, dans des locaux comprenant un trop grand nombre de chambres. Enfin, les 16 derniers résidents présents à Notre Dame de Lourdes sont transférés vers ce qui est maintenant l'ancien pavillon de la communauté.

Ce changement va entraîner une cohabitation durant un jour ou deux entre des résidents et la communauté, pour la salle à manger et le salon. Cette dernière opération doit être faite le plus rapidement possible. L'ensemble des résidents dépendants (laïcs ou sœurs) seront perdus dans de nouveaux locaux. Il convient donc que le repère constitué par les personnes qui partagent les mêmes locaux soit stable (résidents comme personnels). Seuls deux jours doivent séparer le début et la fin de ce mouvement. Pour ce faire, l'équipe de déménagement comprend uniquement du personnel interne, connu des résidents : l'équipe technique (deux techniciens et un jardinier) et les lingères (trois agents), pour assurer les transferts matériels. L'équipe de soutien paramédical (deux IDE,

une AS et une AMP) doit être disponible totalement durant ces deux journées, en complément de l'équipe du pavillon Notre Dame de Lourdes, pour assurer l'installation des résidents dans les nouveaux locaux. Les familles seront sollicitées pour nous aider lors de cette phase délicate. Rendre visite dès le déménagement effectué est important. Choisir ensemble comment et où disposer un tableau, un miroir ; ressortir une photo et les souvenirs qu'elle évoque ; font partie des moments à partager avec l'entourage familial ou amical et pas seulement avec les équipes de travail. Les sœurs autonomes vont être de leur côté référents pour les sœurs âgées, en soutien des équipes.

C) La reprise de chaque projet de vie pour suivre le changement.

La nouvelle disposition va permettre une prise en charge plus simple. Mais il faut maintenant suivre attentivement chaque résident. Les personnels soignants et d'hôtellerie qui accompagnent chaque jour les résidents doivent s'adapter immédiatement aux nouveaux locaux. Cette prise en main permettra de se tourner rapidement, positivement, vers les résidents. Ils sont la clé de la réussite et leurs transmissions vont permettre à l'équipe de suivi de modifier la prise en charge pour apporter à chacun une réponse correspondant aux attentes exprimées ou, aider à comprendre le changement.

L'équipe de suivi va se retrouver chaque semaine, le premier mois, puis chaque mois jusqu'au troisième mois. Enfin, le projet individuel sera atteint ou retravailler pour prendre en compte le résident dans sa nouvelle chambre, avec ses nouvelles attentes.

3.3.3 La gestion de l'information, en amont et en aval. Suivre la communication du changement.

L'histoire du Bon Secours est marquée par de nombreux changements. Chaque fois, la communication des événements s'est faite sans plan prévisionnel. La réussite n'a pas toujours été au rendez vous, impliquant une gestion de crise. La sortie s'apaisait en grande partie en raison du caractère religieux de la maison. Les sœurs ne pouvaient qu'être dignes de foi, les annonces de la supérieure établissant pour elles la vérité.

C'est pourquoi le projet actuel implique de ma part une gestion de l'information encadrée. Assez large pour faire connaître et partager le projet elle doit aussi s'adapter en permanence pour correspondre aux attentes et à la capacité de compréhension de l'information par les interlocuteurs.

A) Gestion de la communication.

Les objectifs généraux sont simples à énoncer : renforcer la notion d'accueil de qualité et de rechercher l'amélioration continue de la prise en charge. Deux axes sont privilégiés : la prise en compte de chaque individu, quelle que soit son origine et ses choix de vie et, la mise à disposition de moyens matériels et humains pour l'accompagner jusqu'aux derniers instants de sa vie. Pour cela il est nécessaire d'intensifier la communication en se montrant comme solide partenaire local de la prise en charge des personnes âgées.

Nos publics cibles doivent être clairement identifiés et identifiables. Nous communiquerons donc sur la prise en charge des personnes âgées. Il n'est pas utile de préciser de façon différenciée que nous prenons en charge des laïcs et des sœurs.

Notre stratégie est de s'inscrire dans la capacité d'accueil territoriale, avec une offre de services qui peut être large et va s'élargir.

Nous mettons en avant un message simple concernant la congrégation : une Communauté vivante s'adaptant aux besoins de la mission⁴³.

B) Un plan de communication avec trois axes principaux.

Les résidents, familles et entourage des résidents. Le quotidien d'information local est déjà proche du Bon Secours. Nous y annonçons nos animations et des articles présentent mensuellement nos actions. Nous y inscrivons notre projet d'amélioration du cadre bâti et d'une meilleure organisation de l'animation envers les personnes âgées. Les résidents participent, en interne, à l'écriture du journal mensuel (nommé *En Famille*). Cet organe est aussi utilisé par le Conseil de Vie Sociale. Nous pouvons à notre tour y présenter le projet puis, le suivre. Le journal interne est diffusé aux résidents et familles.

Les institutionnels et organismes liés au Bon Secours sur le territoire. Déjà engagés avec les subventions, ils seront demandeurs de résultats (eux aussi sont soumis à la diffusion de bilans d'activité). Ils sont déjà destinataires du journal mensuel. Il convient de continuer cette action pour : DDASS, Conseil Général, CPAM, CRAM, Mairie, Communauté de communes, Associations locales personnes âgées et établissements (EHPAD, EHPA, Foyers, COLORPA, Alzheimer 41), associations locales diverses avec qui nous entretenons des relations (APF, Secours catholique, Croix Rouge, Poètes, Scrapbooking, amicale pompiers, écoles, collèges, lycées...), fournisseurs.

⁴³ VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 1999 *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Erès, chapitre 7, pages 115 à 131.

Les personnels reçoivent chaque mois une lettre d'information (A4 recto verso) qui leur donne les nouvelles et les objectifs (concernant la Communauté, les résidents des deux établissements, L'organisation du travail et les communications des IRP). Ils ont pour habitude de la lire en commun, lors des pauses. C'est un élément existant qui mérite d'être amélioré pour suivre ce changement.

C) Les supports d'informations à créer.

Une lettre écrite à chaque avancée significative, à destination des partenaires externes. Elle comprendra une description de l'avancée, des réussites ou des difficultés rencontrées ainsi que des solutions nouvelles pour améliorer la prise en charge.

Un site internet sera créé.

Deux personnels, une aide soignante et un comptable, ont exprimé ensemble le souhait de créer un site internet pour l'établissement. Mon questionnaire concernant le but de ce site me conduit à les accompagner.

Ces deux personnels veulent créer un site pour présenter l'établissement et, en parallèle, créer une partie pour les personnels (CE, DP). Préliminaire à leur travail, ils partent suivre une formation de plusieurs jours pour « créer et faire vivre » un site (en utilisant leur Droit Individuel à la Formation, DIF).

Ce site sera l'occasion de présenter l'établissement et son évolution. La partie ouverte au public présentera le projet et les étapes de sa réalisation. Nous y trouverons aussi une présentation officielle de l'établissement (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, programme d'animations, compte rendu du Conseil de la Vie sociale...). Puis, la partie réservée aux salariés permettra de suivre le changement de l'organisation avec les IRP et l'équipe d'encadrement.

Si l'initiative vient de deux salariés, elle sera soutenue avec l'ensemble des moyens techniques et humains de l'établissement. La vie de ce site serait une technique de mobilisation des personnels pour une réelle dynamique de changement.

Ma position de directeur, responsable du site, me donne un rôle de contrôle qu'il me faudra présenter plutôt en pilotage. Le suivi des informations transmises par ce canal et la nécessité de mise à jour régulière m'astreignent à un échéancier qui implique une mise à jour au moins deux fois par an. Leur volonté est de finir leur formation en 2008 pour créer dès 2009. Je bénéficie donc, dans le plan de communication, de cette implication providentielle de salariés.

Le livret d'accueil de l'établissement sera totalement refait. Son écriture doit pouvoir impliquer les différents acteurs internes et externes. Il me faut dès le départ en

transmettre un, pour y présenter le projet d'établissement et les changements à venir. Puis, il sera finalisé et transmis à nouveau après le déménagement.

D) Des temps privilégiés sont mis en avant.

Le lancement du projet est communiqué avec deux recherches : l'adhésion officielle des autorités et des résidents d'une part et, la volonté de recevoir des moyens de financements nouveaux (dons) d'autre part.

A la fin de la construction, et avant d'y installer des résidents, une inauguration doit permettre de présenter les nouvelles chambres, les bureaux en devenir (prêts à accueillir les équipes de travail), et, de faire visiter les locaux de la communauté. Une tradition du Bon Secours, la bénédiction du bâtiment, permettra de souhaiter solennellement à ces pavillons d'accueillir la vie des résidents qui y seront hébergés. La Communauté trouvera dans ce temps sa réelle présence aux cotés de l'EHPAD.

Après les déménagements, la presse locale et les élus locaux, comme les familles et représentants du Conseil de Vie Sociale seront invités à partager une journée avec les résidents. Ce moment permettra aussi de diffuser le nouveau livret d'accueil de l'établissement.

Le choix du déménagement de la Communauté et de son intégration dans l'EHPAD est possible à mettre en œuvre. Son inscription dans la continuité d'une adaptation constante au changement fera partie du projet d'établissement. Le dossier matériel sera réalisé en concertation avec le Conseil d'Administration. Ce dernier me confiera alors la réalisation de l'intégration et du déménagement.

Conclusion

Les laïcs de L'EHPAD Bon Secours accueilleront donc la communauté religieuse au sein de l'établissement. Présenté comme une suite logique des événements de 1848, qui avaient conduits les laïcs à appeler des sœurs pour les soutenir, l'accompagnement des sœurs aînées pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne par les laïcs, est seulement une réponse aux besoins spécifiques d'une population à un moment précis.

La séparation des pavillons permet à chacun de garder son identité : les laïcs bénéficieront d'un service amélioré, avec une plus grande proximité et la rationalisation de l'espace. Les sœurs conservent pour elles un pavillon séparé, qui leur permet d'envisager le respect d'une vie communautaire. Mais elles bénéficieront aussi des services d'une organisation spécialisée dans l'accompagnement des personnes âgées.

Toutefois, au-delà de la réflexion menée actuellement, de l'écriture qui va débiter avec les différents intervenants, des autorisations à obtenir des autorités de tarification et de contrôle et, des constructions à préparer ou créer, il me faut faire vivre ce projet. J'ai donc devant moi, pour ce seul sujet, un travail qui va m'occuper pendant les trois années qui viennent.

A travers cette évolution se joue la passation de pouvoir entre la Congrégation et une association loi 1901. Le Conseil d'Administration va m'accompagner pour d'autres objectifs. La création en cours d'un centre d'appui territorial à la formation, dans les locaux de l'ancienne école ménagère afin de créer un vivier de personnels compétents dont le manque de mobilité ne doit pas être un frein à l'embauche est déjà en route. La prise en charge globale des personnes âgées et la possibilité de proposer différentes solutions d'accueil est aussi en cours de réflexion. Les créations d'un SSIAD et d'un service à domicile ont été évoqués lors d'une rencontre avec les représentants de la DDASS et du Conseil Général. Ils s'appuient pour motiver cette création non seulement sur un manque de choix pour les bénéficiaires potentiels de notre territoire mais aussi sur notre reconnaissance locale et notre participation aux réseaux gérontologiques. Les membres de la DDTEFP sont favorables à un agrément simple pour débiter ces services, en s'appuyant quant à eux sur notre capacité de formation et d'insertion des demandeurs d'emplois. Ces éléments devront eux aussi s'insérer dans le projet associatif. Et ces sujets ne doivent pas nous faire oublier la recherche permanente d'inscription en réseau, avec la possibilité de gérer d'autres établissements du secteur médico social. Notre expérience de la maison Charles de Blois a ouvert d'autres portes qui nous conduiront à assister ou reprendre d'autres structures locales.

Bibliographie

Ouvrages

BORGETTO M., LAFORE R., 2004, *Le droit de l'aide et de l'action sociale*, Montchrestien,

CHALINE B. 2003, *structures d'accueil spécialisées Alzheimer*, Paris : Eisai-Pfizer, 142p.

Compendium de la doctrine sociale de l'Eglise, 2005, CERF FLEURUS-MAME, 330p.

CSTB; 2007 *guide réglementaire : Sécurité et mise en conformité des bâtiments*, Marne la Vallée, mise à jour février 2008

Direction et gestion d'un établissement pour personnes âgées. Weka, 2007

GARRY R., 1982, *La vie devant soi*, Gallimard, 273 p.

HENRARD JC. et ANKRI J., 1999, *Grand âge et santé publique*, ENSP, 210p.

HERVY B., 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, éditions ENSP, pp51-86.

LESPEZ V., Mai 2008 « Quel avenir pour les congrégations », *Le mensuel des Maisons de retraite*, numéro 111, pp. 8 à 10.

LHUILIER JM., 2007, *Le droit des usagers*, EHESP, 239 p.

LORENZON J., juin 2008, *Dépendance. Que font nos voisins européens ?* Issy les Moulineaux. Directions n°53, pages23 à 29.

MARTIN C., 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe*, Rennes, ENSP, 362p.

NISBET R.A., 2005, *La tradition sociologique*, PUF, 409 p.

DEHAN P. 1997, *L'habitat des personnes âgées*, Paris : Le moniteur, 323p.

Les Entrepreneurs et Dirigeants Chrétiens et PRIEUR C., 2007, *Les dépenses de santé. Etat des lieux Options possibles, Valeurs à préserver*. Paris : EDC, 48p

Mémento Francis Lefebvre, 2002, *Associations, Fondations, Congrégations*, Levallois, mise à jour 2006. Editions Francis Lefebvre, Chapitre 1, p293 à 310 pour la reconnaissance d'utilité publique et, p1109 à 1167 pour les fondations.

PLACIARD JC., 2004, *Le bénévolat, valeurs et rôle dans l'action sociale*, Paris : WEKA, 117p.

PLACIARD JC., 2005, *Evaluation des besoins des usagers, Sens, méthodes et outils*, Paris : WEKA, pp49-50.

VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F., 1999 *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Erès, 261p.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M.,2001, *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. Erès, 260p.

Travaux, mémoires

Fondation Nationale de gérontologie, Gérontologie et Société n°119, décembre 2006
« *Architecture et accessibilité* ». Paris. FNG. 233P.

ANESM, mai 2008, « *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF* », Saint Denis : ANAESM, 13 pages.

Rapport LARCHER : *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'Hôpital*, présidée par monsieur Gérard LARCHER. Ministère de la Santé, 102p.

ROUGEVIN BAVILLE P., 2006, *Veille stratégique et action sociale. Le directeur d'établissement face aux besoins des usagers*. IFS Meslay, 31 p.

Sites Internet

Senior Actualités. (visité le 15 06 2008), disponible sur Internet : www.senioractu.com

Caisse des cultes. Organisation de la prise en charge des soins des membres du clergé. (visité le 8.04.2008), disponible sur Internet : www.cavimac.fr

Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées. Fiches techniques (mise à jour septembre 2008). www.synerpa.fr

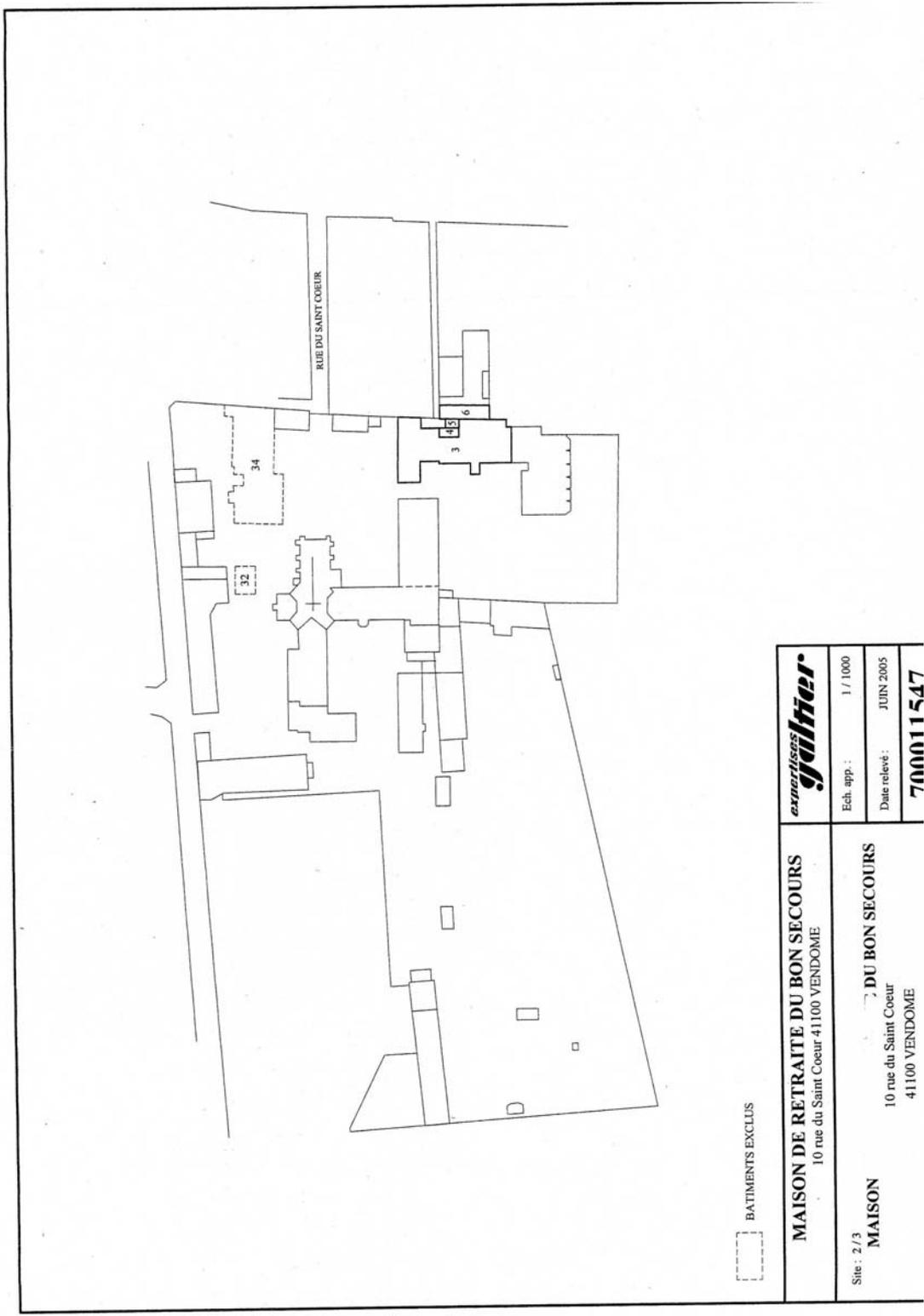
Colloques et conférences.

CAVIMAC. Mutuelle Saint Christophe. *Point sur la réglementation actuelle des établissements*. Intervention de monsieur Alain VILLEZ, conseiller technique santé personnes âgées de l'UNIOPSS.pp21, 22, 23. Paris, 23 juin 2006.

Mutuelle Saint Christophe. *Les congrégations religieuses et leurs œuvres sanitaires et sociales. Etat des lieux, transmission et charisme*, Paris, 27 mai 2008.

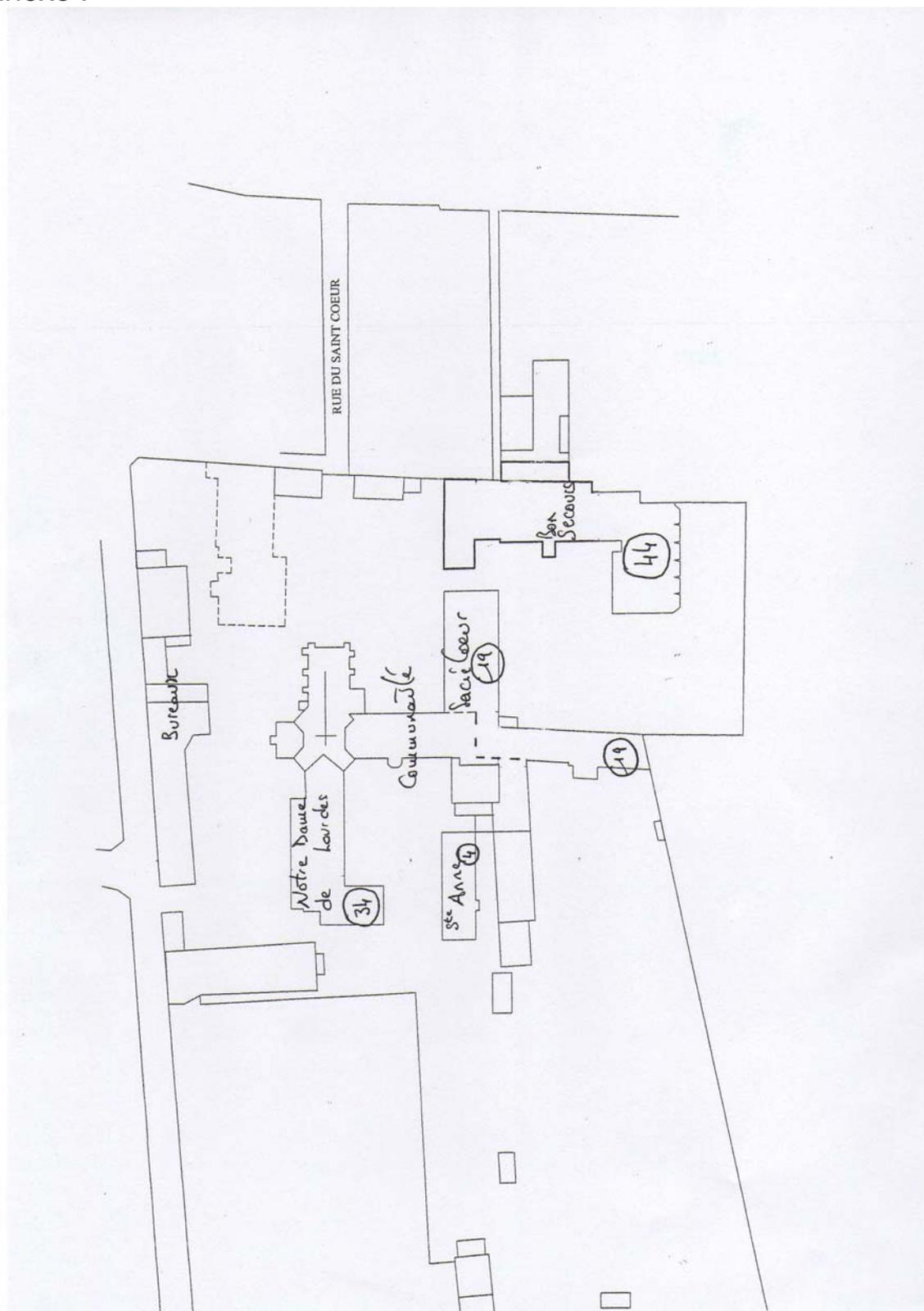
Conseil Général de Loir et Cher. Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Loir et Cher. *BIENTRAITANCE. L'individualisation des prises en charge, un enjeu de bientraitance. L'architecture, garante d'une prise en charge de qualité*. Blois, 11 juin 2008.

Annexe I



Propriétés actuelles. Maisons du Bon Secours.

Annexe I

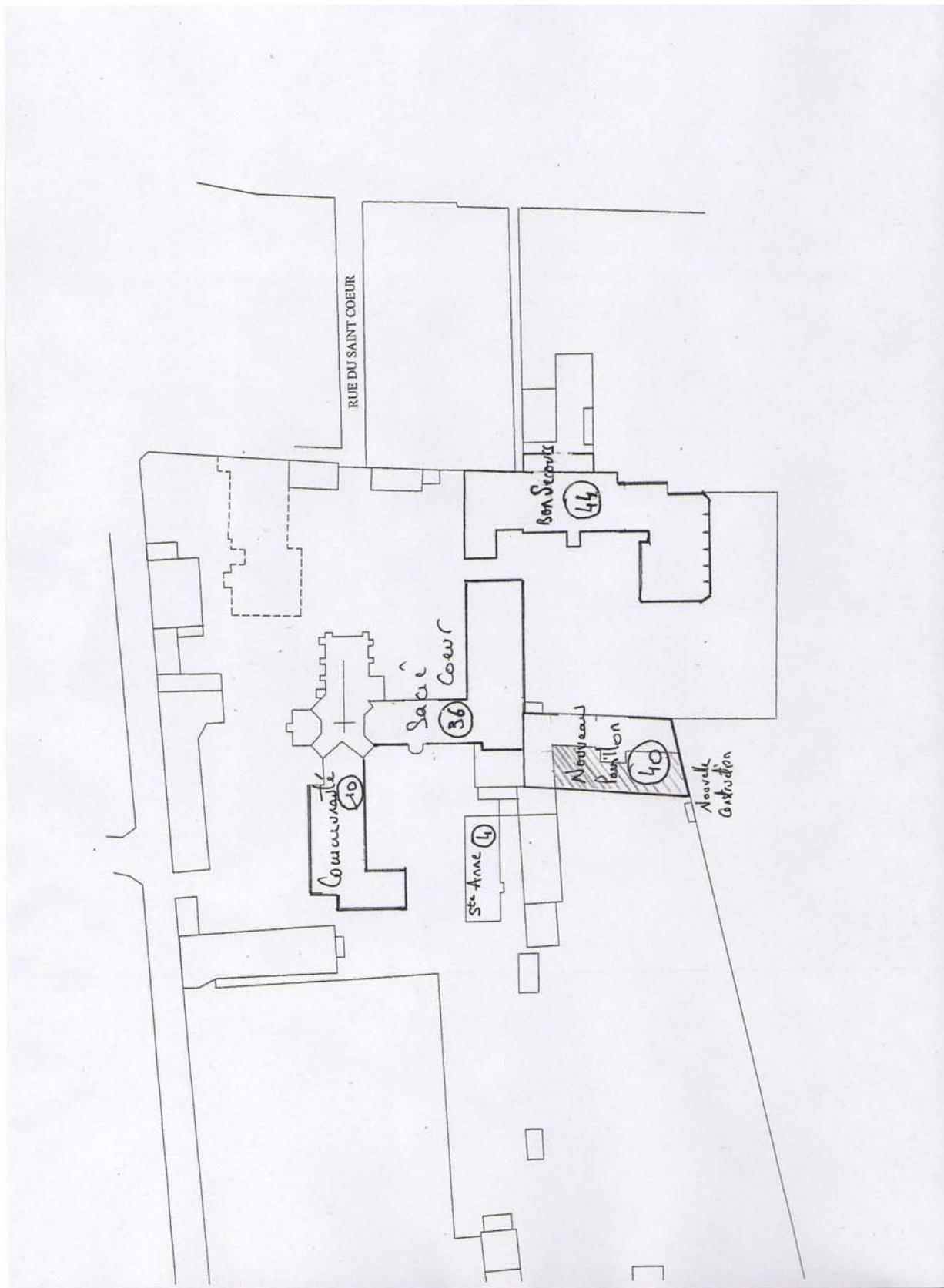


Organisation actuelle des pavillons. Etat en 2008.

Les pavillons Notre Dame de Lourdes, Bon Secours, Sacré Cœur et sainte Anne, accueillent 120 résidents.

La Communauté est au cœur de l'établissement, sans faire partie de l'EHPAD.

Annexe I



Organisation projetée pour 2011, avec intégration de la Communauté dans l'EHPAD.

La Communauté est déménagée.

Le nouveau pavillon créé accueille 40 résidents.

Maisons du Bon Secours

EHPAD

10 rue du Saint Cœur

41100 VENDOME

Direction
Délégués du Personnel

le 26 juin 2008

PROTOCOLE de modification de l'organisation du travail.

Préliminaire.

Le temps de travail effectif des Maisons du Bon Secours est de 35 heures hebdomadaires.

Le Comité d'Entreprise a été mis au courant de la négociation en cours et a participé aux réflexions avec la direction.

Le travail avec la délégation du personnel a débutée en mars 2008, en prolongement de la réunion de l'ensemble des personnels le 15 octobre 2007.

Constat

Les plannings actuels ne sont plus adaptés aux besoins des résidents.

Il manque un temps de transmission avec les veilleurs de nuit.

Les horaires coupés sont à enlever.

Il manque un personnel le week end en cours d'après midi.

La prime de dimanche est peu importante.

Dénonciation le 25 juin 2008 des horaires de travail en place dans les pavillons Bon Secours, Notre Dame de Lourdes, Sacré Cœur avec effet au 30 septembre 2008.

Les horaires des équipes de pavillons sont modifiés à compter du 1^{er} octobre 2008.

Nouvelle règle

En semaine

Travail en 7 heures.

Pas de coupés sur le planning (dépannage en urgence possible), pour AS et ASH.

Si fin du service à 21h, pas de travail possible à 6h30 le lendemain.

Horaire de base, pour un pavillon de 38 résidents :

semaine

AS	2 le matin (ou 3)		7-14h30.
	1 le soir		14-21h.
ASH	4 ou 3 le matin	M1	6h30-14h
		M	7h30-15h
	3 le soir		14h-21h
Nuit	20h45-6h45 (transmissions incluses)		

Le week end

La prime de dimanche et férié passe à 35€ nets pour 8 heures de travail (5,64€ brut par heure). Le montant en sera revu chaque année avec la négociation collective salariale.

8 heures de travail par jour.

1 week end sur deux pour les AS et ASH.
Pas de coupés pour les ASH
2 ASH l'après midi.

Horaires de base pour un pavillon de 38 résidents

week-end

AS	1 Matin	7h-15h30
	1 coupé	8h-12h //17h-21h
ASH	2 Matin	6h30-15h
	2 Soir	13h-21h
Nuit	20h45-6h45. (Transmissions incluses)	

Récupération des heures complémentaires.

Les heures complémentaires créées par le travail du week-end se cumulent. Elles représentent en théorie 6 ou 7 jours sur un an.

Ces jours de repos compensateur sont à disposition de chaque personnel. Ils peuvent être posés comme chacun le souhaite. Ils sont soldés le 31 mai.

Les congés annuels, de 5 semaines, sont à nouveau comptabilisés en 25 jours ouvrés.

Mise en place

Le 1^{er} Octobre 2008.

Pas de possibilités d'aménagement pendant le premier mois.

Dés novembre, la direction et les délégués du personnel envisageront des adaptations éventuelles.

Présentation à l'ensemble du personnel le Mardi 9 Septembre 2008, à 14heures.

Protocole signé le 26 juin 2008.

Les délégués du personnel

N ----- (titulaire), AS
W ----- (titulaire), cuisinier
A----- (suppléante), AMP
N----- (suppléante), ASH

Pour l'établissement

Thomas GUINAMARD, directeur